

Afstemming van Alcoholproblematiek en Hulpverlening

A.F.I. Bannenberg



GFD
B20 (1)

AFSTEMMING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING

A.F.I. Bannenberg

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSAMBOEKNUMMER: 3276/000

NPG-TNO

1988

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 37,10 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 88014.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bannenberg, A.F.I.

Afstemming van alcoholproblematiek en hulpverlening / A.F.I. Bannenberg. - Leiden:
Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam. - Met lit. opg. -
Met samenvatting in het Engels.
ISBN 90-6743-123-0
SISO: 614.72 UDC 364.44; 613.81 (043.3)
Trefw.: alcoholisme; hulpverlening.

© 1988 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publicatienummer 88014

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

STELLINGEN BEHOOREND BIJ HET PROEFSCHRIFT AFSTEMMING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING

A.F.I. Bannenberg

- I. Aangezien nog te weinig bekend is over de betekenis van de normatieve en ervaren behoefte aan hulp voor alcoholproblematiek in de bevolking, is onderzoek naar aanmelding voor hulpverlening, ofwel de uitgesproken behoefte aan hulp, op dit moment de belangrijkste leidraad voor hulpverlenings- en overheidsbeleid.
Dit proefschrift
- II. Afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek vindt grotendeels plaats in de aanmeldingsfase, dus op basis van beslissingen van cliënten, terwijl de intakefase vooral de voorwaarden voor een kansrijke behandeling toetst.
Dit proefschrift
- III. De beslissing van de cliënt om zich aan te melden wordt voornamelijk beïnvloed door de ernst van de alcoholproblematiek, terwijl de intakebeslissing door de hulpverlener daarentegen vooral gebaseerd is op de gezondheidstoestand, eerdere hulpverleningscontacten, de situatie in het sociaal netwerk en doel en verwachtingen van de cliënt.
Dit proefschrift
- IV. Een korte omschrijving van de sociale geneeskunde is dat deze zich bezig houdt met de gezondheidseffecten van beleid.
- V. Het toenemend gebruik van voorvoegsels als 'klinische' en 'cardiovasculaire' bij het begrip epidemiologie in de titels van vakpublicaties, boeken, congressen en leerstoelen doet vermoeden dat de epidemiologie, ten onrechte, steeds meer als een inhoudelijke discipline wordt gezien in plaats van als een methodologische.
- VI. Dat gezondheidsonderzoek relatief minder aan tijd en plaats gebonden is dan gezondheidszorgonderzoek, zegt op zichzelf nog niets over de kwaliteit en het wetenschappelijk gehalte van het eerstgenoemde type onderzoek.
- VII. Terwijl het fenomeen sociale ongelijkheid in gezondheid nog maar nauwelijks begrepen is, kondigt zich in maatschappelijke discussies over het testen voor het aidsvirus reeds het thema sociale ongelijkheid dóór gezondheid aan.
- VIII. Ervaringen uit de Verenigde Staten leren dat deregulering van de gezondheidszorg, behalve tot hogere kosten, óók leidt tot toenemende bureaucratisering.

- IX. De ontwikkeling dat onderzoekers hun goede onderzoek steeds meer internationaal gaan publiceren moet redacties van Nederlandse vaktijdschriften somber stemmen.
- X. Wanneer de politiek niet besluit tot een reclameverbod voor alcoholische dranken, verdient het aanbeveling zoveel mogelijk te vermijden dat reclame vóór en gezondheidsvoorlichting tégen alcoholgebruik op één advertentiepagina of binnen één televisiereclameuitzending terecht komen.

VRIJE UNIVERSITEIT TE AMSTERDAM

AFSTEMMING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor aan
de Vrije Universiteit te Amsterdam,
op gezag van de rector magnificus
dr. C. Datema,
hoogleraar aan de faculteit der letteren,
in het openbaar te verdedigen ten overstaan van de promotiecommissie
van de faculteit der geneeskunde
op woensdag 11 mei 1988 te 13.30 uur
in het hoofgebouw van de universiteit, De Boelelaan 1105

door

Augustinus Franciscus Isidorus Bannenberg

geboren te Naaldwijk

NPG-TNO

1988

Promotores: prof.dr. L.J. Menges
prof.dr. R. Giel
Referent: dr. H.N. Plomp

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	7
INLEIDING	9
HOOFDSTUK 1	
ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING	
VOOR ALCOHOLPROBLEMATIEK	13
1.1. Modellen van alcoholproblematiek en hulpverlening voor alcoholproblematiek	13
1.1.1. Modellen van alcoholproblematiek	13
1.1.2. Hulpverleningsconcepten	15
1.1.3. Behandeldoelen	16
1.2. Aanmelding voor hulpverlening	18
1.3. Beslissing tot hulpverlening	20
1.3.1. Cliëntkenmerken en de beslissing tot hulpverlening	20
1.3.2. Hulpverleningskenmerken en de beslissing tot hulpverlening	22
1.4. Resultaten van hulpverlening	24
1.4.1. Methodologische problemen bij onderzoek naar hulpverleningsresultaten	24
1.4.2. Cliëntkenmerken gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat	26
1.4.3. Hulpverleningskenmerken gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat	29
1.4.4. Doelen en verwachtingen gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat	30
1.5. Matching van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken	31
1.6. Samenvatting en conclusies	34
HOOFDSTUK 2	
OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	37
2.1. Probleemstelling	37
2.2. Opzet van het onderzoek	39
2.3. Uitvoering van het onderzoek	41
2.4. Analyse van het onderzoek	43
2.5. Samenvatting en conclusies	44

HOOFDSTUK 3

DE VRAAG NAAR HULPVERLENING: KENMERKEN VAN CLIENTEN DIE ZICH AANMELDEN VOOR HULPVERLENING

3.1. Inleiding	47
3.2. Cliëntkenmerken en aanmelding	47
3.2.1. Sociaal-demografische kenmerken	48
3.2.2. Alcoholproblematiek	52
3.2.2.1. Probleemdrinkerschaal	52
3.2.2.2. Duur van de alcoholproblematiek	63
3.2.2.3. Subjectieve beleving van de alcoholproblematiek	64
3.2.3. Ander middelengebruik	66
3.2.4. Gezondheidstoestand	67
3.2.5. Sociaal netwerk	68
3.2.6. Eerdere hulpverleningscontacten	70
3.2.7. Verwijzing	73
3.2.8. Doel en verwachtingen	74
3.3. Samenvatting en conclusies	87

HOOFDSTUK 4

HET AANBOD VAN HULPVERLENING: INTAKE-CRITERIA VAN HULPVERLENERS

4.1. Inleiding	91
4.2. Kenmerken van hulpverleners	91
4.3. Intakecriteria	92
4.3.1. Sociaal-demografische kenmerken	94
4.3.2. Alcoholproblematiek	94
4.3.3. Ander middelengebruik	96
4.3.4. Gezondheidstoestand	97
4.3.5. Sociaal netwerk	98
4.3.6. Eerdere hulpverleningscontacten	99
4.3.7. Doel en verwachtingen	100
4.4. Samenvatting en conclusies	101

HOOFDSTUK 5	
AFSTEMMING TUSSEN DE VRAAG NAAR	
EN HET AANBOD VAN HULPVERLENING:	
INTAKEGESPREK, INTAKEBESLISSING EN INTAKEUITKOMST	103
5.1. Inleiding	103
5.2. Intakegesprek	103
5.3. Intakebeslissing	105
5.4. Factoren van invloed op de intakebeslissing	107
5.4.1. Sociaal-demografische kenmerken	109
5.4.2. Alcoholproblematiek	110
5.4.3. Ander middelengebruik	112
5.4.4. Gezondheidstoestand	113
5.4.5. Sociaal netwerk	115
5.4.6. Eerdere hulpverleningscontacten	117
5.4.7. Verwijzing	118
5.4.8. Doel en verwachtingen	119
5.5. Intakeuitkomst	124
5.6. Intakeuitkomst beoordeeld naar cliëntkenmerken	125
5.6.1. Sociaal-demografische kenmerken	127
5.6.2. Alcoholproblematiek	127
5.6.3. Ander middelengebruik	129
5.6.4. Gezondheidstoestand	130
5.6.5. Sociaal netwerk	132
5.6.6. Eerdere hulpverleningscontacten	132
5.6.7. Verwijzing	133
5.6.8. Doel en verwachtingen	133
5.7. Samenvatting en conclusies	135
SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	139
SUMMARY	155
LITERATUURLIJST	159
CURRICULUM VITAE	165

Aan mijn ouders

VOORWOORD

Aan de totstandkoming van dit werkstuk hebben vele mensen een bijdrage geleverd. In de eerste plaats wil ik noemen prof.dr. J.P. Kuiper, initiatiefnemer van dit project en tot aan zijn overlijden in 1985 mijn begeleider. In belangrijke mate heeft hij de ontwikkeling van mijn denken over dit project en meer algemeen over de gezondheidszorg en de sociale geneeskunde gestimuleerd. In een latere fase van dit project hebben prof.dr. R. Giel en prof.dr. L.J. Menges de begeleiding van het project overgenomen en ik ben hen zeer erkentelijk voor de steun die ik van hen heb ervaren bij de afronding van dit werkstuk.

In de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit heb ik een collegiale werkkring gevonden. De vakgroep en de faculteit hebben mij in ruime mate in staat gesteld ervaring op te doen in onderwijs en onderzoek en daarnaast de opleiding sociale geneeskunde tak algemene gezondheidszorg te volgen. Met name wil ik noemen Nico Plomp voor zijn methodologische commentaar en Hein Raat voor zijn inhoudelijke bijdragen. Bij de dagelijkse uitvoering van dit project kon ik altijd op hun advies en steun rekenen. Daarnaast wil ik Jan Bronsema en Hermieke Kuiper bedanken voor de plezierige samenwerking bij de uitvoering van de interviews.

Zonder onderzoeksveld is onderzoek in de sociale geneeskunde nagenoeg onmogelijk. Ik ben directie en medewerkers van het Jellinek Centrum in Amsterdam dan ook zeer erkentelijk voor hun loyale medewerking bij de uitvoering van dit project. Het is voor hen niet altijd gemakkelijk geweest zich door onderzoekers in de kaart te laten kijken. De leden van de begeleidingscommissie, Marguerite Appel, Jopie Bakker, Roel Kerssemakers, Martien Kooyman, Heleen Kruik, Teun Leopold, Joop Simons, Erik Vermeulen en Jan Walburg, hebben in dit proces een essentiële rol gespeeld.

De uitgifte van dit proefschrift is mogelijk gemaakt door de directie van het NIPG-TNO, voor de afwerking en het drukwerk ben ik veel dank verschuldigd aan Faith Maddever van het EMGO-instituut van de Vrije Universiteit en de medewerkers van de repro-afdeling van het NIPG-TNO.

Last but not least wil ik op deze plaats mijn ouders bedanken. Zij hebben mijn studie mogelijk gemaakt en mij daarin steeds met belangstelling gevolgd. Aan hen draag ik daarom dit werkstuk op.

Guus Bannenbergh

INLEIDING

Alhoewel de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking zich de laatste tijd heeft gestabiliseerd (de Zwart 1985), is de met de alcoholconsumptie verbonden problematiek een bron van toenemende zorg voor de Nederlandse overheid, getuige de recent uitgebrachte nota Alcohol en samenleving (Ministerie van WVC 1986). Deze bezorgdheid kan in zoverre gedeeld worden, dat met name de alcoholconsumptie onder jongeren zich lijkt uit te breiden (SWOAD 1984) en er een verruiming plaats vindt van normen ten aanzien van alcoholgebruik (Sijlbing 1978, Garretsen 1983).

Wanneer een alcoholgebruik van 8 of meer standaardglazen alcohol per dag als criterium wordt gehanteerd, dan vallen daar ongeveer 650.000 Nederlanders onder. Zelfs wanneer dit criterium verlegd wordt naar 16 of meer glazen per dag, dan spreken we nog over 180.000 personen (Gips 1976). Deze cijfers zijn gebaseerd op de Ledermann-formule. Uit een zowel in Rotterdam als Limburg gehouden survey (Garretsen 1983, Knibbe 1982) blijkt dat ruim 7% van de Nederlanders tussen 16 en 69 jaar geclassificeerd kan worden als probleemdrinker. Vergelijkbare cijfers zijn ook gevonden door Schippers e.a. (1978) en Sijlbing (1978).

Daartegenover staan een opnamecapaciteit van 613 bedden in de verslavingsklinieken (aantal opnames in 1983: 5122) en een 64-tal CAD's die in 1983 12.000 cliënten inschreven (de Haen en van Lieshout 1985). Deze cijfers zijn enigszins geflatteerd, omdat ook drugsverslaafden in de cijfers zijn opgenomen. Uit het Rotterdamse onderzoek blijkt verder dat van de 153 gesignaleerde probleemdrinkers er slechts 10 (professionele) hulp in verband met hun alcoholproblematiek kregen of hadden gekregen. Hilderink e.a. (1985) komen in een inventarisatieonderzoek in de regio Nijmegen tot een schatting van 10 tot 15 procent. Slechts een klein gedeelte van de probleemdrinkers blijkt dus maar uiteindelijk in de professionele hulpverlening terecht te komen.

Ook wanneer in beschouwing genomen wordt dat slechts een gedeelte van de probleemdrinkers daadwerkelijk professionele hulpverlening behoeft, dan is de discrepantie tussen de omvang van de alcoholproblematiek en de professionele hulpverleningscapaciteit groot. Aangezien onder de huidige economische omstandigheden een forse uitbreiding van de professionele hulpverleningscapaciteit niet verwacht mag worden, is een effectieve en efficiënte inzet van de bestaande hulpverleningscapaciteit noodzakelijk. Dit vereist een zorgvuldige bestudering van de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek.

Onderzoek op het gebied van vraag en aanbod in de gezondheidszorg wordt algemeen gerekend tot het terrein van gezondheidszorgonderzoek. Dit ter onderscheiding van andere vormen van gezondheidsonderzoek, teweten medisch-biologisch onderzoek, onderzoek naar omgevingsfactoren en onderzoek naar gedragsfactoren gerelateerd aan ziekte of gezondheid (Vorbereidingscommissie Raad voor Gezondheidsonderzoek 1982). Onderzoek met betrekking tot de aanbodzijde richt zich onder andere op

aspecten als kwaliteit, effectiviteit, efficiency, toegankelijkheid, bereikbaarheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, onderzoek van de vraagzijde op onderwerpen als de aard, omvang en spreiding van gezondheidsproblemen en de daaruit voortvloeiende behoefte en vraag naar hulp (Bensing e.a. 1987). Onderzoek naar de vraag en aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen kan een belangrijke bijdrage leveren aan de optimalisering van het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen.

Binnen de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit is in 1981 een onderzoeksprogramma gestart met als thema 'Evaluatie van vraag- en aanbodfuncties in de gezondheidszorg'. Binnen dit algemene thema zijn projecten ontwikkeld op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg (Plomp 1985, 1987) en algemene gezondheidszorg, waarbij dit laatstgenoemde gebied toegespitst is op alcohol- en drugsproblematiek (Raat 1987, Driessen 1987). In dit kader is de vakgroep Sociale Geneeskunde in 1981 met het Jellinek Centrum te Amsterdam, een hulpverleningsinstelling voor alcohol- en drugsproblematiek, overeengekomen onderzoek te verrichten naar de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek. Gestart is met onderzoeksprojecten over de vraag naar hulpverlening (Raat 1987) en de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening, dat onderwerp van dit onderzoek is. In een latere fase is ook een evaluatie van het aanbod van hulpverlening voorzien.

De vraag naar hulpverlening manifesteert zich in aanmelding van cliënten bij de hulpverlening. Dit is de uitgesproken behoefte in de bevolking, dit ter onderscheiding van de normatieve behoefte die vastgesteld wordt door professionals en de ervaren behoefte, die onder de bevolking leeft maar niet leidt tot aanmelding voor hulpverlening (Mackenbach 1982). Het aanbod van hulpverlening bestaat uit de verschillende behandelprogramma's (ambulant, crisisinterventie, klinisch) en de toelatingsvoorwaarden voor deze programma's. Deze toelatingsvoorwaarden worden ook wel intakecriteria genoemd, naar het proces waarin deze toelatingscriteria worden getoetst: de intake. De intake is een in de geestelijke gezondheidszorg gebruikelijke benaming voor een gesprek (of een serie gesprekken) tussen cliënt en hulpverlener waarbij de problematiek ter sprake komt en op basis waarvan een beslissing over hulpverlening wordt genomen, de intakebeslissing. Tijdens de intake vindt dus de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening (aangeduid met de term *matching*) plaats en op dit proces concentreert zich dit onderzoek.

In hoofdstuk 1 wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken met betrekking tot onderzoek naar alcoholproblematiek en hulpverlening voor alcoholproblematiek, voorzover relevant voor de vraagstelling van dit onderzoek. Op basis van dit literatuurhoofdstuk wordt in hoofdstuk 2 de probleemstelling nader uitgewerkt en worden de opzet en uitvoering van het onderzoek besproken. De hoofdstukken 3 tot en met 5 beslaan de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 3 komen de kenmerken ter sprake van cliënten die zich aanmelden voor hulpverlening. De aanmelding kan worden

gezien als de geëxpliciteerde vraag naar hulpverlening. De intakecriteria van hulpverleners worden geanalyseerd in hoofdstuk 4, de toepassing van de intakecriteria in de intakebeslissing, het proces van afstemming tussen vraag naar en aanbod van hulpverlening, in hoofdstuk 5. In het slothoofdstuk wordt tenslotte ingegaan op de wetenschappelijke conclusies van dit onderzoek ten aanzien van afstemming van alcoholproblematiek en hulpverlening en de consequenties voor hulpverlenings- en overheidsbeleid met betrekking tot de afstemming van de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek.

HOOFDSTUK 1

ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING VOOR ALCOHOLPROBLEMATIEK

1.1. Modellen van alcoholproblematiek en hulpverlening voor alcoholproblematiek

1.1.1. Modellen van alcoholproblematiek

Sinds Jellinek in 1960 zijn bekende werk 'The disease concept of alcoholism' publiceerde (Jellinek 1960), heeft het denken over het concept alcoholproblematiek een flinke ontwikkeling doorgemaakt. Globaal kunnen op dit moment drie modellen van alcoholproblematiek worden onderscheiden: het medisch-somatische of ziektemodel, het psychiatrische model en het sociologische model (Sytema en Ormel 1986). Alle drie modellen worden nu nog gehanteerd, zij het in wisselende mate van populariteit.

Jellinek's model is de klassieke definiëring van het medisch-somatische model, waarvan het kernbegrip alcoholisme is. Alcoholproblematiek wordt als een (ongeneeslijke) ziekte gezien. Hij beschrijft een aantal symptomen, waarvan de belangrijkste zijn: tolerantie, abstinentieverschijnselen, black-outs, controleverlies, een verslaafde houding ten opzichte van alcohol en drinken en een verslaafd patroon van drinken. Op basis van deze symptomen onderscheidt hij een aantal opeenvolgende fasen in de ontwikkeling van alcoholisme: de pre-alcoholische fase, de prodromale fase, de kritieke fase en tenslotte de chronische fase. De onderscheiding in deze fasen is echter nooit langs empirische weg aangetoond. Ook de symptomen die Jellinek noemt komen zelden in een compleet beeld naar voren. Desondanks is het ziektemodel van alcoholproblematiek decennia lang toonaangevend geweest en heeft het nog steeds sterke wortels in met name de Anonieme Alcoholisten (AA) en in de medische wereld.

In de jaren 70 is de aandacht geleidelijk aan verschoven naar het psychiatrisch model. Alcoholproblematiek wordt in het psychiatrisch model opgevat als een syndroom in plaats van als een ziekte, dat wil zeggen een conglomeraat van symptomen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Van Dijk (1976) spreekt van vier vicieuze cirkels die het alcohol syndroom in stand houden, te weten een psychische, sociale, farmacologische en cerebrale cirkel (waarbij de laatste twee als lichamelijke aspecten gezien kunnen worden).

Kernbegrip in het psychiatrisch model van alcoholproblematiek is het alcoholafhankelijkheidssyndroom. Zowel de World Health Organisation (WHO) als de American Psychiatry Association (APA) hebben in deze periode definiëringen opgesteld van het begrip alcoholafhankelijkheidssyndroom. Zo spreekt de negende editie van de International Classification of Diseases (WHO 1978) van "een toestand, psychisch en meestal ook fysiek, teweeg gebracht door alcoholgebruik, die gekarakteriseerd wordt door gedrag en andere uitingen die altijd samengaan met de neiging om continu of

periodiek alcohol te gebruiken, om psychische effecten te ervaren en soms om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan. Tolerantie kan, maar hoeft niet aanwezig te zijn."

Het eveneens toonaangevende classificatiesysteem van psychische stoornissen DSM-III (APA 1980) maakt onderscheid tussen alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid. Onder alcoholmisbruik wordt verstaan pathologisch alcoholgebruik dat enige tijd duurt en schade teweeg brengt aan werk en sociale contacten. Voor alcoholafhankelijkheid moeten daarnaast nog tolerantie en/of onthoudingsverschijnselen aanwezig zijn.

Het psychiatrisch model van alcoholproblematiek is daarmee breder dan het medisch-somatische model, omdat tolerantie en onthoudingsverschijnselen, klassieke symptomen in het medisch-somatische model, niet aanwezig behoeven te zijn. Daarmee is het psychiatrisch model realistischer en bruikbaar voor de hulpverleningspraktijk, waar de alcoholproblematiek zich lang niet altijd in de 'klassieke' vorm voordoet. Ten behoeve van epidemiologisch onderzoek kan de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid in het DSM-III classificatiesysteem gesteld worden via een gestandaardiseerde diagnostische procedure, de Diagnostic Interview Schedule (DIS).

Naast het psychiatrisch model is in dezelfde tijdperiode het sociologische model van alcoholproblematiek ontwikkeld (Cahalan 1976). Kernbegrip in het sociologisch model is het begrip probleemdrinken. Alcoholproblematiek wordt in dit model vooral gezien als probleemgedrag. Een persoon wordt geclassificeerd als probleemdrinker indien sprake is van excessief drinken en van problemen in samenhang met drinken van lichamelijke, psychische en/of sociale aard. Door Cahalan worden de volgende indicatoren genoemd: herhaalde dronkenschap, 'binge drinking' (meerdere dagen achtereen dronken zijn), lichamelijke afhankelijkheid en controleverlies, psychologische afhankelijkheid, problemen met partner of familie, problemen met vrienden of burens, problemen met politie en/of justitie, gezondheidsproblemen, financiële problemen en agressief gedrag. Deze indicatoren hoeven niet allemaal aanwezig te zijn, wel is er een bepaald afkappunt, een drempelwaarde.

Het begrip probleemdrinken is in Nederland theoretisch en empirisch onderbouwd door Garretsen (1983, 1985) en Knibbe (1982, 1984, 1986a, 1986b). In 2 identieke surveys in respectievelijk Rotterdam en Limburg hebben zij de samenhang geanalyseerd tussen alcoholconsumptie en problemen ten gevolge van alcoholconsumptie op 5 deelgebieden: psychologische afhankelijkheid, symptomatisch drinken, problemen met omgeving, problemen met gezondheid en/of ongelukken en frequente dronkenschappen/of kater. Daaruit is gebleken dat een hoge alcoholconsumptie niet hoeft samen te gaan met problemen, maar dat toch bij een aanzienlijk deel van de bevolking sprake is van een combinatie van alcoholconsumptie en problemen, die door deze onderzoekers wordt aangemerkt als probleemdrinken (7 procent van de Rotterdamse bevolking en bijna 11 procent van de Limburgers). Ook blijkt een significante samenhang tussen het voorkomen van de verschillende problemen. Een belangrijk voordeel van het begrip probleemdrinken is dat het in tegenstelling tot het begrip alcoholafhanke-

lijkheidssyndroom relatief gemakkelijk te meten is met behulp van vragenlijsten in surveyonderzoek.

In wetenschappelijk onderzoek wordt zowel het begrip alcoholafhankelijkheidssyndroom als het begrip probleemdrinken gebruikt. Hoewel de twee begrippen in theoretisch oogpunt nauw aan elkaar verwant zijn, heeft het begrip probleemdrinken betrekking op minder ernstige alcoholproblematiek dan het begrip alcoholafhankelijkheidssyndroom, zoals Sytema en Ormel hebben gevonden (1986). De prevalentieschattingen met behulp van deze begrippen wijzen ook in deze richting, hetgeen de vraag opwerpt in hoeverre deze begrippen niet betrekking hebben op opeenvolgende fasen van een ernstiger wordende alcoholproblematiek.

1.1.2. Hulpverleningsconcepten

De ontwikkeling in het denken over concepten van alcoholproblematiek heeft uiteraard invloed gehad op de alcoholhulpverlening. De verschillende hulpverleningsconcepten kunnen in principe herleid worden tot de verschillende modellen van alcoholproblematiek: het medisch-somatische model, het psychiatrische model en het sociologische model.

Het sociologische model van alcoholproblematiek (kernbegrip probleemdrinken) heeft zijn toepassing tot nu toe voornamelijk gevonden in beleid. Op basis van deze inzichten worden preventiestrategieën ontwikkeld (Garretsen 1983).

De beide andere modellen van alcoholproblematiek hebben een veel sterker stempel op de hulpverlening gedrukt. In een vroege fase is dat het medisch-somatische model geweest, en de invloed van dit model is nog steeds herkenbaar. In het medisch-somatische model (kernbegrip alcoholisme) wordt alcoholproblematiek als een ongeneeslijke ziekte gezien, een constitutionele overgevoeligheid die gebaseerd zou zijn op bepaalde voedingsdeficiënties (v. Epen 1977). Hoewel een biologische oorzaak van alcoholproblematiek nooit overtuigend is aangetoond, is de invloed van het medisch-somatische model groter dan menigene zich realiseert. Van het medisch-somatische model is bijvoorbeeld afgeleid de onvoorwaardelijke behandelstelling abstinentie. Eén borrel en de alcoholist zou weer in zijn of haar alcoholverslaving terugvallen.

De behandeling van alcoholproblematiek met geneesmiddelen is een kenmerk van de medisch-somatische behandeling van alcoholproblematiek. Het gebruik van het geneesmiddel chlordiazepoxide (Librium[®]) is een algemeen geaccepteerde toepassing voor een medisch begeleide ontwenning van een alcoholintoxicatietoestand. Een ander geneesmiddel dat nog wel gebruikt wordt is disulfiram (Antabus[®]), dat zeer onaangename lichamelijke reacties teweeg brengt wanneer daarnaast alcohol gebruikt wordt. Disulfiram kan nuttig zijn voor hen die voldoende gemotiveerd zijn om het middel dagelijks te blijven innemen. Een brede toepassing heeft het echter niet, mede om de genoemde voorwaarde, maar ook vanwege een aantal belangrijke contraindicaties waaronder bepaalde hart- en vaatziekten, nierziekten, suikerziekte en ook levercir-

rose. Voor het overige is de algemene opvatting dat geneesmiddelen maar een beperkte plaats hebben in de behandeling van alcoholproblematiek. Zo stelt Noble (1978) in een overzichtsartikel: "The status of drug use as part of long-term treatment remains controversial". En dat is ook begrijpelijk, gezien het verslavende effect van sommige psychofarmaca. Toch worden deze geneesmiddelen in de Verenigde Staten nog op grote schaal gebruikt in de behandeling van alcoholproblematiek (Pattison 1977). Op welke schaal deze middelen in Nederland worden voorgeschreven door huisartsen of specialisten is niet bekend. Ook is weinig bekend over de resultaten van behandeling met geneesmiddelen. Miller (1980) stelt dat de succespercentages nauwelijks hoger zijn dan het spontaan herstel.

De professionele alcoholhulpverlening oriënteert zich in toenemende mate op hulpverleningsconcepten die afgeleid zijn van het psychiatrisch model van alcoholproblematiek, waarin alcoholproblematiek gezien wordt als een syndroom met psychische, lichamelijke en sociale aspecten. Op het psychiatrische model zijn onder andere gebaseerd psychotherapeutische en gedragstherapeutische behandelmethoden.

De eerste studies van psychotherapeutische behandelmethoden dateren uit de jaren 50. Deze behandelmethode kan op aanzienlijk betere succespercentages bogen dan de medische behandelmethode. Zo rapporteren Emrick (1975) en Baekeland (1975) in overzichtsartikelen succespercentages van tussen de 30 en 50%. Nadelen van deze behandelmethoden zijn dat deze langdurig en daardoor kostbaar zijn en dat daarnaast een zeker intellectueel niveau en introspectief vermogen van de cliënt vereist is.

De aandacht gaat de laatste tijd dan ook steeds meer uit naar gedragstherapeutische behandelmethoden. Deze behandelmethode is gebaseerd op leertheoretische modellen van verslaving, waarbij verslaving gezien wordt als een "sociaal geleerd gedragspatroon dat in stand wordt gehouden door een aantal antecedenten en consequente bekrachtigers, die psychologisch, sociologisch of fysiologisch van aard kunnen zijn" (Miller 1976). In Nederland heeft met name Schippers (1981) hierover gepubliceerd.

Voorbeelden van gedragstherapieën die in de alcoholhulpverlening toegepast worden zijn aversietherapieën, relaxatie- en spanningsreductietherapieën, assertiviteits-trainingen en het aanleren van sociale en relationele vaardigheden. Aversietherapieën zijn erop gericht om de smaak en reuk van alcohol in verband te brengen met onplezierige ervaringen. Relaxatietherapieën, assertiviteitstrainingen en het aanleren van sociale en relationele vaardigheden zijn erop gericht om alternatieven aan te reiken voor functies die tot op dat moment door alcohol worden ingenomen. Zie voor een overzicht van gedragstherapieën het hoofdstuk van Walburg (1980) in het Handboek voor Gedragstherapie.

1.1.3. Behandeldoelen

Behalve op hulpverleningsconcepten heeft de ontwikkeling in het denken over modellen van alcoholproblematiek ook consequenties gehad voor de te stellen behandel-

len. Zo is in de jaren 70 een heftige discussie ontstaan over gecontroleerd drinken als alternatief behandeldoel naast of in de plaats van abstinentie.

Tot op dat moment heerste de opvatting dat abstinentie het enige reële behandel-doel is in geval van alcoholproblematiek. Deze opvatting is gebaseerd op de 'loss-of-control'-theorie in het medisch-somatische model. Deze theorie stelt dat de probleemdrinker niet in staat zou zijn het alcoholgebruik in de hand te houden na gebruik van het eerste glas. De enige oplossing is dan volledige abstinentie. Deze theorie wordt nog steeds fel aangehangen door onder andere de AA.

Uit studies van Sobell en Sobell (1973, 1976), de Rand-studies (Armor e.a. 1978, Polich e.a. 1981) en vele andere studies (zie Emrick 1975) bleek echter dat tussen de 10 en 20 procent van de cliënten na behandeling in staat is gecontroleerd te drinken. Het is duidelijk dat deze bevinding abstinentie als onvoorwaardelijke behandeldoelstelling ter discussie stelde.

De idee van gecontroleerd drinken als behandeldoel komt voort uit het psychia-trisch model van alcoholproblematiek. Vanuit dit model wordt alcoholproblematiek vooral gezien als een aangeleerd afwijkend gedragspatroon, dat in principe ook afgeleerd kan worden. Vanuit dat gezichtspunt is het begrijpelijk dat probleemdrin-kers weer gecontroleerd kunnen gaan drinken.

Gecontroleerd drinken als behandeldoelstelling heeft een aantal voordelen boven abstinentie. In de eerste plaats is alcohol vrij verkrijgbaar en is alcoholgebruik een algemeen aanvaarde sociale norm. Dat maakt het voor een probleemdrinker moei-lijk om het contact met alcohol te mijden.

In de tweede plaats is het voor een probleemdrinker moeilijk de functie die alcohol in zijn of haar leven heeft ingenomen van het ene op het andere moment te missen. De behandeldoelstelling abstinentie is dan weinig aantrekkelijk of soms zelfs onhaalbaar en het gevaar van een snelle terugval groot. Pattison (1966) waar-schuwt dat "abstinence may be followed by deterioration of total health rather than improvement". De voorstanders van het psychiatrisch model wijzen op het belang van de aandacht voor andere aspecten van de alcoholproblematiek (sociaal, psychisch, lichamelijk) in plaats van een fixatie op abstinentie.

In de derde plaats is de kritiek op het medisch-somatische model dat dit de probleemdrinker het idee geeft dat hij niet persoonlijk aanspreekbaar zou zijn voor het eigen alcoholgebruik (het is immers een ziekte), waardoor de behandeling be-moeilijkt zou kunnen worden.

Er is dus sprake van diepgaande conceptuele verschillen. Gottheil (1978) relati-veert deze verschillen echter: "Quickly defined, these two positions of abstinence and controlled use, I think, are theoretical positions. In practicality, if we get away from the words and look what's done, I don't think there are many differences between the two. Actually, most treatment programs strive to achieve more modest goals, with treatment efforts defined toward helping patients achieve the goals they've set for themselves; and this is the way it should be when these goals are frequently more modest. The resolution of the controversy, to me, is not too diffi-cult. I believe that most of us would agree that abstinence, at the present state

of knowledge, is the most practical, safest goal for most patients in most programs."

Abstinentie is op zich geen slecht behandeldoel. De heersende opvatting is echter dat er een genuanceerde keuze gemaakt moet worden tussen abstinentie en gecontroleerd drinken als behandeldoel. Miller & Hester (1980) en Noble (1978) noemen een aantal absolute indicaties voor abstinentie: irreversibele lichamelijke schade zoals neurologische syndromen en levercirrose, herhaaldelijk falen om gecontroleerd te drinken en zij die sterk geloven in abstinentie als behandeldoel. Zij stellen dat voor jongere probleemdrinkers, die niet voelen voor abstinentie, en die nog geen lange drinkgeschiedenis achter de rug hebben, gecontroleerd drinken een realistisch behandeldoel is. Daarnaast kan gecontroleerd drinken een eerste stap zijn naar abstinentie als uiteindelijk behandeldoel (Gottheil 1978).

1.2. Aanmelding voor hulpverlening

Alvorens in te gaan op factoren die van invloed zijn op de beslissing tot hulpverlening, is het van belang nader in te gaan op de populatie probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening. In deze paragraaf zullen achtereenvolgens de kenmerken, doelen en verwachtingen van cliënten die zich aanmelden voor hulpverlening worden besproken. Zoals eerder gesteld kan aanmelding gezien worden als de manifestatie van de uitgesproken behoefte aan zorg, ofwel de vraag naar hulpverlening in de bevolking.

Uit onderzoek van Garretsen (1983) is gebleken dat slechts een klein gedeelte van de in de survey geïdentificeerde probleemdrinkers ooit hulp heeft gehad in verband met alcoholproblematiek. Dit doet de vraag opwerpen in hoeverre de populatie probleemdrinkers die zich aanmeldt voor hulpverlening een representatieve afspiegeling is van de populatie probleemdrinkers in de bevolking.

Room (1980) stelt dat de probleemdrinkers in de hulpverlening met 1 tot 3 procent van de bevolking in de Verenigde Staten slechts een fractie vormen van alle probleemdrinkers in de bevolking. Room merkt verder op dat de populatie probleemdrinkers in de hulpverlening in belangrijke mate verschilt van de probleemdrinkers in de bevolking. Uit Rand-studie (Armor e.a. 1978) blijkt bijvoorbeeld dat probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening in vergelijking tot die in de bevolking een hoger alcoholgebruik hebben, meer alcoholproblemen kennen, vaker werkloos of gescheiden en gemiddeld ouder zijn. Ook opleiding, beroepsstatus en inkomen zijn gemiddeld lager (tabel 1.1.).

Vergelijkbare resultaten worden in recent Nederlands onderzoek gevonden. Surveygegevens over probleemdrinken uit de provincie Limburg zijn vergeleken met cliëntgegevens van drie verschillende typen hulpverleningsinstellingen: algemene ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en CAD's (Knibbe 1982). Uit die vergelijking blijkt dat probleemdrinkers in de hulpverlening gemiddeld ouder zijn, relatief vaker van het vrouwelijk geslacht, frequenter gescheiden, werkloos en uit lagere

sociale klassen komen.

In onderzoek van Raat (1987), die probleemdrinkers opgespoord in een stedelijke survey (Garretsen 1983) vergeleek met probleemdrinkers die zich aanmeldden bij een CAD, worden enkele van bovengenoemde conclusies echter weersproken (tabel 1.1.). Overeind blijven echter de conclusies van de eerdergenoemde onderzoeken ten aanzien van de relaties tussen ernst van de alcoholproblematiek, gescheiden en/of werkloos zijn enerzijds en aanmelding voor hulpverlening anderzijds.

Tabel 1.1. Cliëntkenmerken gerelateerd aan aanmelding

Cliëntkenmerk (richting ¹)	Bevestigd door	Tegengesproken door
sociaal-demografische kenmerken:		
- geslacht (vrouwen)	Knibbe (1982)	Raat (1987)
- leeftijd (hoger)	Armor (1978)	
	Knibbe (1982)	
- relatie (geen)	Armor (1978), Knibbe (1982), Raat (1987)	
- werk (geen)	Armor (1978), Knibbe (1982), Raat (1987)	
- opleiding (lager)	Armor (1978)	Raat (1987)
- sociale klasse (lager)	Armor (1978)	Raat (1987)
	Knibbe (1982)	
alcoholproblematiek:		
- consumptie (hoger)	Armor (1978), Raat (1987)	
- problemen (meer)	Armor (1978), Raat (1987)	

¹*hogere kans op aanmelding met genoemd kenmerk*

Op basis van deze onderzoeken kunnen op dit moment slechts hypothesen opgesteld worden omtrent mogelijke verklaringen. Wat betreft de factor leeftijd suggereert Knibbe dat bij jongere probleemdrinkers het mogelijk enige tijd duurt vóórdat de gevolgen van excessief alcoholgebruik dermate ernstig zijn dat professionele hulpverlening vereist is. Mogelijk slagen jongere probleemdrinkers er eerder in hun alcoholgebruik te wijzigen zonder professionele hulpverlening. Armor e.a. menen dat de grotere sociale stabiliteit die samengaat met het hebben van een vaste relatie of vast werk er zorg voor draagt dat deze probleemdrinkers minder frequent in de hulpverlening zijn terug te vinden. Ook menen zij dat in de verschillen in leeftijd

die gevonden zijn tussen populaties probleemdrinkers in hulpverlening en die in de bevolking de verklaring gezocht moet worden voor de verschillen in alcoholgebruik en alcoholproblemen.

Room (1980) concludeert dat de probleemdrinkers in de hulpverlening en in de bevolking twee duidelijk verschillende populaties zijn. Hij stelt: "Again, that treated alcoholics are in their 40s and 50s supports the conception of treatment as the end-point in an often lengthy process of compounding of drinking problems in different life areas. At first glance, that clinical alcoholics are older than general-population problem drinkers also provides some support for the notion that these are simply two stages of the same population: that the general-population problem drinkers of today are the alcoholics in treatment of tomorrow".

1.3. Beslissing tot hulpverlening

Probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening verschillen in belangrijke mate van probleemdrinkers in de bevolking. In de aanmeldingsfase heeft dus al een zekere (zelf)selectie plaatsgevonden, waarvoor een aantal mogelijke verklaringen is aangehaald. In deze paragraaf wordt de literatuur betreffende beslissingen in de intakefase over hulpverlening besproken. Tijdens de intake vindt de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening plaats. Ook in deze fase zal selectie plaatsvinden: in de eerste plaats welke probleemdrinkers wel of niet in behandeling komen en in de tweede plaats welk type behandeling ze dan ontvangen. De beslissing tot hulpverlening wordt daarbij gerelateerd aan cliënt- en hulpverleningskenmerken die op de beslissing van invloed kunnen zijn.

1.3.1. Cliëntkenmerken en de beslissing tot hulpverlening

Skinner (1981) bestudeerde 296 cliënten met alcohol- en/of drugsproblematiek in verschillende hulpverleningsprogramma's: klinische, ambulante en consultatieprogramma's. In het consultatieprogramma kregen cliënten alleen een consulterend gesprek en hulp bij praktische problemen. De cliënten in de verschillende programma's werden op enkele kenmerken met elkaar vergeleken, te weten alcoholproblematiek, sociaal-demografische kenmerken en een aantal psychologische variabelen. Ten aanzien van de alcoholproblematiek, gemeten met de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) en de Alcohol Use Inventory (AUI), kwam naar voren dat de cliënten in de klinische programma's ernstiger alcoholproblemen kenden: ernstiger onthoudingsverschijnselen, een meer dwangmatige drinkstijl, controleverlies, een hogere alcoholconsumptie en vaker hulp in verband met alcoholproblematiek. De cliënten in de ambulante programma's hadden de minste problemen met alcoholgebruik en, opmerkelijk, de cliënten in de consultatieprogramma's daartussenin.

Echter ook op andere variabelen verschillen cliënten bij verschillende hulpverle-

ningsprogramma's. Zo vond Skinner (1981) dat cliënten bij een ambulant hulpverleningsprogramma hoger scoorden op de variabelen opleiding en sociale stabiliteit, een index opgebouwd uit woonsituatie, contacten met sociaal netwerk en werksituatie. Ook op een aantal psychologische variabelen zijn verschillen te constateren tussen de onderscheiden hulpverleningsprogramma's. Cliënten in een klinisch programma bleken hoger te scoren in psychopathologie (gebruik makend van de Basic Personality Inventory, zie Skinner 1981), terwijl ambulante cliënten hoger scoorden in intellectuele capaciteiten.

Tenslotte is gebleken dat doel en verwachtingen van de cliënt van de hulpverlening van invloed kunnen zijn op beslissingen van hulpverleners (Silverman 1970, Ziemelis 1974, Hageman-Smit 1977, Regtering e.a. 1979).

Tabel 1.2. Cliëntkenmerken en beslissing tot hulpverlening

Cliëntkenmerk (richting ¹)	Bevestigd door	Tegengesproken door
sociaal-demografische kenmerken:		
- sociale stabiliteit (hoger)	Skinner (1981)	
- opleiding (hoger)	Skinner (1981)	
alcoholproblematiek:		
- consumptie	Skinner (1981) Pattison (1969)	
- problemen	Skinner (1981)	
psychische toestand	Skinner (1981)	
doel en verwachtingen	Silverman (1970) Ziemelis (1974) Hageman-Smit (1977) Regtering e.a. (1979)	

¹hogere kans op positieve intakebeslissing met genoemd kenmerk

Uit deze onderzoeken blijkt dat probleemdrinkers in verschillende typen hulpverleningsprogramma's op een aantal kenmerken van elkaar verschillen. Niet altijd duidelijk is echter of deze situatie vooral het gevolg is van beslissingen van hulpverleners of van verwijzing of aanmelding van cliënten bij deze hulpverle-

ningsprogramma's. Op deze belangrijke vraag zijn in de alcoholliteratuur nog maar weinig antwoorden te vinden. Daarnaast kan men zich afvragen in hoeverre de criteria op basis waarvan probleemdrinkers aan hulpverleningsprogramma's worden toegewezen gerechtvaardigd worden door empirisch onderzoek, oftewel inderdaad leiden tot effectievere hulpverlening. Op deze vraag wordt in paragraaf 1.4. nader ingegaan.

1.3.2. Hulpverleningskenmerken en de beslissing tot hulpverlening

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat een aantal cliëntkenmerken mogelijk samenhangt met de beslissing tot hulpverlening. Uit de literatuur blijkt echter ook dat hulpverleningskenmerken en doelen en verwachtingen van invloed kunnen zijn op de intakebeslissing. Deze literatuur heeft echter betrekking op de psychiatrische hulpverlening in het algemeen en niet op de alcoholhulpverlening in het bijzonder, zodat conclusies met de nodige voorzichtigheid getrokken moeten worden.

Tabel 1.3. Hulpverleningskenmerken en de beslissing tot hulpverlening

Hulpverleningskenmerk	Bevestigd door	Tegengesproken door
hulpverlenerskenmerken:		
- ervaring hulpverlener	Mendel (1969)	
- doel en verwachtingen	Silverman (1970)	
	Ziemelis (1974)	
	Hageman-Smit (1977)	
	Regtering e.a. (1979)	
instellingskenmerken:		
- opnamebeleid (intake-criteria)	Levin (1974)	
	Mendel (1969)	
	Giel (1973)	
	Schudel (1979)	
- opnamecapaciteit	Levin (1974)	
	Schudel (1979)	

In de eerste plaats moet gewezen worden op de rol van een factor als ervaring van de hulpverlener. In een onderzoek naar beslissingen over opname in een psychiatrisch ziekenhuis, waarbij verschillende disciplines betrokken waren van maatschappelijk werkende tot psychiater, vond Mendel (1969) dat de beslissing tot opname

afhankelijk was van een aantal factoren waaronder de ervaring van de hulpverlener. Hulpverleners met minder dan een half jaar ervaring namen significant méér mensen op dan hulpverleners met meer dan drie jaar ervaring. Mendel suggereert dat dit te maken heeft met de onzekerheid over de beslissing tot opname, die achteraf aan anderen verantwoord moet worden (tabel 1.3.).

In de tweede plaats moeten een aantal instellingskenmerken genoemd worden. Zo viel het Mendel op dat het aantal opnames in de avond- en nachturen en weekenden ongeveer dubbel zo hoog was als in weekdays overdag. Ook hierbij kan onzekerheid of gebrek aan tijd of mogelijkheden voor een adequate intake een rol spelen. Levin noemt eveneens een aantal instellingskenmerken dat van invloed kunnen zijn op de intake-beslissing. Hij wijst daarbij op factoren als de opnamecapaciteit en interesses van de staf.

Ook in de Nederlandse literatuur is onderzoek bekend dat wijst in de richting van de invloed van hulpverleningskenmerken op de intakebeslissing. Zo concludeert Giel (1973) na een onderzoek van opnames in psychiatrische ziekenhuizen "that referral and admission of psychiatric patients is much less dependent on true morbidity than on such factors as the attitudes of the population and the policies of the services". Hij merkt op dat er verschillen bestaan in opnamekansen bij verschillende diagnoses, wijzend op een bepaald opnamebeleid van de instellingen. Ook Schudel (1979) wijst op het opnamebeleid van de instellingen, waarbij de relatieve autonomie en onderlinge concurrentie van afdelingen een factor kan zijn.

Een essentiële plaats in de beslissing tot opname lijkt te worden ingenomen door de factor doel en verwachtingen van cliënt en hulpverlener. Silverman (1970) stelt: "This study indicated that the intake should have as its primary function the arrival at a common definition by clients and workers about what any future contacts between them will accomplish and what methods will be used to bring about this result". Lopen de verwachtingen teveel uiteen, dan is de kans groot dat het contact niet voortgezet wordt (Regtering en Lange 1979). Uit eigen onderzoek concludeert Hageman-Smit (1977) dat de doelstellingen van hulpverlener en cliënt bij intake flink verschillen, waarbij de hulpverlener de neiging heeft zijn of haar eigen doelstellingen te laten prevaleren. Ziemelis (1974) tenslotte toont aan dat positieve verwachtingen van de cliënt een gunstige invloed hebben op de intake-beslissing.

Uit deze onderzoeken blijken sterke aanwijzingen dat de intakebeslissing niet alleen bepaald wordt door de alcoholproblematiek van de cliënt, maar dat andere kenmerken van de cliënt, hulpverleningskenmerken en doelen en verwachtingen van invloed kunnen zijn op de intake-beslissing. Veel van deze aanwijzingen zijn echter nog niet of nauwelijks onderzocht op het gebied van de alcoholhulpverlening, zodat conclusies met de nodige voorzichtigheid getrokken dienen te worden. Duidelijk is wel dat hier nog een onderzoeksterrein braak ligt.

1.4. Resultaten van hulpverlening

Hoewel dit op het eerste gezicht buiten het bestek van deze studie lijkt te liggen, is het van belang in te gaan op de belangrijkste literatuur betreffende de effecten van hulpverlening. Immers, de beslissing over hulpverlening is voor een belangrijk deel gebaseerd op aannames betreffende de effecten van hulpverlening voor verschillende groepen cliënten. Wanneer dat niet het geval zou zijn, zou de hulpverlening geen houvast hebben in welk geval te beslissen tot ambulante hulpverlening en in welk geval tot klinische hulpverlening of in het geheel geen hulpverlening.

In de literatuur over de effecten van hulpverlening wordt onderscheid gemaakt tussen de invloed van kenmerken van de hulpverlening en kenmerken van de cliënt op het hulpverleningsresultaat. Deze zullen hierna worden besproken, voorafgegaan door een beschouwing over methodologische problemen bij onderzoek naar hulpverleningsresultaten.

1.4.1. Methodologische problemen bij onderzoek naar hulpverleningsresultaten

In de literatuur worden zeer uiteenlopende resultaten vermeld van alcoholhulpverlening. Zo blijkt uit de tweede Rand-studie (Polich e.a. 1980) dat slechts 7 procent van de cliënten gedurende de 4 jaar na behandeling continu abstinente is gebleven. Daartegenover haalt Emrick (1983) in een uitvoerige beschouwing over de effectiviteit van de alcoholhulpverlening een studie aan die melding maakt van een succespercentage van maar liefst 90 procent. Dergelijke verschillen in succespercentages kunnen onmogelijk uitsluitend aan de hulpverlening worden toegeschreven. Emrick concludeert dan ook: "The reasoned interpretation of any outcome figure requires an assessment of many factors outside the direct effects of treatment." Behalve door hulpverlening kunnen de resultaten, die in verschillende studies gevonden worden, volgens hem ook beïnvloed worden door factoren als cliëntkenmerken, samenstelling van en drop-out uit de onderzoeksgroep, ervaringen en gebeurtenissen tijdens of na de hulpverlening, de duur van de evaluatieperiode na hulpverlening, definiëring en meting van het 'resultaat' en de analyse van en interpretatie van de onderzoeksgegevens.

De samenstelling van en drop-out uit de onderzoeksgroep is een belangrijke factor bij de beoordeling van de hulpverleningsresultaten. Bestaat de onderzoeksgroep vooral uit cliënten met ernstige alcoholproblematiek, dan zullen de hulpverleningsresultaten navenant zijn. Emrick (1983) en ook Room (1980) wijzen er in dit verband op dat cliënten die zich aanmelden bij een hulpverleningsinstelling slechts een beperkte afspiegeling vormen van de totale populatie probleemdrinkers in de bevolking. De schatting is dat slechts 10 procent van de probleemdrinkers in contact komt met de professionele hulpverlening. Het is dus zeer aannemelijk dat de alcoholproblematiek van probleemdrinkers die zich aanmelden bij hulpverleningsinstellingen verschilt met die van probleemdrinkers in de bevolking, zelfs dat de alco-

holproblematiek verschilt tussen verschillende hulpverleningsinstellingen. Room (1980) stelt: "Certainly by the early 1970's, however, the argument was being made very explicitly that alcohol problems in the general population not only did not match the classic disease concept of alcoholism but also did not resemble alcoholism as it empirically appeared in clinical samples". De vraag is dan op welke groep probleemdrinkers onderzoek naar de resultaten van hulpverlening betrekking heeft. Daarmee wordt tevens de generaliseerbaarheid van hulpverleningsresultaten ingeperkt, immers verschil in ernst van de alcoholproblematiek is dan mogelijk één van de belangrijkste verklaringen voor verschillen in hulpverleningsresultaten.

Een tweede belangrijk probleem bij de vergelijking van hulpverleningsresultaten is de definiëring en meting van het hulpverleningsresultaat. Uit de tweede Rand-studie is gebleken dat maar een zeer klein gedeelte van de probleemdrinkers in staat blijkt gedurende 4 jaar abstinente te blijven. Wanneer abstinentie als criterium zou worden gehanteerd voor het hulpverleningsresultaat, dan zou dit te denken geven. Polich e.a. onderscheiden echter naast abstinentie (long-term abstainers) ook gecontroleerd drinken (nonproblem drinkers) als mogelijk hulpverleningsresultaat. Gecontroleerd drinken wordt door hen gedefinieerd als alcoholgebruik of kortdurende abstinentie zonder alcoholproblemen (afhankelijkheidssymptomen en/of problemen ten gevolge van alcoholgebruik). Het hebben van alcoholproblemen (problem drinking) wordt beschouwd als een negatief hulpverleningsresultaat. Belangrijk is de omvang van gecontroleerd drinken 4 jaar na behandeling: 18 procent, tegenover 28 procent abstinentie en 54 procent terugval. Deze bevinding impliceert dat gecontroleerd drinken een realistisch hulpverleningsresultaat is naast abstinentie.

Een andere belangrijke conclusie uit de Rand-studie heeft betrekking op de duur van de evaluatieperiode na hulpverlening. Uit deze studie blijkt een grote variabiliteit van het alcoholgebruik en de alcoholproblematiek in de loop van de tijd. Hoewel op het moment van de evaluatie, 4 jaar na hulpverlening, 'slechts' 54 procent alcoholproblemen kent, heeft over de gehele periode in totaal 81 procent van de onderzoeksgroep deze problemen gehad. Polich e.a. concluderen: "The results of the 4-year follow-up study imply one fundamental fact about the disorder: alcoholism is a chronic, unstable condition. Among persons who come to formal treatment, alcoholism appears to be a continuing condition for the great majority. This is not to say that there is no improvement. On the contrary, our data show that remissions are frequent, but are generally intermittent rather than stable." Een consequentie hiervan is dat het vaststellen van alcoholgebruik en alcoholproblemen altijd een momentopname is met een onduidelijke prognostische waarde.

Voor wat betreft de periode van follow-up, wordt in de literatuur een minimumperiode van 12-18 maanden genoemd (Sobell e.a. 1980), daar na zulk een periode de hulpverleningsresultaten van verschillende subgroepen probleemdrinkers zich beginnen te stabiliseren. Hoe langer de periode echter wordt gekozen, desto groter is de kans dat hulpverleningsresultaten door andere factoren worden beïnvloed, zoals ervaringen en gebeurtenissen na de hulpverlening en de ondersteuning door het sociaal netwerk.

Met betrekking tot de definiëring van het hulpverleningsresultaat wordt tenslotte nog gewezen op het belang ook andere indicatoren mee te wegen naast het alcoholgebruik, conform het psychiatrisch model van alcoholproblematiek. Genoemd worden indicatoren die het sociale, psychische en lichamelijk functioneren weerspiegelen. Hart (1979) concludeert dat "evaluation of a program's effectiveness that is targeted at measures of drinking status tends to conceal the nature of rehabilitation change in the patient's life situation". In een onderzoek naar de effectiviteit van een hulpverleningsprogramma op 5 groepen probleemdrinkers vond hij geen verschillen in alcoholgebruik na hulpverlening, maar wel verschillen in verbetering op een aantal psychische en sociale indicatoren. In de tweede Rand-studie wordt ook een beperkt aantal psychische en sociale indicatoren geanalyseerd. Na 4 jaar wordt een lichte verbetering met betrekking tot inkomenspositie en werkloosheid waargenomen. Ten aanzien van burgerlijke staat zijn er geen veranderingen in de onderzoeksgroep. Polich e.a. concluderen dat hoewel er verbeteringen in de sociale situatie gevonden zijn, deze niet zo dramatisch zijn als verbeteringen in het alcoholgebruik.

Deze methodologische kanttekeningen bij onderzoek naar hulpverleningsresultaten maken duidelijk dat vergelijkingen tussen verschillende studies problematisch zijn en de generaliseerbaarheid van deze studies beperkt is. Met deze kanttekeningen wordt in de navolgende paragrafen de literatuur betreffende cliënt- en hulpverleningskenmerken van invloed op het hulpverleningsresultaat besproken.

1.4.2. Cliëntkenmerken gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat

De invloed van cliëntkenmerken op het hulpverleningsresultaat is uitgebreid onderzocht door Gibbs & Flanagan (1977). In een overzichtsartikel waarin 45 studies vergeleken worden, komt als belangrijkste conclusie naar voren dat geen 'stabiele' predictieve cliëntkenmerken gevonden zijn. Onder 'stabiël' verstaan de auteurs dat het kenmerk in meer dan 6 studies onderzocht is en in alle gevallen predictief voor het hulpverleningsresultaat is gebleken. Als verklaring voor het niet vinden van stabiele predictieve cliëntkenmerken noemen de schrijvers een aantal redenen die deels al in de vorige paragraaf besproken zijn: verschillen in samenstelling van de onderzoeksgroepen, verschillen in definiëring van alcoholproblematiek en hulpverleningsresultaat, verschillen in hulpverleningsprogramma's en verschillen in de duur van de evaluatieperiode (tabel 1.4.).

Wanneer het criterium voor de genoemde 'stabiliteit' van de cliëntkenmerken verlegd wordt in de zin dat in minstens de helft van de studies een kenmerk predictief blijkt te zijn, dan correleren de volgende cliëntkenmerken met het hulpverleningsresultaat: de psychische toestand, het hebben van vast werk, gehuwd zijn of samenwonend, (hoger) beroepsniveau, beroepssector, (weinig of geen) contacten met politie of justitie, contact met de AA en (hogere) sociale klasse (Gibbs & Flanagan 1977).

Tabel 1.4. Cliëntkenmerken gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat

Cliëntkenmerk (richting ¹)	Bevestigd door	Tegengesproken door
sociaal-demografische kenmerken:		
- geslacht (manlijk)	Seeleye (1979)	Smart (1979)
- leeftijd (hoger)	Ornstein e.a. (1985)	Freedberg e.a. (1981)
	Wiens e.a. (1983)	
- relatie (ja)	Gibbs e.a. (1977)	Freedberg e.a. (1981)
	Bromet & Moos (1977)	
	Wiens e.a. (1983)	
	Ornstein e.a. (1985)	
- werk (ja)	Gibbs e.a. (1977)	Wiens e.a. (1983)
	Bromet e.a. (1977)	
	Ornstein e.a. (1985)	
	Schuckit e.a. (1986)	
- opleiding (hoger)		Freedberg e.a. (1981)
		Wiens e.a. (1983)
- sociale klasse (hoger)	Gibbs e.a. (1977)	Freedberg e.a. (1981)
	Seeleye (1979)	
alcoholproblematiek:		
- alcoholconsumptie (lager)	Schuckit e.a. (1986)	
- abstinentie vóór hulpverlening (ja)	Ornstein e.a. (1985)	
	Schuckit e.a. (1986)	
	Elal-Lawrence (1986)	
- problemen (nee)	Schuckit e.a. (1986)	
	Gibbs e.a. (1977)	
psychische gezondheids-toestand (beter)	Gibbs e.a. (1977)	Gellens e.a (1976)
	Seeleye (1979)	
eerdere hulpverlenings-contacten (ja)	Gibbs e.a. (1977)	Wiens e.a. (1983)
	Elal-Lawrence (1986)	
	Ornstein e.a. (1985)	
	Schuckit e.a. (1986)	

¹hogere kans op resultaat met genoemd kenmerk

In de studies die later verschenen zijn komen, soms tegenstrijdige, predictoren voor het hulpverleningsresultaat naar voren. Wat betreft de invloed van sociaal-demografische kenmerken wijst Seeleye (1979) op de factor geslacht: mannen zouden een grotere kans op succes hebben dan vrouwen, hetgeen weer tegengesproken wordt in een studie van Smart (1979). Twee studies vermelden dat cliënten met een hogere leeftijd (boven de 40) een hoger succespercentage hebben (Wiens & Menustik 1983, Ornstein & Cherepon 1985). Meer overeenstemming is er over de factor werk. Gibbs & Flanagan (1977) vonden deze factor in hun overzichtsstudie al redelijk 'stabiel'. In verschillende studies daarna blijkt deze factor ook predictief te zijn (Bromet & Moos 1977, Ornstein & Cherepon 1985, Schuckit e.a. 1986). Hetzelfde geldt voor de factor gehuwd zijn of samenwonend, ook deze factor is predictief voor het hulpverleningsresultaat (Gibbs & Flanagan 1977, Bromet & Moos 1977, Wiens & Menustik 1983, Ornstein & Cherepon 1985), echter weer niet bij Freedberg & Johnston (1981). Tenslotte wijzen enkele auteurs nog op de factor sociale klasse (Gibbs & Flanagan 1977, Seeleye 1979).

Relatief minder aandacht is er in de resultaatstudies voor de factor alcoholproblematiek. Mogelijk is het ontbreken van een gestandaardiseerd en wijd geaccepteerd diagnostisch instrument daaraan debet. In een aantal studies wordt de invloed van (kortdurende) abstinentie vóór hulpverlening nagegaan, die begrijpelijkerwijs positief correleert met het hulpverleningsresultaat (Ornstein & Cherepon 1985, Schuckit e.a. 1986, Elal-Lawrence 1986).

Een derde groep factoren omvat de invloed van de psychische toestand op het moment van hulpverlening. Ook hier spreekt de literatuur elkaar tegen: Gibbs & Flanagan (1977) en Seeleye (1979) vinden correlaties tussen de psychische toestand en het hulpverleningsresultaat, terwijl Gellens e.a. (1976) deze niet vinden.

Tenslotte wordt in een aantal studies de predictieve waarde van eerdere hulpverleningscontacten onderzocht. In bijna al die studies wordt een positieve correlatie gevonden tussen AA-contact en hulpverleningsresultaat (Gibbs & Flanagan 1977, Elal-Lawrence e.a. 1986). Eerdere hulpverlening voor alcoholproblematiek of meer algemeen in de geestelijke gezondheidszorg correleert daarentegen negatief (Ornstein & Cherepon 1985, Schuckit e.a. 1986).

Sociaal-demografische kenmerken vormen blijkens dit overzicht belangrijke predictoren voor het hulpverleningsresultaat. De mechanismen waarlangs deze kenmerken van invloed zijn, zijn echter nog nauwelijks begrepen. De recente literatuur suggereert dat sociale factoren vooral hun invloed hebben op het voorkomen van terugval (Bromet & Moos 1977, Polich e.a. 1980), en een soort 'sociale stabiliteit' bieden (Williams 1977). Hetzelfde zou kunnen gelden voor de positieve invloed van AA-contacten. Steeds meer onderzoek richt zich dan ook op situaties die een verhoogd risico vormen voor terugval (Walburg e.a. 1981), waarvoor gedragstherapeutische behandelmethoden ontworpen worden.

De correlaties die gevonden zijn tussen alcoholproblematiek en hulpverleningsresultaat zouden begrepen kunnen worden in de zin van hoe ernstiger de problematiek, desto geringer het perspectief op een gunstig hulpverleningsresultaat, op zich niet

zo verwonderlijk. Dat zou bijvoorbeeld kunnen opgaan voor de factoren alcoholconsumptie, problemen ten gevolge van alcoholconsumptie en eerdere hulpverleningscontacten.

Overigens blijkt uit statistische analyses dat de percentages verklaarde variantie door cliëntkenmerken laag zijn. Bromet en Moos (1977) noemen percentages tussen de 10 en 33 procent, Schuckit (1986) komt uit op een percentage van slechts 12 procent verklaarde variantie. Daarmee relativeren deze percentages de predictieve waarde van cliëntkenmerken voor het hulpverleningsresultaat.

1.4.3. Hulpverleningskenmerken gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat

Is in de vorige paragraaf de relatie tussen cliëntkenmerken en het hulpverleningsresultaat gebleken, een duidelijke relatie zou men ook verwachten tussen hulpverleningskenmerken en het hulpverleningsresultaat. De literatuur spreekt deze verwachtingen echter enigszins tegen, zoals zal blijken uit de navolgende bespreking. Wat betreft hulpverleningskenmerken is daarbij een onderscheid gemaakt tussen wel of geen hulpverlening, intensiteit, duur en type hulpverlening, bijvoorbeeld ambulante of klinisch.

Met betrekking tot verschillen in resultaat tussen wel of geen hulpverlening en intensiteit van de hulpverlening heeft Emrick (1975) een groot aantal studies geanalyseerd waarin psychologisch georiënteerde hulpverlening geëvalueerd wordt. Hij vond daarbij 'verbeterpercentages' van 41 procent voor de niet-behandelde groep en 43 procent voor de minimaal behandelde groep. De verschillen in percentages bleken statistisch niet significant. Er bleek wel een duidelijk en significant verschil in verbeterpercentages tussen een 'meer dan minimale' behandeling en geen of minimale behandeling: 65 versus 42 procent. Emrick concludeert dan ook dat "treatment seems to increase an alcoholic's chances of at least reducing his drinking problem". De eerste Rand-studie (Armor e.a. 1978) komt tot vergelijkbare conclusies: in een 18 maanden follow-up blijken de verbeterpercentages voor de onbehandelde groep 53 procent te bedragen en voor de weinig intensief en intensief behandelde groep respectievelijk 58 en 73 procent. Interessant hierbij is dat de percentages gecontroleerd drinken in alle drie de groepen nagenoeg gelijk zijn, de verschillen zitten vooral in de abstinentiepercentages. Samenvattend blijkt uit deze beide toonaangevende studies dat hulpverlening het uiteindelijke resultaat gunstig beïnvloedt, en dat daarbij vooral de intensiteit van de hulpverlening belangrijk is.

Hoe de invloed van de hulpverlening werkt is echter nog nauwelijks bekend. Wat betreft de duur van de hulpverlening vinden Page en Schaub (1979) geen verschillen in resultaat tussen een vergelijkbaar 3 weken en een 5 weken durend hulpverleningsprogramma aan welk cliënten at random waren toegewezen. Willems e.a. (1973) komen tot eenzelfde conclusie bij een vergelijking tussen een langdurend (gemiddeld 82 dagen) en een kortdurend programma (gemiddeld 20 dagen). In beide gevallen betreft

het evaluaties van klinische programma's waarvan de duur blijkbare niet van invloed is op het uiteindelijke resultaat, in tegenstelling tot de evaluatie van ambulante programma's, waar blijkt dat de intensiteit in de zin van aantal contacten per tijdseenheid het hulpverleningsresultaat gunstig beïnvloedt.

Tabel 1.5. Hulpverleningskenmerken en het hulpverleningsresultaat

Hulpverleningskenmerk	Bevestigd door	Tegengesproken door
intensiteit	Emrick (1975) Armor e.a. (1978)	
duur		Page e.a. (1979) Willems e.a. (1973)
type (ambulant, klinisch)		Cole e.a. (1981) Armor e.a. (1978) Stinson e.a. (1979) Edwards e.a. (1977)

Nog duidelijker blijkt de onbekendheid omtrent de invloed van de hulpverlening uit studies waarin verschillende typen behandeling geëvalueerd worden. Zo vonden Cole e.a. (1981) geen verschillen in resultaat tussen klinische en ambulante programma's, een conclusie die ook in de eerste Rand-studie is terug te vinden (Armor e.a. 1978). Stinson e.a. (1979) concluderen zelfs dat ambulante programma's mogelijk een beter resultaat opleveren. Edwards e.a. (1977) vinden bij een vergelijking tussen drie typen behandeling variërend van een intensief hulpverleningsprogramma tot slechts een eenmalig advies geen verschillen in resultaat na een follow-up periode van twee jaar. Zij concluderen dan ook: "But the mayor implication of this study is probably not so much that we should focus attention on designing more intensive versions of the orthodox treatment, but that we should look much more closely at the efficacy of less intensive treatments than have previously been thought adequate".

1.4.4. Doelen en verwachtingen gerelateerd aan het hulpverleningsresultaat

Uit een onderzoek van Vanicelli & Becker (1981) naar verwachtingen van cliënten en hulpverleners blijkt dat cliënten redelijk in staat zijn het uiteindelijke resultaat (in dit geval het drinkgedrag na 12 maanden) te voorspellen, dit in tegenstelling tot de hulpverleners. Cliënten kennen zichzelf blijkbare nog steeds het beste. Een interessante bevinding in het onderzoek is dat hulpverleners hun ver-

wachtingen vooral baseren op een aantal cliëntkenmerken, zoals het aantal eerdere opnames voor alcoholproblematiek, arrestaties voor dronkenschap, leeftijd waarop begonnen is met overmatig alcoholgebruik en de gemoedstoestand van de cliënt bij opname. In de praktijk bleken deze cliëntkenmerken klaarblijkelijk niet voldoende predictief voor het uiteindelijke resultaat. De auteurs concluderen dan ook dat het resultaat in belangrijke mate beïnvloed wordt door de intenties en motivatie van de cliënt zelf.

Tabel 1.6. De invloed van doelen en verwachtingen op het hulpverleningsresultaat

Doel en verwachting	Bevestigd door	Tegengesproken door
verwachting cliënt	Vanicelli e.a. (1981)	
verwachting hulpverlener		Vanicelli e.a. (1981)
behandeldoel (abstinentie of gecontroleerd drinken)	Polich e.a. (1980) Freedberg e.a. (1981)	Booth e.a. (1984)

Een tweede vraag betreft de invloed van behandeldoelen op het hulpverleningsresultaat. Booth e.a. (1984) vinden geen significante verschillen in resultaat tijdens een 1-jaar follow-up tussen een groep die koos voor gecontroleerd drinken en een groep die koos voor abstinentie als behandelgoal. Door andere auteurs worden echter wel verschillen gevonden in resultaat tussen groepen met verschillende behandelgoelen ten aanzien van het alcoholgebruik. In de tweede Rand-studie (Polich e.a. 1980) zijn de percentages terugval berekend na 4 jaar van groepen met verschillend alcoholgebruik. Daaruit blijkt dat cliënten die niet gecontroleerd drinken de grootste kans op terugval hebben, gevolgd door de groep gecontroleerd drinken en als laagste de groep abstinentie. Tot eenzelfde conclusie komen Freedberg & Johnston (1981). Conclusies moeten hieruit met voorzichtigheid getrokken worden, aangezien het zeer voor de hand ligt dat het groepen met verschillende alcoholproblematiek betreft die kiezen voor een bepaald behandelgoal en drinkgedrag. Men kan niet zonder meer stellen dat abstinentie of gecontroleerd drinken de voorkeur geniet als behandelgoal.

1.5. Matching van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken

Uit de tot nu toe besproken literatuur blijkt dat cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken maar een beperkt deel van de variantie kunnen verklaren in het

hulpverleningsresultaat, cliëntkenmerken zelfs nog iets beter dan hulpverleningskenmerken. Echter, tot nu toe is de invloed van cliënt- en hulpverleningskenmerken steeds afzonderlijk geanalyseerd, dat wil zeggen cliënten met verschillende kenmerken bij één hulpverleningsvorm of één groep cliënten bij verschillende hulpverleningsvormen. De vraag dringt zich op of de hulpverleningsresultaten niet verbeterd zouden kunnen worden wanneer verschillende groepen cliënten aan verschillende hulpverleningsvormen worden toegewezen. Deze hypothese wordt in de alcoholliteratuur aangeduid als de matchinghypothese (Glaser 1980).

Ideeën ten aanzien van de matchinghypothese zijn ontstaan naar aanleiding van verschillende studies waaruit geen verschillen bleken in resultaat tussen minimale en meer dan minimale behandeling (zie onder andere Edwards e.a. 1977), suggererend dat een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod toegesneden op verschillende groepen cliënten mogelijk wél tot betere resultaten zal kunnen leiden (Glaser 1980). Een belangrijke aanname hierbij is dat cliënten met alcoholproblematiek een gedifferentieerde groep vormen met dus ook een gedifferentieerde hulpbehoefte. Naar de mening van Glaser zijn er 3 vormen van matching mogelijk: tussen cliëntkenmerken en hulpverlenerskenmerken, tussen cliëntkenmerken en behandeldoelen en tussen alcoholproblematiek van de cliënt en de verschillende hulpverleningsvormen. Alle 3 vormen van matching zijn volgens hem even belangrijk en verdere studie waard.

Finney en Moos (1986) bespreken een aantal conceptuele en methodologische problemen van de matchinghypothese. Zij wijzen bijvoorbeeld op het probleem van de selectie van te matchen variabelen. Belangrijke variabelen zijn de alcoholproblematiek van de cliënt en de doelen en verwachtingen, maar ook de sociale situatie (werk en relatie) dient hierbij betrokken te worden. Glaser wijst in dit verband op de voorwaarde dat alle variabelen in de matching, cliëntkenmerken, hulpverlenerskenmerken, behandeldoelen en hulpverleningsvormen goed en duidelijk geoperationaaliseerd dienen te worden. Ten aanzien van de in de matching te selecteren variabelen bestaan er volgens Finney en Moos een aantal mogelijkheden: het klinisch oordeel, dat als nadeel de variabiliteit in zich heeft; de 'cafeteria'-benadering waarbij cliënten zelf kiezen uit de verschillende hulpverleningsvormen, hetgeen als nadeel heeft dat cliënten mogelijk eerder kiezen uit persoonlijke voorkeur dan uit noodzakelijke behoefte; en tenslotte een statistische benadering waarbij uit onderzoek bekende met het hulpverleningsresultaat correlerende variabelen gekozen worden. Finney en Moos kiezen zelf voor een benadering waarbij op basis van theorie te matchen variabelen aangewezen worden.

De matchinghypothese is, hoewel op het oog veelbelovend, nog nauwelijks in onderzoek getoetst. In een overzichtsartikel over matchingstudies vindt Gibbs (1981) maar een beperkt aantal interacties: een studie van McLachlan (1972, 1974) waarbij de afstemming van de niveau's van 'conceptual level' van cliënt en hulpverlener van invloed blijkt op het hulpverleningsresultaat, en een studie van McLellan e.a. (1980a) waarin gevonden wordt dat cliënten met ernstige familieproblemen en/of problemen op het werk het slechter doen in ambulante programma's, terwijl zij met problemen met justitie het slechter doen in klinische programma's. Op basis van

deze studies èn een groot aantal studies waarbij hetzij cliëntkenmerken, hetzij hulpverleningskenmerken onderzocht zijn, komt Gibbs tot een hypothetisch matching-model dat kan dienen als uitgangspunt voor verder onderzoek (figuur 1.7.).

Figuur 1.7. Vier types probleemdrinkers en de hulpverleningsvormen gesuggereerd voor elk (naar Gibbs 1981)

Type probleemdrinker	Gesuggereerde behandeling
1 hogere sociale stabiliteit en lagere intellectuele capaciteit	ambulant met behulp van geneesmiddelen (disulfiram, psychofarmaca)
2 hogere sociale stabiliteit en hogere intellectuele capaciteit	ambulant
3 lagere sociale stabiliteit en lagere intellectuele capaciteit	langdurig en sterk gestructureerd klinisch, aandacht voor werksituatie
4 lagere sociale stabiliteit en hogere intellectuele capaciteit	kortdurend klinisch, aandacht voor werksituatie, ambulante follow-up

Veel onderzoek met betrekking tot de matchinghypothese is verricht door McLellan e.a. (1980b, 1983a, 1983b). In een eerste fase werden in retrospectief onderzoek cliëntkenmerken geanalyseerd die samenhangen met het hulpverleningsresultaat (McLellan e.a. 1980b, 1983a). Cliëntkenmerken werden daarbij gemeten met de ASI (Addiction Severity Index). Deze index is een maat voor de hulpbehoefte voor de psychiatrische, medische en psychosociale problematiek en problemen met betrekking tot werk, financiën, middelengebruik, justitie, familie en relatie, en heeft daarmee een opvallende gelijkenis met de eerder genoemde probleemdrinkerschaal. Met betrekking tot hulpverleningskenmerken werden zowel klinische als ambulante programma's opgenomen in de studie. Als belangrijkste te matchen cliëntkenmerk kwam uit deze eerste studie naar voren de psychiatrische problematiek.

In een prospectief onderzoek is vervolgens een op dit kenmerk gematchte populatie vergeleken met een niet-gematchte populatie (McLellan 1983b). De matching hield in dat cliënten met ernstiger psychiatrische problematiek naar klinische programma's werden verwezen en cliënten met geen of lichte psychiatrische problematiek naar ambulante programma's. Bij een evaluatie na 6 maanden bleek dat de gematchte populatie op gemiddeld 19 procent betere resultaten kon bogen dan de niet-gematchte populatie. McLellan e.a. concluderen dan ook dat de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening door matching wordt verhoogd.

1.6. Samenvatting en conclusies

In de eerste plaats is in dit hoofdstuk ingegaan op modellen van alcoholproblematiek en hulpverlening bij alcoholproblematiek. De heersende opvatting is dat alcoholproblematiek een syndroom is met lichamelijke, psychische en sociale aspecten. Op basis van dit model is zowel een psychiatrische als sociologische definitie van alcoholproblematiek gebaseerd, respectievelijk alcoholafhankelijkheidssyndroom en probleemdrinken. Uit theoretisch oogpunt zijn deze modellen nauw aan elkaar verwant. Gezien de criteria voor deze modellen dringt zich de vraag op in hoeverre deze modellen van alcoholproblematiek niet gezien moeten worden als opeenvolgende fasen van een ernstiger wordende alcoholproblematiek. Prevalentieschattingen op basis van deze modellen wijzen in deze richting. Consequentie van dit model is dat de hulpverlening ook aandacht moet besteden aan alle drie genoemde aspecten van alcoholproblematiek. Een andere consequentie is dat gecontroleerd drinken als een serieuze alternatieve behandeldoelstelling gezien moet worden naast abstinentie.

Aanmelding voor hulpverlening is de manifestatie van de uitgesproken behoefte aan zorg ofwel de vraag naar hulpverlening onder de bevolking. Uit onderzoek naar aanmelding voor hulpverlening is gebleken dat probleemdrinkers in de hulpverlening op een belangrijk aantal punten verschillen van probleemdrinkers in de bevolking. Probleemdrinkers in de hulpverlening zijn gemiddeld ouder, hebben meer problemen in relatie en/of werk, komen uit lagere sociale klassen, hebben minder opleiding en méér alcoholproblemen. Deze gegevens suggereren dat de hulpverlening maar een deel van de probleemdrinkers in de bevolking bereikt en wel die met ernstiger alcoholproblematiek. In de aanmeldingsfase vindt dus al een zekere (zelf)selectie plaats.

Een volgende selectie vindt in de hulpverlening plaats tijdens de intakefase. In deze fase vindt de afstemming plaats tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening. Zo zijn er verschillen te constateren tussen probleemdrinkers in verschillende hulpverleningsprogramma's. Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat probleemdrinkers in de ambulante hulpverlening over het algemeen minder ernstige alcoholproblematiek kennen. Onduidelijk uit deze onderzoeken is in hoeverre deze selectie vooral plaats vindt bij aanmelding, dus door cliënten zelf, of op basis van beslissingen van hulpverleners. Uit onderzoek in de psychiatrische hulpverlening blijkt dat behalve cliëntkenmerken ook hulpverleningskenmerken en doelen en verwachtingen van zowel cliënt als hulpverlener van invloed zijn op de beslissing tot hulpverlening. Wat betreft hulpverleningskenmerken zijn dit bijvoorbeeld beroep en ervaring van de hulpverlener, opnamebeleid en opnamecapaciteit van de hulpverleningsinstelling. Niet al deze hulpverleningskenmerken lijken relevant voor de beslissing tot hulpverlening.

Het meeste onderzoek met betrekking tot de hulpverlening voor alcoholproblematiek is echter gedaan naar resultaten van hulpverlening. Aan onderzoek naar resultaten

van hulpverlening kleven een aantal methodologische problemen die in dit hoofdstuk besproken zijn. Uit dit onderzoek komen een aantal cliënt- en hulpverleningskenmerken naar voren die gerelateerd zijn aan het resultaat. Van de cliëntkenmerken zijn dat sociaal-demografische kenmerken als geslacht, leeftijd en kenmerken die eerder al samengenomen zijn onder de noemer 'sociale stabiliteit': al of niet gehuwd zijn of vast werk hebben. Ook de ernst van de alcoholproblematiek, de psychische toestand bij aanmelding en eerdere hulpverleningscontacten blijken predictieve cliëntkenmerken. Van de hulpverleningskenmerken is opmerkelijk dat noch de duur, noch het type behandeling gerelateerd lijkt te zijn aan het uiteindelijke resultaat. Wel is dit het geval met de intensiteit van de behandeling, bijvoorbeeld het aantal contacten per tijdseenheid in de ambulante hulpverlening.

Onderzoek naar hulpverleningsresultaten beperkt zich over het algemeen tot de relatie van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken afzonderlijk tot het hulpverleningsresultaat. De vraag dringt zich op of hulpverleningsresultaten niet verbeterd zouden kunnen worden wanneer verschillende combinaties van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken geanalyseerd worden. De stelling dat optimale combinaties van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken tot verbetering leiden van de hulpverleningsresultaten wordt in de alcoholliteratuur wel aangeduid als de matchinghypothese. De eerste resultaten van prospectief onderzoek waarbij gematched werd op de psychiatrische problematiek ondersteunen de matchinghypothese.

Met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek, de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek, kan gesteld worden dat, althans voor de Nederlandse situatie, nog geen duidelijk beeld bestaat van de vraag naar hulpverlening, hoe dit proces van afstemming van vraag en aanbod plaats vindt en welke criteria daarbij een rol spelen. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet op welke wijze deze vragen in dit onderzoek beantwoord worden.

HOOFDSTUK 2

OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

2.1. Probleemstelling

Onderwerp van dit onderzoek is de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek. Dit proces van afstemming vindt plaats tijdens de intake, een gesprek (of serie gesprekken) tussen cliënt en hulpverlener waarbij de problematiek ter sprake komt en op basis waarvan een beslissing over hulpverlening wordt genomen, de intakebeslissing. Op de intake concentreert zich dan ook dit onderzoek.

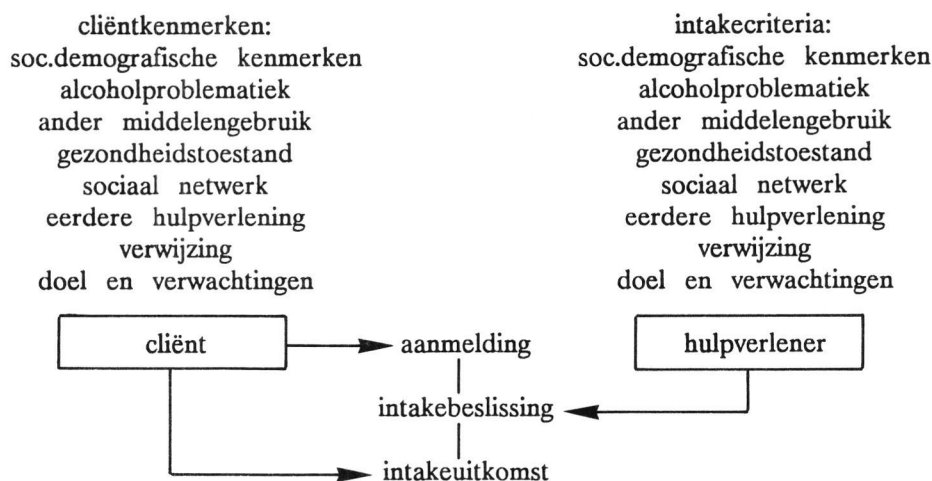
De vraag naar hulpverlening manifesteert zich in aanmelding van cliënten bij de hulpverlening. Dit is de uitgesproken behoefte in de bevolking, ter onderscheiding van de normatieve behoefte, die vastgesteld wordt door professionals en de ervaren behoefte, die onder de bevolking leeft maar niet leidt tot aanmelding voor hulpverlening (Mackenbach 1982). In hoofdstuk 1 (pagina 18) is gebleken dat een groot aantal cliëntkenmerken gerelateerd is aan aanmelding. Van de sociaal-demografische kenmerken worden genoemd geslacht, leeftijd en het hebben van een relatie en/of werk. Daarnaast is er uiteraard de invloed van de alcoholproblematiek op zichzelf: de hoogte van de alcoholconsumptie en de daaraan gerelateerde problemen.

Het aanbod van hulpverlening bestaat uit de verschillende behandelprogramma's (ambulant, crisisinterventie, klinisch). Elk van deze programma's kent eigen toelatingsvoorwaarden, die intakecriteria genoemd worden. Bij de afstemming van de vraag naar en het aanbod van hulpverlening, de intakebeslissing, spelen deze intakecriteria een belangrijke rol. Over de intakecriteria op zichzelf bestaat weinig literatuur. Wel is een en ander bekend over de mogelijke relatie van cliënt- en hulpverleningskenmerken tot de intakebeslissing (paragraaf 1.3., pagina 20). Belangrijke cliëntkenmerken zijn onder andere sociale stabiliteit, blijkend uit het hebben van een vaste relatie en/of werk, opleiding, psychische toestand, doel en verwachtingen en uiteraard de alcoholconsumptie en de daaraan gerelateerde problemen. Als hulpverleningskenmerken gerelateerd aan de intakebeslissing worden genoemd ervaring en doel en verwachtingen van de hulpverlener en instellingskenmerken als opnamebeleid en -capaciteit.

Het proces van afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening speelt zich zoals gezegd af tijdens de intake en deze staat dan ook centraal in dit onderzoek. In de intake kunnen de volgende fasen worden onderscheiden: aanmelding, intakebeslissing en intakeuitkomst. De aanmelding is in zoverre relevant voor het proces van afstemming tussen vraag en aanbod dat in deze fase reeds een zekere (zelf)selectie voor hulpverlening plaats vindt. Immers, cliënten besluiten zelf om al dan niet hulp te vragen voor alcoholproblematiek en ook bij welk behandelprogramma. Aan aanmelding zijn met name cliëntkenmerken gerelateerd. De volgende belangrijke fase is de intakebeslissing die tot stand komt op basis van het intake-

gesprek. Is de aanmelding vooral de beslissing van de cliënt, de intakebeslissing is geheel weggelegd voor de hulpverlener. Deze toetst in zijn of haar beslissing de cliëntkenmerken aan de intakecriteria van het behandelprogramma. De intakeuitkomst is tenslotte de realisering van de intakebeslissing: al dan niet hulpverlening bij één van de behandelprogramma's. Deze kan in zoverre afwijken van de intakebeslissing dat of de staf van het behandelprogramma tot een andere intakebeslissing komt dan de hulpverlener in kwestie, of de cliënt een aanbod van hulpverlening niet accepteert: dropout (figuur 2.1.).

Figuur 2.1. Onderzoeksmodel



De cliëntkenmerken en de intakecriteria zijn in dit onderzoek de onafhankelijke variabelen; de aanmelding, intakebeslissing en intakeuitkomst de afhankelijke variabelen. Om vergelijkingen tussen cliëntkenmerken en intakecriteria, die tenslotte ook op cliëntkenmerken gebaseerd zijn, mogelijk te maken, is voor beide variabelen dezelfde indeling van kenmerken gebruikt. Ten dele is de indeling tot stand gekomen op basis van de literatuur (sociaal-demografische kenmerken, alcoholproblematiek, gezondheidstoestand, doel en verwachtingen), voor het overige is deze hypothetisch (ander middelengebruik, eerdere hulpverlening, verwijzing). De afhankelijke variabelen aanmelding, intakebeslissing en intakeuitkomst hebben als categorieën de behandelprogramma's waar de cliënten zich aanmelden, respectievelijk aan welke programma's ze door hulpverleners worden toegewezen (gematched). Onderzocht worden de meest gebruikelijke behandelprogramma's: een ambulante en een klinisch programma, en een programma gericht op kortdurende crisisinterventie.

Met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek, afstemming van de vraag naar

en het aanbod van hulpverlening, is het van belang zicht te krijgen enerzijds op de cliëntenstromen in de intakefase van aanmelding tot intakeuitkomst, anderzijds op de factoren die van invloed zijn op de intakebeslissing. Het eerste is vooral een beschrijvend doel, het laatste meer verklarend.

De probleemstelling van dit onderzoek kan dan als volgt worden geformuleerd:

1. hoe verloopt de intake voor hulpverlening bij alcoholproblematiek;
2. welke factoren zijn van invloed op beslissingen tijdens de intake over hulpverlening voor alcoholproblematiek.

2.2. Opzet van het onderzoek

Plaats van het onderzoek

Het onderzoek heeft plaats gevonden bij het Jellinekcentrum te Amsterdam. Het Jellinekcentrum is een categorale hulpverleningsinstelling voor zowel alcohol als drugsproblematiek. Er werken ruim 300 medewerkers, verdeeld over een groot aantal staf- en behandelafdelingen, waarvan sommigen ook buiten Amsterdam zijn gelokaliseerd. Het Jellinekcentrum heeft als doelgebied de gezondheidsregio (conform de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) waartoe Amsterdam behoort. Financiering vindt uit verschillende bronnen plaats, waaronder AWBZ, ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en subsidies van de Ministeries Justitie en WVC.

In het onderzoek zijn uitsluitend de Amsterdamse behandelafdelingen voor alcoholproblematiek betrokken, t.w.:

1. Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), een ambulante voorziening;
2. Detoxificatie-afdeling (Detox), een klinische voorziening voor kortdurend verblijf (maximaal 3 weken), bedoeld voor crisisinterventie;
3. Kliniek, bestaande uit een drietal behandelprogramma's:
 - Mannenkliniek, een klinische voorziening voor langdurig verblijf (2-3 maanden);
 - Vrouwenkliniek (VK), idem;
 - Krauweelhuis (HJK), een klinische voorziening voor langdurig verblijf (1 jaar) naar het model van de therapeutische gemeenschap.

De behandeling bestaat over het algemeen uit een combinatie van individuele gesprekken, individuele therapieën (psychotherapie), relatiegesprekken, groeps gesprekken, groepstherapieën (zoals informatiegroepen, ontspanningsgroepen, psychodynamische therapiegroepen, psychodrama) en maatschappelijke hulpverlening bij problemen met financiën, relatie, werk en/of huisvesting. De accenten liggen per behandelafdeling verschillend. Zo ligt de nadruk bij het CAD op individuele gesprekken en maatschappelijke hulpverlening, terwijl het Krauweelhuis vooral is gericht op gedragstherapie. Bij de Detox vindt geen behandeling in eigenlijke zin plaats, maar crisisinterventie (ontgiftiging en voorbereiding op verdere behandeling). De behandeling wordt verzorgd door maatschappelijk werkenden, verpleegkundigen en sociotherapeuten, terwijl artsen, psychiaters, psychologen en psychothera-

peuten vooral een consultatieve functie hebben of functioneren als begeleiders in groepstherapieën.

Alle afdelingen, met uitzondering van de Detox waarvoor een verwijzing (bijvoorbeeld door de huisarts) noodzakelijk is, zijn via spreekuren direct toegankelijk voor cliënten.

Vragenlijst

Gezien de beperkingen ten aanzien van de validiteit en betrouwbaarheid van bestaande registratie- en dossiergegevens en de problemen met betrekking tot de privacy-bescherming van cliënten bij gebruik van deze gegevens is besloten tot het uitvoeren van een eigen survey met behulp van gestructureerde vragenlijsten die door de onderzoekers zelf worden afgenomen. In de vragenlijsten zijn de onderwerpen uit het onderzoeksmodel geoperationaliseerd (tabel 2.2.). Ze zijn mondeling afgenomen door de onderzoekers.

Tabel 2.2. Overzicht van onderwerpen in vragenlijst

Interview cliënt	Interview hulpverlener
sociaal-demografische kenmerken	sociaal-demografische kenmerken
alcoholproblematiek	beroep en ervaring
ander middelengebruik	intake-criteria
psychische en lichamelijke toestand	verloop intake
sociaal netwerk	doel en verwachtingen
eerdere hulpverleningscontacten	intakebeslissing
verwijzing	opnamecapaciteit
verloop intake	
doel en verwachtingen	

In de vragenlijst voor de cliënt zijn een aantal sociaal-demografische kenmerken geoperationaliseerd, te weten leeftijd, geslacht, nationaliteit, burgerlijke staat, leef- en woonsituatie, woonplaats, opleiding, beroep, werksituatie, bron van inkomsten, inkomen en ziektekostenverzekering. Voor de operationalisatie van de alcoholproblematiek is gekozen voor de probleemdrinkerschaal zoals die door Garretsen (1983) en Knibbe (1982) is toegepast in surveys. Het begrip probleemdrinken is reeds eerder gedefinieerd (paragraaf 1.1.1., pagina 14). Bij probleemdrinken worden 2 dimensies onderscheiden, de alcoholconsumptie en de problemen ten gevolge van het alcoholgebruik. De alcoholconsumptie wordt bepaald aan de hand van de gemiddelde alcoholconsumptie per dag en het gemiddelde aantal dagen per maand dat gedronken wordt. Daarnaast worden een 5-tal probleemgebieden onderscheiden:

- psychologische afhankelijkheid;
- symptomatisch drinken;
- problemen met omgeving;
- problemen met gezondheid en/of ongelukken;
- frequent dronken zijn en/of een kater hebben.

Bij ander middelengebruik is het gebruik van tabak, pijnstillers, slaap- en kalmerende middelen, soft- en hard-drugs nagevraagd. Betreffende de psychische en lichamelijke gezondheid is de respondent om een subjectief oordeel over de eigen gezondheid gevraagd. Daarnaast is de verkorte VOEG-schaal (Jansen en Sikkels 1981) toegevoegd, die een beeld geeft van de subjectief ervaren gezondheid. De situatie in het sociaal netwerk is nagegaan door te informeren naar het alcoholgebruik van partner en vrienden of kennissen te vragen naar de (subjectief ervaren) mogelijkheden om de alcoholproblematiek te bespreken met mensen uit het sociaal netwerk en/of ondersteuning te ontvangen bij hulpverlening. Om gegevens te verkrijgen over eerdere hulp is gevraagd naar eerdere hulp van huisarts, maatschappelijk werk, bedrijfsarts, medisch specialist, algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, professionele alcoholhulpverlening en de AA in verband met alcoholproblematiek. Indien dat het geval is, is geïnformeerd naar het tijdstip van de laatste behandeling, het subjectief ervaren effect van de behandeling en eventueel vervroegd afbreken van behandeling. Verder is gevraagd naar de wijze waarop verwijzing tot stand is gekomen, het verloop van de intake, de onderwerpen die daar ter sprake zijn gekomen en de tevredenheid over dit gesprek. Tenslotte zijn enkele open vragen in het interview opgenomen met betrekking tot doel en verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de hulpverlening en de resultaten van de hulpverlening.

Om inzicht te krijgen in de verschillen in gezichtspunt tussen cliënt en hulpverlener (en de mogelijke invloed daarvan op de intakebeslissing en intakeuitkomst) zijn aan de hulpverlener een aantal vragen in dezelfde bewoordingen gesteld als aan de cliënt. Dit is onder andere het geval bij de beoordeling van de ernst van de alcoholproblematiek, het verloop van de intake en de doelen en verwachtingen ten aanzien van de resultaten van de hulpverlening (tabel 2.2.). Specifiek voor de hulpverlener zijn opgenomen sociaal-demografische kenmerken (leeftijd en geslacht) en beroep en ervaring. Uitgebreid is verder ingegaan op de intakecriteria, de intakebeslissing en de motivering daarvan.

2.3. Uitvoering van het onderzoek

Veldwerk

Het veldwerk voor het onderzoek is uitgevoerd in de maanden juni tot en met augustus 1985. Voor het onderzoek is geen steekproef getrokken, maar zijn alle cliënten die zich in die periode aanmeldten bij het Jellinek Centrum gevraagd mee te werken aan het onderzoek tot een aantal van ongeveer 150 respondenten was bereikt. Aangezien het Jellinek Centrum de enige professionele hulpverleningsinstelling voor

alcoholproblematiek in de regio is en voor het onderzoek alle probleemdrinkers die zich in de onderzoeksperiode aanmeldden gevraagd zijn, mag de onderzoekspopulatie gezien worden als een afspiegeling van de totale vraag naar professionele hulpverlening in de regio. In totaal hebben 146 dubbelinterviews plaats gevonden met cliënten en hulpverleners.

De wervingsprocedure was als volgt: alle cliënten met alcoholproblematiek die zich bij een van de betrokken afdelingen aanmeldden en die langer dan een maand geen hulp meer gehad hadden van het Jellinek Centrum, kregen na de intake van de hulpverlener een brief uitgereikt waarin gevraagd werd medewerking te verlenen aan het onderzoek. Wanneer toestemming werd verkregen, vond zo mogelijk direct daarop een interview plaats met de cliënt. Wanneer dat niet mogelijk was, werd een afspraak op zo kort mogelijke termijn gemaakt. Er werd naar gestreefd ook met de hulpverlener op de dag van de intake een interview te houden.

Het interview met de cliënt duurde gemiddeld tussen de 3 kwartier en een uur, dat met de hulpverlener tussen een kwartier en een half uur. De interviews zijn gedaan door de onderzoeker en 2 onderzoeksassistenten. Alvorens met de definitieve interviews te starten zijn een 10-tal proefinterviews gehouden, op grond waarvan enkele vragen zijn bijgesteld. Op deze wijze konden de interviewers ervaring opdoen met de vragenlijsten. Gesloten vragen zijn ter plaatse gescoord, de antwoorden op de open vragen zijn op band opgenomen en na het interview letterlijk overgeschreven in de vragenlijsten.

Om non-respons zoveel mogelijk te voorkomen werden de daglijsten gechecked en zonodig cliënten bij een volgende gelegenheid om medewerking gevraagd. Een aantal gegevens uit de daglijsten is gebruikt om in verband met de non-respons de representativiteit van de onderzoeksgroep voorzover mogelijk te kunnen vaststellen.

Tabel 2.3. Respons en non-respons (% (absolute aantallen))

Respons				60.8	(146)
Non-respons:	niet gevraagd	23.8	(57)	} 39.2	(93)
	geweigerd	12.1	(29)		
	niet gekomen	3.3	(8)		
Totaal				100.0	(240)

Respons

146 van de 240 cliënten die zich in de onderzoeksperiode aanmeldden zijn in het onderzoek opgenomen. De totale respons in het onderzoek bedroeg dus bijna 61 procent en ligt daarmee op zich op een nog aanvaardbaar niveau. De redenen van non-

respons zijn echter niet bepaald geruststellend: 57 cliënten werden niet gevraagd door de hulpverlener, in 29 gevallen werd door de cliënt medewerking aan het onderzoek geweigerd en 8 cliënten verschenen niet op een afspraak voor het interview en waren daarna ook niet meer te achterhalen. Met name in die gevallen waarin de cliënt niet gevraagd werd kan een zekere bias zijn opgetreden: hierbij kan een rol gespeeld hebben dat hulpverleners gezien de lichamelijke en/of psychische toestand van de cliënt niet om diens medewerking aan het onderzoek hebben gevraagd (tabel 2.3.).

De respons is het laagst bij het CAD en het hoogst bij de Detox. Dat de respons bij de klinische afdelingen hoger ligt heeft voor een belangrijk deel te maken met het feit dat het daar gemakkelijker was een afspraak te maken voor een interview en cliënten ook eerder instemden met een interview omdat het geen extra tijd kostte of het interview onderdeel uitmaakte van de uitgebreidere procedures die bij de klinische afdelingen in geval van een intake plaats vinden (tabel 2.4.).

Tabel 2.4. Respons naar afdeling van aanmelding (%)

	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
Respons	52.1	75.9	64.6	60.8
N	(121)	(54)	(65)	(240)

Een vergelijking tussen de respons- en de non-respons-groep was alleen mogelijk voor de variabele geslacht omdat voor de variabele leeftijd onvoldoende gegevens van de non-respons-groep beschikbaar waren. De respons bij mannen (62 procent) in vergelijking tot vrouwen (59 procent) gaf geen aanleiding om de representativiteit van de onderzoeksgroep ter discussie te stellen.

Door deze non-respons is de interne validiteit, de representativiteit voor cliënten van het Jellinek Centrum, enigszins ingeperkt. Voor de veel belangrijkere externe validiteit, het doen van wetenschappelijke uitspraken, heeft dit echter minder consequenties (Rothman 1986).

2.4. Analyse van het onderzoek

De onderzoeksgegevens zijn zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd. De kwalitatieve analyse betreft de semi-gestructureerde vragen, dat wil zeggen dat de vraag aan alle respondenten op dezelfde wijze is gesteld, maar dat de beantwoording open was. Die stukken tekst zijn opgenomen in dit onderzoeksverslag, die illustra-

tief zijn voor een bepaalde categorie van antwoorden, zonder daarbij het kwantitatieve aspect van een antwoordcategorie te betrekken.

Het overgrote gedeelte van de vragen is echter gestructureerd gesteld, met vaste antwoordcategorieën. Deze antwoorden zijn kwantitatief geanalyseerd met het programma SPSS (Statistical Package of the Social Sciences). Standaard is de chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid van nominale zowel als ordinale variabelen toegepast. Wanneer geen commentaar is vermeld bij een p-waarde in een tabel, dan betreft het de bij de chi-kwadraat toets behorende p-waarde. Gezien het aantal respondenten is een alpha van 0.1 gekozen.

De sterkte van relaties tussen ordinale variabelen is geanalyseerd met de Kendall's tau B toets met bijbehorende p-waarde (Blalock 1979). Deze toets is ook gebruikt om de mate van overeenstemming tussen twee beoordelaars over ordinaal gestructureerde variabelen te toetsen. Overeenstemming tussen beoordelaars over nominaal gestructureerde variabelen is daarentegen nagegaan met de kappa-toets. Beide toetsen hebben een range van 0 tot 1. Hoe dichter de waarde van de toets de 1 nadert desto groter is de overeenstemming.

Tenslotte is in sommige analyses gebruik gemaakt van de odds ratio. Deze toets geeft aan de relatieve kans op een bepaalde uitkomst van een dichotome variabele voor twee of meer op een nominale variabele onderscheiden subgroepen. Voor deze toets is een 90 procent betrouwbaarheidsinterval berekend, overeenkomend met een alpha van 0.1 (Miettinen 1985).

2.5. Samenvatting en conclusies

Centraal in dit onderzoek staat de intake, het proces waarin de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening plaats vindt. In de intake kunnen de volgende fasen worden onderscheiden: aanmelding, intakebeslissing en intakeuitkomst. Deze zijn tevens de afhankelijke variabelen in het onderzoek; cliëntkenmerken en intakecriteria vormen de onafhankelijke variabelen. De probleemstelling van het onderzoek is tweeledig: 1. hoe verloopt de intake voor hulpverlening bij alcoholproblematiek, 2. welke factoren zijn van invloed op beslissingen tijdens de intakefase over hulpverlening.

Het onderzoek is uitgevoerd bij het Jellinek Centrum te Amsterdam, een hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek met een regionale functie, die zowel over ambulante en klinische programma's beschikt als over een kortdurend interventieprogramma.

Voor het onderzoek zijn alle probleemdrinkers gevraagd die zich in de onderzoeksperiode aanmeldden bij de hulpverleningsinstelling. Aangezien deze instelling de enige professionele hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek in de regio is, mag de onderzoekspopulatie gezien worden als een afspiegeling van de totale

vraag naar professionele hulpverlening in de regio. In totaal hebben 146 gestructureerde interviews plaatsgevonden met cliënten en hulpverleners, een respons van bijna 61 procent. Controle van de non-respons voor de variabele geslacht gaf geen aanleiding om de representativiteit van de onderzoeksgroep ter discussie te stellen. Deze respons beperkt weliswaar de interne validiteit (de representativiteit voor cliënten van de hulpverleningsinstelling), maar niet zozeer de externe validiteit ofwel de mogelijkheid van generalisatie naar wetenschappelijke uitspraken. De onderwerpen zijn zowel kwalitatief als kwantitatief geanalyseerd.

HOOFDSTUK 3

DE VRAAG NAAR HULPVERLENING: KENMERKEN VAN CLIENTEN DIE ZICH AANMELDEN VOOR HULPVERLENING

3.1. Inleiding

De vraag naar hulpverlening manifesteert zich in aanmelding van probleemdrinkers bij de hulpverlening. Deze kan opgevat worden als de uitgesproken behoefte aan hulpverlening in de bevolking, die niet noodzakelijkerwijs de ervaren behoefte, laat staan de normatieve behoefte (de behoefte vastgesteld door professionals) hoeft te weerspiegelen. Zoals in de inleiding (pagina 9) reeds is aangestipt, is het met betrekking tot de bepaling van het noodzakelijke aanbod van hulpverlening ondoenlijk om uit te gaan van de normatieve behoefte en hetzelfde geldt voor de ervaren behoefte, zo deze al is vast te stellen. Daarvoor bestaat op dit moment nog te weinig duidelijkheid over de werkelijke behoefte aan hulp. Het lijkt op dit moment dan ook het meest verstandige om met betrekking tot het hulpverlenings- en overheidsbeleid op dit punt uit te gaan van de uitgesproken behoefte aan hulpverlening en de eventuele knelpunten die zich daarbij voordoen.

De uitgesproken behoefte is het onderwerp van dit hoofdstuk. Deze wordt bestudeerd aan de hand van kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmeldden bij 3 hulpverleningsvormen: behandelprogramma's voor ambulante en klinische hulpverlening en daarnaast een programma voor crisisinterventie. Deze behandelprogramma's waren afzonderlijk bereikbaar, zodat aanmelding bij deze programma's opgevat kan worden als een min of meer bewuste keuze voor de desbetreffende hulpverleningsvorm. De volgende cliëntkenmerken worden gerelateerd aan aanmelding: sociaal-demografische kenmerken, alcoholproblematiek, ander middelengebruik, gezondheidstoestand, sociaal netwerk, eerdere hulpverleningscontacten, verwijzing en doel en verwachtingen.

Om zicht te krijgen op de verhouding tussen uitgesproken en normatieve behoefte worden kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmeldden voor hulpverlening eveneens vergeleken met kenmerken van probleemdrinkers in de bevolking. Aangezien Amsterdamse gegevens ontbreken, is als referentiepopulatie probleemdrinkers in de bevolking gekozen voor de populatie probleemdrinkers opgespoord in een Rotterdamse survey (Garretsen 1983). Daarbij is aangenomen dat de samenstelling van de Rotterdamse populatie probleemdrinkers vergelijkbaar is met die van de Amsterdamse populatie, aangezien beide als grotestadpopulaties zijn aan te merken. Onderzoek van Raat (1987) met behulp van de synthetic estimates methode heeft aangetoond dat deze aanname gerechtvaardigd is: de belangrijkste predictoren voor probleemdrinken met samen de hoogste verklaarde variantie blijken geslacht, leeftijd en burgerlijke staat te zijn en met betrekking tot deze kenmerken blijken geen belangrijke verschillen te bestaan tussen Amsterdam en Rotterdam.

3.2. Cliëntkenmerken en aanmelding

3.2.1. Sociaal-demografische kenmerken

Leeftijd en geslacht

De leeftijd is in de tabellen gerangschikt in klassen van 10 jaar. Uit de tabel 3.1. blijkt in de eerste plaats dat probleemdrinkers onder de 30 jaar relatief minder frequent in de hulpverlening terecht komen dan probleemdrinkers boven de 30. Deze bevinding komt overeen met andere onderzoeken waarbij prevalentiecijfers in de bevolking vergeleken zijn met cijfers in de hulpverlening (Armor e.a. 1978, Knibbe 1982). Als mogelijke verklaring wordt wel gesuggereerd dat overmatig alcoholgebruik onder jongeren pas na verloop van tijd tot zodanige problematiek resulteert dat professionele hulp wordt ingeroepen (Knibbe 1982).

Tabel 3.1. Leeftijdsverdeling probleemdrinkers naar afdeling, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Leeftijd	Afdeling ¹			Totaal Centrum	R'dam ²
	CAD	Detox	Kliniek		
< 19 jaar	1.6	-	-	0.7	7.8
20-29 jaar	19.0	12.2	21.4	17.8	35.8
30-39 jaar	49.2	29.2	40.5	41.1	24.2
40-49 jaar	17.4	41.5	21.4	25.3	15.7
50-59 jaar	9.5	17.1	14.3	13.0	11.8
> 60 jaar	3.2	-	2.4	2.1	5.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: <0.05 (<40 jaar versus >40 jaar tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen centrum en Rotterdam)

Uit de gegevens wordt overigens een andere suggestie uit de literatuur tegengesproken, als zouden vrouwen vaker hulp inroepen voor alcoholproblematiek dan mannen (tabel 3.2.). Wel suggereert een vergelijking tussen probleemdrinkers in de hulpverlening en probleemdrinkers in de bevolking naar leeftijd en geslacht dat vrouwen op lagere leeftijd hulp zoeken dan mannen (tabel 3.3.).

Tabel 3.2. Geslachtsverdeling probleemdrinkers naar afdeling, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Geslacht	Afdeling ¹			Totaal Centrum	R'dam ²
	CAD	Detox	Kliniek		
man	69.8	61.0	90.5	73.3	80.4
vrouw	30.2	39.0	9.5	26.7	19.6
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: <0.01 (kliniek versus andere afdelingen)

²p: n.s. (tussen centrum en Rotterdam)

Tabel 3.3. Probleemdrinkers in hulpverlening naar leeftijd en geslacht, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Leeftijd	Mannen ¹		Vrouwen ¹	
	Hulpverl	R'dam	Hulpverl	R'dam
<19 jaar	0.9	8.1	-	6.7
20-29 jaar	15.9	36.6	23.1	30.0
30-39 jaar	37.4	24.4	51.3	23.3
40-49 jaar	26.1	13.0	23.0	26.7
50-59 jaar	16.8	11.4	2.6	13.3
>60 jaar	2.8	6.5	-	-
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(107)	(123)	(39)	(30)

¹p: n.s. (<40 jr versus >40 jr tussen mannen en vrouwen in R'dam)

²p: <0.05 (<40 jr versus >40 jr tussen mannen en vrouwen in hulpverlening)

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de hulpverlening tussen de 3 hulpverleningsvormen, dan valt een aantal dingen op. Zo springt een relatief laag aanmeldingscijfer voor vrouwen bij de Kliniek in het oog (tabel 3.2.). Aangezien de man-vrouw verdeling bij Detox en CAD geheel anders ligt, suggereert deze bevinding een terughoudendheid bij vrouwen om zich aan te melden bij een langdurig klinische voorziening. Mogelijk dat problemen die een opname geven ten aanzien van taken in het gezin hierin een rol spelen.

Ook de leeftijdsverdeling bij de verschillende behandelvormen is illustratief. Terwijl de literatuur over het algemeen een gemiddelde leeftijd tussen de 40 en 45 noemt (Wanberg e.a. 1973, Hore e.a. 1975, Armor e.a. 1978, Gayford 1979, Knibbe 1982, Knowles e.a. 1983, Ettore 1985), ligt deze althans voor het CAD en de Kliniek duidelijk onder de 40 jaar. De gemiddelde leeftijd bij de Detox ligt echter duidelijk hoger dan bij de andere 2 afdelingen (tabel 3.1.).

Tabel 3.4. Verdeling burgerlijke staat probleemdrinkers naar afdeling, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Burgerlijke staat	Afdeling ¹			Totaal Centrum	R'dam ²
	CAD	Detox	Kliniek		
gehuwd	20.6	29.3	11.9	20.5	44.4
ongehuwd ³	50.8	24.4	31.0	37.7	43.1
gescheiden	28.6	43.9	54.8	40.4	9.8
weduwe/naar	-	2.4	2.4	1.4	2.6
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹ $p < 0.05$ (tussen afdelingen)

² $p < 0.001$ (tussen Centrum en R'dam)

³Inclusief ongehuwd samenwonend

Burgerlijke staat

Ook naar burgerlijke staat zijn er opmerkelijke verschillen tussen populaties probleemdrinkers in de hulpverlening en in de bevolking. Zo is het relatieve aandeel van gehuwden in de hulpverleningspopulatie relatief veel kleiner dan in de bevolkingspopulatie. Daarentegen is het relatieve aandeel gescheiden probleemdrinkers in de hulpverlening vele malen groter dan in de bevolking. Het percentage gescheiden probleemdrinkers in de hulpverlening komt in de buurt van wat Armor e.a.

(1978) in hun onderzoek vinden. Ook zij vinden een duidelijk verschil in het relatieve aandeel van gescheiden probleemdrinkers in de hulpverlening en in de bevolking. In Nederland zijn soortgelijke bevindingen gedaan door ten Horn (1976).

Deze resultaten suggereren een duidelijke relatie van de factor burgerlijke staat tot het zoeken van hulp voor alcoholproblematiek. In hoeverre van het gehuwd zijn een beschermende invloed uitgaat en/of het gescheiden zijn een bevorderende factor is ten aanzien van de alcoholproblematiek, daarover kan op grond van deze gegevens geen uitspraak worden gedaan. Knibbe e.a. (1986a) wijzen er in dit verband op dat bij een weinig gestructureerd leven de kans op intensivering van de alcoholconsumptie groter is. Een derde voor de hand liggende hypothese is dat de burgerlijke staat het gevolg is van de ontwikkeling van de alcoholproblematiek.

De verdeling van burgerlijke staat naar afdeling is illustratief (tabel 3.4.). Zo is het relatieve aantal gescheiden probleemdrinkers bij de ambulante afdeling veel lager dan bij de beide klinische afdelingen. Ook deze bevinding kan mogelijk verklaard worden door verschillen in ernst van de alcoholproblematiek bij de onderscheiden afdelingen en/of door verschillen in leeftijd.

Dagbesteding

Met de term dagbesteding wordt bedoeld de werksituatie voor wat betreft de beroepsbevolking (voltijds werk, part-time werk, werkloos, WAO) en enkele te onderscheiden categorieën voor de niet-beroepsbevolking (huisvrouw/man, dagopleiding, gepensioneerd). De operationalisatie van deze variabele is dezelfde als die van Garretsen (1983), zodat ook op deze variabele een vergelijking mogelijk is tussen de populatie in hulpverlening en de populatie probleemdrinkers in de bevolking.

De meest opvallende bevinding bij deze vergelijking is dat in de hulpverleningspopulatie de percentages werkloos en arbeidsongeschikt veel hoger zijn en het percentage probleemdrinkers met (voltijds)werk veel lager is dan onder probleemdrinkers in de bevolking (tabel 3.5.). Ook deze bevinding is in de literatuur terug te vinden. Zo melden Armor e.a. (1978) eveneens veel hogere percentages werklozen onder probleemdrinkers in de hulpverlening vergeleken met probleemdrinkers in de algemene bevolking (60 respectievelijk 12 procent voor mannen en 45 respectievelijk 30 procent voor vrouwen).

Analoog als bij burgerlijke staat kunnen op basis van deze bevinding verschillende hypothesen worden opgesteld: het hebben van werk kan een beschermende functie hebben ten aanzien van de alcoholproblematiek waardoor hulpverlening minder gauw noodzakelijk is, werkloosheid werkt bevorderlijk op de ontwikkeling van de alcoholproblematiek zodat hulpverlening juist sneller noodzakelijk is, of de werksituatie is het gevolg van de ontwikkeling van de alcoholproblematiek. Armor e.a. (1978) concluderen over de invloed van de variabelen burgerlijke staat en dagbesteding: "Naturally, we don't know for sure whether those factors helped cause the alcoholism and problem drinking or are consequences of them."

Binnen de hulpverlening zijn eveneens verschillen aan te wijzen naar dagbesteding bij de verschillende afdelingen. Zo is bij de Detox en de Kliniek het percentage

arbeidsongeschikten ruim anderhalf maal zo groot als bij de ambulante afdeling, terwijl het percentage met een voltijdse baan bij deze laatste afdeling weer twee maal zo hoog is.

Tabel 3.5. Verdeling dagbesteding probleemdrinkers naar afdeling, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Dag- besteding	Afdeling ¹			Totaal Centrum	R'dam ²
	CAD	Detox	Kliniek		
werk	41.3	24.4	23.8	31.6	57.5
werkloos	27.0	24.4	38.1	29.5	11.1
WAO	19.0	31.7	31.0	26.0	7.2
anders	12.8	19.5	7.2	13.0	24.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: <0.1 (werk versus geen werk tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen centrum en R'dam)

3.2.2. Alcoholproblematiek

3.2.2.1. Probleemdrinkerschaal

De alcoholproblematiek is in dit onderzoek gemeten met behulp van de probleemdrinkerschaal, zoals die ontwikkeld en toegepast is door Garretsen (1983) en Knibbe (1982). De gebleken toepasbaarheid in survey-onderzoek en de mogelijkheid tot vergelijking met probleemdrinkers in de algemene bevolking zijn doorslaggevend geweest om dit instrument ook in dit onderzoek te gebruiken, hoewel dit instrument nog niet eerder op klinische populaties is toegepast.

De probleemdrinkerschaal is opgebouwd uit 2 gedeelten: een alcoholconsumptie-index en een probleem-index. De probleemdrinkerschaal heeft betrekking op de alcoholproblematiek heeft betrekking op de alcoholproblematiek zoals deze zich het afgelopen half jaar heeft gemanifesteerd.

Alcoholconsumptie

De alcoholconsumptie is in het onderzoek gemeten door te vragen naar het aantal dagen per maand dat alcohol gebruikt wordt en het aantal glazen dat gemiddeld op

die dagen geconsumeerd wordt. De antwoorden op die vragen worden vervolgens in een tabel tegenover elkaar gezet (tabel 3.6.).

Door Garretsen zijn de volgende categorieën van alcoholconsumptie gedefinieerd:

- zeer excessief drinken, wanneer gedurende 21 of meer dagen per maand gemiddeld 6 of meer glazen per dag geconsumeerd worden;
- excessief drinken, wanneer gedurende 9 of meer dagen gemiddeld 6 of meer glazen geconsumeerd worden, of gedurende 21 of meer dagen 4 of meer glazen;
- matig drinken, wanneer gedurende 3 of meer dagen gemiddeld 6 of meer glazen geconsumeerd worden, gedurende 9 of meer dagen 4 of meer glazen of gedurende 15 of meer dagen 2 of meer glazen;
- licht drinken, in alle overige gevallen van alcoholconsumptie.

Tabel 3.6. Alcoholconsumptieindex (naar Garretsen, 1983)

Dagen per maand	Glazen per dag			
	> 5	4-5	2-3	1
> 27 dagen	z.exc.	exc.	matig	licht
21-27 dagen	z.exc.	exc.	matig	licht
15-20 dagen	exc.	matig	matig	licht
9-14 dagen	exc.	matig	licht	licht
3-8 dagen	matig	licht	licht	licht
1-2 dagen	licht	licht	licht	licht

Wanneer deze alcoholconsumptieindex wordt toegepast op de onderzoekspopulatie, dan blijkt bijna 83 procent van de respondenten als zeer excessief drinker en ruim 8 procent als excessief drinker geclassificeerd te kunnen worden, samen ruim 90 procent van de respondenten. Daarmee verschilt de klinische populatie probleemdrinkers duidelijk van de probleemdrinkers in de bevolking, waar de zeer excessieve en excessieve drinkers nog geen 70 procent van de probleemdrinkers vormen. Geconcludeerd kan worden dat vooral de probleemdrinkers met een gemiddeld hogere alcoholconsumptie in de hulpverlening terecht komen. Met name geldt dit voor de zeer excessieve drinkers: bijna 83 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening en nog geen 32 procent van de probleemdrinkers in de bevolking (tabel 3.7.).

Tussen de verschillende afdelingen zijn de verschillen in alcoholconsumptie van probleemdrinkers die zich aanmelden echter niet significant. Dit in tegenstelling tot hetgeen men zou verwachten: bijvoorbeeld dat de alcoholconsumptie bij de Detox gemiddeld hoger zou liggen dan bij het CAD, gezien het feit dat het een crisis-interventieafdeling betreft. Er zijn twee voor de hand liggende verklaringen: hetzij dat de alcoholconsumptieindex onvoldoende differentieert in de 'hogere

regionen', hetzij dat boven een bepaald alcoholconsumptieniveau eerder andere factoren dan de alcoholconsumptie alleen de aanmelding voor hulpverlening gaan bepalen.

Tabel 3.7. Alcoholconsumptieindex naar afdeling aanmelding, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Alcohol- consumptieindex	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum	R'dam ²
zeer excessief	81.0	92.7	76.2	82.9	31.4
excessief	6.3	7.3	11.9	8.2	35.3
matig	4.8	-	9.5	4.8	11.7
licht	4.8	-	2.4	2.7	20.9
onbekend	3.2	-	-	1.4	0.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen Centrum en R'dam)

In de tweede plaats valt op dat in totaal 11 respondenten volgens de alcoholconsumptieindex als matige of lichte drinkers worden aangemerkt. Verderop zal besproken worden in hoeverre de alcoholproblematiek van deze probleemdrinkers afwijkt van die van de overigen.

Problemen rond drinken

In de probleemindex van de probleemdrinkerschaal worden een 5-tal probleemvelden onderscheiden die samen kunnen hangen met de alcoholproblematiek, te weten:

1. psychologische afhankelijkheid;
2. symptomatisch drinken;
3. problemen met omgeving;
4. problemen met gezondheid en/of ongelukken;
5. frequent dronken zijn en/of een kater hebben.

Psychologische afhankelijkheid

De psychologische afhankelijkheid van alcohol is nagegaan met de volgende vragen:

- "Helpt drinken u uw zorgen te vergeten?";

- "Vrolijk drinken u op als u in een slechte bui bent?";
- "Helpt drinken u om u beter te voelen als u gespannen of nerveus bent?";
- "Helpt drinken u om beter te denken en te werken?";
- "Geeft drinken u meer zelfvertrouwen?";
- "Kunt u er met een drankje beter tegen als u eenzaam bent?";
- "Vond u het wel eens moeilijk om uw werk te doen zonder zo nu en dan een paar glazen te drinken?".

Op elk van deze vragen is een score van toepassing van 0 (niet waar), 1 (enigszins waar) of 2 (waar). De maximumscore is dus 14 punten. De classificatie van de psychologische afhankelijkheid is dan als volgt: groot (7 of meer punten), matig (4 tot 6 punten), klein (1 tot 3 punten) of geen (0 punten).

Volgens deze classificatie kan 65 procent van de probleemdrinkers een grote psychologische afhankelijkheid worden toegeschreven, 24 procent een matige en 11 procent een lichte afhankelijkheid (tabel 3.8.).

Tabel 3.8. Psychologische afhankelijkheid naar afdeling aanmelding vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Psychologische afhankelijkheid	Afdeling ¹			Totaal Centrum	R'dam ²
	CAD	Detox	Kliniek		
groot	63.5	63.4	69.0	65.0	14.4
matig	23.8	24.4	23.8	24.0	27.2
klein	12.7	12.2	7.1	11.0	36.6
geen	-	-	-	-	21.0
onbekend	-	-	-	-	0.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen Centrum en R'dam)

Wat betreft psychologische afhankelijkheid bestaan er daarmee wederom belangrijke verschillen met probleemdrinkers in de algemene bevolking: 89 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening geeft een matige tot grote psychologische afhankelijkheid aan tegenover slechts 42 procent van de probleemdrinkers in de bevolking. Tussen de verschillende afdelingen worden géén verschillen in de mate van psychologische afhankelijkheid gevonden.

Symptomatisch drinken

Onder symptomatisch drinken worden die symptomen verstaan die wijzen op een lichamelijke afhankelijkheid van alcohol. De volgende vragen zijn daarover opgenomen:

- "Sloeg u zo nu en dan maaltijden over als u aan het drinken was?" (a);
- "Bent u wel eens wakker geworden nadat u de dag ervoor gedronken had en u niet meer wist wat u tijdens het drinken had gedaan?" (b);
- "Als u eenmaal begonnen was met drinken, was het dan moeilijk voor u om te stoppen?" (c);
- "Dronk u weleens stiekem?" (d);
- "Voordat u naar een feestje ging, nam u dan gauw een paar glaasjes om zeker te zijn dat u genoeg kreeg?" (e);
- "Begon u 's ochtends vroeg al te drinken, meteen nadat u opgestaan was?" (f);
- "Had u 's ochtends, nadat u gedronken had, weleens trillende handen?" (g);
- "Ging u soms door met drinken terwijl u uzelf beloofd had dat niet te doen?" (h).

Met deze vragen worden de symptomen van lichamelijke afhankelijkheid van alcohol nagevraagd: blackouts (b), controleverlies (c), ochtenddrinken (f) en tremoren (g). De vragen zijn gescoord met 1 (ja) of 0 punten (nee). De maximale totaalscore bedraagt dan 8 punten. Een score van 4 of meer punten wordt ernstig genoemd, 2 of 3 punten matig en 1 punt licht.

Tabel 3.9. Symptomatisch drinken naar afdeling van aanmelding vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Symptomatisch drinken	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum	R'dam ²
ernstig	90.4	92.7	90.4	91.0	15.7
matig	4.8	7.3	4.8	5.5	38.6
licht	1.6	-	2.4	1.4	16.3
geen	3.2	-	2.4	2.1	29.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen Centrum en R'dam)

Het overgrote deel, ruim 90 procent, van de respondenten heeft dan met ernstige problemen te maken met betrekking tot symptomatisch drinken. Opvallend is weer dat dit cijfer voor alle 3 afdelingen nagenoeg gelijk is. Dat wil zeggen: ook probleemdrinkers bij de ambulante afdeling hebben in overgrote meerderheid te maken met wat genoemd kan worden de 'klassieke' symptomen van alcoholproblematiek (blackouts, tremoren, controleverlies). Daarentegen is een groot verschil te constateren met probleemdrinkers in de bevolking. Ernstig symptomatisch drinken komt daar maar bij 16 procent van de probleemdrinkers voor tegenover 91 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening. Op dit punt bestaat daarmee een veel groter contrast dan bij alcoholconsumptie en psychologische afhankelijkheid (tabel 3.9.).

Problemen met omgeving

Bij problemen met omgeving die in relatie tot de alcoholproblematiek staan worden 6 deelproblemen onderscheiden, te weten:

- problemen met partner en/of familie;
- problemen met vrienden en/of burens;
- problemen met werk;
- problemen met politie en/of justitie;
- familie, vrienden of kennissen hebben geklaagd dat respondent door drinken agressief wordt;
- familie, vrienden of kennissen hebben geklaagd dat respondent teveel geld opmaakt.

Problemen met partner en/of familie zijn nagegaan met behulp van de vragen:

- "Heeft uw partner (of anders: hebben uw ouders) er het laatste half jaar weleens over geklaagd dat u teveel drinkt, of heeft (hebben) zij of hij u aangeraden minder te drinken?";
- "Heeft u het laatste jaar weleens het gevoel gehad dat drinken bij u nadelige gevolgen heeft gehad op de situatie thuis?";
- "Ergerde uw familie zich aan uw drinken?".

Indien tenminste één van deze vragen positief werd beantwoord, dan werden problemen met partner en/of familie aangenomen (1 punt), in het andere geval niet (0 punten).

Problemen met vrienden en/of burens zijn gechecked met de vragen:

- "Heeft u het laatste half jaar weleens het gevoel gehad dat drinken bij u nadelige gevolgen heeft gehad op uw vrienden- of kennissenkring?";
- "Heeft u het laatste jaar weleens het gevoel gehad dat drinken bij u nadelige gevolgen heeft gehad op contacten met de burens?";
- "Vonden vrienden dat u minder moest gaan drinken?";
- "Was uw drinken mede oorzaak van het verlies van een vriendschap of van een verwijdering tussen u en uw vrienden?".

Ook hier geldt dat problemen met vrienden en/of burens zijn verondersteld wanneer op tenminste één van de genoemde vragen bevestigend is geantwoord. Dit levert 1 punt op, indien alle vragen daarentegen ontkennend beantwoord zijn 0 punten.

Eenzelfde procedure is tenslotte gevolgd voor problemen met werk. Daarop zijn de

volgende vragen van toepassing:

- "Heeft u het laatste jaar weleens het gevoel gehad dat drinken bij u nadelige gevolgen had op uw werk of kansen om werk te krijgen?";
- "Kon u uw werk weleens niet doen omdat u de dag ervoor teveel gedronken had?";
- "Bent u uw baan bijna of helemaal kwijtgeraakt door het drinken?";
- "Bracht uw drinken u er wel eens toe met uw werk op te houden?";
- "Bent u op uw werk weleens dronken of aangeschoten geweest?"

Ook hier is er van uitgegaan dat problemen met werk bestaan wanneer tenminste één van de vragen bevestigend is geantwoord (1 punt ten opzichte van 0 punten).

De overige 3 probleemgebieden zijn nagegaan door het stellen van een enkele vraag.

Tabel 3.10. Problemen met omgeving naar afdeling van aanmelding (%)

Problemen met omgeving	Afdeling ¹			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
partner	85.7	95.1	97.6	91.8
vrienden/buren	66.7	85.4	71.4	73.3
werk	57.1	61.0	59.5	58.9
politie/justitie	25.4	36.6	43.9	33.8
agressiviteit	36.5	24.4	37.5	33.3
geld	49.2	53.7	59.5	53.4
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

Problemen op de 6 deelgebieden zijn weergegeven in tabel 3.10. Verreweg de meeste problemen worden gemeld in relatie tot de partner (bijna 92 procent). In volgorde van belangrijkheid volgen dan problemen met vrienden, kennissen en/of burens en problemen met werk. Minder frequent worden genoemd problemen met politie en/of justitie, agressiviteit en financiële problemen. Bij de ambulante afdeling zijn over de gehele linie minder problemen, alhoewel geen van de verschillen in dit onderzoek significant gevonden zijn.

De maximale totaalscore op het gebied van problemen met omgeving bedraagt 6 punten. Een score van 3 of meer is als ernstig betiteld, 2 punten als matig en 1 punt als licht. Bijna 77 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening heeft in deze zin ernstige problemen met de omgeving (tabel 3.11.). Daartegenover is dit

slechts het geval bij 16 procent van de probleemdrinkers in de Rotterdamse bevolking. Ook hier weer een opvallend contrast tussen de probleemdrinkers in de hulpverlening en de probleemdrinkers in de bevolking. Opmerkelijk is echter dat tussen de verschillende afdelingen geen significante verschillen in ernst van problemen met de omgeving bestaan. Men zou bijvoorbeeld kunnen verwachten dat probleemdrinkers bij de Detox ernstiger problemen met de omgeving zouden kennen dan probleemdrinkers bij het CAD, dit is echter niet het geval.

Tabel 3.11. Problemen met omgeving naar afdeling van aanmelding, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam (%)

Problemen met omgeving	CAD	Afdeling ¹		Totaal Centrum	R'dam ²
		Detox	Kliniek		
ernstig	73.1	78.0	81.0	76.8	15.7
matig	12.7	17.1	9.5	13.0	16.3
licht	7.9	4.9	9.5	7.5	26.8
geen	6.3	-	-	2.7	40.5
onbekend	-	-	-	-	0.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

²p: <0.001 (tussen Centrum en R'dam)

Problemen met gezondheid en ongelukken door alcohol

De volgende vragen zijn van toepassing op problemen met gezondheid:

- "Heeft het drinken van alcoholhoudende drank volgens u een nadelige invloed gehad op uw gezondheid?";
- "Heeft uw huisarts weleens gesproken over of hulp gegeven in verband met uw alcoholproblemen?";
- "bent u weleens opgenomen in een algemeen ziekenhuis in verband met uw alcoholgebruik?".

Problemen met gezondheid zijn verondersteld wanneer tenminste één van bovengenoemde vragen bevestigend is beantwoord (1 punt versus 0 punten).

De volgende vraag is opgenomen met betrekking tot ongelukken in relatie tot alcoholproblematiek (idem 1 punt versus 0 punten):

- "Heeft u weleens een ongeval of ongeluk gehad nadat u had gedronken?".

Ruim 41 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening kent problemen op beide gebieden en in totaal bijna 95 procent op tenminste één van de deelproblemen. Nog geen 6 procent is probleemvrij op de genoemde deelproblemen. Ter vergelijking: van de probleemdrinkers in de Rotterdamse bevolking is ruim 61 procent probleemvrij. Ook uit deze vergelijking blijkt een groot verschil in problematiek tussen probleemdrinkers in de bevolking en probleemdrinkers in de hulpverlening. Tussen de verschillende afdelingen zijn wederom geen significante verschillen met betrekking tot deze problemen.

Tabel 3.12. Problemen met gezondheid en ongelukken naar afdeling van aanmelding (%)

Probleemgebied	Afdeling ¹			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
gezondheid	87.3	95.1	92.9	91.1
ongelukken	36.5	51.2	50.0	44.5
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

In tabel 3.12. zijn de resultaten gepresenteerd naar probleemgebied. Hierover is geen vergelijkingsmateriaal met de Rotterdamse populatie. Uit deze presentatie blijkt dat bijna alle probleemdrinkers problemen hebben (gehad) met hun gezondheid in relatie tot de alcoholproblematiek, en dat bijna de helft daarvoor ook al eens in aanraking is geweest met de politie. Ook hier zijn weer geen significante verschillen tussen de afdelingen, suggererend dat problemen met gezondheid in relatie tot alcoholproblematiek bij bijna alle probleemdrinkers in de hulpverlening voorkomen, ook bij de CAD's, maar dat de problemen met gezondheid op zichzelf niet in relatie staan tot de keuze van de afdeling.

Frequente dronkenschap en/of kater

Ten aanzien van het probleemgebied frequent dronken zijn en/of een kater hebben zijn de volgende vragen gesteld:

- "Hoe vaak was u het afgelopen half jaar dronken of aangeschoten?";
- "Hoe vaak heeft u het afgelopen half jaar last gehad van een kater?".

De score op dit probleemgebied is 2 punten wanneer de respondent 1 maal per week dronken is of een kater heeft, 1 punt wanneer 1 tot 3 maal per maand het geval is en 0 punten wanneer dit minder frequent gebeurt.

Ruim 81 procent van de probleemdrinkers in de hulpverlening is vaker dan 1 maal per week dronken. Bij de probleemdrinkers in de bevolking is dat bij ruim 23 procent het geval, een significant verschil ($p < 0.001$). Probleemdrinkers in de hulpverlening zijn dus duidelijk frequenter dronken (tabel 3.13.).

Tabel 3.13. Frequente dronkenschap en/of kater naar afdeling van aanmelding (%)

Frequentie dronkenschap	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum	R'dam ²
> 1x week	79.4	90.2	76.2	81.5	23.5
1-3x maand	9.5	4.9	9.5	8.2	8.5
< 1x maand	11.1	4.9	14.3	10.3	68.0
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

²p: < 0.001 (tussen centrum en Rotterdam)

Probleemscore

In de uiteindelijke problemscore worden de scores op de 5 genoemde probleemgebieden in een index samengenomen. Per probleemgebied worden scores van 0, 1 of 2 punten toegekend. Ten aanzien van de probleemgebieden psychologische afhankelijkheid, symptomatisch drinken en problemen met omgeving wordt de categorie ernstig 2 punten toebedeeld, de categorie matig 1 punt en de categorie licht 0 punten. Aan de overige 2 probleemgebieden worden als volgt scores toegekend: betreffende problemen met gezondheid en/of ongelukken 2 punten indien beide deelproblemen zich hebben voorgedaan en 1 punt indien dit voor één deelprobleem geldt; frequente dronkenschap en/of kater is met 2 punten toebedeeld indien dit tenminste 1 maal per week heeft plaatsgevonden en met 1 punt indien 1 tot 3 maal per maand. De scores op de verschillende probleemgebieden worden vervolgens gesommeerd tot een totaalscore, de probleemindex.

Tabel 3.14. laat duidelijke verschillen zien in de probleemindex tussen probleemdrinkers in de bevolking en probleemdrinkers in de hulpverlening. De gemiddelde problemscores zijn respectievelijk 2.8 en 8.2. Probleemdrinkers in de hulpverlening drinken dus niet alleen méér en frequenter, maar hebben gemiddeld ook veel méér problemen rond drinken. Zoals bij de bespreking van de afzonderlijke probleemgebieden naar voren is gekomen, manifesteren deze verschillen zich in alle pro-

bleemgebieden.

Een opvallende bevinding is, dat de probleemindex niet significant verschilt naar afdeling van aanmelding. Anders dan men zou verwachten is de probleemindex van probleemdrinkers bij het CAD nauwelijks lager dan bij de Detox. Dat betekent grosso modo dat probleemdrinkers bij het CAD het afgelopen jaar min of meer dezelfde problemen hebben gekend als probleemdrinkers bij de Detox. Een mogelijke verklaring voor het feit dat bijna geen verschillen tussen afdelingen gevonden zijn, is dat de inventarisatie van problemen nog niets hoeft te zeggen over de ernst van de problematiek of de mate waarin deze problemen bijdragen tot een situatie waarin hulp noodzakelijk wordt.

Tabel 3.14. Gemiddelde probleemindex naar afdeling van aanmelding, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam

	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum	R'dam ²
Probleemindex	7.87	8.49	8.24	8.15	2.84
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

¹p (gebaseerd op de chi-kwadraat toets): n.s. (tussen afdelingen)

²p (idem): <0.001 (tussen Centrum en R'dam)

Een vergelijking naar achtergrondvariabelen laat zien hoe de probleemscore zich verhoudt tot deze variabelen. Ook hier komt weer naar voren dat de alcoholproblematiek, gemeten naar de probleemscore onder jongeren niet lager is dan onder ouderen. Boven de 45 wordt zelfs een lagere probleemscore gevonden. De vraag is in hoeverre onderschatting of ontkenning hierin een rol speelt.

De gemiddelde probleemscore onder mannen en vrouwen is nagenoeg gelijk. Vergeleken naar burgerlijke staat hebben gehuwden een lagere probleemscore dan ongehuwden en gescheiden probleemdrinkers. hetzelfde is het geval bij probleemdrinkers die een baan hebben in vergelijking tot die zonder baan of met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit komt overeen met de literatuur waarin een beschermende rol wordt toegedacht aan het hebben van een baan of het gehuwd zijn met betrekking tot de ernst van de alcoholproblematiek. Eerder was al geconcludeerd dat gescheiden en werkloze probleemdrinkers vaker in de hulpverlening terecht komen. Hierbij moet echter steeds in gedachten worden gehouden dat de verschillen niet groot zijn tussen de verschillende subpopulaties binnen de hulpverlening.

Probleemdrinken

Wanneer (zeer) excessief drinken gepaard gaat met problemen gerelateerd aan het alcoholgebruik, dan wordt gesproken van probleemdrinken. Excessief drinken wordt afgeleid uit de alcoholconsumptie-index. Voor probleemdrinken wordt door Garretsen de categorie 15 tot 20 dagen per maand 6 of meer glazen per dag aan excessief drinken toegevoegd. Door combinatie van de probleem-index met de alcoholconsumptie-index kan vastgesteld worden wie tot de categorie probleemdrinken behoort.

Ruim 95 procent van de respondenten kan dan volgens de definitie van Garretsen als probleemdrinker worden bestempeld. 5 respondenten worden hiermee niet als probleemdrinker geassocieerd, terwijl voor 2 respondenten de informatie voor classificatie ontbrak (wegens ontbrekende gegevens over de alcoholconsumptie).

Informatie over deze 5 gevallen is interessant, omdat de probleemdrinker-schaal klaarblijkelijk niet 'gevoelig' is voor deze respondenten. In 3 gevallen gaat het om het zogenaamde 'binge'-drinken, waarbij enkele malen per maand in korte tijd grote hoeveelheden alcohol geconsumeerd worden. De reden dat de probleemdrinker-schaal daar niet gevoelig voor is, is dat de alcoholconsumptie-index wel gevoelig is voor een regelmatig hoog alcoholgebruik maar niet voor een incidenteel hoog gebruik. In de andere 2 gevallen gaat het om respondenten die op het moment van aanmelden droog staan, van wie één respondent hoopt door zich aan te melden voor hulpverlening een verzoening van een relatie-conflict te bereiken en de ander, na jarenlange alcoholproblematiek, bang is in verband met persoonlijke problemen terug te vallen in de verslaving. Al deze respondenten scoorden (hoog) op de probleem-index, en kunnen om die reden wel degelijk als probleemdrinker beschouwd worden.

3.2.2.2. Duur van de alcoholproblematiek

Een belangrijk nadeel van de probleemdrinkersschaal is dat het een momentopname is van de actuele alcoholproblematiek in het afgelopen half jaar en daarmee niet de alcoholcarrière in beschouwing neemt over een langere tijdsperiode, en in de tweede plaats dat een eigen beoordeling van de alcoholproblematiek niet is opgenomen. Voor het doen van survey-onderzoek zijn die gegevens ook niet zo interessant, echter wel voor dit onderzoek.

De duur van de alcoholproblematiek is nagegaan door te vragen hoe lang geleden de respondent voor het eerst in zijn leven een alcoholprobleem had. Ongeveer 17 procent heeft naar eigen zeggen pas 2 jaar of korter een alcoholprobleem. Nog eens 21 procent tussen de 3 en 5 jaar en de overige 62 procent langer dan 5 jaar, 40 procent zelfs langer dan 10 jaar. Het merendeel van de probleemdrinkers in de hulpverlening heeft dus al langere tijd alcoholproblemen. Uit tabel 3.15. is te zien dat zich bij het CAD relatief meer probleemdrinkers met een kortere duur van de alcoholproblematiek (minder dan 2 jaar) melden, zoals ook verwacht mocht worden, terwijl in de Kliniek relatief meer probleemdrinkers met een langere duur van de problematiek terecht komen.

Men kan zich afvragen in hoeverre er nu een relatie bestaat tussen de duur van de

alcoholproblemen en de ernst van de alcoholproblematiek. Dit is nagegaan met behulp van de statistische toets Kendall's tau B. Een verband tussen de duur van de alcoholproblematiek en de alcoholconsumptieindex kon in dit onderzoek niet worden aangetoond. Wel bestaat er enig verband tussen de duur van de alcoholproblematiek en de probleemindex (Kendall's tau B 0.11, $p < 0.1$). Langere duur van de alcoholproblematiek leidt dus tot meer problemen op de verschillende deelgebieden. Dat dit niet opgaat voor de alcoholconsumptieindex is begrijpelijk: de alcoholconsumptieindex is immers een status die in korte tijd kan veranderen (bijvoorbeeld wanneer een probleemdrinker langere perioden droog staat), terwijl problemen ten gevolge van het alcoholgebruik zich over het algemeen opstapelen in verloop van de tijd en ook niet zo snel weer oplossen.

Tabel 3.15. Duur van de alcoholproblematiek naar afdeling van aanmelding (%)

Duur van de alcoholproblematiek	CAD	Afdeling ¹		Totaal centrum
		Detox	Kliniek	
0-2 jaar	27.0	7.3	11.9	17.1
3-5 jaar	15.9	26.8	21.4	20.5
6-10 jaar	19.0	26.8	19.0	21.2
> 10 jaar	38.1	36.6	47.6	40.4
onbekend	-	2.4	-	0.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹ $p: < 0.05$ (<2jr versus >2jr tussen afdelingen)

3.2.2.3. Subjectieve beleving van de alcoholproblematiek

Tot nu toe zijn twee meer objectieve indicatoren van de alcoholproblematiek besproken. Wanneer het gaat om aanmelding voor hulpverlening, en tevens om de keuze van de hulpverleningsvorm, zal echter ook de subjectieve beleving van de alcoholproblematiek een rol spelen.

De subjectieve beleving van de alcoholproblematiek is nagegaan door respondenten hun alcoholproblematiek te laten scoren op een vijfpuntsschaal, variërend van geheel niet ernstig tot zeer ernstig (tabel 3.16.). Een overgrote meerderheid van de respondenten, bijna 80 procent, vindt de eigen alcoholproblematiek ernstig of zeer ernstig. Ruim 11 procent vindt dat het wel gaat, terwijl bijna 8 procent meent

dat de eigen alcoholproblematiek niet zo ernstig is of zelfs in het geheel niet ernstig. Voor deze laatste groep bestaan mogelijk andere redenen om zich tot de hulpverlening te wenden.

Wanneer vergeleken wordt naar afdeling, dan blijkt dat het percentage respondenten dat de eigen problematiek zeer ernstig vindt bijna 2 maal zo hoog is bij de Detox als bij het CAD. De Kliniek is daartussenin te plaatsen. Het is verklaarbaar dat cliënten in een crisissituatie de eigen alcoholproblematiek ernstiger beoordelen dan wanneer aanmelding een proces is dat meer afgewogen tot stand komt, zoals bij het CAD en de Kliniek het geval is.

Tabel 3.16. Subjectieve beoordeling alcoholproblematiek naar afdeling van aanmelding (%)

Subjectieve beoordeling alcoholproblematiek	Afdeling ¹				Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek		
zeer ernstig	20.6	43.9	28.6		29.5
ernstig	50.8	39.0	59.5		50.0
het gaat wel	15.9	9.8	4.8		5.5
niet zo ernstig	6.3	4.9	4.8		5.5
geheel niet ernstig	3.2	2.4	-		2.1
geen antwoord	3.2	-	2.4		2.1
Totaal	100.0	100.0	100.0		100.0
N	(63)	(41)	(42)		(146)

¹p: <0.05 (zeer ernstig versus anders tussen afdelingen)

Om te bezien welke waarde moet worden gehecht aan de subjectief beoordeelde ernst van de alcoholproblematiek, kan deze vergeleken worden met de eerder geanalyseerde objectieve indicatoren van alcoholproblematiek. De relatie tussen de alcoholconsumptie-index en de subjectief beoordeelde ernst is zwak, hoewel significant (Kendall's tau B 0.12, p <0.1). Het verband tussen de subjectief beoordeelde ernst en de probleemindex is daarentegen veel sterker (Kendall's tau B 0.30, p <0.001). Hoe hoger dus de probleemindex, desto ernstiger wordt ook de eigen alcoholproblematiek beoordeeld. Daarmee kan de subjectief beoordeelde ernst van de alcoholproblematiek als een redelijk goede graadmeter voor de ernst van de alcoholproblematiek worden beschouwd.

3.2.3. Ander middelengebruik

In de literatuur wordt steeds meer gewezen op het poly-druggebruik. Zo wordt bijvoorbeeld gewezen op het gebruik van pijnstillers en tranquillizers naast alcohol (Blijenberg-Ruis e.a. 1986). De vraag is in welke mate met name het gebruik van geneesmiddelen en hard-drugs voorkomt bij probleemdrinkers in de hulpverlening. Dit kan namelijk consequenties hebben voor de hulpverlening: er kunnen bijvoorbeeld bijkomende ontwenningssverschijnselen optreden.

Roken

Bijna 90 procent van de respondenten rookt: bijna 94 procent van de mannen en bijna 80 procent van de vrouwen. Dit is ruimschoots boven de landelijke gemiddelden, te weten 41 procent voor mannen en 33 procent voor vrouwen (v. Reek 1983).

Slaap- en kalmerende middelen

Ook het percentage probleemdrinkers in de hulpverlening dat dagelijks slaap- of kalmerende middelen gebruikt, is veel hoger dan in de algemene bevolking. Blijenberg-Ruis e.a. (1986), gebruik makend van de gegevens van de al eerder aangehaalde Rotterdamse alcoholsurvey, komt op percentages van bijna 8 procent voor vrouwen en ruim 5 procent voor mannen in de algemene bevolking die dagelijks slaap- of kalmerende middelen gebruiken. In dit onderzoek is dezelfde vraag gesteld en resulteren percentages van ruim 28 procent voor vrouwen en bijna 21 procent voor mannen wanneer het gaat om het dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen (tabel 3.17.).

Tabel 3.17. Dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen, vergeleken met algemene bevolking in Rotterdam (%)

	Mannen ¹		Vrouwen ¹	
	Hulpverl	R'dam	Hulpverl	R'dam
Ander middelengebruik	20.6	5.4	28.2	7.9
N	(107)	(1027)	(39)	(1123)

¹p: <0.001 (tussen centrum en R'dam)

²p: n.s. (tussen mannen en vrouwen)

Wanneer men mag aannemen dat een dagelijks gebruik van deze middelen een zekere afhankelijkheid creëert, dan moet in de hulpverlening met deze bevindingen duchtig rekening gehouden worden. Zowel in de Detox als in de Kliniek zijn slaap- of kalmerende middelen in principe niet toegestaan. Op zijn minst kunnen ontwenningsverschijnselen verwacht worden, die bij die van de alcohol betrokken moeten worden.

Het feit dat bijna een kwart van de respondenten dagelijks slaap- of kalmerende middelen neemt, moet een belangrijk aandachtspunt zijn voor de hulpverlening. Met name geldt dit voor de leeftijdsgroep onder de 50, daarboven komt het dagelijks gebruik van deze middelen veel minder frequent voor.

Soft- en hard-drugs

Het dagelijks gebruik van soft- en hard-drugs naast alcohol komt in de onderzoekspopulatie nauwelijks voor. Slechts 7 respondenten gebruikten dagelijks softdrugs, en 1 respondent meldt het dagelijks gebruik van harddrugs. Voor een groot deel is dit verklaarbaar doordat het drugshulpverleningscircuit bij het Jellinekcentrum geheel gescheiden is van het alcoholhulpverleningscircuit. In de informatie naar potentiële cliënten en verwijzers wordt dit ook duidelijk gemaakt, zodat probleemdrinkers met substantiële problemen met soft- of harddrugs vooral in het drugshulpverleningscircuit terecht komen (vermoedelijk ook in geval van bijkomende alcoholproblematiek).

3.2.4. Gezondheidstoestand

De beoordeling van de eigen gezondheidstoestand is gemeten door er rechtstreeks naar te vragen en door het afnemen van de VOEG-schaal. De VOEG-schaal is een vragenlijst waarin een aantal lichamelijke klachten worden nagevraagd waardoor een beeld wordt gekregen van de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheidstoestand. Door sommigen wordt deze schaal beschouwd als een indicator voor de ervaren stress. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de verkorte versie van de VOEG, bestaande uit 10 items (Jansen en Sikkels 1981).

Een krappe meerderheid, ruim 54 procent, beoordeelt de eigen gezondheidstoestand goed of heel goed, bijna 22 procent zegt dat het wel gaat en 24 procent meent niet zo best of slecht. Er zijn geen significante verschillen naar afdeling, leeftijd of geslacht (tabel 3.18.).

De gemiddelde VOEG-score ligt met 9.5 punten (van de maximaal 21 punten, standaarddeviatie 4.5) ruim boven die van probleemdrinkers in Rotterdam: daar is de gemiddelde score 4.5 punten. Daarmee ervaren probleemdrinkers in de hulpverlening hun gezondheidstoestand duidelijk slechter en voelen zij zich meer 'gestressed'. Vergelijkbare bevindingen zijn gedaan door Drenthen e.a. (1987). In een onderzoek in de gezondheidsregio Nijmegen vonden zij dat excessieve drinkers hun gezondheid slechter beoordeelden dan matige drinkers, dat zij ook meer psychiatrische problemen kenden en tenslotte dat de psychosociale problematiek toeneemt bij een hoger

drinkniveau. Opmerkelijk is verder dat de VOEG-score bij CAD-cliënten niet lager is dan bij de overige afdelingen.

Duidelijke relaties zijn er tussen de VOEG-score en leeftijd en probleemscore. Zo blijkt de VOEG-score af te nemen met de leeftijd (Spearman $r = -0.17$, $p < 0.05$). Een bepaald sterke relatie is er tussen de VOEG en de probleemindex (Spearman $r = 0.47$, $p < 0.001$). Hoe hoger de probleemindex, desto hoger de VOEG-score.

Tabel 3.18. VOEG-score naar afdeling van aanmelding, vergeleken met probleemdrinkers in Rotterdam

	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum	R'dam
VOEG-score	9.6	9.6	9.1	9.5	4.5
sd	4.6	4.3	4.7	4.5	
N	(63)	(41)	(42)	(146)	(153)

3.2.5. Sociaal netwerk

Het sociaal netwerk van de probleemdrinker, de relaties met partner, familie, vrienden, burens en kennissen, is in verschillende opzichten relevant met betrekking tot de alcoholproblematiek. In de eerste plaats is de belangrijke rol duidelijk geworden die het sociaal netwerk kan spelen met betrekking tot het aandringen om hulp te gaan zoeken voor alcoholproblematiek (Raat 1987). In de tweede plaats kan het sociaal netwerk belangrijk zijn om hulpverlening te ondersteunen, zoals bijvoorbeeld het bereiken van een periode van abstinentie tijdens ambulante hulpverlening. Daarentegen kan van het sociaal netwerk ook een negatieve invloed uitgaan, bijvoorbeeld wanneer in het sociaal netwerk overmatig veel gedronken wordt. Vandaar dat in dit onderzoek gevraagd is naar het alcoholgebruik in en de mogelijke ondersteuning vanuit het sociaal netwerk.

Het alcoholgebruik in het sociaal netwerk is nagegaan met de volgende vragen:

- "Welk deel van uw vrienden of kennissen drinkt flink veel (6 of meer glazen per dag?"
- "Hoeveel glazen schat u dat uw partner gemiddeld per dag drinkt?"

Tabel 3.19. (Overmatige) alcoholconsumptie partner naar afdeling (%)

Alcoholconsumptie partner	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum
6 glazen of meer	11.1	24.4	19.0	17.1
5 glazen of minder	38.1	39.0	31.0	36.3
niet/geen partner	50.8	36.6	50.0	46.6
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s.

Tabel 3.20. Hoe vaak gesproken over alcoholproblematiek met anderen naar afdeling (%)

Hoe vaak gesproken over alcoholproblematiek	CAD	Afdeling ¹ Detox	Kliniek	Totaal Centrum
vaak	23.8	36.6	19.0	26.0
af en toe	27.0	22.0	33.3	27.4
slechts een enkele keer	12.7	7.3	16.7	12.3
niet	36.5	34.1	31.0	34.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s.

Uit de gegevens blijkt dat probleemdrinkers in de hulpverlening voor een groot deel verkeren in milieu's waar veel alcohol wordt gebruikt. Bijna de helft (ruim 45 procent) geeft aan dat de meeste vrienden en kennissen overmatig alcohol gebruiken.

Overmatig alcoholgebruik van de partner komt veel minder vaak voor. Ongeveer 17

procent van de probleemdrinkers zegt een partner te hebben die 6 of meer glazen per dag drinkt, terwijl nog eens 36 procent aangeeft dat de partner regelmatig alcohol gebruikt, zij het in mindere mate (tabel 3.19.). Deze cijfers zijn veelzeggend: ze betekenen dat in 1 op de 5 gevallen sprake is van overmatig alcoholgebruik van de partner en in de helft van de gevallen regelmatig alcohol gebruikt wordt door de partner. Dat betekent dat behalve het kennismilieu ook het thuismilieu voor een belangrijk deel 'nat' is, hetgeen de resultaten van de hulpverlening zou kunnen beïnvloeden of op zijn minst geen stimulans is om voor een bepaalde periode abstinentie te betrachten. Deze resultaten verschillen overigens niet significant tussen mannen en vrouwen, noch naar leeftijd.

Over mogelijke ondersteuning vanuit het sociaal netwerk zijn de volgende vragen gesteld:

- "Hoe vaak praatte u met anderen over uw alcoholproblemen?"
- "Kunnen mensen uit uw omgeving (niet-hulpverleners) u op de een of andere wijze ondersteunen bij de hulpverlening?"
- "Met wie heeft u het meest gepraat over uw alcoholprobleem?"

Opmerkelijk is dat ruim een derde (36 procent) van de probleemdrinkers niet over zijn of haar alcoholprobleem praat met anderen, en dat slechts een kwart (25 procent) van de probleemdrinkers daar vaak over praat (tabel 3.20.). Daaruit mag blijken dat de bereidheid om over de eigen alcoholproblemen te spreken met anderen relatief gering is. Wanneer probleemdrinkers met iemand uit het sociaal netwerk spreken, dan is dat het meest met vrienden of kennissen (37 procent), partner (33 procent) of ouders (12 procent).

In het licht van deze bevindingen is het niet verwonderlijk dat ondersteuning vanuit het sociaal netwerk slechts door een minderheid verwacht wordt (38 procent). Wanneer vergeleken wordt naar afdeling van aanmelding, dan blijken wat dit betreft geen verschillen. Ook bij het CAD is het percentage dat ondersteuning verwacht vanuit het sociaal netwerk niet hoger dan 40 procent.

3.2.6. Eerdere hulpverleningscontacten

In de eerste plaats is nagegaan in hoeverre probleemdrinkers in de hulpverlening contacten hebben gehad met hulpverleners in de niet-categorale hulpverlening, de eerste of tweede lijn.

Bij een ruime meerderheid (74 procent) is de alcoholproblematiek wel eens ter sprake gekomen in het contact met de huisarts, degene met wie probleemdrinkers het meest in aanraking zijn gekomen buiten het professionele alcoholhulpverleningscircuit. Het duidt eens te meer op de centrale rol die de huisarts kan spelen bij de signalering van de alcoholproblematiek.

15 procent van de probleemdrinkers heeft wel eens gesproken met de bedrijfsarts over de alcoholproblematiek. Dit lijkt weinig, maar niet vergeten moet worden dat maar een deel van de probleemdrinkers tot de actieve beroepsbevolking behoort (nog

geen 60 procent). Gezien de beschermende rol van de factor werk, ligt ook bij de bedrijfsarts een belangrijke rol in de signalering.

Verder blijkt dat probleemdrinkers door hun alcoholproblematiek relatief vaak met de tweede lijn in aanraking komen. 40 procent is in verband met alcoholproblematiek in contact gekomen met een medisch specialist, 36 procent is wel eens in een ziekenhuis terecht gekomen, 35 procent heeft wel eens met een psychiater, psycholoog of psychotherapeut gesproken over de alcoholproblematiek en 18 procent is mede in verband met de alcoholproblematiek wel eens opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze cijfers wijzen in de richting van een flink beslag op tweedelijnsvoorzieningen in verband met alcoholproblematiek.

Tabel 3.21. Eerdere hulpverleningscontacten met categorale hulpverlening naar afdeling van aanmelding (%)

Eerdere hulpverleningscontacten	CAD	Afdeling ¹		Totaal Centrum
		Detox	Kliniek	
verslavingskliniek	20.6	61.0	69.0	45.9
alleen CAD	22.2	26.8	7.1	19.2
geen	57.1	12.2	23.8	34.9
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.001

Daarnaast is gekeken in hoeverre de respondenten al eerder hulp hebben gehad van CAD's of verslavingsklinieken, de categorale hulpverlening. Tweederde van de respondenten heeft al eerder categorale hulp gehad: 19 procent uitsluitend van een CAD en 46 procent is al eens opgenomen geweest in een verslavingskliniek. 35 procent heeft dus nog niet eerder categorale hulp gehad en kan beschouwd worden als 'nieuwe' cliënt. Voorzover men CAD's als laagdrempelige en verslavingsklinieken als hoogdrempelige voorzieningen mag beschouwen, blijkt dus uit deze cijfers dat bijna de helft van de respondenten al een hoogdrempelige vorm van hulpverlening achter de rug te hebben (tabel 3.21.).

Tussen de afdelingen blijken significante verschillen naar eerdere categorale hulpverlening. Het CAD trekt veruit het grootste percentage nieuwe cliënten, 57 procent. Een ander belangrijk verschil met de klinische afdelingen is dat CAD-clieñten het minst vaak eerdere hulp van een verslavingskliniek hebben gehad: 21

procent. Het beeld bij de Detox en Kliniek is complementair: hogere percentages eerdere hulp van een verslavingskliniek, 61 respectievelijk 69 procent, en lagere percentages nieuwe cliënten, 12 respectievelijk 24 procent.

De verdeling van 'nieuwe' en 'oude' cliënten weerspiegelt de functies van de verschillende afdelingen, waarbij het CAD een laagdrempelige voorziening voor vooral 'nieuwe' cliënten wil zijn en de Detox en Kliniek hoogdrempelige voorzieningen voor vooral 'oude' cliënten. Toch roepen de resultaten vragen op: zo is het opvallend dat zowel de Detox als de Kliniek redelijk grote percentages nieuwe cliënten aantrekken, die nog niet eerder hulp van een CAD hebben gehad en direct bij een hoogdrempelige voorzieningen terecht komen. In de tweede plaats heeft de Kliniek ten opzichte van de Detox een veel geringere aantrekkingskracht op cliënten met een eerder CAD-contact, zeker wanneer dit wordt afgezet tegen het percentage nieuwe cliënten dat zich bij deze afdeling aanmeldt. Dit zou kunnen wijzen in de richting van een apart 'circuit' bij de Kliniek.

Hoewel er enig verband is tussen de leeftijd en de mate waarin gebruik is gemaakt van de categorale hulpverlening, is het opvallend dat ook jongere probleemdrinkers in een groot aantal gevallen al eerder hulp van een verslavingskliniek hebben gehad. Ruim 42 procent van de probleemdrinkers tussen de 20 en 30 jaar die zich aanmelden voor hulpverlening is al eens in een verslavingskliniek opgenomen geweest. Voorzover men eerdere hulp van een hoogdrempelige voorziening als een verslavingskliniek als een indicator van de ernst van de alcoholproblematiek mag beschouwen, is dit opnieuw een indicatie dat de alcoholproblematiek onder jongere probleemdrinkers zeker niet minder is dan onder oudere probleemdrinkers.

Vergeleken naar geslacht blijkt dat mannen relatief vaker eerdere hulp hebben gehad van een verslavingskliniek van vrouwen (51 respectievelijk 33 procent), welke laatste daarentegen weer vaker hulp van een CAD hebben gehad (28 versus 16 procent). Dit is een nieuwe aanwijzing dat vrouwen terughoudend zijn in het zoeken van klinische hulpverlening (zie ook paragraaf 3.2.1., pagina 48).

De relatie tussen eerdere hulpverlening en de alcoholconsumptieindex geeft geen verband te zien, die tussen eerdere hulpverlening en de probleemindex een zwak doch significant verband. Hoe hoger de probleemindex, desto groter de kans dat er eerdere hulp geweest is van een verslavingskliniek. Dit is een indicatie dat de probleemindex beschouwd kan worden als een redelijk goede indicator van de ernst van de alcoholproblematiek.

Tenslotte is gekeken naar het aantal jaren sinds het eerste hulpverleningscontact met een categorale instelling. De periode van het eerste hulpverleningscontact tot aan deze aanmelding varieert van minder dan een jaar tot 21 jaar. 7 procent van de cliënten heeft in het jaar daarvoor het eerste hulpverleningscontact gehad, 19 procent 1 tot 2 jaar daarvoor, 13 procent 3 tot 5 jaar daarvoor en voor zo'n 23 procent is het meer dan 5 jaar geleden. Een substantieel deel van de cliënten heeft daarmee al langer dan 5 jaar hulp voor alcoholproblematiek. De gemiddelde duur vanaf het moment van het eerste hulpverleningscontact bedraagt 4.7 jaar. Tussen de afdelingen bestaan wat dat betreft geen belangrijke verschillen.

3.2.7. Verwijzing

Probleemdrinkers kunnen via 2 wegen bij de hulpverlening terecht komen: op eigen initiatief of via verwijzing door een andere hulpverlener. De Detox is alleen toegankelijk na verwijzing.

Bijna de helft van de cliënten komt op eigen initiatief, de andere helft is verwezen (tabel 3.22.). Ruim de helft van de verwijzingen is naar de Detox, in mindere mate wordt naar het CAD of de kliniek verwezen. Van degenen die op eigen initiatief komen, meldt de helft zich aan bij het CAD en de andere helft bij de Kliniek. Bij de direct toegankelijke afdelingen komt tweederde op eigen initiatief. In een enkel geval wordt op de Detox toch iemand die zich op eigen initiatief aanmeldt toegelaten voor een intake.

Tabel 3.22. Eigen initiatief of verwijzing naar afdeling van aanmelding (%)

Verwijzing	Afdeling ¹			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
eigen initiatief	63.5	4.9	71.4	49.3
verwezen	34.9	95.1	26.2	49.3
onbekend	1.6	-	2.4	1.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.001

Tussen mannen en vrouwen bestaan geen verschillen wat betreft percentages eigen initiatief of verwijzing. Wel echter naar leeftijd: het blijkt dat probleemdrinkers jonger dan 30 jaar zich significant vaker op eigen initiatief aanmelden dan probleemdrinkers boven de 30. Dit zou erop kunnen wijzen dat de geneigdheid onder jongere probleemdrinkers om op eigen initiatief hulp in te roepen voor alcoholproblematiek groter is dan onder oudere probleemdrinkers.

Ook wanneer probleemdrinkers op eigen initiatief komen, speelt een zekere aandrang vanuit het sociaal netwerk een rol. In bijna de helft van de gevallen is dat in enige of belangrijke mate het geval. Wanneer aandrang heeft plaats gevonden, dan is dat vooral van de kant van de partner of vrienden of kennissen.

De belangrijkste verwijzers zijn de CAD's in de omgeving, 39 procent van alle verwijzingen. Het gaat in meerderheid om verwijzingen naar de Detox. Met 25 procent

van de verwijzingen is de huisarts de tweede belangrijke verwijzer. Huisartsen verwijzen in bijna alle gevallen naar het CAD of naar de Detox. Een derde belangrijke verwijzer is de medisch specialist met 11 procent van de verwijzingen. Al met al is de somatische gezondheidszorg (samen 36 procent) een veel belangrijker verwijzer dan de geestelijke gezondheidszorg (samen 10 procent van de verwijzingen). Het relatief en absoluut gezien geringe aantal verwijzingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg moet verbazing wekken gezien het feit dat zich daar ook een groot deel van de alcoholproblematiek moet presenteren. Overigens wijzen van Lier e.a. (1985) erop dat veel hulpverleners nog onvoldoende op de hoogte zijn van de behandelings-, hulpverlenings- en verwijsmogelijkheden voor probleemdrinkers, waarbij zij met name huisartsen noemen. Ook Raat sluit zich hierbij aan wanneer hij stelt dat juist huisartsen in een vroeg stadium met de alcoholproblematiek geconfronteerd worden, maar deze niet altijd signaleren (1987). Van Lier meent dat de alcoholhulpverlening hiervoor medeverantwoordelijk is: er is onvoldoende informatie vanuit de instellingen en een onoverzichtelijk aanbod van hulpverlening.

3.2.8. Doel en verwachtingen

De laatste cliëntvariabele die in dit hoofdstuk in beschouwing wordt genomen is de variabele doel en verwachtingen. Het is zeker niet de minst belangrijke variabele: sommige auteurs menen dat de variabele doel en verwachtingen zelfs één van de belangrijkste predictoren is van het uiteindelijke behandelingsucces. Daarnaast wordt in de literatuur opgemerkt dat er belangrijke verschillen kunnen bestaan in doel en verwachtingen tussen cliënt en hulpverlener en dat deze verschillen in belangrijke mate medebepalend kunnen zijn in de beslissing ten aanzien van het al dan niet verlenen van hulp.

De verschillen in verwachtingen tussen cliënt en hulpverlener komen aan de orde in hoofdstuk 5. In deze paragraaf worden de doelen en verwachtingen van cliënten beschreven en gerelateerd aan een aantal cliëntvariabelen zoals alcoholproblematiek, leeftijd en geslacht. De volgende doelen en verwachtingen worden achtereenvolgens besproken:

- problemen die aanleiding waren om hulp in te roepen;
- problemen waarvoor hulp verwacht wordt;
- behandelgoal met betrekking tot alcoholgebruik;
- verwachtingen ten aanzien van hulpverlening;
- verwachtingen ten aanzien van het succes van de hulpverlening.

Problemen die aanleiding waren om hulp in te roepen

Deze vraag is als een open vraag aan de respondent gesteld en de antwoorden zijn naderhand gescoord aan de hand van de probleemdrinkerschaal. Deze omvat de items die in tabel 3.23. zijn weergegeven. Een item heeft een positieve score wanneer een element van het item in het antwoord is teruggevonden. Alleen spontane antwoorden

zijn meegenomen, de items zijn niet naderhand afgechecked.

De meest genoemde aanleiding is symptomatisch drinken (lichamelijke afhankelijkheid van alcohol). Dit wordt door 50 procent van de cliënten genoemd. Op de tweede plaats komen problemen met de omgeving (34 procent), waarbij het vooral gaat om problemen met de partner (22 procent). De derde plaats wordt ingenomen door problemen met gezondheid (24 procent). Opmerkelijk is het lage percentage cliënten dat de psychologische afhankelijkheid van alcohol noemt (12 procent). Of probleemdrinkers percipiëren dat niet als een probleem, òf ze vinden het zo vanzelfsprekend bij de alcoholproblematiek horen dat ze het niet expliciet noemen.

Tabel 3.23. Problemen die aanleiding waren om hulp in te roepen naar afdeling van aanmelding (%)

Probleemgebied	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
psychologische afhankelijkheid	14.3	9.8	11.9	12.3
symptomatisch drinken	46.0	48.8	57.1	50.0
problemen met omgeving	31.7	39.0	31.0	33.6
- problemen met partner	20.6	26.8	19.0	21.9
- problemen met vrienden	6.3	7.3	2.4	5.5
- problemen met werk	6.3	7.3	9.5	7.5
- problemen met politie/justitie	1.6	4.9	2.4	2.7
problemen met gezondheid/ongelukken	25.4	26.8	19.0	24.0
frequente dronkenschap/kater	11.1	4.9	16.7	11.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

Om een indruk te geven hoe cliënten hun alcoholproblematiek formuleren, worden enkele citaten uit de interviews weergegeven. De psychologische afhankelijkheid wordt door cliënten als volgt verwoord:

1. *"Mede door de angst die er altijd al geweest is, al van kleins af aan. Zelfs tussen familie ben ik bang. Alcohol is er bij gekomen. Als ik nu alleen ben, grijp ik naar de drank."* (Man, 37 jaar.)
2. *"Ik had niemand om mee te praten. (...) Ik krijg angst om naar de mensen toe te gaan. Dat kan ik met niemand delen, dat is voor mij een reden om te gaan drinken. Dat kan ik zelf niet stoppen, dat is voor mij een reden om hulp te gaan zoeken."* (Man, 20 jaar.)
3. *"Omdat ik simpelweg zonder alcohol niet in staat ben om normaal en helder*

te denken en niet normaal functioneer, daardoor is het een probleem geworden." (Man, 29 jaar.)

Veel méér cliënten duiden, wanneer het gaat om problemen die aanleiding vormden om hulp te gaan inroepen op het symptomatisch drinken:

4. *"Dat het af en toe, in periodes, heel excessief is. Dat ik zoveel drink, dat ik niet meer weet wat ik doe. Agressief gedrag vertoon. Het niet meer kunnen stoppen op bepaalde momenten. Het gulzig dóórgebruiken." (Vrouw, 35 jaar.)*
5. *"Ik ben alcoholist. Zodra ik de eerste pak, dan ga ik door. Wij kunnen niet stoppen, we blijven doorgaan." (Man, 52 jaar.)*
6. *"Ik heb een blackout gehad. Daarvoor ook al een keertje, maar dit was erger. Toen zag ik het ineens in waar ik eigenlijk mee bezig was." (Man, 19 jaar.)*
7. *"Je denkt, het zal je niet meer gebeuren. Maar je neemt een wodka en bom. Ik dacht, ik houd dat wel in de hand. Mensen die niet drinken, die snappen dat niet. (...) Dus wordt het tijd dat we er wat aan gaan doen. Ik voelde zelf al dat het niet goed ging. Weinig eten, wakker worden, vaak transpireren." (Man, 53 jaar.)*

In deze bewoordingen zijn gemakkelijk een aantal klassieke symptomen van lichamelijke afhankelijkheid te herkennen: controleverlies (4, 5, 7), blackouts (6) en ontwenningssverschijnselen (7). Ook komt een zekere periodiciteit van de alcoholproblematiek naar voren (4, 7). Oudere cliënten met meerdere opnames achter de rug 'voelen' dat het weer zover is dat een opname noodzakelijk is.

Een derde groep problemen die aanleiding kunnen vormen om hulp in te roepen zijn problemen met de omgeving. De meest genoemde aanleiding zijn problemen met de partner.

8. *"Voor mijn vriendin. Ik heb de grootste ruzie gehad verleden week. Ze zegt, ik wil wel doorgaan, maar dan gaan we wel hier naar toe. Ik zeg, dat wil ik wel. Zij ziet niet zozeer op tegen de borrel, maar de angst dat ik weer driftig word." (Man, 70 jaar.)*
9. *"Omdat mijn huwelijk op de klippen ging. Had overal de maling aan, deed wat ik wilde en kwam nachten niet thuis." (Man, 31 jaar.)*
10. *"Op een gegeven moment heb je er genoeg van. Je zegt op een gegeven moment: nu is het genoeg geweest, het is over. Je bent bezig je relatie stuk te maken, je hebt nergens meer zin in, je leeft in een roes." (Man, 48 jaar)*
11. *"Mijn vriendin, waarmee ik samenwoon is gisteren weggelopen. En dat ik mijn werk kwijt ben. Ik heb wel zelf ontslag genomen, maar het komt wel omdat ik teveel dronk dus." (Man, 23 jaar.)*

Zowel acute crisis-situaties in de relatie, weglopen of dreigen met weglopen (8, 11), als geleidelijk uit de hand lopende situaties (9, 10) waarbij de partner aandringt spelen een rol bij het aanmelden voor hulpverlening.

Veel minder frequent zijn problemen met vrienden of kennissen, werk en contacten

met politie en/of justitie aanleiding om hulp in te roepen.

12. *"Omdat ik me daardoor ga isoleren. Ik kom altijd laat thuis door de werksituatie. Als je om acht uur moe thuis komt, dan komen je vrienden ook niet meer. Ik ging me isoleren, trok me terug op mijn kamer, ging nergens meer naar toe."* (Vrouw, 30 jaar.)
13. *"Contacten met vrienden en kennissen die achteruit gingen. (...) Agres-sief gedrag. De avond ervoor was ik naar het café geweest. Er waren mensen die ik kende. Ik kon met hen totaal niet meer communiceren. Ik schaamde me ook heel erg, ik vond het afschuwelijk. Ineens had ik zoiets alsof er een lampje aanging: dit is een probleem."* (Vrouw, 35 jaar.)
14. *"Maar ik weet, uiteindelijk zou het mijn baan kosten, dat is het risico. Dan is alles van de baan."* (Man, 59 jaar.)
15. *"Zoals het nu gaat, kan het niet meer. Als het zo gaat zou ik mijn baan verspelen en ik dacht, straks lig ik in de goot en dat verdom ik, dat wil ik niet."* (Man, 31 jaar.)
16. *"Het probleem is, ik weet zeker dat ik in de kortst mogelijke tijd op het politiebureau zit."* (Man, 38 jaar.)
17. *"Ik liep er al een tijdje mee rond om hier langs te gaan. Mijn baas heeft nog een keer gezegd dat ik moest gaan. Toen kreeg ik een dagvaarding binnen wegens rijden onder invloed. Toen moest ik er vanaf. Het was de druppel die de emmer deed overlopen."* (Man, 30 jaar, van beroep chauffeur.)

Ook hier spelen acute situaties, zoals de dreiging om een baan te verliezen door intrekking van het rijbewijs (17), als een meer continu proces van afglijden in een sociaal isolement (12, 13) een rol bij aanmelding voor hulpverlening. In enkele gevallen speelt de werksituatie een rol (15, 17).

Problemen met gezondheid worden door een flink aantal cliënten genoemd.

18. *"Verleden jaar heb ik een maagperforatie gehad, kleine maagbloedingen dan was er begin dit jaar ook een opname in het ziekenhuis vanwege delirium tremens en alcoholhallucinose. (...) In het ziekenhuis heb ik te horen gekregen dat ik 50% kans heb om te overleven als ik doorga."* (Man, 41 jaar.)
19. *"Afgelopen maandag werd ik zo ontzettend ziek, dat ik dacht dat ik op sterven na dood was. Toen dacht ik, nu wordt het wel eens een keertje tijd dat ik wat medische hulp ga zoeken."* (Man, 27 jaar.)
20. *"De gebruikelijke leverafwijkingen, die zijn door een arts geconstateerd. (...) Ben bang voor mijn gezondheid, temeer omdat ik bang ben dat het steeds erger gaat worden in plaats van minder en dat is het begin van het einde."* (Man, 43 jaar.)
21. *"Dat moet zowat wel. Ik heb een leverecho gehad. Als ik nu ophoud, kan het zich nog herstellen. (...) In eerste instantie omdat ik stond te koken, iemand riep en toen hoorde ik een klap. Toen ik weer wakker werd, lag ik onder de riempjes. Ik ben opgenomen in het Lucas-ziekenhuis. Ik*

kreeg een EEG. Ze hebben me Seresta gegeven."

Medische complicaties van alcoholproblematiek kunnen, blijkens deze voorbeelden, een duidelijke 'cue to action' zijn om hulp in te roepen voor alcoholproblematiek.

Tenslotte kunnen frequente dronkenschap en/of een kater meespelen in de beslissing om hulp in te roepen:

22. *"Ik ben vorig jaar opgenomen geweest, 8 maanden. Daarna ben ik er weer aan verslaafd geraakt. Vorige week was ik flink dronken, jenever en zo, en toen ben ik hier naar toe gekomen en heb ik gevraagd of ik weer opgenomen kon worden."* (Man, 52 jaar.)
23. *"Constant in een roes verkeren. De blackouts. Niet meer weten wat je doet."* (Vrouw, 42 jaar.)

Opmerkelijk is dat tussen de 3 afdelingen geen significante verschillen gevonden worden in aanleidingen om hulp in te roepen. Men zou bijvoorbeeld kunnen verwachten dat probleemdrinkers die zich aanmelden bij de Detox meer specifieke aanleidingen zouden noemen met name in de zin van problemen met de omgeving (partner, werk) of symptomatisch drinken. Dit blijkt echter niet uit de gegevens.

Ook bestaan er geen verschillen in genoemde aanleidingen naar de achtergrondvariabelen leeftijd en geslacht. Met één uitzondering: vrouwen noemen vaker de psychologische afhankelijkheid als aanleiding om hulp in te roepen. Dat ook naar leeftijd geen verschillen gevonden worden is eens te meer een aanwijzing dat de alcoholproblematiek op lagere leeftijd zich niet wezenlijk onderscheidt van die op hogere leeftijd.

Problemen waarvoor hulp verwacht

Ook deze vraag is als een open vraag gesteld ("Welke zijn de belangrijkste problemen waarvoor u hulp verwacht tijdens de behandeling hier?"). De antwoorden zijn gecategoriseerd naar de onderscheiden probleemgebieden.

Op de probleemgebieden problemen met gezondheid en/of ongelukken en frequente dronkenschap is niet gescoord, hetgeen niet zo verwonderlijk is daar deze probleemgebieden eerder een aanleiding vormen dan een probleemgebied waarvoor hulp verwacht kan worden. Bij problemen met omgeving is geen onderscheid gemaakt naar deelproblemen, gezien de geringe scores op het totale probleemgebied.

De psychologische afhankelijkheid wordt door meer dan de helft van de respondenten genoemd (53 procent). Dit wordt onder andere als volgt verwoord:

24. *"Ik moet psychiatrische hulp hebben voor m'n onlustgevoelens."* (Man, 51 jaar.)
25. *"Dat ik mijn motivatie houd, dat ie sterker wordt. (...) Dat er mensen zijn die mij kunnen helpen met het vinden om die wortel eruit te trekken, om de oorsprong van het drankmisbruik te vinden."* (Man, 41 jaar.)
26. *"Dat er iets komt zodat als ik de straat op ga, ik er vanaf kan blijven."* (Man, 46 jaar.)
27. *"Proberen zelfrespect te krijgen, vertrouwen in jezelf. En daardoor ook vertrouwen in anderen. M'n gevoel boven m'n ratio laten werken. Want dat*

heb ik altijd gedempt met alcohol." (Vrouw, 29 jaar.)

28. *"Voor jezelf op te komen, dat ik er weer bij hoor. Dat ik van die angsten af kom." (Man, 38 jaar.)*

29. *"Maar het gaat erom wat je doet als je die aandrang toch weer krijgt. Wat kunnen ze psychisch doen. Dat schijnt hier te kunnen zegt men." (Man, 36 jaar.)*

Door sommigen wordt de alcoholproblematiek gezien als een gevolg van de eigen psychische problemen (24, 27-29). (Psychiatrische) hulp wordt verwacht om met de eigen angsten en/of onlustgevoelens te leren omgaan (24, 28) of om het sociaal isolement te doorbreken (27). Echter niet in alle gevallen is de hulpvraag zo concreet geformuleerd. Anderen geven die worsteling met de alcoholproblematiek duidelijk aan: het verlangen naar, maar ook de eigen onmacht om er mee om te kunnen gaan. Dat leidt tot formuleringen als de "wortel" die "eruit getrokken" moet worden, dat er "iets" komt "zodat als ik de straat op ga, ik er vanaf kan blijven."

Tabel 3.24. Problemen waarvoor hulp wordt verwacht naar afdeling van aanmelding (%)

Probleemgebied	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
psychologische afhankelijkheid ¹	54.0	41.5	61.9	52.7
symptomatisch drinken ¹	55.6	73.2	66.7	63.7
problemen met omgeving ¹	6.3	14.6	2.4	7.5
problemen met gezondheid/ongelukken	-	-	-	-
frequente dronkenschap/kater	-	-	-	-
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s. (tussen afdelingen)

Ook verwachtingen ten aanzien van hulp voor symptomatisch drinken worden kenbaar gemaakt.

30. *"Een soort ondersteuning. Als het echt niet gaat, dan denk ik dat ik medicijnen moet proberen om er van af te blijven." (Man, 32 jaar.)*

31. *"Puur afkicken." (Man, 46 jaar.)*

32. *"Allereerst het drinken natuurlijk." (Man, 29 jaar.)*

33. *"Alleen voor de alcohol en het medicijnenprobleem. Daar zal ik het toch wel moeilijk mee krijgen. Ik dacht in ieder geval nazorg, maar je kunt niet eeuwig bij een maatschappelijk werker of psychiater blijven lopen."*

(Man, 43 jaar.)

34. *"Ik ben zuiver en alleen hier naar toe gekomen omdat ik doodsbang ben voor insulten. Daar wordt ik panisch van."* (Vrouw, 40 jaar.)
35. *"Eerst maar eens lichamelijk op krachten komen, dat ik weer normaal een kopje kan optillen."* (Man, 28 jaar.)

De verwachtingen met betrekking tot hulpverlening voor het symptomatisch drinken betreffen in eerste instantie het afkicken (31, 32, 35). Benadrukt wordt het begeleid afkicken in verband met mogelijke ontwenningssverschijnselen (34). Door enkelen worden mogelijkheden aangedragen om met het alcoholgebruik om te gaan, bijvoorbeeld medicatie (30) of regelmatige nazorgcontacten (33).

Een derde probleemgebied waarvoor cliënten verwachtingen hebben uitgesproken, zijn problemen met de omgeving. Slechts 11 respondenten (8 procent) spreken verwachtingen uit ten aanzien van hulpverlening bij problemen met de omgeving. Het betreft vooral hulp bij problemen met partner (dreigende echtscheiding) en materiële zaken als huisvesting en financiën.

36. *"Besluit genomen in m'n eentje om nu 10 dagen vol te maken om er van af te kunnen blijven en zo motivatie op te doen. Daarna hulp met m'n vrouw en de AA. Zonder die contacten gaat het de fout toch weer in."* (Man, 32 jaar.)
37. *"Verder wil ik graag weten waarom ik drink. In hoeverre de problemen op mijn werk op te lossen zijn, en of ik daardoor drink."* (Man, 52 jaar.)
38. *"Een beetje maatschappelijke hulp. Ik heb mijn moeder verloren. Mijn broer heeft mijn woning opgezegd. Toen ben ik bij mijn zus gaan wonen. Zowel praten over problemen als hulp bij huisvesting en financiën."* (Man, 38 jaar.)
39. *"Om van de alcohol af te komen, en eventueel later toch nog een beetje begeleiding om de andere problemen op te lossen, de problemen met de echtscheiding."* (Man, 45 jaar.)

Wanneer vergeleken wordt naar afdeling van aanmelding, dan valt op dat probleemdrinkers bij de Detox relatief vaker hulp verwachten voor problemen met de omgeving en voor symptomatisch drinken en minder vaak voor de psychologische afhankelijkheid van alcohol. Dit zou verband kunnen houden met de crisis-toestand (zowel wat alcoholgebruik betreft als conflicten met de omgeving) van waaruit aanmelding bij de Detox over het algemeen plaats vindt. Dat zou er tevens op wijzen dat probleemdrinkers die naar de Detox verwezen worden die crisistoestand ook vaker zo ervaren. Aangetekend moet echter worden dat de verschillen niet erg groot zijn.

Uitsplitsing van de problemen waarvoor hulp verwacht wordt naar achtergrondvariabelen laat interessante resultaten zien. Zo blijkt de verwachting van hulp voor de psychische afhankelijkheid van alcohol met de leeftijd af te nemen. De verwachtingen ten aanzien van hulpverlening voor symptomatisch drinken nemen daarentegen toe met de leeftijd, om vervolgens boven de 50 weer af te nemen. Verwachtingen ten aanzien van hulp bij problemen met de omgeving veranderen niet met de leeftijd. Uit deze gegevens zou men de hypothese kunnen opstellen dat op lagere leeftijd er nog

in veel gevallen de verwachting bestaat dat voor de (psychologische) afhankelijkheid hulp mogelijk is, terwijl op middelbare leeftijd (40 tot 49 jaar) de verwachtingen steeds meer verschuiven naar hulpverlening voor de lichamelijke aspecten van alcoholproblematiek, dus het begeleid ontwennen. Boven de 50 jaar lijken de verwachtingen ten aanzien van beide aspecten af te nemen. Overigens zijn dit slechts indicaties, aangezien de p-waarde voor verschillen zich tussen de 0.15 en 0.20 bevindt.

Tabel 3.25. Problemen waarvoor hulp verwacht wordt naar leeftijd (%)

Probleemgebieden	Leeftijd						Totaal Centrum
	< 19	20-29	30-39	40-49	50-59	> 60	
psychologische afh. ¹	100.0	57.7	58.3	48.6	36.8	33.3	52.7
sympt. drinken ¹	-	57.7	66.7	73.0	52.6	33.3	63.7
probl. m. omgeving ¹	-	7.7	8.3	5.4	10.5	-	7.5
N	(1)	(26)	(60)	(37)	(19)	(3)	(146)

¹p: n.s.

Tabel 3.26. Problemen waarvoor hulp verwacht wordt naar geslacht (%)

Probleemgebieden	Geslacht		Totaal Centrum
	man	vrouw	
psychologische afhankelijkheid ¹	47.7	66.7	52.7
symptomatisch drinken ²	68.2	51.3	63.7
problemen met omgeving ²	7.5	7.7	7.5
N	(107)	(39)	(146)

¹p: <0.05

²p: n.s.

Een uitsplitsing naar geslacht laat zien dat vrouwen meer dan mannen hulp verwachten in verband met de psychologische afhankelijkheid van alcohol, terwijl mannen vaker de lichamelijke afhankelijkheid noemen. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat de beleving van de alcoholproblematiek door vrouwen mogelijk anders is dan door mannen (tabel 3.26.).

Vergelijking tussen gesignaleerde problemen, problemen die aanleiding zijn om hulp in te roepen en problemen waarvoor hulp verwacht wordt

Om na te gaan welke rol de verschillende problemen rond alcoholgebruik spelen in de beleving van de cliënt is een vergelijking gemaakt in de mate waarin problemen gesignaleerd worden door probleemdrinkers, in hoeverre ze aanleiding vormen om hulp in te roepen en in hoeverre verwachtingen bestaan ten aanzien van de hulpverlening (tabel 3.27.).

Tabel 3.27. Vergelijking tussen gesignaleerde problemen, problemen die aanleiding vormen om hulp in te roepen en problemen waarvoor hulp verwacht wordt (%)

Probleemgebied	Gesigna- leerd	Aanlei- ding	Hulp verwacht
psychologische afhankelijkheid	65.0	12.3	52.7
symptomatisch drinken	91.0	50.0	63.7
problemen met omgeving	76.8	33.6	7.5
problemen met gezondheid/ongelukken	91.1	24.0	-
frequente dronkenschap/kater	81.5	11.0	-
N	(146)	(146)	(146)

De lichamelijke afhankelijkheid is zowel de belangrijkste aanleiding als het belangrijkste behandeldoel voor cliënten. Begrijpelijk, omdat dit ook het meest in het oog springende aspect is van de alcoholproblematiek.

Als tweede belangrijke aanleiding worden door cliënten problemen met de omgeving genoemd. Met name betreft het problemen met de partner. Het is echter opmerkelijk dat problemen met de omgeving weinig als concreet behandeldoel genoemd wordt. Hoewel probleemdrinkers problemen met de omgeving dus wel als een belangrijke aanleiding zien om hulp in te roepen, zijn ze blijkbaar van mening dat het bij de hulpverlening vooral gaat om de lichamelijke en psychische afhankelijkheid. Mogelijk bestaat er onduidelijkheid over de mogelijkheden van hulpverlening om bij te dragen aan oplossingen ten aanzien van problemen met partner of werk.

Doel met betrekking tot alcoholgebruik

In het voorgaande zijn de problemen besproken waarvan probleemdrinkers verwachten dat er aandacht aan zal worden besteed in de hulpverlening. Daarnaast is de respondenten gevraagd welk doel zij zichzelf stellen ten aanzien van het alcoholgebruik na de hulpverlening ("Wat is uw doel met betrekking tot het drinken na de behandeling hier?"). Daarbij zijn de volgende antwoordcategorieën onderscheiden: helemaal niet drinken (abstinentie), een tijd niet drinken (tijdelijke abstinentie) en sociaal (gecontroleerd) drinken. In hoofdstuk 1 is de controverser besproken over de vraag abstinentie versus gecontroleerd drinken. Wij wilden nu weten hoe probleemdrinkers daar zelf over denken.

Een meerderheid van de respondenten (71 procent) meent op het moment van aanmelding bij de hulpverlening geheel te moeten stoppen met het alcoholgebruik. Dat betekent dat een opmerkelijk hoog percentage de behandel doelstelling abstinentie ondersteunt. Een substantieel gedeelte (21 procent) denkt daarin tegen na de behandeling weer gecontroleerd te kunnen drinken terwijl zo'n 6 procent vindt dat hij of zij in ieder geval tijdelijk moet stoppen.

Wanneer uitgesplitst wordt naar afdeling van aanmelding, dan zijn belangrijke verschillen te zien: probleemdrinkers die zich aanmelden bij het CAD staan veel vaker dan bij de Detox of de Kliniek op het standpunt dat gecontroleerd kan worden gedronken (35 procent versus respectievelijk 7 en 12 procent). De alcohol- of hulpverleningscarrière kan hier mogelijk op van invloed zijn: probleemdrinkers bij het CAD hebben minder vaak hulp gehad en hun alcoholproblematiek is nog van kortere duur (tabel 3.28.).

Tabel 3.28. Doel met betrekking tot alcoholgebruik naar afdeling van aanmelding (%)

Doel	Afdeling ¹			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
helemaal niet drinken	57.1	80.5	83.3	71.2
een tijd niet drinken	6.3	9.8	2.4	6.2
sociaal drinken	34.9	7.3	11.9	20.6
geen antwoord	1.6	2.4	2.4	2.1
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.05 (tussen afdelingen)

Tabel 3.29. Verwachtingen ten aanzien van de duur van de behandeling naar afdeling van aanmelding (%)

Duur	Afdeling ¹			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
kortere behandeling	15.9	46.3	26.2	27.4
langere behandeling	55.6	36.6	59.5	51.4
geen voorkeur	25.4	14.6	11.9	18.5
onbekend	3.2	2.4	2.4	2.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.05 (tussen afdelingen)

Verwachtingen ten aanzien van de duur van de behandeling

Ruim de helft van de respondenten opteert voor een langere behandeling (51 procent), ruim een kwart voor een kortere behandeling (19 procent). Probleemdrinkers bij het CAD hebben vaker geen duidelijke voorkeur, hetgeen mogelijk samenhangt met het hoge percentage 'nieuwe' cliënten bij deze afdeling. Zowel probleemdrinkers bij het CAD als bij de Kliniek kiezen in meerderheid voor een langere behandeling. Dat probleemdrinkers bij de Detox in meerderheid kiezen voor een kortere behandeling, terwijl daar toch de probleemdrinkers met de meest ernstige problematiek zich aanmelden, kan mogelijk samenhangen met de fase van de alcoholproblematiek waarin zij zich bevinden, waarbij eerder sprake is van een regelmatige korte opvang dan van langdurige hulpverlening met als doel dieper in te grijpen op de alcoholproblematiek. Hulpverleners spreken ook wel over 'draaideur'-cliënten (tabel 3.29.).

Verwachtingen ten aanzien van het hulpverleningsprogramma

Hierbij is gevraagd naar het belang dat respondenten hechten aan een bepaald aspect van de hulpverlening dat aan hen is voorgelegd. Gescoord is op een 3-puntsschaal variërend van niet belangrijk, enigszins belangrijk tot zeer belangrijk. Alleen de percentages zeer belangrijk zijn heironder meegenomen. Als belangrijkste onderdeel van het hulpverleningsprogramma worden door respondenten gezien individuele gesprekken met een hulpverlener (78 procent). Daarna volgen in ongeveer gelijke percentages ontgiftiging, medische behandeling (bijvoorbeeld met Librium[®] om ontwenningssverschijnselen tegen te gaan of Antabus[®] als afschrikmiddel), informatie en groeps gesprekken (rond de 50 procent). Bezigheidstherapie komt met 39 procent op de laatste

plaats (tabel 3.30.).

Er zijn enkele opvallende verschillen naar afdeling van aanmelding. Zo blijkt ontgiftiging met name belangrijk gevonden te worden door probleemdrinkers bij de Detox (85 procent), terwijl probleemdrinkers bij het CAD dit veel minder belangrijk vinden (30 procent). Een ander belangrijk verschil is dat probleemdrinkers bij de Kliniek groepsgesprekken veel belangrijker vinden (64 procent) dan probleemdrinkers bij het CAD (41 procent). Onduidelijk is in hoeverre beeldvorming van de afdelingen (wat het doel is van de afdelingen en de wijze waarop gewerkt wordt) de verwachtingen van de respondenten wat dit betreft beïnvloedt.

Mannen blijken verder meer waarde te hechten aan ontgiftiging dan vrouwen (58 versus 44 procent), hetzelfde geldt voor individuele gesprekken.

Tabel 3.30. Hulpverleningsonderdelen die zeer belangrijk worden gevonden naar afdeling van aanmelding (%)

Hulpverlenings- onderdeel	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
ontgiftiging ¹	30.2	85.4	59.5	54.1
medische behandeling	52.4	39.0	40.5	45.2
informatie	52.4	63.4	45.2	53.4
bezigheidstherapie ¹	14.3	56.1	59.5	39.0
individuele gesprekken	82.5	70.7	78.6	78.1
groepsgesprekken	41.3	56.1	64.3	52.1
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.001 (tussen afdelingen)

Verwachtingen ten aanzien van negatieve effecten van opname

Behandeling bij een CAD of opname in een verslavingskliniek kan stigmatiserend werken en probleemdrinkers er eventueel van weerhouden om hulp in te roepen voor alcoholproblematiek. Daarnaast kan een negatieve houding van de omgeving belemmerend werken op de motivatie voor of het effect van hulpverlening. Over de eventueel te verwachten negatieve effecten van opname is om die reden een vraag opgenomen ("Bent u bang dat een eventuele opname negatieve gevolgen zou kunnen hebben over hoe men over u denkt? Zo ja, bij wie?").

Bijna een kwart (23 procent) meent dat opname inderdaad negatieve effecten kan

hebben in die zin. Probleemdrinkers bij het CAD denken er wat dat betreft niet anders over dan probleemdrinkers bij de Detox of de Kliniek. Ook naar leeftijd of geslacht worden geen verschillen in verwachting gevonden.

De meeste negatieve reacties worden verwacht in kringen van vrienden en kennissen, familie en ouders. De partner wordt daarbij slechts een enkele keer genoemd, waaruit men zou kunnen afleiden dat de partner over het algemeen niet negatief tegenover een opname staat.

Verwachtingen ten aanzien van het succes van de hulpverlening

Verwachtingen ten aanzien van het korte en lange termijn succes van de hulpverlening zijn nagegaan met de vragen "Denkt u dat de behandeling hier dit resultaat voor u oplevert?" respectievelijk "Denkt u dat u na de behandeling hier voorgoed van uw alcoholprobleem af bent? Zo nee, voor kortere of langere tijd?"

Een meerderheid van de cliënten heeft bij aanmelding vertrouwen in het eindresultaat (57 procent), de overigen vestigen er hoop op (22 procent) of geven geen antwoord op de vraag (21 procent). Zoals verwacht mag worden heeft nagenoeg niemand géén vertrouwen in het eindresultaat. CAD-cliënten zijn duidelijk meer optimistisch dan probleemdrinkers bij de andere afdelingen, dit heeft mogelijk te maken met het feit dat bij deze afdeling zich meer probleemdrinkers zonder eerdere hulp en met minder ernstige alcoholproblematiek aanmelden (tabel 3.31).

Tabel 3.31. Verwachtingen ten aanzien van het korte termijn succes van de hulpverlening naar afdeling van aanmelding (%)

Verwachting t.a.v. korte termijn succes	CAD	Afdeling ¹		Totaal
		Detox	Kliniek	Centrum
ja, vertrouwen	68.3	51.2	45.2	56.8
ik hoop het	15.9	24.4	28.6	21.9
nee, geen vertrouwen	-	-	2.4	0.7
geen antwoord	15.9	24.4	23.8	20.5
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: n.s.

Tabel 3.32. Verwachtingen ten aanzien van het lange termijn succes van de hulpverlening naar afdeling van aanmelding (%)

Verwachting t.a.v. lange termijn succes	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
voor goed van af	38.1	19.5	21.4	28.1
voor enige tijd	19.0	43.9	38.1	31.5
geen antwoord	42.9	36.6	40.5	40.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹p: <0.05 (tussen afdelingen)

De verwachtingen ten aanzien van het lange termijn succes zijn overigens een stuk geringer (tabel 3.32.). Ruim een kwart (28 procent) denkt na de behandeling voorgoed van de alcoholproblemen af te zijn en nog eens ruim een kwart (28 procent) in ieder geval voor langere tijd. Weinig probleemdrinkers denken pessimistisch over het succes van de hulpverlening, zij denken er maar voor kortere tijd af te zijn (3 procent). Een groot gedeelte van de respondenten geeft aan daar geen uitspraak over te kunnen doen (40 procent). Mogelijk dat deze groep voor een deel bestaat uit probleemdrinkers die twijfels hebben over het succes van de hulpverlening. Probleemdrinkers bij het CAD zijn opnieuw meer optimistisch dan bij de Detox of de Kliniek: een flink hoger percentage denkt er voorgoed van af te zijn, terwijl probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek er vaker van uit gaan dat de alcoholproblematiek van tijd tot tijd de kop komt opzetten. Opvallend is dat jongere probleemdrinkers niet méér optimistisch zijn dan oudere probleemdrinkers. Ook tussen mannen en vrouwen bestaan geen verschillen in verwachtingen ten aanzien van het succes van de hulpverlening.

3.3. Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn de kenmerken geanalyseerd van probleemdrinkers die zich aanmelden voor professionele hulpverlening. Aanmelding voor hulpverlening kan daarbij worden opgevat als de vraag naar hulpverlening of, om preciezer te zijn, de uitgesproken behoefte aan hulp in de bevolking. Aangezien nog te weinig bekend is over de betekenis van de normatieve en ervaren behoefte in de bevolking, is de

uitgesproken behoefte op dit moment de belangrijkste leidraad voor hulpverlenings en overheidsbeleid. Analyse van kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening kan de uitgesproken behoefte verduidelijken. Door deze kenmerken tevens te relateren aan 3 afzonderlijk toegankelijke hulpverleningsvormen, behandelprogramma's voor ambulante en klinische hulpverlening en crisisinterventie, kan ook de keuze van hulpverleningsvormen geanalyseerd worden. Om zicht te krijgen op de verhouding tussen uitgesproken en normatieve behoefte worden kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening eveneens vergeleken met kenmerken van probleemdrinkers in de bevolking. Als referentiepopulatie is daartoe gekozen voor de populatie probleemdrinkers opgespoord in een Rotterdamse survey (Garretsen 1983). Een vergelijking is mogelijk omdat in dit onderzoek hetzelfde meetinstrument voor de alcoholproblematiek is gebruikt.

Betreffende aanmelding voor hulpverlening, de uitgesproken behoefte aan hulp, is in dit onderzoek gevonden dat de alcoholproblematiek van probleemdrinkers in de hulpverlening duidelijk ernstiger is dan die van probleemdrinkers in de bevolking. Zowel de alcoholconsumptie- als de probleemindex zijn hoger: de gemiddelde probleemindex van probleemdrinkers in de hulpverlening bedraagt 8.2 tegenover 2.9 voor probleemdrinkers in de bevolking. Bijna alle probleemdrinkers in de hulpverlening hebben een probleemindex van 6 of hoger (maximum 10), een niveau dat slechts door 13 procent van de probleemdrinkers in de bevolking gehaald wordt. Tussen de 5 en 6 punten op de probleemindex lijkt de grens te liggen. Wat betreft alcoholconsumptie lijken de verschillen minder groot te zijn, maar dit is voor een belangrijk deel te wijten aan het feit dat de alcoholconsumptieindex onvoldoende discrimineert in de hogere regionen: de hoogste categorie is 6 of meer glazen per dag, hetgeen haast de ondergrens is voor probleemdrinkers in de hulpverlening. Voor gebruik in klinische situaties zou met name de alcoholconsumptieindex van de probleemdrinkerschaal aangepast moeten worden. Ook wanneer men de probleemdrinkerschaal als meetinstrument voor de normatieve behoefte aan hulp zou willen toepassen zou men het in die zin moeten aanpassen. De bevindingen in dit onderzoek suggereren eveneens dat probleemdrinkers in de hulpverlening het topje van de ijsberg vormen, maar wel dat gedeelte met de meest ernstige alcoholproblematiek.

Jongere probleemdrinkers (onder de 30 jaar) blijken zich relatief minder aan te melden dan oudere probleemdrinkers. Deze bevinding komt overeen met de literatuur. Als verklaring wordt gesuggereerd dat overmatig alcoholgebruik onder jongeren pas na verloop van tijd tot dusdanige problematiek resulteert dat professionele hulp noodzakelijk wordt. Daartegen is in te brengen dat uit dit onderzoek tevens is gebleken dat de alcoholproblematiek onder jongere probleemdrinkers zeker niet minder is dan onder oudere. Vrouwen blijken naar rato even vaak in de hulpverlening terecht te komen als mannen. Er zijn verder duidelijke aanwijzingen dat vrouwen op jongere leeftijd hulp zoeken. Oudere vrouwen (boven de 50) komen daarentegen minder vaak in de hulpverlening terecht. Deze bevindingen sporen met de literatuur, waarin vroeger werd gevonden dat vrouwen minder vaak hulp zochten voor alcoholproble-

matiek, maar de laatste jaren een duidelijke inhaaltrend is bespeurd.

Er zijn tenslotte duidelijke aanwijzingen dat de factoren burgerlijke staat en dagbesteding gerelateerd zijn aan aanmelding voor hulpverlening. In dit onderzoek is gevonden dat gescheiden, werkloze of arbeidsongeschikte probleemdrinkers zich relatief meer aanmelden voor hulpverlening. Ook deze bevindingen komen overeen met de literatuur. De ernst van de alcoholproblematiek speelt hierin mogelijk een rol: bij deze groepen zijn zowel de alcoholconsumptieindex als de probleemindex duidelijk hoger. Niet duidelijk is of nu gesproken moet worden van een beschermend effect dat uitgaat van het gehuwd zijn en/of werk hebben, of van een bevorderend effect ten aanzien van de alcoholproblematiek in verband met het gescheiden of werkloos zijn. Een derde voor de hand liggende hypothese is dat burgerlijke staat en/of dagbesteding het gevolg zijn van de relatief autonome ontwikkeling van de alcoholproblematiek. De precieze relaties verdienen nader onderzoek.

Wat de keuze van hulpverleningsvorm betreft is sprake van een duidelijk gerichte keuze door probleemdrinkers bij aanmelding. Probleemdrinkers met de meest ernstige alcoholproblematiek melden zich aan bij de Detox en Kliniek. Dit blijkt in eerste instantie niet uit de alcoholconsumptie- of probleemindex, deze verschillen namelijk niet significant naar afdeling. Er is echter op gewezen dat dit vooral te maken heeft met het gebrek aan discriminerend vermogen in de hogere regionen van de probleemdrinkerschaal, die eigenlijk bedoeld is voor survey-onderzoek in de bevolking. Duidelijker komen de verschillen tussen probleemdrinkers bij Detox en Kliniek enerzijds en CAD anderzijds tot uiting wanneer gekeken wordt naar duur van de alcoholproblematiek en eerdere hulp voor alcoholproblematiek. Probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek hebben over het algemeen langer alcoholproblemen, daarnaast hebben ze veel frequenter eerder hulp gehad en dan ook veel vaker van een verslavingskliniek. Dit suggereert onder andere dat probleemdrinkers zich in eerste instantie aanmelden bij die hulpverleningsvorm die ze reeds kennen. Probleemdrinkers zonder eerdere hulp melden zich in grote meerderheid bij het CAD aan. Daaruit mag blijken dat de circuit-gedachte, waarbij het CAD een functie heeft van eerste opvang en de Detox en de Kliniek gedacht zijn voor probleemdrinkers met ernstiger alcoholproblematiek, inderdaad gerealiseerd wordt, al moet aangetekend worden dat zich ook bij de Detox en Kliniek in substantiële aantallen probleemdrinkers zonder eerdere hulp aanmelden.

In relatie tot deze gerichte keuze van hulpverleningsvorm naar ernst van de alcoholproblematiek en eerdere hulp moet gezien worden dat aanmelding bij de verschillende hulpverleningsvormen naar sociaal-demografische kenmerken verschilt. Oudere probleemdrinkers (in de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar) zijn vooral bij de Detox terug te vinden. Ook zijn de percentages gescheiden en arbeidsongeschikte probleemdrinkers bij de Detox en Kliniek hoger dan bij het CAD. Deze laatste bevinding is opnieuw een aanwijzing voor de relatie tussen de factoren burgerlijke staat of dagbesteding en alcoholproblematiek. Een opmerkelijke uitkomst die hier los van staat is verder dat vrouwen zich nauwelijks bij de Kliniek aanmelden. Gegeven het

feit dat de alcoholproblematiek van vrouwen niet onderdoet voor die van mannen en vrouwen zich wel evenredig bij de Detox aanmelden, suggereert deze bevinding dat met name de opnameduur (4 maanden) voor vrouwen een beletsel vormt.

De verschillen in populaties tussen de Detox en de Kliniek enerzijds en het CAD anderzijds weerspiegelen zich ook in doel en verwachtingen van de hulpverlening. Probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek zeggen vaker helemaal te moeten stoppen met alcoholgebruik (abstinentie) en minder vaak er voor goed van af te zijn. Dit moet in verband gebracht worden met het feit dat de probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek ernstiger alcoholproblematiek kennen en ook vaker eerdere hulp gehad hebben. Zowel het realisme als het pessimisme nemen blijkbaar in de tijd toe.

Over de gehele populatie kan gesteld worden dat sprake is van een fors bijgebruik van slaap- en kalmerende middelen. Maar liefst 21 procent van de mannen en 28 procent van de vrouwen melden een dagelijks gebruik van deze middelen, in welk geval toch van een bijkomende afhankelijkheid gesproken moet worden. Daarmee is het gebruik van deze geneesmiddelen fors hoger dan in de algemene bevolking (Blijenberg-Ruis e.a. 1986). Bij de hulpverlening moet hiermee dan ook terdege rekening gehouden worden (bijkomende ontwenningsverschijnselen).

Een andere factor van belang voor de hulpverlening is dat in het sociaal netwerk van de probleemdrinkers over het algemeen fors gedronken wordt. Ruim de helft van de probleemdrinkers geeft aan dat een meerderheid van vrienden of kennissen overmatig alcohol gebruikt, en een vijfde dat dit het geval is met de partner. Mogelijk is dit ook een gedeeltelijke verklaring voor de relatief geringe geneigdheid om met anderen over de alcoholproblematiek te spreken, laat staan ondersteuning te verwachten.

Belangrijke verwijzers zijn in de eerste plaats CAD's in de naaste omgeving. Een tweede grote groep verwijzers vormt de somatische gezondheidszorg (huisartsen en medisch specialisten). Opmerkelijk is het geringe aantal verwijzingen uit de geestelijke gezondheidszorg. Bekend is dat alcoholproblematiek kan samengaan met geestelijke gezondheidsproblemen en probleemdrinkers daardoor in het kanaal van de geestelijke gezondheidszorg terecht kunnen komen. Blijkbaar leidt deze route maar in een gering aantal gevallen tot consultaties of verwijzingen naar de categorale alcoholhulpverlening.

Wat doel en verwachtingen betreft moet tenslotte opgemerkt worden dat hoewel op alle onderscheiden probleemgebieden (psychologische afhankelijkheid, symptomatisch drinken, problemen met gezondheid en/of ongelukken en frequente dronkenschap en/of kater) forse problemen bestaan en deze ook aanleiding vormen om hulp in te roepen, vrijwel alleen voor de psychologische afhankelijkheid en symptomatisch drinken hulp verwacht wordt. Slechts enkelen verwachten hulp bij problemen met omgeving (relatie, werk, financiën of huisvesting), terwijl de relatie van deze factoren tot de alcoholproblematiek ook uit dit onderzoek gebleken is en binnen de hulpverlening ook mogelijkheden bestaan om aan deze problemen aandacht te schenken.

HOOFDSTUK 4

HET AANBOD VAN HULPVERLENING: INTAKE-CRITERIA VAN HULPVERLENERS

4.1. Inleiding

Het aanbod van de hulpverlening bestaat uit de verschillende behandelprogramma's: ambulant, klinisch en crisisinterventie. Dit aanbod is op basis van allerlei historische ontwikkelingen tot stand gekomen. Een aanwijzing daarvoor is de geheel verschillende financieringswijze van de programma's. Zo wordt de ambulante hulpverlening van het CAD gefinancierd door subsidies van de Ministeries van Justitie en WVC, terwijl de crisisinterventie- en klinische programma's uit AWBZ-bronnen betaald worden. Ook kennen de genoemde programma's verschillende behandelopvattingen en -doelstellingen. Daaruit vloeien verschillende toelatingsvoorwaarden voort, die ook wel intakecriteria genoemd worden. Deze intakecriteria zijn medebepalend voor de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening tijdens de intake.

De intakecriteria van hulpverleners worden in dit hoofdstuk nader onderzocht. Dit gebeurt via een kwalitatieve analyse van de interviews met hulpverleners over dit onderwerp. Deze intakecriteria worden opgevat als de criteria zoals bedoeld. In hoofdstuk 5 wordt nagegaan welke intakecriteria feitelijk zijn toegepast bij de intakebeslissing.

Voorafgaand aan de analyse van de intakecriteria wordt de samenstelling van de groep hulpverleners in dit onderzoek besproken.

4.2. Kenmerken van hulpverleners

Bij zowel het CAD als de Kliniek wordt de intake in bijna alle gevallen gedaan door maatschappelijk werkenden, die in een latere fase meestal ook de begeleiding van de cliënten op zich nemen. De intake bij de Detox wordt gedaan door verpleegkundigen, omdat bij deze hulpverleningsvorm gezien het doel ontgiftiging een aantal medische aspecten komen kijken, zij zijn tevens ook de directe begeleiders van de cliënten (tabel 4.1.).

Vrouwen zijn in de meerderheid onder de hulpverleners (21 vrouwen en 15 mannen). De gemiddelde leeftijd van intakers bij de Detox is lager dan bij de andere hulpverleningsvormen (tabel 4.2.). De samenstelling van de groep hulpverleners bij deze afdeling is qua leeftijd ook homogener, getuige de geringere standaardafwijking. In samenhang daarmee vermoedelijk is de ervaring van intakers ook gemiddeld korter van duur. Intakers bij de Kliniek hebben de langste ervaring. De gemiddelde duur dat hulpverleners bij het Jellinek Centrum werken bedraagt ruim 4 jaar.

Tabel 4.1. Beroep hulpverleners naar afdeling (absolute aantallen)

Beroep	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
verpleegkundige	1	12	-	13
maatschappelijk werkende	10	1	10	21
anders	-	-	2	2
N	11	13	12	36

Tabel 4.2. Gemiddelde leeftijd en ervaring hulpverleners naar afdeling (jaren)

	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
gemiddelde leeftijd	34.7	31.7	38.5	34.9
sd	12.0	3.8	10.4	9.4
gemiddelde ervaring	8.7	8.0	11.7	9.3
sd	7.5	4.2	7.3	6.4
gem. ervaring Centrum	4.2	3.8	5.8	4.5
sd	1.9	2.5	2.9	2.5

4.3. Intakecriteria

De intakecriteria van hulpverleners zijn nagegaan met een open vraag. Op deze vraag konden intakekers spontaan antwoorden wat zij als belangrijke intakecriteria zagen. De antwoorden zijn letterlijk overgenomen in de vragenlijsten en naderhand gecategoriseerd. Daarbij is als schema aangehouden de cliëntkenmerken zoals ze in hoofdstuk 4 zijn onderscheiden:

- sociaal-demografische kenmerken;
- alcoholproblematiek;

- ander middelengebruik;
- gezondheidstoestand;
- sociaal netwerk;
- eerdere hulpverleningscontacten;
- verwijzing;
- doel en verwachtingen.

Om een inzicht te geven in de prioriteiten die hulpverleners toekennen aan de onderscheiden intakecriteria, zijn in tabel 4.3. de frequenties weergegeven van de spontaan door hulpverleners genoemde intakecriteria. Gezien de kleine aantallen moet niet zozeer gelet worden op de hoogte van de getallen alswel op de onderlinge rangorde.

Tabel 4.3. Intakecriteria genoemd door hulpverleners naar afdeling (absolute getallen (rangorde))

Intakecriterium	Afdeling			Totaal Centrum
	CAD	Detox	Kliniek	
sociaal-demografische kenmerken	2 (8)	1 (9)	-	3 (9)
alcoholproblematiek	11 (1)	11 (2)	11 (1)	33 (1)
ander middelengebruik	4 (7)	6 (3)	1 (7)	11 (7)
lichamelijke toestand	6 (5)	5 (4)	5 (4)	16 (6)
psychische toestand	6 (5)	3 (8)	8 (3)	17 (4)
sociaal netwerk	9 (2)	4 (6)	4 (6)	17 (4)
eerdere hulpverleningscontacten	8 (3)	5 (4)	5 (4)	18 (3)
verwijzing	1 (9)	4 (6)	-	5 (8)
doel en verwachtingen	7 (4)	12 (1)	10 (2)	29 (2)
N	11	13	12	36

Niet zo verwonderlijk is dat de alcoholproblematiek het meest genoemde intakecriterium is. Eerdere hulp en de situatie in het sociaal netwerk zijn veelgenoemde intakecriteria bij het CAD, terwijl bij de Detox en de Kliniek veel nadruk ligt op doel en verwachtingen van de cliënt. Ander middelengebruik worden ook frequent genoemd als criterium, terwijl dit in veel mindere mate geldt voor sociaal-demografische kenmerken en verwijzing.

De verschillende intakecriteria worden hieronder besproken, waarbij ter illustratie steeds citaten uit de interviews zijn opgenomen.

4.3.1. Sociaal-demografische kenmerken

Sociaal-demografische kenmerken van de cliënt worden het minst vaak als intakecriterium genoemd (in totaal slechts 3 maal). Daarbij gaat het om de minimum-eisen die aan iemand gesteld moeten kunnen worden om het programma te kunnen volgen (1, 2):

1. *"Hoe intelligent je bent. Hoe goed je dingen kunt verantwoorden. veel dingen gebeuren met woorden, dat is een drempel."* (CAD.)
2. *"Terwijl er hier een lage drempel is, moet je verbaal toch een beetje vaardig zijn, anders kun je in een opname niet mee komen."* (Kliniek.)

Overigens wordt hierbij niet uitgelegd op welke wijze dit criterium geëxpliciteerd wordt.

Een tweede criterium dat in dit verband genoemd wordt, is het criterium of een cliënt in de groep past. Dit criterium wordt door hulpverleners van de Kliniek genoemd, waar cliënten na een korte ontgiftigingsperiode in een zogenaamde leefgroep terecht komen (3, 4).

3. *"Iemand moet aan het programma mee kunnen doen. In de groep kunnen leven. Je merkt hoe iemand zich opstelt of hij in de groep past. Dat is heel moeilijk om te bepalen. Deze mensen worden ook vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Dat je eisen aan mensen kunt stellen."* (Kliniek.)
4. *"Of hij binnen het programma past. Of hij tussen de mensen kan, het soort mensen dat hier is opgenomen. (...) Door ervaring weet je gauw genoeg of iemand hier terecht moet komen of bij het Krauweelhuis. Dat is een ander type mens."* (Kliniek.)

Ook hier is niet duidelijk hoe dit criterium precies getoetst wordt.

4.3.2. Alcoholproblematiek

Wat de alcoholproblematiek betreft, richten de intakecriteria zich deels op de grootte van de alcoholconsumptie en de afhankelijkheid ervan, maar vooral ook op het vermogen te kunnen stoppen met de alcoholconsumptie. Dit laatste speelt met name een rol bij het bepalen van de geschikte hulpverleningsvorm.

5. *"Als ze er zelf last van hebben, ook al gaat het om hoeveelheden die ik zelf niet zo bijzonder vind. Als ze geprobeerd hebben om te stoppen en het lukt ze niet, dan kunnen ze in principe in begeleiding komen."* (CAD.)
6. *"Proberen boven tafel te krijgen de pogingen om zelf te stoppen. Indien dit het geval is, dan zijn er mogelijk aanwijzingen om hier in behandeling te komen."* (CAD.)
7. *"Dat hangt van de zwaarte van de problematiek af en wat iemand zelf in huis heeft om te veranderen en wat daarin belemmeringen zijn. Veel mensen zitten zo vast in een bepaalde situatie dat alleen stoppen met drinken niet de enige oplossing is. Nou en als nu veel meer daar voor of tegen pleit, kan je aan een wat grondiger behandeling denken, en bij grondiger*

denk ik aan een klinische opname." (CAD.)

Een zekere mate van afhankelijkheid van alcohol moet aanwezig zijn wil men in aanmerking komen voor hulpverlening bij het CAD. Dit kan zich uiten bijvoorbeeld in het niet zelfstandig kunnen stoppen van de alcoholconsumptie (5-7). Wanneer het niet kunnen stoppen zich herhaaldelijk voordoet ondanks een ambulante hulpverleningscontact, wordt over het algemeen een klinisch hulpverleningscontact geïndiceerd geacht (7). Dit is ook het geval wanneer (ernstige) onthoudingsverschijnselen worden verwacht.

Zowel de Kliniek als de Detox leggen hetzelfde intakecriterium aan ten aanzien van de alcoholproblematiek: het niet ambulante kunnen stoppen van het alcoholgebruik (8-12). Op dit punt lijken de intakecriteria van Kliniek en Detox niet van elkaar te verschillen.

8. *"Alle alcoholproblematiek. Iemand die vindt dat hij problematisch gebruikt en niet het gevoel heeft zonder te kunnen functioneren, die een ambulante behandeling niet lukt." (Detox.)*
9. *"Het gaat erom hoe de mensen het ervaren. Of ze zelf thuis kunnen stoppen. Daar kan ik wel eens aan twifelen, maar ik denk ook: het is nooit leuk om jezelf te laten opnemen voor alcoholproblemen. Dus het zal meestal wel terecht zijn." (Detox.)*
10. *"Wanneer iemand niet in staat is te stoppen. Dat ook geprobeerd heeft. Dat is meestal het geval wanneer iemand zich aanmeldt via een ambulante contact." (Detox.)*
11. *"Of hij wel of niet in staat is ambulante te stoppen. (...) Ze kunnen vaak wel een stop maken van 1 of 2 weken. Dat wordt steeds moeilijker. Omdat je in je eentje bent, is die cirkel moeilijker om te doorbreken. Dus wel pogingen in die richting die mislukt zijn." (Kliniek.)*
12. *"Het gevoel hebben dat ze het ambulante niet redden. Dat hangt met verschillende factoren samen: de situatie thuis, werk wat vastgelopen is en het kan ook samenhangen met de lichamelijke toestand. Dus een vastgelopen situatie." (Kliniek.)*

Wél zijn er verschillen aan te wijzen in intakecriteria tussen Detox en de Kliniek ten aanzien van de afhankelijkheid van alcohol. Bij de Detox ligt het accent op de lichamelijke afhankelijkheid, de noodzaak van de afkick (13-16). De hoeveelheid speelt daarbij niet altijd een belangrijke rol (13).

13. *"Dat iemand het zelf als problematisch ervaart, de hoeveelheid doet er dan niet toe." (Detox.)*
14. *"De mate van afhankelijkheid. Ik ga twifelen als ik denk dat het niet aan de doelstelling van de Detox beantwoordt, n.l. afkicken. Als ik denk dat er geen afkick te verwachten is, bijvoorbeeld als ze droog staan of ze hoeven niet klinisch af te kicken onder begeleiding. Als er geen ernstige lichamelijke of geestelijke afkick te verwachten is en als het plan al klaar is, dan hoeven ze voor mij niet te komen." (Detox.)*
15. *"Meestal vind ik het wel terecht als iemand naar een Detox toe gaat. De*

hoeveelheid wisselt. Als iemand zegt, ik drink alleen in het weekend, dan denk ik wel eens waarom kom je hier. Maar meestal zijn het grote hoeveelheden. Gedestilleerd is meestal toch een liter per dag, pils meestal meer dan 30 flesjes." (Detox.)

16. "De hoeveelheid drinken speelt een rol, omdat het mij een indicatie verschaft hoe iemand ervoor zit. Of iemand 20 jaar drinkt of 3 jaar, dat maakt wel degelijk verschil. Niet in de zin dat je hier dan wel of niet op je plaats zou zijn, maar meer in de zin van hoe het zit met inzicht in de problematiek, hoe manifest het gedrag al is." (Detox.)

Bij de Kliniek wordt meer accent gelegd op de psychologische afhankelijkheid en staat de lichamelijke afhankelijkheid meer op de achtergrond (17-19).

17. "Het huidige gebruik, in hoeverre dat voor de cliënt zelf en zijn omgeving problematisch is." (Kliniek.)
18. "Disfunctioneren. Als iemand een liter wijn drinkt, maar geen enkel probleem kent in zijn huiselijke situatie, in zijn werk, dan kun je in feite nauwelijks spreken van een probleem, dan denk ik laat gaan." (Kliniek.)
19. "De manier waarop men drinkt, het onvrijwillige aspect ervan. Je hoeft niet veel te drinken, maar het loopt echt uit de hand. Allerlei lichamelijke, psychische en sociale schade die er door drinken ontstaat. Het is een optelsom, waarbij je tot de conclusie opname kan komen." (Kliniek.)

4.3.3. Ander middelengebruik

Alhoewel ander middelengebruik, met name het gebruik van slaap- en kalmerende middelen, frequent voorkomt bij probleemdrinkers die zich aanmelden (zie paragraaf 3.2.3., pagina 65), wordt dit relatief weinig genoemd als intake-criterium. De Detox en Kliniek zijn in principe middelenvrij, dat wil zeggen dat het gebruik van slaap- en kalmerende middelen gestaakt moet worden bij opname. Gezien mogelijk te verwachten ontwenningsverschijnselen lijkt dit een belangrijk punt van aandacht bij de intake. Met name op de Detox wordt op ander middelengebruik gelet (20, 21). Drugsverslaafden worden overigens uitsluitend op een aparte ontgiftigingsafdeling van het drugshulpverlenings-circuit opgenomen.

20. "Naar medicijnverslaving kijken we. Drugs wordt hier niet opgenomen. Alleen via de GGD, maar dan moeten alcohol of medicijnen op de voorgrond staan." (Detox.)
21. "Er zijn maar weinig contraindicaties. Geneesmiddelengebruik, dat moet gestopt kunnen worden." (Detox.)

4.3.4. Gezondheidstoestand

Wat gezondheidstoestand betreft is een onderscheid gemaakt tussen lichamelijke en psychische toestand.

Bij de lichamelijke toestand wordt vooral gekeken naar de algemene lichamelijke conditie en de mogelijk te verwachten ontweningsverschijnselen. Bij een zeer slechte algemene conditie wordt in het algemeen verwezen naar een algemeen ziekenhuis (23). In een twijfelgeval bestaat de mogelijkheid een arts te consulteren.

22. *"Iemand moet in een dusdanige lichamelijke toestand zijn dat hij zich redelijk kan handhaven. Hij kan zo aangetast zijn door de drank dat hij niet meer normaal kan functioneren. Die mensen komen dus niet hier. Hij moet voor zichzelf kunnen zorgen, laat ik het zo zeggen."* (Detox.)
23. *"Lichamelijke conditie speelt natuurlijk een rol. Hoewel ik geen arts ben, als ik denk die man komt de eerste 6 weken niet bij, ga ik eerst naar de arts of die man niet eerst naar een algemene ziekenhuis moet"* (Kliniek.)

Wanneer sprake is van te verwachten ernstige ontweningsverschijnselen, dan is een opname in de Detox geïndiceerd (24, 25).

24. *"Lichamelijke conditie: afhankelijk of iemand met behulp van een arts zou kunnen stoppen met drinken of dat het gevaarlijk zou kunnen zijn. Dat heeft te maken met tolerantie, controleverlies, ziektes die de mensen hebben gehad."* (CAD.)
25. *"Als er medisch gezien risico's zijn. Dat wanneer iemand afkickt, insul-ten krijgt, dan is opname in de Detox ook geïndiceerd."* (Detox.)

Wat de psychische toestand betreft, komt uit de interviews bij alle 3 afdelingen duidelijk naar voren dat eerdere hulpverleningscontacten in de psychiatrie door velen als een relatieve dan wel absolute contra-indicatie worden gezien voor behandeling in het alcoholhulpverleningscircuit (26-32).

26. *"Dan heb je ook nog contra-indicaties: te psychisch. De historie, waren er opnames, hoe verliepen die, goed navragen. Overigens ga ik wel met die vragen naar de intake-vergadering, zodat je niet in je eentje hoeft te beslissen."* (CAD.)
27. *"Dan in hoeverre is er sprake van verslaving, in hoeverre is er sprake van psychiatrie. Ik vind dat soms moeilijk om uit elkaar te halen. Zonder met duidelijke criteria te komen, denk ik dat soms te kunnen aanvoelen."* (CAD.)
28. *"Het gebruik van middelen, of mensen psychiatrische medicijnen slikken. Daar kunnen we hier niet zo goed mee omgaan. Of een psychisch verleden hebben. Dat is geen reden om iemand niet aan te nemen, maar ik wil wel weten of mensen hier op een terechte plaats zitten."* (Detox.)
29. *"Psychiatrische problematiek is ook heel moeilijk. De psychopaten zijn niet bereid om naar zichzelf te kijken. Dat levert problemen op in de groep. Mensen die psychotisch zijn, dat kan ook niet."* (Detox.)

30. *"Psychische toestand. Ik vraag me af of vrouwen die vaak klachten hebben van depressiviteit, of ze ook suicide-pogingen hebben gedaan. Het speelt mee in de mate waarin iemand behandeld kan worden. Hallucinaties, pre-psychose, omdat dat bij onthouding sterker naar voren komt. Als ik dat vermoed, worden ze door de psychiater gezien."* (Kliniek.)
31. *"Psychiatrie-achtige dingen, de voorgeschiedenis, wat er gebeurd is, wat iemand al aan hulp gehad heeft en wat dat opgeleverd heeft. Dan is het soms een beetje hoogmoedig om te denken dat je het beter kan doen dan psychiatrische ziekenhuizen. En die psychiatrische medicatie, dan moet je weten wat er gebeurt als je die medicatie afneemt. Die kan niet voortgezet worden tijdens de behandeling."* (Kliniek.)
32. *"Als mensen zelfmoord-pogingen hebben gedaan of opgenomen zijn geweest voor andere dingen dan alcoholproblemen in psychiatrische instellingen of we weten dat als iemand droog wordt, hij psychotisch zou kunnen worden, dan nemen we niet op. Wat er dan wel moet gebeuren, is de grote vraag. Want psychiatrie neemt ze ook niet op. We kunnen dat niet behappen, omdat we niet a la minute de beschikking hebben over een psychiater."* (Kliniek.)

Verwachte problemen in verband met de psychische toestand worden klaarblijkelijk afgeleid van eerdere hulpverleningscontacten met de psychiatrische hulpverlening (26, 31, 32). Duidelijk criteria worden echter nauwelijks gegeven, dit wordt soms zelfs expliciet gesteld (27). De hypothese die gehanteerd wordt is dat bij de afkick allerlei symptomen naar boven komen, die door de alcohol al of niet in combinatie met geneesmiddelen onderdrukt worden (28, 30, 31). In een enkel geval wordt bij vermoeden een consult van de psychiater voorgesteld (30).

4.3.5. Sociaal netwerk

De situatie in het sociaal netwerk wordt met name door intakers van het CAD genoemd als intakecriterium. De opvangmogelijkheden in het sociaal netwerk spelen een rol of iemand voor ambulante hulpverlening in aanmerking kan komen (33, 34). Daarnaast wordt door de Kliniek het punt genoemd dat het van belang kan zijn iemand juist uit het sociale netwerk te halen omdat het ook bevorderend kan werken op de alcoholproblematiek (35). Een aanwijzing daarvoor kan zijn dat in het sociaal netwerk vaak veel alcohol gebruik wordt (zie paragraaf 3.2.5., pagina 68).

33. *"Iemand hoort hier niet thuis wanneer hij in zijn omgeving ontzettend weinig houvast heeft. Alleen wonend, geen werk, storend middelengebruik wat niet gehanteerd kan worden, dan zou opname in aanmerking komen. Tenzij iemand de eerste keer hier komt, dan mogelijk wél na een korte Detox-opname."* (CAD.)
34. *"Dan let ik heel erg op de actuele situatie. Dan speelt de mate waarin ik inschat dat iemand zelf kan stoppen en wat iemand daar zelf over aan*

geeft. Wat daar een belangrijke rol bij speelt is het verzoek van iemand om opname. En of iemand al pogingen heeft ondernomen om te stoppen, maar ook de sociale situatie speelt een rol, of iemand mensen in zijn omgeving heeft om op terug te vallen." (CAD.)

35. "De omgeving. Soms is het zo dat die er erger van overspannen is dan de persoon zelf. Dan is het ook niet goed om iemand terug te sturen, dan gaat hij toch weer drinken." (Kliniek.)

4.3.6. Eerdere hulpverleningscontacten

Eerdere hulpverleningscontacten worden door veel intakekers genoemd. Met name is dit het geval bij het CAD. Bij die afdeling staat men over het algemeen op het standpunt dat wanneer iemand zich voor het eerst aanmeldt, een CAD-contact geïndiceerd is (36, 37). Dit standpunt wordt ondersteund door intakekers van de Detox (40). Slechts wanneer sprake is van een forse alcoholintoxicatie, vindt doorverwijzing naar de Detox plaats (36). Daarnaast wordt het CAD-contact ook gezien als een mogelijk (na)zorg-contact (38). Ook het verloop van de eerdere hulpverleningscontacten wordt door sommigen in de beschouwing betrokken, in hoeverre die succesvol zijn verlopen (41).

36. "De eerste keer denk ik nooit aan een klinische voorziening, dan wil ik het zo proberen. De mate van gebruik, is dat erg, dan denk ik al aan de Detox." (CAD.)
37. "Iedereen die zich voor het eerst aanmeldt, zou het ambulant moeten proberen." (CAD.)
38. "Juist wanneer iemand een hele lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug heeft met weinig resultaat, dan denk ik dat je níét moet beslissen tot opname, om dat juist te doorbreken." (CAD.)
39. "Eerdere hulpverlening. Dan kijk ik of iemand al eens eerder iets aan zijn problemen heeft gedaan, en zo ja, dan kijk ik hoe diegene dat heeft gebruikt en wat het effect was in de zin van op welke manier kan iemand gebruik maken van hulpverlening zodat hij verder kan gaan." (CAD.)
40. "Ik vraag bij een verwijzing altijd of de cliënt al bij het ambulante werk is geweest. Ik vind dat het eerst ambulant geprobeerd moet worden. Het is niet altijd nodig om klinisch te starten." (Detox.)
41. "Of iemand voor de eerste keer komt of voor de tweede keer. Als iemand voor de tweede keer komt en de eerste keer heeft geen zoden aan de dijk gezet, dan zou het Krauweelhuis (therapeutische gemeenschap.) geschikt voor zo iemand zijn." (Kliniek.)
42. "Nu heb ik wel gemerkt dat voor een programma als hier mensen vrij vast moeten zitten voordat ze eraan beginnen. Het moet echt wel helemaal mislopen willen ze aankloppen bij een programma als dit. Verschil daarbij is dat er mensen zijn zonder opnames achter de rug en mensen die ver-

schillende opnames achter de rug hebben. Dat telt niet mee bij de intake-criteria." (Kliniek.)

4.3.7. Doel en verwachtingen

Na alcoholproblematiek worden doel en verwachtingen van de hulpverlening het meest frequent als intake-criterium genoemd, met name door de Detox en de Kliniek. CAD en Detox zijn de programma's met de laagste drempel voor wat betreft de motivatie van de cliënt: volstaan wordt in eerste instantie met consultatie of ontgiftiging. Op de tweede plaats komt dan pas de vraag hoe verder (44-46).

43. *"Ik ga van het standpunt uit van de motivatie van de mensen zelf en daarbij hanteer ik geen hoge motivatie. Alle motivatie is motivatie. Je moet niet vergeten dat wij een consultatiebureau zijn, we willen een lage drempel hebben." (CAD.)*
44. *"Motivatie kan soms moeilijk in te schatten zijn, iemand kan er erg tegen op zien om te stoppen met drinken, terwijl zijn angst voor ontwenningsverschijnselen juist ook een motivatie kan zijn. Ik koppel dit aan de rest. Wat heeft iemand er voor over, de eerdere hulp speelt mee, of iemand gestuurd wordt. De aanleiding, de binnenkomst hier is belangrijk, de weg die iemand gelopen heeft voor hij hier komt." (CAD.)*
45. *"Als de dranksituatie de pan uit rijst, mag iedereen in principe kort afkicken." (Detox.)*
46. *"Iemand hoort hier thuis als hij duidelijk problemen heeft met alcohol of medicijnen en het ambulant is geprobeerd of duidelijk is dat het niet lukt ambulant. Of hij nu wel of niet gemotiveerd is, is niet belangrijk." (Detox.)*

Het standpunt dat iedereen, ongeacht motivatie, de gelegenheid moet kunnen krijgen om af te kicken op de Detox wordt overigens niet door iedereen gedeeld (47).

47. *"Iedereen die alcoholproblemen heeft mag hier komen. Daar ben ik het niet mee eens. De Detox is heel laagdrempelig. Er worden geen andere eisen gesteld dan dat je onder invloed bent geweest en dat je niet ambulant kunt afkicken. Je mag hier ook zijn als je niets wilt. Ik vind dat te laagdrempelig. Het gevolg is dat mensen te snel weer weggaan, dat ze te weinig informatie hebben gekregen. Mensen moeten wel gemotiveerd zijn om hier te komen. Dat ze erover nagedacht hebben om te stoppen en wat de consequenties daarvan zijn. Bereidheid om te stoppen met drinken." (Detox.)*

Tot de motivatie die door sommige intakers van de Detox en door de intakers van de Kliniek van potentiële cliënten wordt verwacht, behoort in vooral de serieuze bereidheid te stoppen met drinken (47-49). Deze wordt soms nagegaan door te verlangen van de cliënt dat deze nuchter op het intake-gesprek verschijnt (49). Daarnaast is met name voor de Kliniek een belangrijke voorwaarde de bereidheid om verandering

gen in de eigen situatie te willen bewerkstelligen (50, 51). Oneigenlijke motivaties voor opname, zoals onderdak of financiële problemen worden afgewezen (52-54).

48. *"Als iemand absoluut niet wil stoppen met drinken, dat het meer is een tijdje uitrusten of opknappen, dan wijs ik het meestal af. Dan verwijst ik eerst door naar de Detox of naar het CAD."* (Kliniek.)
49. *"In principe iedereen met een alcoholverslaving die voldoende motivatie aan de dag legt om zonder te gebruiken op het spreekuur te komen. Wat moeilijk is om in te schatten, is de motivatie. Dat blijkt meestal pas na verloop van tijd. In principe dus iedereen die verslaafd is en bereid is zich te binden aan de regels van de introductie kan in behandeling komen."* (Kliniek.)
50. *"In de tweede plaats moet ik het gevoel hebben dat er met een opname nog iets gebeuren kan. Dus iemand die niets meer heeft om op terug te vallen of die in een zodanig uitzichtloze positie verkeert dat ik zeg, dat heeft geen enkele zin meer, daar zou ik liever niet aan beginnen. Je geeft zo iemand hoop en je steekt er enorm veel energie in, want juist deze mensen vreten energie en het resultaat leidt nergens naar."* (Kliniek.)
51. *"Iedereen die disfunctioneert wat betreft werk en thuissituatie vind ik dat ongeacht leeftijd, aard, gevoelens, status, stand en voorgeschiedenis behandeld moet kunnen worden. Criterium is de eigen wilsbeschikking om er iets aan te doen."* (Kliniek.)
52. *"Als mensen voor onderdak komen, dat willen we niet. Dat blijkt uit de verwijzing, maar soms merken we het pas bij de opname."* (Detox.)
53. *"Als ik de indruk krijg dat mensen weinig gemotiveerd zijn. Als ze gestuurd worden. Druk van buitenaf. Dan probeer ik uit of het echt zinnig is of niet."* (Detox.)
54. *"Oneigenlijke motivatie. Mensen die te graag willen moet je zorgvuldig bekijken. Vaak is het financieel of huisvesting of zoiets, dan is dat de bedoeling. Oneigenlijke hulpvragen zoals onderdak neem je niet op."* (Kliniek.)

4.4. Samenvatting en conclusies

Aan toelating tot het aanbod van de hulpverlening zijn voorwaarden verbonden die ook wel intakecriteria genoemd worden. In dit hoofdstuk zijn de intakecriteria voor drie behandelprogramma's, een ambulant en klinisch programma en een programma bedoeld voor crisisinterventie, aan een nader onderzoek onderworpen. Dit is gebeurd via een kwalitatieve analyse van interviews met hulpverleners over hun intakecriteria. Deze kunnen worden opgevat als de intakecriteria zoals bedoeld, de intakecriteria zoals ze feitelijk toegepast worden in de navolgende hoofdstukken besproken. Via deze intakecriteria tekenen zich verschillen af tussen de 3 programma's, waarbij elk programma op een specifieke doelgroep uitkomt.

Naar alcoholproblematiek bezien is een belangrijk criterium om in het alcoholhulpverleningscircuit te worden opgenomen het niet zelfstandig in de hand kunnen houden van de alcoholconsumptie. Dit uit zich onder andere in het niet zelfstandig kunnen stoppen. Wanneer de indruk bestaat dat eventueel ambulant gestopt kan worden, dan is dat een reden voor CAD-begeleiding. Wanneer ambulant stoppen echter niet mogelijk is (gebleken), dan is klinische hulpverlening geïndiceerd. Hoge alcoholconsumptie en een sterke lichamelijke afhankelijkheid (gekoppeld aan verwachte onthoudingsverschijnselen) wordt door intakekers als een indicatie voor de Detox gezien, terwijl een sterk psychologische afhankelijkheid beoordeeld wordt als een indicatie voor de Kliniek.

De lichamelijke gezondheidstoestand wordt in zoverre als intake-criterium gehanteerd, dat bij een (zeer) slechte algemene toestand doorverwezen wordt naar een algemeen ziekenhuis, zulks na beoordeling door een arts. Veel meer op de voorgrond staat echter de psychische gezondheidstoestand van de cliënt. Algemeen wordt een slechte psychische toestand van de cliënt in de zin van actuele psychopathologie gezien als een contra-indicatie voor behandeling in het alcoholhulpverleningscircuit. Daarvoor wordt aangehaald dat deze cliënten niet zouden openstaan voor de toegepaste behandelmethode en in de tweede plaats dat zich situaties zouden kunnen voordoen waar de programma's niet op ingesteld zijn. Voor dit laatste is men met name bevreesd omdat de klinische programma's (Detox, Kliniek) in principe geneesmiddelenvrij zijn, dat wil zeggen dat eventueel gebruik van psycho-farmaca gestopt moet worden. Opvallend is echter dat los van de beoordeling van de actuele psychische toestand eerdere hulpverleningscontacten in de psychiatrie voor sommige hulpverleners op zich al een contra-indicatie kunnen vormen. Daarmee dreigt een specifieke en niet onaanzienlijke doelgroep, probleemdrinkers met (vroegere) psychopathologie, uit de boot te vallen.

Mogelijke ondersteuning vanuit het sociaal netwerk wordt over het algemeen als een belangrijke voorwaarde voor een succesvol CAD-contact gezien. Betreffende eerdere hulpverleningscontacten komt naar voren dat bij een eerste aanmelding in het alcoholhulpverleningscircuit in het algemeen een CAD-contact geïndiceerd is.

Met de alcoholproblematiek vormen doel met en verwachtingen van de hulpverlening tenslotte de belangrijkste intakecriteria. CAD en Detox zijn de programma's met de laagste drempel. Intakers van het CAD wijzen op de consultatie-functie en intakekers van de Detox op de ontgiftings-functie van hun programma. Motivatie hoeft niet altijd op de voorgrond te staan. Anders is dit het geval bij de Kliniek, waar een serieuze bereidheid om te stoppen met drinken vereist wordt en tevens een bereidheid om verandering te brengen in de eigen situatie.

De intakecriteria wijzen in de richting van specifieke doelgroepen voor elk van de programma's. Daarbij moet evenwel gesteld worden dat niet alle intakecriteria even duidelijk en scherp geformuleerd zijn. In het volgende hoofdstuk zal verder blijken in hoeverre deze intakecriteria zoals bedoeld ook in praktijksituaties daadwerkelijk toegepast worden.

HOOFDSTUK 5

AFSTEMMING TUSSEN DE VRAAG NAAR EN HET AANBOD VAN HULPVERLENING: INTAKEGESPREK, INTAKEBESLISSING EN INTAKEUITKOMST

5.1. Inleiding

De afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening vindt, behalve bij aanmelding, uiteindelijk plaats tijdens de intake: een gesprek (of een serie gesprekken) tussen cliënt en hulpverlener waarbij de problematiek ter sprake komt en op basis waarvan een beslissing over hulpverlening wordt genomen, de intakebeslissing. Dit proces wordt in de literatuur ook wel matching genoemd, het heeft tot doel te komen tot optimale combinaties van probleemdrinkers en behandelprogramma's om daarmee de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening te verhogen.

Matching van alcoholproblematiek en hulpverlening gebeurt via intakecriteria, de toelatingsvoorwaarden voor behandeling. Deze zijn gebaseerd op de kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening: sociaal-demografische kenmerken, alcoholproblematiek, ander middelengebruik en andere kenmerken. In het voorgaande hoofdstuk zijn de intakecriteria onderzocht zoals bedoeld door hulpverleners. In dit hoofdstuk worden kenmerken van probleemdrinkers gerelateerd aan de intakebeslissing bij 3 behandelprogramma's. Op deze wijze kan worden nagegaan welke intakecriteria feitelijk worden toegepast.

Op de intakebeslissing volgt de intakeuitkomst, de uiteindelijke realisatie van de intakebeslissing: al dan niet hulpverlening bij één van de behandelprogramma's. Deze kan in zoverre afwijken van de intakebeslissing dat òf de staf van het behandelprogramma tot een andere beslissing komt dan de hulpverlener in kwestie òf de cliënt het aanbod van hulpverlening niet accepteert. In dit laatste geval is sprake van dropout. Op basis van de intakeuitkomst kan tevens een beeld worden opgemaakt van de cliëntenstromen in de intakefase van aanmelding tot behandeling.

Voorafgaand aan de analyse van de intakebeslissing en intakeuitkomst vindt een bespreking plaats van het verloop van het intakegesprek.

5.2. Intakegesprek

In 8 van de 146 gevallen heeft geen intakegesprek plaatsgevonden tussen cliënt en hulpverlener. In verband met de intoxicatietoestand was een gesprek niet mogelijk en is de cliënt direct opgenomen: 5 maal bij de Kliniek (die over een beperkte eigen ontgiftingsafdeling beschikt) en 3 maal bij de Detox. Bij de opnames in de Kliniek ging het in alle gevallen om cliënten die al eerder daar opgenomen zijn geweest en bij wie de opname na telefonisch overleg tot stand gekomen is.

In de overige 138 gevallen heeft wel een intakegesprek plaats gevonden. Bij de

Detox en Kliniek duurde dat gemiddeld tussen een half uur en 3 kwartier, bij het CAD wat langer: tussen de 3 kwartier en een uur. Opmerkelijk is dat bij een afdeling met een relatief hoge drempel als de Kliniek de intake juist korter duurt dan bij een laagdrempelige afdeling als het CAD.

Tabel 5.1. Tijd tussen aanmelding en intakegesprek naar afdeling (cumulatief %)

Tijd tussen aanmelding en intakegesprek	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
geen intake	-	7.3	11.9	5.5
0 dag	17.5	39.0	45.2	31.5
1 dag	27.0	39.0	71.4	54.1
2-3 dagen	54.0	85.4	76.2	69.2
4-7 dagen	92.1	95.1	85.7	91.1
8-14 dagen	95.2	97.6	97.6	96.7
> 14 dagen	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

Het intakegesprek vond overigens niet altijd op de dag van aanmelding plaats, dit is slechts in ruim een kwart van de intakes het geval (tabel 5.1.). Ruim de helft vindt binnen een dag plaats en ruim 90 procent binnen een week. Eén op de 10 cliënten moet dus langer dan een week op een intake wachten, hetgeen toch als te lang moet worden beschouwd. Cliënten bij het CAD moeten vaak enkele dagen op een intake wachten ('gesloten deur'-principe, de intake vindt op afspraak plaats), maar meestal nooit langer dan een week. Wanneer incidentele 'uitbijters' van langer dan 2 weken eruit worden gelaten, dan blijkt dat de gemiddelde wachttijd bij de Detox tussen de 1 en 2 dagen ligt, die voor de Kliniek tussen 2 en 3 dagen en die voor het CAD op iets meer dan 3 dagen.

Van de cliënten die niet op de dag van aanmelding een intake krijgen, vindt 67 procent dat niet bezwaarlijk, 16 procent enigszins en 13 procent dat zeer bezwaarlijk. Er is een zwak verband tussen het aantal dagen wachttijd en de mate van bezwaar (Kendall's tau B 0.19, $p < 0.05$).

In het interview met de hulpverlener is gevraagd welke onderwerpen aan de orde zijn geweest in het intakegesprek. Bijna alle in dit onderzoek onderscheiden onderwerpen komen in de grote meerderheid van gesprekken aan de orde (tabel 5.2.). Met name geldt dit voor de onderwerpen sociaal-demografische kenmerken, alcoholproblematiek en doel en verwachtingen, die in meer dan 90 procent van de intakes ter

sprake komen. Relatief minder aandacht is er voor het sociaal netwerk en de verwijzing (minder dan 70 procent van de intakes). Over het geheel genomen komen in de intakes bij het CAD de meeste onderwerpen aan de orde, gevolgd door de Detox en daarna de Kliniek.

Tabel 5.2. Onderwerpen in intakegesprek naar afdeling (%)

Onderwerp	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
sociaal-demografische kenmerken ¹	98.4	97.2	86.5	94.8
alcoholproblematiek ³	96.8	97.2	94.6	96.3
ander middelengebruik ²	93.7	88.9	70.3	86.0
lichamelijke gezondheidstoestand ¹	92.1	86.1	72.2	85.2
psychische gezondheidstoestand ³	87.3	80.6	75.7	82.4
sociaal netwerk ³	76.2	71.4	62.2	71.1
eerdere hulpverleningscontacten ³	95.2	91.2	83.3	91.0
verwijzing ³	81.0	82.9	74.3	79.7
doel en verwachtingen ³	95.2	88.9	83.8	90.4
N	(63)	(41)	(42)	(146)

¹*p*: < 0.05

²*p*: < 0.005

³*p*: n.s.

Over het algemeen zijn cliënten tevreden over het contact met de intaker: ruim 90 procent bevestigt dit. De intakers daarentegen zijn minder snel tevreden, lijkt het: zo'n 55 procent van de intakegesprekken wordt als 'goed' beoordeeld en nog eens 39 procent als 'redelijk'.

5.3. Intakebeslissing

De climax in de intakefase is de uiteindelijke intakebeslissing, de beslissing tot behandeling, doorverwijzing of terugverwijzing van de cliënt.

In de eerste plaats is nagegaan door wie de beslissing wordt genomen. De procedures voor intakebeslissingen verschillen wat dat betreft per afdeling. Bij de Detox wordt de intakebeslissing in principe reeds bij telefonische aanmelding genomen

door een stafmedewerker. Het intakegesprek heeft vooral de functie van controle van de telefonische aanmelding. Hulpverleners bij het CAD en de Kliniek kunnen zelfstandig intakebeslissingen nemen of een voorstel voorleggen aan het stafoverleg.

Bij het CAD blijkt de hulpverlener in een aantal gevallen zelf te beslissen over behandeling (28 procent), bij de Kliniek is dat zelfs in de helft van de gevallen (50 procent). In de overige gevallen vindt overleg met (leden van) de staf plaats over de intakebeslissing.

De uitkomst van de intakebeslissing bij de Detox is in alle gevallen in behandeling. Dit strookt met het opnamebeleid van de Detox, waarbij zonder noemenswaardige restricties opname mogelijk is wanneer sprake is van een intoxicatietoestand bij duidelijke alcoholproblematiek. Zoals eerder gesteld vindt die afweging reeds plaats bij telefonische aanmelding (table 5.3.).

Bij de 2 andere afdelingen, CAD en Kliniek, wordt bij ongeveer tweederde van de intakes beslist tot behandeling (64 respectievelijk 69 procent). In de overige gevallen wordt intern doorverwezen naar een andere afdeling van het Jellinek Centrum (24 respectievelijk 31 procent). Alleen bij het CAD worden cliënten doorverwezen buiten het Jellinek Centrum of terugverwezen.

Tabel 5.3. Intakebeslissing naar afdeling (% (absolute aantallen))

Intakebeslissing	CAD	Afdeling Detox	Kliniek	Totaal Centrum
in behandeling	63.5	100.0	69.0	75.3
interne verwijzing	23.8 ¹	-	31.0 ²	19.2
terugverwijzing	7.9	-	-	3.4
nog geen beslissing	4.8	-	-	2.1
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(63)	(41)	(42)	(146)

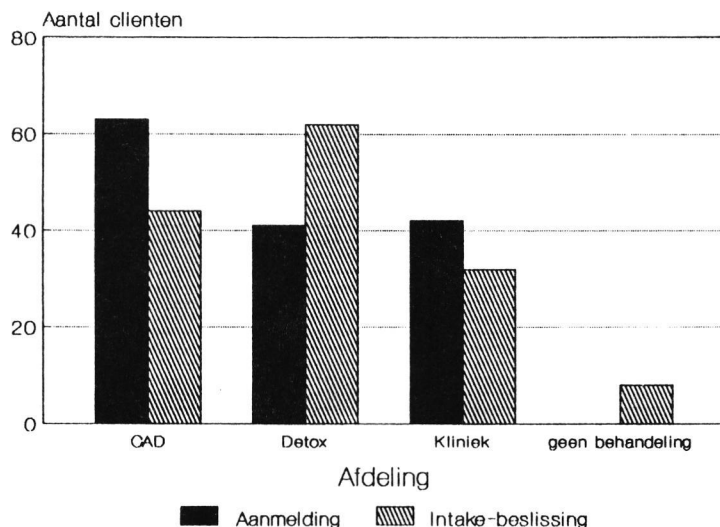
¹Naar Detox: 11, naar Kliniek: 2, naar andere afdeling: 2

²Naar CAD: 2, naar Detox: 10, binnen Kliniek: 1

Opvallend is dat over het gehele Centrum genomen nog geen 4 procent van de cliënten worden terugverwezen. Wanneer doorverwijzing buiten het centrum bij terugverwijzing getrokken wordt, dan blijkt dat nog geen 4 procent van de cliënten wordt terugverwezen. In principe wordt de hulpvraag dus in bijna alle gevallen ontvanke-lijk verklaard.

Wanneer de intakebeslissing uitgevoerd zou worden, dan ziet de verdeling van cliënten over de afdelingen er uit als in figuur 5.4. Interne doorverwijzing vindt met name plaats van het CAD en de Kliniek naar de Detox en voor het overige tussen CAD en Kliniek en vice versa. Op de redenen voor interne doorverwijzing zal in de navolgende paragraaf nader worden ingegaan.

Figuur 5.4. Cliëntenstromen in intakefase, status na intakebeslissing



5.4. Factoren van invloed op de intakebeslissing

Bij factoren van invloed op de intakebeslissing moet in de eerste plaats gedacht worden aan de relatie tussen intakecriteria zoals bedoeld (besproken in het voorgaande hoofdstuk) en de intakebeslissing. Dit is een indicatie van de betekenis die hulpverleners zelf aan de intakecriteria hechten bij de intakebeslissing. Een sterke relatie tussen een intakecriterium en de intakebeslissing wijst op het belang van het betreffende criterium, terwijl een zwakke relatie duidt op een nevenschikkende betekenis van het criterium (absolute danwel relatieve (contra)indicatie).

In de tweede plaats kan de relatie tussen cliëntkenmerken en de intakebeslissing geëvalueerd worden. Daaruit wordt duidelijk welke selectie van cliënten eigenlijk heeft plaatsgevonden bij de intakebeslissing. De cliëntkenmerken gerelateerd aan de

intakebeslissing kunnen beschouwd worden als de feitelijke intakecriteria.

Met betrekking tot de relatie van (bedoelde) intakecriteria tot de intakebeslissing is gekeken in hoeverre de intakecriteria vóórkomen in de motivering van de intakebeslissing. Aan de hulpverleners is daarom gevraagd hun intakebeslissing toe te lichten op basis van kenmerken van de cliënt. Daarvoor is de indeling van kenmerken genomen die ook in hoofdstuk 4 is gebruikt. De antwoorden zijn zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd.

Uit een kwantitatieve analyse blijkt dat alcoholproblematiek en doel en verwachtingen het meest genoemd worden als intakecriterium, zoals ook verwacht mocht worden. Belangrijke criteria die daarnaast in overweging worden genomen zijn eerdere hulpverlening en situatie in het sociaal netwerk (tabel 5.5.).

Tabel 5.5. Intakecriteria als (contra)indicatie genoemd naar intakebeslissing (%)

Intake- beslissing	Soc. dem.	Alc. probl.	Ander midd.	Lich. gez.	Psych. gez.	Soc. netw.	Eerdere hulp	Ver-Doel en wijz. verw.	
indicatie	6.8	79.5	10.3	18.5	11.6	21.1	24.7	0.5	28.1
contraïnd.	2.7	13.7	2.7	3.4	13.7	11.0	11.0	5.5	31.5
niet genoemd	87.0	2.3	83.6	74.7	71.2	64.4	61.0	90.4	37.0
geen antwoord	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(146)	(146)	(146)	(146)	(146)	(146)	(146)	(146)	(146)

Enigszins anders ziet de volgorde eruit wanneer in beschouwing wordt genomen het noemen als contraïndicatie. Als veruit belangrijkste contraïndicatie wordt gezien doel en verwachtingen van de cliënt. Daarna worden in ongeveer gelijke mate genoemd de alcoholproblematiek, de psychische gezondheidstoestand, het sociaal netwerk en eerdere hulpverleningscontacten. Het noemen als contraïndicatie hoefde overigens niet te betekenen dat de cliënt niet in behandeling zou worden genomen.

Om een indicatie te verkrijgen van de importantie van de genoemde intakecriteria is nagegaan hoe de verschillende intakecriteria samenhangen met de uiteindelijke intakebeslissing. Daartoe is de Kendall tau B berekend voor de relatie tussen het noemen van een intakecriterium als indicatie of contraïndicatie en de uiteindelijke intakebeslissing (voor die gevallen waarbij het als criterium genoemd is, tabel 5.6.). Een hoge waarde van de Kendall's tau B betekent dat wanneer een criterium als (contra)indicatie genoemd wordt, dit in hoge mate gerelateerd is aan de intakebeslissing behandeling.

Alle intakecriteria met uitzondering van het criterium verwijzing blijken van invloed op de intakebeslissing. De sterkste relatie (en dus de grootste invloed) is er wat dat betreft voor de criteria lichamelijke en psychische gezondheidstoestand en sociaal netwerk. Deze criteria zijn dus zeer bepalend voor de uiteindelijke intakebeslissing. Voor de overige intakecriteria zijn de correlaten lager, hetgeen impliceert dat de (contra)indicaties eerder relatief (bijdragend) dan absoluut (doorslaggevend) gezien moeten worden. Overigens moet opgemerkt worden dat sommige intakecriteria die een sterke relatie met de intakebeslissing vertonen maar in een relatief gering aantal intakes een rol speelt (zoals bijvoorbeeld lichamelijke en psychische gezondheidstoestand en sociaal netwerk).

Tabel 5.6. Samenhang tussen noemen intakecriterium als pro- of contraindicatie en intakebeslissing (Kendall's tau B)

	Soc-dem.	Alc. probl.	Ander midd.	Lich. gez.	Psych. gez.	Soc. netw.	Eerdere hulpv.	Ver-wijz.	Doel en verw.
Kendall's tau	0.44 ¹	0.36 ²	0.61 ³	0.75 ²	0.76 ²	0.72 ²	0.50 ²	- ⁴	0.40 ²
N	(14)	(136)	(19)	(32)	(37)	(47)	(52)	(9)	(87)

¹ $p < 0.1$

² $p < 0.001$

³ $p < 0.005$

⁴n.s.

De relatie tussen bedoelde en feitelijke intakecriteria en de intakebeslissing wordt besproken in de navolgende paragrafen. De analyse is alleen gedaan voor het CAD en de Kliniek, daar de intakebeslissing bij de Detox in principe in alle gevallen dezelfde is (in behandeling).

5.4.1. Sociaal-demografische kenmerken

Sociaal-demografische kenmerken worden relatief weinig frequent als intakecriterium opgevoerd: in nog geen 7 procent van de intakes wordt het als een indicatie of contraindicatie genoemd. Wanneer sociaal-demografische kenmerken genoemd worden, dan gaat het met name om de leeftijd van de cliënt (1, 2) of de leefsituatie waarin de cliënt zich bevindt (4-7). Wat leeftijd betreft is er de overweging of de cliënt

niet te jong is voor behandeling door een afdeling (2, 3). Opname op een klinische afdeling wordt verder wel gebruikt om een cliënt uit een leefsituatie te halen met als doel in de situatie verandering te brengen (4, 5). Daarnaast wordt de leefsituatie in sommige gevallen gebruikt om een prognose te stellen voor behandeling (7). In één geval draagt een sociaal-demografisch kenmerk bij in de beslissing om een cliënt door te verwijzen naar de Detox (6).

1. *"Ze heeft de leeftijd ervoor. Niet te oud of te jong." (Vrouw, 37 jaar, Detox, indicatie.)*
2. *"Zijn leeftijd. Omdat onder jongeren behoorlijk wordt gezopen. Dat kan ook weer een gewoonte zijn, onderdeel van een subcultuur. In hoeverre moet je dat nu problematiseren." (Man, 19 jaar, CAD, contraindicatie.)*
3. *"Of ze zou passen in de groep. Ze is vrij jong. De groepsleden waren toen vrouwen met een gezin, weinig alleenstaanden. Of ze zich alleen zou voelen, geen contact zou kunnen krijgen, omdat ze gestudeerd had." (Vrouw, 27 jaar, Kliniek, contraindicatie.)*
4. *"Een man die in deze structuur past, wat hij aankan, wat hij nodig heeft. (...) Sociale omstandigheden op een rijtje zetten, een tijdje weg uit de ellende." (Man, 38 jaar, Kliniek, contraindicatie.)*
5. *"Op een heel gestructureerde manier praktische dingen regelen. Praktische dingen betekenen financiën, huisvesting, papieren etc." (Man, 55 jaar, Kliniek, indicatie.)*
6. *"Geen huisvesting." (Man, 36 jaar, Kliniek, contraindicatie.)*
7. *"Iemand die nog wel werk heeft, dus volgens mij geschikt voor ambulante behandeling." (Vrouw, 34 jaar, CAD, indicatie.)*

De betekenis van sociaal-demografische kenmerken als intakecriterium is gering, hetgeen ook blijkt wanneer sociaaldemografische kenmerken direct in verband gebracht worden met de intakebeslissing: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en dagbesteding correleren niet significant met de intakebeslissing, noch bij het CAD, noch bij de Kliniek.

5.4.2. Alcoholproblematiek

De alcoholproblematiek is uiteraard het meest genoemd als intakecriterium (93 procent van de intakes). Hoewel aangenomen mag worden dat de alcoholproblematiek centraal staat in de intakebeslissing is de correlatie tussen het aangeven als (contra)indicatie en de intakebeslissing één van de laagste (Kendall's tau B 0.36, $p < 0.001$). Daaruit mag blijken dat andere intakecriteria zwaar meewegen naast het criterium alcoholproblematiek.

In de grote meerderheid van de gevallen is de alcoholproblematiek een indicatie voor behandeling. Bij de Detox is de doelstelling ontwennen uiteraard een belangrijke factor onder de intakecriteria. Wanneer de noodzaak van een (lichamelijke) ontwenning bestaat, dan is een Detoxopname geïndiceerd (8-10).

In 13 van de 33 verwijzingen speelt het criterium alcoholproblematiek een rol. Voor het CAD is een belangrijk criterium of de cliënt in staat is ambulant te ontwennen. Wanneer òf het drinkgedrag òf de sociale situatie daar vraagtekens bij zetten, dan wordt over het algemeen doorverwezen (11-13). Een opname in de Kliniek is geïndiceerd wanneer er een vergaande mate van afhankelijkheid bestaat en/of de sociale situatie in belangrijke mate ontwricht is (9).

8. "Afkicken. Beantwoordt aan de doelstelling van onze afdeling (Man, 51 jaar, Detox, indicatie.)
9. "Ernst van zijn drankprobleem, waardoor hij psychisch in de moeilijkheden is gekomen. (...) Maatschappelijk gezien toenemende chaos, geen onderdak. Iemand die langzaam in de goot raakt." (Man, 50 jaar, Kliniek, indicatie.)
10. "Alcoholprobleem, het niet kunnen doorbreken van de cirkel." (Man, 20 jaar, Detox, indicatie.)
11. "Het CAD zou niet in staat zijn de cirkel te doorbreken. Als er niets anders aan de hand was dan de roep ik kan niet stoppen en je had gunstige sociale omstandigheden en steun uit de buitenwereld ontvangen, dan was hij niet op de Detox terecht gekomen." (Man, 39 jaar, CAD, contraïndicatie.)
12. "Ze is iemand die flink aan de grond zit, sociaal en psychisch. Dat is zo hardnekkig, dat kun je niet ambulant beïnvloeden. Er is zoveel verleiding in de thuissituatie (...) Het alcoholgebruik, dat zou op zich nog wel kunnen. Maar het destructieve is aanleiding om haar naar de Kliniek te sturen." (Vrouw, 29 jaar, CAD, contraïndicatie.)
13. "Zijn destructieve drinken, het feit dat hij deze ambulante behandeling niet haalt." (Man, 37 jaar, CAD, contraïndicatie.)

De beoordeling van de alcoholproblematiek door de hulpverlener (gescoord op een 5-puntsschaal van geheel niet ernstig tot zeer ernstig) is vergeleken met de beoordeling door de cliënt en met de in paragraaf 3.2.2. (pagina 52 e.v.) beschreven objectieve maten voor alcoholproblematiek. Daarbij bleek maar een matige overeenstemming in beoordeling tussen hulpverlener en cliënt (Kendall's tau B 0.17, $p < 0.05$). Belangrijker is dat de subjectieve beoordeling door de hulpverlener nauwelijks samenhangt met de alcoholconsumptie- en probleemindex (Kendall's tau B n.s. respectievelijk 0.11, $p < 0.1$). Wat dat laatste betreft lijken cliënten hun eigen problematiek beter te kunnen beoordelen (relatie tussen subjectieve beoordeling door cliënt, alcoholconsumptie en probleemindex: Kendall's tau B 0.12, $p < 0.1$, respectievelijk 0.30, $p < 0.001$). Bij de beoordeling van de alcoholproblematiek door de hulpverlener lijken andere factoren dan alcoholconsumptie en problemen ten gevolge van alcoholgebruik in belangrijke mate mee te wegen.

Een analyse van de relatie tussen indicatoren van alcoholproblematiek en de intakebeslissing leert overigens dat niet de alcoholconsumptie- of probleemindex, maar de duur van de alcoholproblematiek van invloed is op de beslissing tot verwijzing (tabel 5.7.). Reeds eerder is geconcludeerd dat de duur van de alcoholpro-

blematiek in dit onderzoek mogelijk een betere indicator is voor de ernst van de alcoholproblematiek dan de alcoholconsumptie- of probleemindex. Duidelijk is in ieder geval dat bij het CAD met name probleemdrinkers met een langdurige alcoholproblematiek een grotere kans hebben om verwezen te worden (met name naar de Detox). Voor probleemdrinkers met een alcoholproblematiek langer dan 10 jaar is de kans om doorverwezen te worden ruim 3 maal zo groot als voor probleemdrinkers met een alcoholproblematiek korter dan 10 jaar.

Tabel 5.7. Duur van de alcoholproblematiek naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Duur alcohol- problematiek	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.beh.	Totaal	N	beh.	g.beh.	Totaal	N
<2 jaar	64.7	35.3	100.0	(17)	80.0	20.0	100.0	(5)
3-5 jaar	90.0	10.0	100.0	(10)	33.3	66.7	100.0	(9)
6-10 jaar	75.0	25.0	100.0	(12)	100.0	-	100.0	(8)
>10 jaar	45.8	54.2	100.0	(24)	70.0	30.0	100.0	(20)

¹*p* < 0.1, odds ratio 3.43 (1.41-8.36, <10 jaar versus >10 jaar)

²*p* < 0.05, odds ratio n.s.

5.4.3. Ander middelengebruik

Al eerder is er op gewezen dat bij een aanzienlijk deel van de cliënten (21 procent van de mannen en 28 procent van de vrouwen) sprake is van een bijkomende verslaving aan slaap- of kalmerende middelen (paragraaf 3.2.3., pagina 66). Aandacht voor dit punt bij de intakebeslissing mag dus verwacht worden.

In 13 procent van de intakes wordt ander middelengebruik als een criterium genoemd, in de meeste gevallen als een indicatie voor behandeling. De correlatie tussen het noemen van dit criterium en de intakebeslissing is vrij hoog (Kendall's tau B 0.61, *p* < 0.001), hetgeen het belang aangeeft van dit criterium bij de intakebeslissing. Alleen wanneer forse lichamelijke ontwenningsverschijnselen verwacht worden, wordt ander middelengebruik als een contraindicatie gezien. Dit is uitsluitend het geval bij het CAD, waarbij doorverwijzing naar de Detox plaats vindt (14-16). Dit wordt bevestigd door de bevinding dat alleen bij het CAD een directe correlatie gevonden is tussen het dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen en de intakebeslissing. Probleemdrinkers met ander middelengebruik hebben een 4 maal grotere kans om doorverwezen te worden door het CAD (tabel 5.8.). Wanneer de

lichamelijke afhankelijkheid niet zo groot ingeschat wordt, dan kan behandeling van bijkomend middelengebruik echter ook ambulant plaats vinden (17).

14. "Gebruik van alcohol en mogelijk in combinatie met medicijnen. (...) Op dat moment was het heel belangrijk om hem op te nemen. De Detox als eerste opname vind ik uitermate geschikt daarvoor." (Man, 38 jaar, CAD, contraindicatie.)
15. "Geculmineerd gebruik van alcohol en medicijnen." (Man, 31 jaar, CAD, contraindicatie.)
16. "De medicijnen in combinatie met de alcohol. De medicijnverslaving alleen is niet zo ernstig, de combinatie wél." (Vrouw, 42 jaar, CAD, contraindicatie.)
17. "Alcohol- plus cocaïneafhankelijkheid, achterliggende problematiek. Omdat hij uiteindelijk toch in zijn oude situatie terugkeert geen indicatie voor klinische opname." (Man, 31 jaar, CAD, indicatie.)

Tabel 5.8. Ander middelengebruik naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Ander midd. gebruik	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.beh.	Totaal	N	beh.	g.beh.	Totaal	N
ja	38.5	61.5	100.0	(13)	70.0	30.0	100.0	(10)
nee	70.0	30.0	100.0	(50)	68.8	31.3	100.0	(32)

¹p < 0.1, odds ratio 0.27 (0.10-0.75)

²ns

5.4.4. Gezondheidstoestand

De gezondheidstoestand van cliënten is door hulpverleners niet altijd goed te beoordelen. In twijfelgevallen bestaat de mogelijkheid een algemeen arts of psychiater te consulteren. Om inzicht te krijgen hoe hulpverleners de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen is om een subjectieve beoordeling gevraagd van de psychische en lichamelijke gezondheid van de cliënt. Daarbij is een vergelijking gemaakt met de subjectieve beoordeling door de cliënt zelf (niet uitgesplitst naar lichamelijke en psychische gezondheid) en meer objectieve graadmeters voor de gezondheid: de VOEG-score en eerdere opnames in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis.

Een zwak verband is er tussen de subjectieve beoordeling door de cliënt en die

door de hulpverlener (Kendall's tau B 0.16, $p < 0.05$), zowel voor de beoordeling van de lichamelijke als van de psychische gezondheidstoestand. Verder is er een verband aantoonbaar tussen de beoordeling van de psychische en lichamelijke gezondheidstoestand door de hulpverlener (Kendall's tau B 0.37, $p < 0.001$). De beoordeling van de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand gaat blijkbaar in hoge mate gelijk op, hetgeen de vraag opwerpt in welke mate hulpverleners dit niet als twee aspecten van een gezamenlijk beoordeelde algemene gezondheidstoestand van de cliënt zien.

Eerdere opnames in een algemeen ziekenhuis blijken niet samen te hangen met de beoordeling van de gezondheidstoestand door cliënt en hulpverlener. Dat geldt wel voor eerdere opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, welke significant gerelateerd zijn aan de beoordeling van de psychische gezondheidstoestand door zowel cliënt als hulpverlener (Kendall's tau B 0.26, $p < 0.001$ respectievelijk 0.23, $p < 0.005$). Hierdoor wordt bevestigd hetgeen ook door hulpverleners in de interviews naar voren is gebracht, namelijk dat de huidige psychische toestand van de cliënt in verband gebracht wordt met eerdere opnames in de psychiatrie (paragraaf 4.3.4., pagina 98).

De gezondheidstoestand van de cliënt is een belangrijk intakecriterium. Hoewel de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand in een naar verhouding gering aantal gevallen als intakecriterium worden genoemd (22 respectievelijk 25 procent), is de correlatie met de intakebeslissing de hoogste van alle intakecriteria (Kendall's tau B 0.75 respectievelijk 0.76, $p < 0.001$). In 19 van de 33 verwijzingen weegt de beoordeling van de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand mee en ook dit onderstreept het belang van dit intakecriterium.

Alcoholproblematiek, zeker in de mate dat hulpverlening noodzakelijk wordt, gaat in veel gevallen samen met problemen in de lichamelijke en psychische sfeer. Het is dan ook niet verwonderlijk dat problemen in de lichamelijke en psychische toestand als indicaties voor behandeling worden gezien (18-21). In deze citaten worden de psychische en lichamelijke toestand vooral gezien als indicaties voor de ernst van de alcoholproblematiek en benadrukken ze de noodzaak voor behandeling.

18. *"Als ik hier de lijst met klachten zie, dan zie ik daarbij dat zijn lever niet in orde is. Als hij dus door blijft gaan met zijn stoffes, dan wordt die lever steeds slechter. Dat is al een reden. En andere klachten zoals die maagtintelingen en evenwichtsstoornissen."* (Man, 29 jaar, CAD, contra-indicatie.)
19. *"Ze zag er opgeblazen uit, slechte voedingstoestand. Ze barstte van de haematomen."* (Vrouw, 40 jaar, Detox, indicatie.)
20. *"Ernst van zijn drankprobleem, waardoor hij psychisch in de moeilijkheden is gekomen. In hoeverre die man beschadigd is, dat weet ik niet. Maar hij is vreselijk in de war. Maatschappelijk gezien toenemende chaos, geen onderdak, iemand die langzaam in de goot raakt."* (Man, 50 jaar, Kliniek, indicatie.)
21. *"Zijn lichamelijke en geestelijke situatie. Hij was de structuur van zijn leven kwijt. De cirkel moest doorbroken worden. Hij was er niet zo best*

aan toe. Hij was doorgedraaid." (Man, 38 jaar, Kliniek, indicatie.)

Wanneer de psychische en lichamelijke toestand als contraindicatie opgevoerd worden (dit is uitsluitend het geval bij het CAD en de Kliniek), dan is dat omdat de betreffende afdeling niet op de aangeboden problematiek ingesteld is. Een slechte lichamelijke toestand die gepaard gaat met ernstige lichamelijke afhankelijkheid is voor het CAD een belangrijke reden tot doorverwijzing naar de Detox (22, 23). Wat de psychische toestand betreft gaat het om (vermoedde) onderliggende psychiatrische problematiek, waar CAD en ook de Kliniek niet op ingesteld zijn (23-25). Hier is een duidelijke leemte in het hulpverleningsaanbod. CAD en Kliniek zien psychiatrische problematiek als een (absolute) contraindicatie, in zulke gevallen rest alleen de mogelijkheid van een korte Detox-opname gevolgd door een eventuele psychiatrische behandeling.

22. *"Lichamelijk zeer slechte conditie. (...) Je hoeft maar een leek te zijn om te zien dat er een behoorlijk wrak voor je stond. Onthoudingsverschijnselen, heel versuft, verward. Verlamd gevoel in armen en benen. Ze valt af en toe neer op straat. Leverklachten, ze heeft suiker." (Vrouw, 24 jaar, CAD, contraindicatie, doorverwezen.)*
23. *"Ambulant al 3 maal geprobeerd zonder resultaat. Situatie is verslechterd sindsdien, ambulante ontwenning niet mogelijk. Sociale, lichamelijke en psychische toestand is zeer slecht, te zwak dus voor ambulante behandeling." (Man, 35 jaar, CAD, contraindicatie, doorverwezen.)*
24. *"Dat is de ingewikkeldheid van de problematiek, de psychiatrie die om de hoek komt kijken. Wij kennen op onze afdeling geen psychiatrische behandeling." (Man, 29 jaar, CAD, contraindicatie, doorverwezen.)*
25. *"Zijn destructieve drinken. (...) Mogelijk een ouder psychiatrisch toestandsbeeld wat bij hem om de hoek zou kunnen liggen, dat kan gaan ontstaan, maar dat er dus niet is op dit moment, latent aanwezig dus." (Man, 37 jaar, CAD, contraindicatie, doorverwezen.)*

5.4.5. Sociaal netwerk

De situatie in het sociaal netwerk wordt relatief vaak als intakecriterium genoemd, met name bij het CAD. Na gezondheidstoestand is dit het criterium met de hoogste correlatie met de intakebeslissing (Kendall's tau B 0.72, $p < 0.001$). Een criterium dat, hoewel minder vaak genoemd als alcoholproblematiek en doel en verwachtingen (51 procent van de intakes), als het genoemd wordt vrij beslissend is. In 13 van de 33 verwijzingen speelt dit criterium een rol.

Verschillende aspecten van het sociaal netwerk kunnen daarbij meewegen. Zo kan een indicatie voor behandeling zijn het sociale isolement van de cliënt, geïnterpreteerd als één van de bevorderende factoren ten aanzien van de alcoholproblematiek (26, 27). Tijdens de behandeling kan dan aan dit punt aandacht worden besteed. Een andere reden kan zijn om de cliënt juist uit een omgeving te halen, bijvoor-

beeld wanneer die omgeving conflictueus is (28, 29). Wanneer van de omgeving daarentegen een stimulerende invloed uitgaat, is dat een bevorderende factor die een ambulante behandeling realistisch maakt (30).

26. *"In eerste instantie eenzaamheidsklachten, isolement."* (Man, 52 jaar, CAD, indicatie.)
27. *"Haar alcoholverslaving, relatieproblemen. Financiële en huisvestingsproblemen. Geen kracht om daar zelf verandering in aan te brengen, geen sociale omgeving heeft kunnen opbouwen."* (vrouw, 27 jaar, Kliniek, indicatie.)
28. *"De familie hoopte dat het een lange opname zou zijn, de familie kon de situatie niet meer aan."* (Man, 72 jaar, Kliniek, indicatie.)
29. *"Beschermende omgeving. Tijdje weg uit de eigen situatie."* (man, 36 jaar, Kliniek, indicatie.)
30. *"Het gezin is bereid er wat in te stoppen. Het is een goed moment, er is hoop en verwachting, dat moet je uitbuiten. De draagkracht van het gezin is ook redelijk, financieel, relationeel."* (Man, 48 jaar, CAD, indicatie.)

Wanneer er onvoldoende steun in het sociaal netwerk bestaat, wordt een ambulante behandeling niet haalbaar geacht (31, 32). In dat geval wordt doorverwezen naar de Detox (met een eventuele vervolgbehandeling in de Kliniek). Een conflictueuze situatie in het sociaal netwerk of afwezigheid van een sociaal netwerk doet soms twijfelen aan de motivatie of het perspectief van een behandeling (33, 34).

31. *"Ambulant niet haalbaar. Haar lichamelijke en psychische toestand. Haar sociale situatie is niet ideaal, het risico dat het uit de hand loopt is te groot."* (Vrouw, 42 jaar, CAD, contraindicatie.)
32. *"Emotioneel uit balans zijn, gedurende korte tijd veel drinken en niet meer eten, zijn alleen wonen en geen contacten meer hebben in eigen omgeving en afwezigheid van het gevoel van zelfvertrouwen uit de impasse te komen. Allemaal redenen om hem elders op te nemen."* (Man, 31 jaar, CAD, contraindicatie.)
33. *"Toch wel duidelijk een crimineel gedrag waarvoor langdurige detentie in het buitenland. Nauwelijks sprake van resocialisatie na die detentie."* (Man, 36 jaar, Kliniek, contraindicatie.)
34. *"Ik vraag me af in hoeverre ze haar opname gebruikt om later een wapen te hebben thuis. En verder: haar familie bemoeit zich heel sterk hoe het met haar gaat. Die hebben een flinke vinger in de pap. Ze zou best gestuurd kunnen zijn."* (Vrouw, 34 jaar, Detox, indicatie.)

5.4.6. Eerdere hulpverleningscontacten

In ongeveer een derde van de gevallen (36 procent) worden eerdere hulpverleningscontacten genoemd als criterium voor de intakebeslissing. De samenhang met de intakebeslissing is redelijk hoog (Kendall's tau B 0.50, $p < 0.001$), hetgeen betekent dat het een niet onbelangrijk intakecriterium is. In 8 van de 33 verwijzingen heeft het meegespeeld in de beslissing (24 procent).

Voor het CAD is een belangrijke indicatie voor behandeling het gegeven dat nog geen eerdere hulpverlening voor alcoholproblematiek heeft plaatsgevonden (35). Contraindicaties zijn het mislukken van eerdere ambulante interventies of veelvuldige behandelingen waarbij het perspectief van ambulante behandeling gering wordt beoordeeld (36, 37).

35. *"Alcoholprobleem, nog niet eerder hulp en haar vergeefse pogingen het in haar eentje te doen."* (Vrouw, 32 jaar, CAD, indicatie.)

36. *"Ze is al 10 keer eerder op de Detox opgenomen geweest, 8 keer via de GG & GD. Het is een soort ritueel geworden. Die herhaling spreekt ertegen."* (Vrouw, 24 jaar, CAD, contraindicatie.)

37. *"Ambulant al 3 maal geprobeerd, zonder resultaat. Situatie verslechterd sindsdien. Ambulante ontwenning niet mogelijk. Sociale, lichamelijke en psychische situatie zijn zeer slecht. Te zwak dus voor ambulant."* (Man, 35 jaar, CAD, contraindicatie.)

Voor de Detox en Kliniek zijn belangrijk voor de indicatiestelling het verloop van eerdere opnames. Bepalend is daarbij of die eerdere opnames perspectief bieden voor een heropname (38, 39). Eerdere opnames in een psychiatrisch ziekenhuis worden als relatieve contraindicatie beschouwd, zoals eerder ook al gebleken is bij de bespreking van het criterium psychische gezondheidstoestand (40).

38. *"Ik heb hem hier op laten nemen om opnieuw de behandeling te kunnen starten."* (Man, 25 jaar, Kliniek, indicatie.)

39. *"Zijn afhankelijkheid, neiging tot hospitalisatie. Hij praat steeds over de 'afdeling', dat is kenmerkend."* (Man, 46 jaar, Kliniek, contraindicatie.)

40. *"Toch wel iemand die kort geleden vijf jaar psychiatrie heeft gehad en daar tegen advies is weggegaan en daarna nog twee somatische opnames heeft gehad. Dan denk ik, hij is hier wel op zijn plaats, maar gaat hij, als hij een tijdje droog is, gaat hij dan niet helemaal doordraaien, psychiatrisch worden."* (Man, 50 jaar, Kliniek, contraindicatie.)

Evenals duur van de alcoholproblematiek en ander middelengebruik is eerdere hulp voor het CAD een belangrijke factor in relatie tot verwijzing (tabel 5.9.). Probleemdrinkers met eerdere hulpverlening in een verslavingskliniek hebben een 6 maal grotere kans om afgewezen te worden door hulpverleners van het CAD. Bij de Kliniek is opmerkelijk dat probleemdrinkers zonder eerdere hulp een even grote kans maken om in behandeling te komen als zij met eerdere hulp. Men zou kunnen verwachten dat juist deze groep in eerste instantie verwezen zou worden naar het CAD.

Tabel 5.9. Eerdere hulpverleningscontacten naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Eerdere hulp- verlening	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.	beh.	Totaal N	beh.	g.	beh.	Totaal N
kliniek	30.8	69.2	100.0	(13)	65.5	34.5	100.0	(29)
alleen CAD	64.3	35.7	100.0	(14)	100.0	-	100.0	(3)
geen	75.0	25.0	100.0	(36)	70.0	30.0	100.0	(10)

¹*p* < 0.05, odds ratio 0.17 (0.06-0.50, kliniek versus alleen CAD/geen hulp
²*ns*

5.4.7. Verwijzing

Zoals in paragraaf 3.2.7. (pagina 72) reeds naar voren is gekomen, is bijna de helft van de cliënten naar het Jellinek Centrum verwezen (50 procent). In het algemeen proberen hulpverleners contact op te nemen met de verwijzers. Dit lukt echter maar in minder dan de helft van de gevallen (42 procent).

Over het algemeen wordt de verwijzing door de hulpverleners terecht gevonden, in slechts 10 gevallen (14 procent) is dit in mindere mate of niet het geval. Daarbij kunnen verschillende overwegingen een rol spelen: de verwijzing op zich kan als niet terecht worden beoordeeld of de hulpverlener is van mening dat verwijzing naar een andere afdeling had moeten plaatsvinden. Wanneer de verwijzing als niet terecht wordt beoordeeld, speelt twijfel over de motivatie een rol (41-43).

41. "Onder druk van echtgenoot opgenomen." (Vrouw, 33 jaar, Detox, contraindicatie.)

42. "Niet uit vrije wil gekomen." (Vrouw, 34 jaar, onder aandrang echtgenoot naar Detox, contraindicatie.)

43. "Ik vind zijn motivatie te zwak. Hij is gestuurd, noemt te weinig negatieve effecten van de alcohol." (Man, 38 jaar, door algemeen ziekenhuis verwezen naar CAD, contraindicatie.)

In andere gevallen zijn hulpverleners het niet geheel eens met de keuze van de afdeling door de verwijzer (44-46).

44. "Achteraf gezien had ze direct naar de Detox gekund." (Vrouw, 42 jaar, door psychiater verwezen naar CAD, contraindicatie.)

45. "Ze hadden haar beter direct naar de Vrouwenkliniek kunnen verwijzen." (Vrouw, 35 jaar, door bedrijfsarts verwezen naar CAD, contraindicatie.)

46. *"Liever op de Mannenkliniek gehad." (Man, 51 jaar, door CAD buiten Amsterdam verwezen naar Detox, contraindicatie.)*

De factor verwijzing is overigens van te verwaarlozen invloed op de intakebeslissing. Bij geen enkele van de 33 verwijzingen heeft dit criterium beslissend meegewogen.

5.4.8. Doel en verwachtingen

Doel en verwachtingen is een frequent genoemd intakecriterium (60 procent) dat in substantiële mate van invloed is op de intakebeslissing (Kendall's tau B 0.40, $p < 0.001$). In 16 van de 33 verwijzingen (48 procent) is dit intakecriterium van invloed.

Met betrekking tot doel en verwachtingen is een aantal vragen zowel aan cliënt als hulpverlener gericht. Immers, inzicht in overeenstemming of juist verschil in overeenstemming over doel en verwachtingen tussen cliënt en hulpverlener kan van belang zijn met betrekking tot de intakebeslissing en de eventueel daarop volgende behandeling.

Problemen waarop hulpverlening zich moet richten

Deze vraag is als een open vraag gesteld. Hulpverleners verwoordten vooral de psychologische afhankelijkheid als doel van de hulpverlening (47-50). Daarnaast worden ook symptomatisch drinken en problemen met de omgeving genoemd (51-53).

47. *"Centraal staat het probleem dat hij niet kon ophouden met drinken. De cirkel bleef gesloten." (Man, 64 jaar, CAD.)*
48. *"Omdat het de eerste opname is, denk ik dat het goed is dat ze in de groep praat over de functie van het alcoholgebruik en dat ze in haar individuele hulpverlening praat over hoe het in haar jeugd is gegaan." (Vrouw, 34 jaar, Detox.)*
49. *"Duidelijk maken dat er meer aan de hand moet zijn dan het feit dat ze middelen gebruikt. Het verkrijgen van inzicht." (Vrouw, 37 jaar, Detox.)*
50. *"Haar bewuster maken wat voor plaats alcohol in haar leven inneemt." (Vrouw, 55 jaar, Detox.)*
51. *"Afkicken. De verdere plannen zijn al klaar." (Man, 35 jaar, Kliniek.)*
52. *"In eerste instantie ontwennen, ontgiften." (Vrouw, 42 jaar, CAD.)*
53. *"Sociale redzaamheid, dat hij zich redelijk in leven kan houden. Daaronder vallen problemen met justitie, huisvesting, met zijn moeder." (Man, 26 jaar, CAD.)*

In tabel 5.10. zijn de antwoorden van cliënten en hulpverleners met elkaar vergeleken. Daaruit blijkt dat hulpverleners vaker de psychologische afhankelijkheid als hulpverleningsdoel noemen dan dat cliënten dat verwachten en er bovendien nog geen overeenstemming is tussen cliënt en hulpverlener over dit probleemgebied. Een verschil in visie tussen cliënt en hulpverlener op alcoholproblematiek en de hulp-

verlening daarvoor zou hieraan ten grondslag kunnen liggen, waarbij cliënten meer gespitst zijn op de lichamelijke afhankelijkheid en hulpverleners met name de psychologische afhankelijkheid belangrijk vinden. Hetzelfde is het geval bij problemen met de omgeving. Mogelijk dat schaamte bij cliënten hierbij een rol speelt. Significante, zij het matige overeenstemming blijkt er te zijn over symptomatisch drinken en problemen met de omgeving, echter niet betreffende de psychologische afhankelijkheid.

Tabel 5.10. Problemen waarop hulpverlening zich moet richten volgens hulpverlener en problemen waarvoor hulp verwacht door cliënten (%)

Probleemgebied	Probleem hulpverl.	volgens cliënt	kappa	Kendall's tau B
psychologische afhankelijkheid	74.0	52.7	0.09	¹
symptomatisch drinken	61.6	63.7	0.17	0.12 ²
problemen met omgeving	13.0	7.5	0.19	0.17 ³
N	(146)	(146)	(146)	(146)

¹n.s.

²p < 0.1

³p < 0.05

Overigens is alleen bij de Kliniek sprake van een significante relatie tussen doelen van hulpverleners en de intakebeslissing (tabel 5.11.). Probleemdrinkers bij wie volgens hulpverleners geen sprake is van een psychologische afhankelijkheid hebben een 7 maal grotere kans om afgewezen te worden door de Kliniek. Bij het CAD spreken de hulpverleners zich wel uit over de hulpverleningsdoelen, maar is dit niet van invloed op de uiteindelijke intakebeslissing. De doelen zoals de cliënt voor ogen staan zijn bij geen van beide afdelingen gerelateerd aan de intakebeslissing.

Doel ten aanzien van hulpverleningsprogramma

Uit een vergelijking tussen doelen van hulpverleners en verwachtingen van cliënten blijkt dat cliënten individuele gesprekken relatief belangrijker vinden, terwijl hulpverleners daarnaast veel nadruk leggen op groepsgesprekken (tabel 5.12.). Ook hier is weinig overeenstemming tussen cliënten en hulpverleners: alleen over het doel ontgifting bestaat redelijke overeenstemming.

Tabel 5.11. Problemen waarop hulpverlening zich moet richten volgens hulpverleners naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Probleem- gebied	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.beh.	Totaal	N	beh.	g.beh.	Totaal	N
psych.afh.	64.2	35.8	100.0	(53)	84.6	15.4	100.0	(26)
geen	60.0	40.0	100.0	(10)	43.8	56.3	100.0	(16)
sympt.dr.	62.9	37.1	100.0	(35)	70.0	30.0	100.0	(30)
geen	64.3	35.7	100.0	(28)	66.7	33.3	100.0	(12)
pr.m.omg.	63.6	36.4	100.0	(11)	85.7	14.3	100.0	(7)
geen	63.5	36.5	100.0	(52)	65.7	34.3	100.0	(35)

¹n.s.

²p < 0.01, odds ratio 7.07 (2.20-22.72, psychologische afhankelijkheid)

²p < 0.1, odds ratio n.s. (symptomatisch drinken)

²p < 0.1, odds ratio n.s. (problemen met omgeving)

Tabel 5.12. Doel hulpverlening volgens hulpverlener en volgens cliënten (%)

Hulpverleningsonderdeel	Doel hulpverl. cliënt		kappa	Kendall's tau B
ontgifting	46.6	54.1	0.41	0.34 ¹
medische behandeling	41.1	45.2	0.11	-. ²
informatie	48.6	45.2	0.08	-. ²
bezigheidstherapie	24.0	39.0	0.20	-. ²
individuele gesprekken	58.9	78.1	0.09	-. ²
groepsgesprekken	58.9	52.1	0.16	0.13 ³
N	(146)	(146)	(146)	(146)

¹p < 0.001

²n.s.

³p < 0.05

Verwachtingen ten aanzien van het succes van de hulpverlening

Hulpverleners hebben over het algemeen lagere verwachtingen van het korte termijn succes van een behandeling dan cliënten (tabel 5.13.). Ook zijn hulpverleners minder optimistisch over het lange termijn succes van de hulpverlening (tabel 5.14.). In nog geen 5 procent van de gevallen voorspellen zij een volledige 'genezing' van de alcoholproblematiek. Bij cliënten is dit percentage daarentegen ruim 28 procent. In 36 procent van de gevallen durft de hulpverlener geen uitspraak te doen, een percentage vergelijkbaar met dat bij cliënten. Op individueel niveau is opnieuw geen verband tussen verwachtingen van hulpverleners en cliënten ten aanzien van succes gevonden. Het geringere optimisme van de hulpverlener moet gestoeld zijn op ervaring, terwijl de verwachtingen van de cliënt mogelijk eerder hoop op een betere toekomst weerspiegelen.

Tabel 5.13. Verwachtingen van hulpverleners en cliënten ten aanzien van het korte termijn succes van de behandeling (% , N=146)

Verwachting cliënt ¹	vertr.	Verwachting hulpverlener ¹			Totaal
		hoop	g.vertr.	g.antw.	
ja, vertrouwen	19.2	17.1	8.9	11.6	56.8
ik hoop het	6.8	3.4	6.8	4.8	21.9
geen vertrouwen	0.7	-	-	-	0.7
geen antwoord	4.8	6.8	2.1	6.8	20.5
Totaal	31.5	27.4	17.8	23.3	100.0

¹n.s., kappa 0.01, Kendall's tau B n.s.

Wanneer verwachtingen van hulpverleners ten aanzien van het korte termijn succes gerelateerd worden aan de intakebeslissing, dan blijkt dat bij het CAD een duidelijk verband aantoonbaar is (tabel 5.15.). Cliënten in wie men vertrouwen heeft hebben een 4 maal grotere kans om in behandeling te komen. Bij de Kliniek is dit precies omgekeerd: daar is de kans om in behandeling te komen voor cliënten in wie men vertrouwen heeft juist 16 maal kleiner. Hetzelfde beeld, zij het minder geprononceerd, laat zich zien wanneer verwachtingen ten aanzien van het lange termijn succes in beschouwing worden genomen (tabel 5.16.). Wanneer men mag aannemen dat het vertrouwen in het succes gerelateerd is aan de ernst van de alcoholproblematiek, dan kan aan deze bevindingen de interpretatie verbonden worden dat het CAD

cliënten met ernstige alcoholproblematiek doorverwijst en de Kliniek juist cliënten met minder ernstige problematiek.

Tabel 5.14. Verwachtingen van hulpverleners en cliënten ten aanzien van het lange termijn succes van de behandeling (% , N=146)

Verwachting cliënt ¹	Verwachting hulpverlener ¹			
	v.goed	enige tijd	g.antw.	Totaal
voor goed opgelost	1.4	15.8	11.0	28.1
voor enige tijd opgelost	0.7	22.6	8.2	31.5
geen antwoord	2.7	20.5	17.1	40.4
Totaal	4.8	58.9	36.3	100.0

¹p < 0.001, kappa 0.06, Kendall's tau B n.s.

Tabel 5.15. Verwachtingen van hulpverleners ten aanzien van het korte termijn succes naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Verwachting	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.beh.	Totaal	N	beh.	g.beh.	Totaal	N
ja, vertr.	84.6	15.4	100.0	(26)	40.0	60.0	100.0	(10)
ik hoop het	58.8	41.2	100.0	(17)	100.0	-	100.0	(10)
geen vertr.	50.0	50.0	100.0	(4)	85.7	14.3	100.0	(14)
geen antw.	37.5	62.5	100.0	(16)	37.5	62.5	100.0	(8)

¹p < 0.05, odds ratio 4.13 (1.34-12.67, vertr. versus geen vertr./ik hoop het)

²p < 0.01, odds ratio 0.06 (0.01-0.26, vertr. versus geen vertr./ik hoop het)

Tabel 5.16. Verwachtingen van hulpverleners ten aanzien van het lange termijn succes naar intakebeslissing bij CAD en Kliniek (%)

Verwachting	Intakebeslissing CAD ¹				Intakebeslissing Kliniek ²			
	beh.	g.beh.	Totaal	N	beh.	g.beh.	Totaal	N
v. goed opg.	80.0	20.0	100.0	(5)	50.0	50.0	100.0	(2)
enige tijd	69.0	31.0	100.0	(29)	70.4	29.6	100.0	(27)
geen antw.	59.3	40.7	100.0	(27)	69.2	30.8	100.0	(13)

¹n.s., odds ratio n.s.

²n.s., odds ratio n.s.

5.5. Intakeuitkomst

De intakefase eindigt met de intakeuitkomst, dat wil zeggen wie nu feitelijk in behandeling komt. De intakeuitkomst kan dan ook gezien worden als het eindresultaat van het proces van afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening door aanmelding en intakebeslissing. De intakeuitkomst kan in zoverre afwijken van de intakebeslissing dat deze laatste in een stafvergadering herzien kan worden of dat de cliënt de intakebeslissing niet volgt (dropout).

Een overzicht van de intakeuitkomst is gegeven in tabel 5.17. Het is de status 1 maand ná de laatste in het onderzoek betrokken intake. De 146 intakes leiden uiteindelijk tot 138 behandelingen, een hoog percentage (95 procent). 30 procent van de cliënten komt in behandeling bij het CAD, 43 procent bij de Detox en 22 procent bij de Kliniek. Slechts 6 procent van de cliënten komt niet in behandeling.

Van de 8 cliënten die niet in behandeling kwamen hadden een 6 een positieve intakebeslissing en moeten dus als dropouts worden beschouwd. Het dropout percentage van de intakefase komt daarmee op 4 procent. Nadere analyse van de dropout vindt in de navolgende paragrafen plaats. Aan hulpverleners is overigens gevraagd hoe groot zij de kans achtten dat de cliënt zich voortijdig aan behandeling zou onttrekken. In 23 procent van de gevallen werd die kans groot geacht. Opmerkelijk is dat bij de dropouts deze kans bij slechts één van de 6 groot geacht werd (17 procent). Hieruit moge blijken hoe onvoorspelbaar het verschijnsel dropout is.

Wanneer de intakeuitkomst wordt afgezet tegen de aanmelding en intakebeslissing, dan blijkt dat verwijzing van cliënten tussen afdelingen na de intakebeslissing niet geleid heeft tot een getalsmatig andere verdeling van cliënten over de behandelprogramma's (figuur 5.18.). Dat betekent dat als de belangrijkste cliënten-

stromen in de intakefase aangeduid kunnen worden verwijzing van CAD en Kliniek naar de Detox en terugverwijzing door CAD en Kliniek.

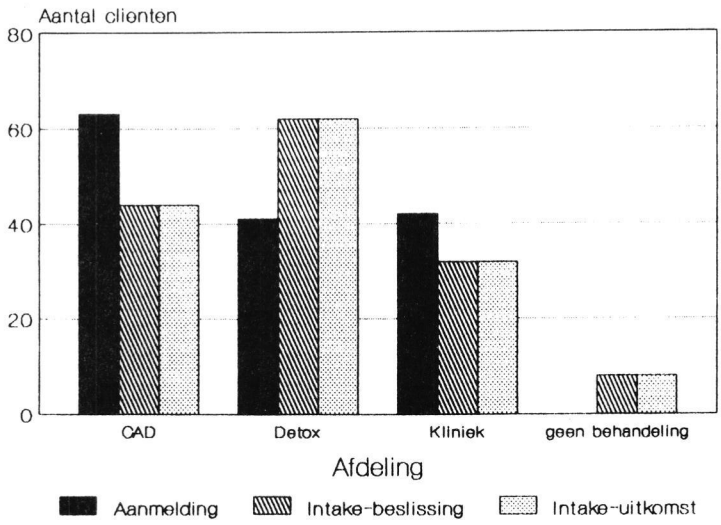
Tabel 5.17. Intakeuitkomst naar intakebeslissing (% (absolute aantallen))

Afdeling en intakebeslissing	beh. CAD	Intakeuitkomst beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	Totaal	N
CAD						
in behandeling	90.0	-	-	10.0	100.0	(40)
int. verwijzing	6.7	80.0	6.7	6.7	100.0	(15)
terugverwijzing	60.0	-	20.0	20.0	100.0	(5)
geen beslissing	66.7	-	-	33.3	100.0	(3)
Detox						
in behandeling	2.4	97.6	-	-	100.0	(41)
Kliniek						
in behandeling	-	-	96.6	3.4	100.0	(29)
int. verwijzing	7.7	76.9	15.4	-	100.0	(13)
Totaal Centrum	30.1	42.5	21.9	5.5	100.0	(146)

5.6. Intakeuitkomst beoordeeld naar cliëntkenmerken

De intakefase heeft onder andere tot doel om te komen tot een optimale matching van cliënten en behandelprogramma's. Verwijzing tussen afdelingen en terugverwijzing zijn middelen om dit doel te bereiken. Het is op dit punt belangrijk om na te gaan in hoeverre de intakefase heeft geleid tot een herverdeling van cliënten op bepaalde kenmerken. In hoofdstuk 4 en paragraaf 5.4. is reeds uitgebreid ingegaan op de criteria die hulpverleners hanteren om tot een matching van cliënten en behandelprogramma's te komen. In deze paragraaf zal nagegaan worden wat het uiteindelijke resultaat is van matching tijdens de intakefase. Daartoe zijn de populaties cliënten in behandeling bij de verschillende afdelingen en de populatie niet in behandeling onderling vergeleken naar cliëntkenmerken. Tevens is een vergelijking gemaakt met de verdeling van cliënten over de afdelingen bij aanmelding. Op deze wijze kan het resultaat van matching op cliëntkenmerken tijdens de intakefase beoordeeld worden.

Figuur 5.18. Cliëntenstromen in intakefase, status na intakeuitkomst



Tabel 5.19. Burgerlijke staat naar intakeuitkomst (%)

Burgerlijke staat	Intakeuitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
gehuwd	25.0	22.6	15.6	-	20.5
ongehuwd ²	50.0	24.2	40.6	62.5	37.7
gescheiden	25.0	51.6	40.6	37.5	40.4
weduwe/naar	-	1.6	3.1	-	1.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹ $p < 0.1$

²inclusief ongehuwd samenwonend

5.6.1. Sociaal-demografische kenmerken

De intakefase heeft niet geleid tot een herverdeling van cliënten naar leeftijd of geslacht. Wel is gebleken dat de verwijzing van cliënten van CAD en Kliniek een toename van met name gescheiden en/of arbeidsongeschikte cliënten bij de Detox tot gevolg heeft gehad (tabellen 5.19. en 5.20., pagina's 126 en 127, tabellen 3.4. en 3.5., pagina's 50 en 52). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de alcoholproblematiek van gescheiden en/of arbeidsongeschikte probleemdrinkers veelal ernstiger is, zoals gebleken is in hoofdstuk 3 (pagina 62).

Tabel 5.20. Dagbesteding naar intakeuitkomst (%)

Dagbesteding	Intake-uitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
werk	40.9	22.6	28.1	62.5	31.5
werkloos	27.3	25.8	40.6	25.0	29.5
WAO	15.9	38.7	21.9	-	26.0
anders	15.9	12.9	9.3	12.5	13.0
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹ $p < 0.1$

5.6.2. Alcoholproblematiek

Indicatoren voor de ernst van de alcoholproblematiek, de alcoholconsumptie- en probleemindex, laten evenmin als naar aanmelding geen verschillen zien naar intakeuitkomst (tabellen 3.7. en 3.14., pagina's 54 en 62, tabellen 5.21. en 5.22., pagina 128). Alleen de gemiddelde probleemindex in de CAD-populatie is iets lager geworden. Daardoor wordt mogelijk de suggestie gewekt als zou de alcoholproblematiek geen bepalende factor zijn in de intakefase. Uit de analyse van intakecriteria is echter gebleken dat hulpverleners de alcoholproblematiek wel degelijk mee laten wegen in de intakebeslissing. Het antwoord ligt mogelijk ook hier weer bij de operationalisatie van alcoholproblematiek. Wanneer namelijk de duur van de alcoholproblematiek in beschouwing wordt genomen, dan blijkt dat zeer zeker een herver-

deling heeft plaatsgevonden: de percentages cliënten met een alcoholproblematiek langer dan 10 jaar zijn zowel bij het CAD en de Kliniek afgenomen en bij de Detox toegenomen (tabel 3.15., pagina 64, tabel 5.23., pagina 129).

Tabel 5.21. Alcoholconsumptieindex naar intakeuitkomst (%)

Alcohol- consumptie- index	Intakeuitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
zeer excessief	79.6	87.1	75.0	100.0	82.9
excessief	9.1	4.8	15.6	-	8.2
matig	2.3	6.5	6.3	-	4.8
licht	6.8	-	3.1	-	2.7
onbekend	2.3	1.6	-	-	2.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹n.s.

Tabel 5.22. Probleemindex naar intakeuitkomst (standaarddeviatie)

Probleem- index	Intakeuitkomst				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
index	7.5	8.6	8.2	8.1	8.2
sd	2.0	1.9	2.3	1.9	2.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

De cliëntenstroom van CAD en Kliniek naar de Detox bestaat dus voor een belangrijk deel uit cliënten met langduriger alcoholproblematiek. Tevens wordt duidelijk dat een meerderheid van cliënten die niet in behandeling komen (waaronder dropouts) bestaat uit cliënten met langduriger alcoholproblematiek. Ook gezien hun alcoholconsumptieindex (in alle gevallen zeer excessief) en probleemindex zouden deze cliënten voor behandeling in aanmerking komen.

Tabel 5.23. Duur alcoholproblematiek naar intakeuitkomst (%)

Duur alcohol-problematiek	Intakeuitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
0-2 jaar	27.3	9.7	12.5	37.5	17.1
3-5 jaar	22.7	22.6	18.8	-	20.5
6-10 jaar	22.7	19.4	28.1	-	21.2
> 10 jaar	27.3	46.8	40.6	62.5	40.4
onbekend	-	1.6	-	-	0.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹ $p < 0.1$

5.6.3. Ander middelengebruik

Door hulpverleners van het CAD wordt ander middelengebruik (dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen) genoemd als reden tot doorverwijzing naar de Detox (paragraaf 5.3.4. pagina 114). Inderdaad heeft een zekere herschikking plaatsgevonden in de zin dat na de intakeuitkomst het percentage cliënten met ander middelengebruik bij het CAD lager is dan bij aanmelding (tabel 5.24.).

Tabel 5.24. Ander middelengebruik naar intakeuitkomst (%)

Ander middelen- gebruik	Intakeuitkomst ¹			geen beh.	Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek		
ja	13.6	29.0	21.9	37.5	23.3
nee	86.4	71.0	78.1	62.5	76.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

²n.s.

Tabel 5.25. VOEG-score naar intakeuitkomst (% (standaard deviatie))

	Intakeuitkomst ¹			geen beh.	Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek		
VOEG-score	8.4	10.1	9.3	11.1	9.5
sd	4.2	4.6	4.9	4.0	4.5
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

5.6.4. Gezondheidstoestand

De gezondheidstoestand, zo is reeds eerder gebleken, is een belangrijk intakecriterium: voor het CAD als reden voor doorverwijzing naar de Detox, voor de Detox en Kliniek als reden tot opname (paragraaf 5.4.4. pagina 115). Verschuivingen vinden ook daadwerkelijk plaats, zoals blijkt uit de tabellen 3.18. (pagina 67) en 5.25. Hoewel de standaarddeviatie vrij groot is, is duidelijk dat de VOEG-score bij het CAD lager is geworden en bij Kliniek en vooral Detox hoger. Cliënten met een sub-

jectief slechtere gezondheidstoestand komen daarmee vooral bij klinische afdelingen terecht.

Tabel 5.26. (Overmatige) alcoholconsumptie partner naar intakeuitkomst (%)

Alcoholconsumptie partner	Intakeuitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
6 gl. of meer	11.4	22.6	18.8	-	17.1
5 gl. of minder	40.9	35.5	25.0	62.5	36.3
geen partner	47.7	41.9	56.3	37.5	46.6
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹n.s.

Tabel 5.27. Hoe vaak gesproken over alcoholprobleem met anderen naar intakeuitkomst (%)

Hoe vaak gesproken	Intakeuitkomst ¹				Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek	geen beh.	
vaak	20.5	33.9	18.8	25.0	26.0
af en toe	36.4	19.4	31.3	25.0	27.4
een enkele keer	15.9	8.1	15.6	12.5	8.4
niet	27.3	38.7	34.4	37.5	34.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹n.s.

5.6.5. Sociaal netwerk

Hoewel de situatie in het sociaal netwerk met name voor het CAD een belangrijk intakecriterium is, brengen verwijzingen in de intakefase geen noemenswaardige verschuivingen teweeg naar indicatoren voor de situatie in het sociaal netwerk: (overmatig) alcoholgebruik van de partner en het kunnen praten over het alcoholprobleem in het sociaal netwerk (tabellen 3.19. en 3.20. pagina 69, 5.26. en 5.27.).

5.6.6. Eerdere hulpverleningscontacten

Eerdere hulpverleningscontacten hebben een belangrijke invloed op de intakebeslissing bij het CAD in de zin dat geen eerdere hulp als indicatie en veelvuldige eerdere hulp als contraindicatie wordt gezien (paragraaf 5.4.6. pagina 119). De intakefase heeft er inderdaad toe geleid dat bij het CAD verschuivingen hebben plaatsgevonden in bovenbedoelde zin (tabellen 3.21. pagina 71 en 5.28.). Opvallend is daarnaast dat een belangrijk deel van de Detox- en Kliniek-populatie bestaat uit cliënten zonder enige eerdere hulp. Het lijkt een (te?) grote stap om voor deze groep cliënten direct te besluiten tot een klinische behandeling.

Tabel 5.28. Eerder hulpverleningscontacten naar intakeuitkomst (%)

Eerdere hulpverlenings- contacten	Intakeuitkomst ¹			geen beh.	Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek		
kliniek	15.9	61.3	62.5	25.0	45.9
alleen CAD	20.5	21.0	12.5	25.0	19.2
geen	63.6	17.7	25.0	50.0	34.9
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹ $p < 0.001$

5.6.7. Verwijzing

Verwijzing vanuit het CAD en de Kliniek naar de Detox heeft ertoe geleid dat zich onder de Detox-populatie nu ook een substantieel aantal cliënten bevindt dat op eigen initiatief gekomen is. De verdeling van CAD- en Kliniek-populatie is nagenoeg gelijk gebleven, suggererend dat de manier waarop cliënten bij het JellinekCentrum zijn terecht gekomen niet van invloed is op de intakebeslissing. Opmerkelijk is dat de cliënten die niet in behandeling komen, in meerderheid dropouts, voor een belangrijk gedeelte op eigen initiatief zijn gekomen (tabellen 3.23. pagina 73 en 5.29.).

Tabel 5.29. Verwijzing naar intakeuitkomst (%)

Verwijzing	Intakeuitkomst ¹			geen beh.	Totaal
	beh. CAD	beh. Detox	beh. Kliniek		
eigen initiatief	65.9	24.2	68.8	75.0	49.3
verwezen	34.1	72.6	31.3	25.0	49.3
onbekend	-	-	3.2	-	1.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹ $p < 0.001$

5.6.8. Doel en verwachtingen

Verwachtingen van cliënten ten aanzien van het korte en lange termijn succes lijken niet te zijn gerelateerd aan de intakeuitkomst (tabellen 3.31. en 3.32. pagina 86, tabellen 5.30. en 5.31.). Cliënten in behandeling bij het CAD blijven meer optimistisch over het succes van de hulpverlening dan cliënten in behandeling bij Kliniek of Detox. Dat verwachtingen van hulpverleners wel gerelateerd zijn aan de intakebeslissing kan mogelijk verklaard worden uit de geringe samenhang tussen verwachtingen van cliënt en hulpverlener (paragraaf 5.4.8. pagina 123).

Tabel 5.30. Verwachtingen van cliënten ten aanzien van het korte termijn succes naar intakeuitkomst (%)

Verwachting t.a.v. korte termijn succes	beh. CAD	Intakeuitkomst ¹		geen beh.	Totaal
		beh. Detox	beh. Kliniek		
ja, vertrouwen	70.5	51.6	43.8	75.0	56.8
ik hoop het	13.6	22.6	34.4	12.5	21.9
geen vertrouwen	-	-	3.1	-	0.7
geen antwoord	15.9	25.8	18.8	12.5	20.5
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹n.s.

Tabel 5.31. Verwachtingen van cliënten ten aanzien van lange termijn succes naar intakeuitkomst (%)

Verwachting t.a.v. lange termijn succes	beh. CAD	Intakeuitkomst ¹		geen beh.	Totaal
		beh. Detox	beh. Kliniek		
voor goed van af	40.9	19.6	18.8	62.5	28.9
voor enige tijd	18.2	45.2	31.3	-	31.5
geen antwoord	40.9	35.5	50.0	37.5	40.4
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(44)	(62)	(32)	(8)	(146)

¹p < 0.005

5.7. Samenvatting en conclusies

De afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening vindt, behalve bij aanmelding, ook plaats tijdens de intake, een gesprek tussen cliënt en hulpverlener op basis waarvan een beslissing over hulpverlening wordt genomen, de intakebeslissing. Dit proces wordt ook wel matching genoemd en heeft tot doel te komen tot optimale combinaties van cliënten en behandelprogramma's om daarmee de effectiviteit en efficiëntie van hulpverlening te verhogen.

Het intakegesprek is een centraal moment in de intakefase. Over het algemeen wordt ruim de tijd genomen, gemiddeld een half uur tot een uur, en in het gesprek komen de meest uiteenlopende onderwerpen ter sprake: sociaal-demografische achtergrond, alcoholproblematiek, ander middelengebruik, lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, eerdere hulp en doel en verwachtingen komen in meer dan 90 procent van de intakes aan de orde. De gemiddelde wachttijd voor een intake varieert per afdeling en ligt tussen de 1 en 3 dagen. Eén op de tien cliënten moet echter langer dan een week op de intake wachten, hetgeen rekening houdend met de onderhavige problematiek toch als te lang moet worden beschouwd.

De intakebeslissing luidt in 75 procent van de gevallen in behandeling, 19 procent van de cliënten wordt doorverwezen naar een andere afdeling binnen het centrum en slechts 3 procent wordt terugverwezen (van de overige cliënten was de intakebeslissing nog niet bekend). De hulpvraag wordt dus in bijna alle gevallen ontvankelijk verklaard. Doorverwijzing binnen het centrum vindt vooral plaats van CAD en Kliniek naar de Detox, de ontgiftingsafdeling.

Intakecriteria die het meest frequent genoemd worden bij de intakebeslissing zijn doel en verwachtingen van de hulpverlening en alcoholproblematiek, daarna volgen eerdere hulpverleningscontacten, sociaal netwerk en gezondheidstoestand. Van deze intakecriteria hebben de criteria sociaal netwerk en gezondheidstoestand de sterkste samenhang met de intakebeslissing, ze kunnen dus min of meer als absolute intakecriteria beschouwd worden. Minder frequent genoemd, maar eveneens sterk gerelateerd aan de intakebeslissing is het criterium ander middelengebruik (dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen).

In een kwantitatieve en kwalitatieve analyse is nagegaan hoe de verschillende criteria door hulpverleners geïnterpreteerd en toegepast worden.

Ernstige alcoholproblematiek is met name voor het CAD een belangrijke reden voor verwijzing naar de Detox. Niet helemaal duidelijk is echter geworden waarop het oordeel over de ernst van de alcoholproblematiek precies gebaseerd is. De alcoholconsumptieindex noch de probleemindex hangen duidelijk samen met het subjectief oordeel van de hulpverlener en de uiteindelijke intakebeslissing. Wel blijkt een relatie aanwezig tussen de duur van de alcoholproblematiek en de intakebeslissing. Probleemdrinkers met een alcoholproblematiek langer dan 10 jaar hebben bij het CAD

een 3 maal grotere kans om afgewezen te worden. Reeds eerder is gebleken dat de duur van de alcoholproblematiek in dit onderzoek mogelijk een betere indicatie is voor de ernst van de alcoholproblematiek dan de alcoholconsumptie- en probleemindex.

Ook ander middelengebruik is voor het CAD een belangrijke reden tot verwijzing naar de Detox, bijvoorbeeld wanneer ontwenningssverschijnselen verwacht worden. De kans om doorverwezen te worden door het CAD is voor probleemdrinkers met ander middelengebruik 4 maal zo groot.

Hulpverleners bij zowel CAD als Kliniek vinden verder de gezondheidstoestand een belangrijk criterium. In de eerste plaats wordt het als een belangrijke indicatie voor de ernst van de alcoholproblematiek gezien. Bij het CAD spelen verder te verwachten lichamelijk ontwenningssverschijnselen een rol, voor de Kliniek (vermoedde) onderliggende psychiatrische problematiek. In de kwalitatieve analyse komt naar voren dat dit laatste vooral beoordeeld wordt naar eventuele vroegere opnames in de psychiatrie. Aandacht voor een goede diagnostiek van de psychische gezondheidstoestand door hulpverleners is dus zeker op zijn plaats.

De situatie in het sociaal netwerk wordt in de eerste plaats opgevat als indicatie voor de ernst van de alcoholproblematiek en (voor de Kliniek) eventueel de noodzaak om een cliënt uit het thuismilieu te halen. In de tweede plaats is het voor het CAD een belangrijk criterium om de haalbaarheid van een ambulante behandeling in te schatten. Wanneer geen ondersteuning vanuit het sociaal netwerk te verwachten is, wordt een ambulante behandeling riskanter.

Het ontbreken van eerdere hulpverleningscontacten is een belangrijke indicatie voor behandeling bij het CAD. Probleemdrinkers, die eerder in een verslavingskliniek opgenomen zijn geweest, hebben een 6 maal grotere kans om doorverwezen te worden door het CAD. Daarnaast spelen ervaringen uit eerdere hulpverleningscontacten een rol bij de beslissing tot behandeling. Bij de Kliniek is het mislukken van eerdere hulpverlening een belangrijke reden om een cliënt niet meer in behandeling te nemen. Daarnaast valt op dat bij deze afdeling cliënten zonder eerdere hulpverlening een even grote kans hebben om in behandeling te komen als om afgewezen te worden. Een ambulant contact lijkt in zo'n geval eerder aangewezen.

Doel en verwachtingen spelen tenslotte ook een belangrijke rol bij de intakebeslissing, al is de samenhang wat complexer. Bij de Kliniek worden cliënten eerder opgenomen naarmate door de hulpverleners meer problemen worden gesignaleerd, terwijl de verwachtingen ten aanzien van het succes juist lager zijn. Hulpverleners bij het CAD beslissen anders: naarmate de verwachtingen geringer zijn worden cliënten vaker doorverwezen, mogelijk omdat ambulante behandeling hogere eisen stelt aan het behandelingsperspectief.

Opmerkelijk is het gebrek aan overeenstemming tussen hulpverlener en cliënt over de beoordeling van belangrijke elementen als de alcoholproblematiek, de gezondheidstoestand en doel en verwachtingen van de hulpverlening. Naarmate dergelijke spanningen in beoordeling niet ter sprake komen tijdens de intake, wordt de kans op misverstanden, verkeerde indicatiestelling of dropout groter.

Geeft de intakebeslissing de visie en de intentie van hulpverleners weer bij welk behandelprogramma welke cliënten in behandeling zouden moeten komen, de intakeuitkomst laat zien welke matching van cliënten en behandelprogramma's feitelijk plaats vindt tijdens de intakefase.

De 146 intakes leiden uiteindelijk tot 138 behandelingen, een hoog percentage (bijna 95 procent). 2 cliënten werden terugverwezen en 6 cliënten kwamen niet in behandeling ondanks een positieve intakebeslissing. Het dropout percentage tijdens de intakefase komt daarmee op 4 procent. Het eindresultaat van de intakefase is althans cijfermatig hetzelfde als na de intakebeslissing; vanuit de belangrijkste cliëntenstroom loopt van CAD en Kliniek naar de Detox, in de tweede plaats moet genoemd worden terugverwijzing en dropout.

Door nu kenmerken van de cliënt te relateren enerzijds aan aanmelding en anderzijds aan de intakeuitkomst kan de mate waarin matching plaatsvindt tijdens de intake beoordeeld worden. Dit kan beschouwd worden als een toetsing van de kwaliteit van de intake.

De aandacht richt zich dan in de eerste plaats op de alcoholproblematiek. Naar alcoholconsumptie- en probleemindex hebben zich in de intakefase slechts geringe verschuivingen voorgedaan. Al eerder is echter geconcludeerd dat deze indexen in deze klinische setting onvoldoende discrimineren. Gemeten naar de duur van de alcoholproblematiek blijkt de cliëntenstroom van CAD en Kliniek naar de Detox voor een belangrijk deel te bestaan uit cliënten met alcoholproblematiek van 10 jaar of langer. Voor het CAD is deze verwijzing begrijpelijker dan voor de Kliniek, die tenslotte over een zij het beperkte eigen ontgiftigingsafdeling beschikt en juist cliënten met ernstige alcoholproblematiek als doelgroep heeft.

Andere bevindingen zijn dat bij de Detox het aantal cliënten met eerdere hulpverlening in een verslavingskliniek verhoudingsgewijs is toegenomen en dat tevens de gemiddelde VOEG-score bij deze afdeling is gestegen na de intakefase. Ook is bij deze afdeling het aantal gescheiden en/of arbeidsongeschikte cliënten relatief toegenomen. Het lijkt er dus op dat vooral cliënten met ernstige alcoholproblematiek naar de Detox doorverwezen wordt. Opvallend is daarbij dat doel en verwachtingen van de cliënt hierbij geen rol lijken te spelen, terwijl hulpverleners dit als een belangrijk criterium zien.

Naast bovengenoemde punten weegt voor het CAD bij doorverwijzing bovendien nog mee het criterium ander middelengebruik. Opmerkelijk is verder dat hoewel bij deze afdeling het aantal cliënten zonder eerdere hulpverlening het grootst is, zoals verwacht mag worden van een ambulante voorziening, ook bij de klinische afdelingen de cliëntenpopulatie voor een belangrijk gedeelte bestaat uit cliënten zonder eerdere professionele hulpverlening. Het lijkt een (te?) grote stap om voor deze groep cliënten te besluiten tot een klinische behandeling.

Tenslotte is nagegaan welke cliëntkenmerken samenhangen met dropout. Daaruit is naar voren gekomen dat de dropouts behoren tot de cliënten met ernstige alcohol-

problematiek, gezien alcoholconsumptie- en probleemindex, duur van de alcoholproblematiek en gezondheidstoestand. Opmerkelijk daarbij is dat de dropouts zich in meerderheid op eigen initiatief aanmeldden en ook hogere verwachtingen ten aanzien van het succes koesterden. Mogelijk dat hiermee samenhangt dat hulpverleners de kans op dropout voor deze cliënten juist lager inschatten dan bij cliënten die uiteindelijk in behandeling kwamen. Hieruit blijkt eens te meer hoe onvoorspelbaar dropout is en dat in principe bij alle cliënten met dit verschijnsel rekening gehouden moet worden.

SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Samenvatting en conclusies

Alcoholproblematiek en hulpverlening voor alcoholproblematiek (hoofdstuk 1)

De heersende opvatting op dit moment is dat alcoholproblematiek een syndroom is met lichamelijke, psychische en sociale aspecten. Op dit model is zowel een psychiatrische als sociologische definitie van alcoholproblematiek gebaseerd, respectievelijk alcoholafhankelijkheidssyndroom en probleemdrinken, welke uit theoretisch oogpunt nauw aan elkaar verwant zijn en waarbij zich de vraag opdringt in hoeverre deze modellen van alcoholproblematiek niet gezien moeten worden als opeenvolgende fasen van een ernstiger wordende alcoholproblematiek. Prevalentieschattingen op basis van deze modellen wijzen in deze richting.

Aanmelding voor hulpverlening kan gezien worden als de uitgesproken behoefte aan zorg ofwel de vraag naar hulpverlening onder de bevolking. Uit onderzoek naar aanmelding voor hulpverlening is gebleken dat probleemdrinkers in de hulpverlening op een belangrijk aantal punten verschillen van probleemdrinkers in de bevolking: zij zijn gemiddeld ouder, hebben meer problemen in relatie en/of werk en méér alcoholproblemen. Deze gegevens suggereren dat de hulpverlening maar een deel van de probleemdrinkers in de bevolking bereikt en wel hen met ernstiger alcoholproblematiek.

Tijdens de intakefase vindt de afstemming plaats tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening. Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat probleemdrinkers in de ambulante hulpverlening over het algemeen minder ernstige alcoholproblematiek kennen dan probleemdrinkers in de klinische hulpverlening. Onduidelijk uit deze onderzoeken is in hoeverre deze selectie vooral plaats vindt bij aanmelding, dus door cliënten zelf, of op basis van beslissingen van hulpverleners. Uit onderzoek in de psychiatrische hulpverlening blijkt dat behalve cliëntkenmerken ook hulpverleningskenmerken en doelen en verwachtingen van zowel cliënt als hulpverlener van invloed zijn op de beslissing tot hulpverlening. Wat betreft hulpverleningskenmerken zijn dit bijvoorbeeld beroep en ervaring van de hulpverlener, opnamebeleid en opnamecapaciteit van de hulpverleningsinstelling. Niet al deze hulpverleningskenmerken lijken relevant voor de beslissing tot hulpverlening.

Onderzoek naar hulpverleningsresultaten beperkt zich over het algemeen tot de relatie van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken afzonderlijk tot het hulpverleningsresultaat. De vraag dringt zich op of hulpverleningsresultaten niet verbeterd zouden kunnen worden wanneer verschillende combinaties van cliëntkenmerken en hulpverleningskenmerken geanalyseerd worden. De stelling dat optimale combinaties van probleemdrinkers en behandelprogramma's tot verbetering leiden van de

hulpverleningsresultaten wordt in de alcoholliteratuur wel aangeduid als de matchinghypothese. De eerste resultaten van prospectief onderzoek waarbij gematched werd op de psychiatrische problematiek ondersteunen de matchinghypothese. Met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek, de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening voor alcoholproblematiek, kan gesteld worden dat, althans voor de Nederlandse situatie, nog geen duidelijk beeld bestaat van de vraag naar hulpverlening, hoe dit proces van afstemming van vraag en aanbod plaats vindt en welke criteria daarbij een rol spelen. In dit onderzoek is getracht op deze vragen een antwoord te geven.

Opzet en uitvoering van het onderzoek (hoofdstuk 2)

Centraal in dit onderzoek staat de intake, het proces waarin de afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening plaats vindt. In de intake kunnen de volgende fasen worden onderscheiden: aanmelding, intakebeslissing en intakeuitkomst. Deze zijn tevens de afhankelijke variabelen in het onderzoek; cliëntkenmerken en intakecriteria vormen de onafhankelijke variabelen. De probleemstelling van het onderzoek is tweeledig: 1. hoe verloopt de intake voor hulpverlening bij alcoholproblematiek, 2. welke factoren zijn van invloed op beslissingen tijdens de intakefase over hulpverlening.

Het onderzoek is uitgevoerd bij het Jellinek Centrum te Amsterdam, een hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek met een regionale functie, die zowel over ambulante en klinische programma's beschikt als over een kortdurend interventieprogramma.

Voor het onderzoek zijn alle probleemdrinkers gevraagd die zich in de onderzoeksperiode aanmeldden bij de hulpverleningsinstelling. Aangezien deze instelling de enige professionele hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek in de regio is, mag de onderzoekspopulatie gezien worden als een afspiegeling van de totale vraag naar professionele hulpverlening in de regio. In totaal hebben 146 gestructureerde interviews plaatsgevonden met cliënten en hulpverleners, een respons van bijna 61 procent. Controle van de non-respons voor de variabele geslacht gaf geen aanleiding om de representativiteit van de onderzoeksgroep ter discussie te stellen. Deze respons beperkt weliswaar de interne validiteit (de representativiteit voor cliënten van de hulpverleningsinstelling), maar niet zozeer de externe validiteit, ofwel de mogelijkheid van generalisatie naar wetenschappelijke uitspraken. De interviews zijn zowel kwalitatief als kwantitatief geanalyseerd.

De vraag naar hulpverlening: kenmerken van cliënten die zich aanmelden voor hulpverlening (hoofdstuk 3)

Aanmelding voor hulpverlening kan worden opgevat als de vraag naar hulpverlening of, om preciezer te zijn, de uitgesproken behoefte aan hulp in de bevolking. Aangezien nog te weinig bekend is over de betekenis van de normatieve en ervaren be-

hoeft in de bevolking, is de uitgesproken behoefte op dit moment de belangrijkste leidraad voor hulpverlenings- en overheidsbeleid. Analyse van kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening kan de uitgesproken behoefte verduidelijken. Om toch ook inzicht te krijgen in de verhouding tussen uitgesproken en normatieve behoefte worden kenmerken van probleemdrinkers die zich aanmelden voor hulpverlening eveneens vergeleken met kenmerken van probleemdrinkers in de bevolking. Als referentiepopulatie is daartoe gekozen voor de populatie probleemdrinkers opgespoord in een Rotterdamse survey (Garretsen 1983). Een vergelijking is mogelijk omdat in dit onderzoek hetzelfde meetinstrument voor de alcoholproblematiek is gebruikt.

Betreffende aanmelding voor hulpverlening, de uitgesproken behoefte aan hulp, is in dit onderzoek gevonden dat de alcoholproblematiek van probleemdrinkers in de hulpverlening duidelijk ernstiger is dan die van probleemdrinkers in de bevolking. Zowel de alcoholconsumptie- als de probleemindex zijn belangrijk hoger: de gemiddelde probleemindex van probleemdrinkers in de hulpverlening bedraagt 8.2 tegenover 2.9 voor probleemdrinkers in de bevolking (bij een maximum van 10). Wat betreft alcoholconsumptie lijken de verschillen minder groot te zijn, maar dit is voor een belangrijk deel te wijten aan het feit dat de alcoholconsumptieindex onvoldoende discrimineert bij hogere waarden. Daarmee suggereren de bevindingen in dit onderzoek dat probleemdrinkers in de hulpverlening het topje van de ijsberg vormen, maar wel dat gedeelte met de meest ernstige alcoholproblematiek.

Jongere probleemdrinkers (onder de 30 jaar) blijken zich relatief minder aan te melden dan oudere probleemdrinkers. Als verklaring wordt in de literatuur wel gesuggereerd dat overmatig alcoholgebruik onder jongeren pas na verloop van tijd tot dusdanige problematiek resulteert dat professionele hulp noodzakelijk wordt. Daartegen is in te brengen dat uit dit onderzoek tevens is gebleken dat de alcoholproblematiek onder jongere probleemdrinkers zeker niet minder is dan onder oudere.

Vrouwen blijken naar rato even vaak in de hulpverlening terecht te komen als mannen. Er zijn verder duidelijke aanwijzingen dat vrouwen op jongere leeftijd hulp zoeken. Oudere vrouwen (boven de 50) komen daarentegen minder vaak in de hulpverlening terecht. Deze bevindingen sporen met de literatuur, waarbij in het verleden wel werd gevonden dat vrouwen minder vaak hulp zochten voor alcoholproblematiek, maar de laatste jaren een duidelijke inhaaltrend is bespeurd.

Ook de factoren burgerlijke staat en dagbesteding blijken gerelateerd te zijn aan aanmelding voor hulpverlening. In dit onderzoek is gevonden dat gescheiden, werkloze en/of arbeidsongeschikte probleemdrinkers zich relatief meer aanmelden voor hulpverlening. Ook deze bevindingen komen overeen met de literatuur. De ernst van de alcoholproblematiek speelt hierin mogelijk een rol: bij deze groepen zijn zowel de alcoholconsumptieindex als de probleemindex duidelijk hoger. Niet duidelijk is of nu gesproken moet worden van een beschermend effect dat uitgaat van het gehuwd zijn en/of werk hebben, of van een bevorderend effect ten aanzien van de alcoholproblematiek in verband met het gescheiden of werkloos zijn. Een derde voor de hand

liggende hypothese is dat burgerlijke staat en/of dagbesteding het gevolg zijn van de relatief autonome ontwikkeling van de alcoholproblematiek. De precieze relaties verdienen nader onderzoek.

Over de gehele populatie kan gesteld worden dat sprake is van een fors bijgebruik van slaap- en kalmerende middelen. Maar liefst 21 procent van de mannen en 28 procent van de vrouwen melden een dagelijks gebruik van deze middelen, dit is fors hoger dan in de algemene bevolking. Bij de hulpverlening moet dan ook terdege rekening gehouden worden met mogelijke bijkomende ontwenningverschijnselen.

Wat doel en verwachtingen betreft moet tenslotte opgemerkt worden dat hoewel op alle onderscheiden probleemgebieden (psychologische afhankelijkheid, symptomatisch drinken, problemen met gezondheid en/of ongelukken en frequente dronkenschap en/of kater) forse problemen bestaan en deze ook aanleiding vormen om hulp in te roepen, vrijwel alleen voor de psychologische afhankelijkheid en symptomatisch drinken hulp verwacht wordt. Slechts enkelen verwachten hulp bij problemen met omgeving (relatie, werk, financiën of huisvesting), terwijl de relatie van deze factoren tot de alcoholproblematiek ook uit dit onderzoek gebleken is en binnen de hulpverlening ook mogelijkheden bestaan om aan deze problemen aandacht te schenken.

Doordat in dit onderzoek 3 afzonderlijk toegankelijke hulpverleningsvormen zijn opgenomen, een ambulant en klinisch behandelprogramma en een programma gericht op crisisinterventie, kon aanmelding bij deze hulpverleningsvormen vergelijkend geanalyseerd worden.

Probleemdrinkers met de meest ernstige alcoholproblematiek melden zich aan bij de Detox en Kliniek. Dit blijkt niet zozeer uit de alcoholconsumptie- of probleemindex, alswel wanneer de duur van de alcoholproblematiek in beschouwing wordt genomen. Probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek hebben over het algemeen langer alcoholproblemen, daarnaast hebben ze veel frequenter eerder hulp gehad en dan ook veel vaker van een verslavingskliniek. Dit suggereert onder andere dat probleemdrinkers zich in eerste instantie aanmelden bij die hulpverleningsvorm die ze reeds kennen. Probleemdrinkers zonder eerdere hulp melden zich daarentegen in grote meerderheid bij het CAD aan. Daaruit mag blijken dat de circuit-gedachte, waarbij het CAD een functie heeft van eerste opvang en de Detox en de Kliniek gedacht zijn voor probleemdrinkers met ernstiger alcoholproblematiek, inderdaad voor een belangrijk deel gerealiseerd wordt.

In relatie tot deze gerichte keuze van hulpverleningsvorm naar ernst van de alcoholproblematiek en eerdere hulp moet gezien worden dat aanmelding bij de verschillende hulpverleningsvormen naar sociaal-demografische kenmerken verschilt: oudere probleemdrinkers (in de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar) zijn vooral bij de Detox terug te vinden en ook zijn de percentages gescheiden en arbeidsongeschikte probleemdrinkers bij de Detox en Kliniek hoger dan bij het CAD. Een opmerkelijke uitkomst die hier los van staat is verder dat vrouwen zich nauwelijks bij de Kliniek aanmelden. Gegeven het feit dat de alcoholproblematiek van vrouwen niet onderdoet voor die van mannen en vrouwen zich wel evenredig bij de Detox aanmelden,

suggereert deze bevinding dat met name de opnameduur (4 maanden) voor vrouwen een beletsel vormt.

De verschillen in populaties tussen de Detox en de Kliniek enerzijds en het CAD anderzijds weerspiegelen zich ook in doel en verwachtingen van de hulpverlening. Probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek zeggen vaker helemaal te moeten stoppen met alcoholgebruik (abstinentie) en minder vaak er voor goed van af te zijn. Dit moet in verband gebracht worden met het feit dat de probleemdrinkers bij de Detox en de Kliniek ernstiger alcoholproblematiek kennen en ook vaker eerdere hulp gehad hebben. Zowel het realisme als het pessimisme nemen blijkbaar in de tijd toe.

Concluderend kan gesteld worden dat in de aanmeldingsfase reeds een belangrijk deel van de afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening heeft plaats gevonden. In dat proces spelen de ernst van de alcoholproblematiek, maar ook de bekendheid met de hulpverlening (middels eerdere hulpverleningscontacten) een belangrijke rol.

Onduidelijk is echter hoe deze uitgesproken behoefte zich verhoudt tot de ervaren behoefte aan hulpverlening in de bevolking. Onderzoek naar de ervaren behoefte, waartoe door Knibbe (1984) en Raat (1987) aanzetten zijn gedaan, kan bijvoorbeeld van belang zijn met het oog op de hypothese dat hulp in een eerdere fase van de problematiek meer perspectief op succes biedt. In dit onderzoek is bijvoorbeeld een samenhang gebleken tussen de ernst van de alcoholproblematiek en dagbesteding en/of burgerlijke staat. Ongeacht de precieze relatie tussen deze factoren kan verwacht worden dat hulp in een eerdere fase gunstig kan uitwerken op de alcoholproblematiek. Ten aanzien van dit punt is vroege opsporing door huisartsen en bedrijfsartsen een belangrijke zaak.

Bij het ontbreken van informatie over de ervaren behoefte wordt wel gegrepen naar instrumenten om de normatieve behoefte te bepalen. De eerdergenoemde probleemdrinkerschaal is daar een voorbeeld van. Hoewel een geschikt instrument om zicht te krijgen op de verdeling van alcoholproblematiek in de bevolking en tevens een bruikbare mate om te bepalen of iemand hulp nodig heeft, geeft deze schaal onvoldoende duidelijkheid over de precieze hulpbehoefte, zo is in dit onderzoek gebleken. Het is overigens de vraag in hoeverre de behoefte aan hulpverlening voor alcoholproblematiek zich normatief laat meten. De grens van de aanvaardbare alcoholconsumptie kan immers individueel verschillen. De vaststelling van een grenswaarde voor de alcoholconsumptie wordt daarmee vrij arbitrair.

Gezien de problemen met de vaststelling van de ervaren en normatieve behoefte, benadert de uitgesproken behoefte mogelijk nog het beste de werkelijke behoefte aan hulpverlening in de bevolking. Een zorgvuldige analyse van trends in de aanmelding bij hulpverleningsinstellingen biedt dan de beste aanknopingspunten voor hulpverlenings- en overheidsbeleid met betrekking tot alcoholproblematiek.

Het aanbod van hulpverlening: intakecriteria van hulpverleners (hoofdstuk 4)

Aan toelating tot het aanbod van de hulpverlening zijn voorwaarden verbonden die ook wel intakecriteria genoemd worden. De intakecriteria voor 3 behandelprogramma's, een ambulant en klinisch programma en een programma bedoeld voor crisisinterventie, zijn door middel van interviews met hulpverleners aan een nader onderzoek onderworpen. Deze criteria kunnen worden opgevat als de intakecriteria zoals bedoeld. Via deze intakecriteria tekenen zich verschillen in toelatingsvoorwaarden af tussen de 3 programma's, waarbij elk programma op een specifieke doelgroep uitkomt.

Naar alcoholproblematiek bezien is een belangrijk criterium om in het alcoholhulpverleningscircuit te worden opgenomen het niet in de hand kunnen houden van de alcoholconsumptie. Dit uit zich onder andere in het niet zelfstandig kunnen stoppen. Wanneer de indruk bestaat dat eventueel ambulant gestopt kan worden, dan is dat een reden voor CAD-begeleiding. Wanneer ambulant stoppen echter niet mogelijk is (gebleken), dan is klinische hulpverlening geïndiceerd. Hoge alcoholconsumptie en een sterke lichamelijke afhankelijkheid (gekoppeld aan verwachte onthoudingsverschijnselen) worden door hulpverleners als een indicatie voor de Detox gezien, terwijl een sterk psychologische afhankelijkheid beoordeeld wordt als een indicatie voor de Kliniek.

De lichamelijke gezondheidstoestand wordt in zoverre als intakecriterium gehanteerd, dat bij een (zeer) slechte algemene toestand doorverwezen wordt naar een algemeen ziekenhuis, zulks na beoordeling door een arts. Veel meer op de voorgrond staat echter de psychische gezondheidstoestand van de cliënt. Algemeen wordt een slechte psychische toestand van de cliënt in de zin van actuele psychopathologie gezien als een contra-indicatie voor behandeling in het alcoholhulpverleningscircuit. Daarvoor wordt aangehaald dat deze cliënten niet zouden openstaan voor de toegepaste behandelmethoden en in de tweede plaats dat zich situaties zouden kunnen voordoen waar de programma's niet op ingesteld zijn, gezien het ontbreken van mogelijkheden voor intensieve psychiatrische begeleiding. Opvallend is echter dat los van de beoordeling van de actuele psychische toestand eerdere hulpverleningscontacten in de psychiatrie voor sommige hulpverleners op zich al een contra-indicatie kunnen vormen. Daarmee dreigt een specifieke en niet onaanzienlijke doelgroep, probleemdrinkers met (vroegere) psychiatrische problematiek uit de boot te vallen.

Mogelijke ondersteuning vanuit het sociaal netwerk wordt over het algemeen als een belangrijke voorwaarde voor een succesvol CAD-contact gezien. Betreffende eerdere hulpverleningscontacten komt naar voren dat bij een eerste aanmelding in het alcoholhulpverleningscircuit in het algemeen een CAD-contact geïndiceerd is.

Doel en verwachtingen vormen tenslotte met de alcoholproblematiek de belangrijkste intakecriteria. CAD en Detox zijn de programma's met de laagste drempel. Hulpverleners van het CAD wijzen op de consultatiefunctie en hulpverleners van de Detox op de ontgiftingsfunctie van hun programma. Motivatie hoeft niet altijd op de voorgrond te staan. Anders is dit het geval bij de Kliniek, waar een serieuze bereidheid om te stoppen met drinken vereist wordt en tevens een bereidheid om

verandering te brengen in de eigen situatie.

Uit deze intakecriteria blijkt een duidelijke differentiatie in het hulpverleningsaanbod tussen het CAD enerzijds en Detox en Kliniek anderzijds. Aan behandeling bij het CAD zijn heldere voorwaarden verbonden: het weliswaar begeleid zelfstandig kunnen stoppen en een zekere vorm van ondersteuning in het sociaal netwerk. Daarnaast pleit afwezigheid van eerdere hulpverleningscontacten op zich al voor CAD-begeleiding.

Veel minder helder is daarentegen de afbakening tussen de klinische behandelprogramma's, Detox en Kliniek. Hoewel de Detox op ontgiftiging is gericht, beschikt ook de Kliniek over eigen ontgiftingsmogelijkheden. Dan nog blijft onduidelijk op grond van welke criteria beslist wordt tot behandeling bij één van de programma's.

Met de afwijzing van probleemdrinkers met vroegere psychiatrische problematiek wordt tenslotte een duidelijke leemte in het hulpverleningsaanbod aangegeven, temeer daar een belangrijk deel van de probleemdrinkers die zich aanmelden voor alcoholproblematiek al eens eerder is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening: intakegesprek, intakebeslissing en intakeuitkomst (hoofdstuk 5)

De afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening vindt plaats tijdens de intake, een gesprek (of serie gesprekken) tussen cliënt en hulpverlener op basis waarvan een beslissing over hulpverlening wordt genomen, de intakebeslissing. Dit proces wordt ook wel matching genoemd en heeft tot doel te komen tot optimale combinaties van probleemdrinkers en behandelprogramma's om daarmee de effectiviteit en efficiëntie van hulpverlening te verhogen.

Over het algemeen wordt voor het intakegesprek ruim de tijd genomen, gemiddeld een half uur tot een uur. In het gesprek komen de meest uiteenlopende onderwerpen ter sprake: sociaal-demografische achtergrond, alcoholproblematiek, ander middelengebruik, lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, eerdere hulp en doel en verwachtingen komen alle in meer dan 90 procent van de intakes aan de orde. De gemiddelde wachttijd voor een intake varieert per afdeling en ligt tussen de 1 en 3 dagen. Eén op de tien cliënten moet echter langer dan een week op de intake wachten, hetgeen rekening houdend met de onderhavige problematiek toch als te lang moet worden beschouwd.

De intakebeslissing luidt in 75 procent van de gevallen in behandeling, 19 procent van de cliënten wordt doorverwezen naar een andere afdeling binnen het centrum en slechts 3 procent wordt terugverwezen (van de overige cliënten was de intakebeslissing nog niet bekend). De hulpvraag wordt dus in bijna alle gevallen ontvankelijk verklaard. Doorverwijzing binnen het centrum vindt vooral plaats van CAD en Kliniek naar de Detox, de ontgiftingsafdeling.

De intakebeslissing komt tot stand op basis van intakecriteria. In dit onderzoek worden onderscheiden intakecriteria zoals bedoeld, dat wil zeggen genoemd door hulpverleners op basis van cliëntkenmerken, en feitelijke intakecriteria. Deze laatste zijn de criteria zoals ze feitelijk toegepast worden, namelijk de cliëntkenmerken die direct aan de intakebeslissing zijn gerelateerd.

Intakecriteria die het meest frequent genoemd worden bij de intakebeslissing zijn doel en verwachtingen van de hulpverlening en alcoholproblematiek, daarna volgen eerdere hulpverleningscontacten, sociaal netwerk en gezondheidstoestand. Van deze intakecriteria hebben de criteria sociaal netwerk en gezondheidstoestand de sterkste samenhang met de intakebeslissing, ze kunnen dus min of meer als absolute intakecriteria beschouwd worden. Minder frequent genoemd, maar eveneens sterk gerelateerd aan de intakebeslissing is het criterium ander middelengebruik (dagelijks gebruik van slaap- of kalmerende middelen).

In een kwantitatieve en kwalitatieve analyse is nagegaan hoe de verschillende criteria door hulpverleners geïnterpreteerd en toegepast worden.

Ernstige alcoholproblematiek is met name voor het CAD een belangrijke reden voor verwijzing naar de Detox. Niet helemaal duidelijk is echter geworden waarop het oordeel over de ernst van de alcoholproblematiek precies gebaseerd is. De alcoholconsumptieindex noch de probleemindex hangen duidelijk samen met het subjectief oordeel van de hulpverlener en de uiteindelijke intakebeslissing. Wel blijkt een relatie aanwezig tussen de duur van de alcoholproblematiek en de intakebeslissing. Probleemdrinkers met een alcoholproblematiek langer dan 10 jaar hebben bij het CAD een 3 maal zo grote kans om afgewezen te worden.

Ook ander middelengebruik is voor het CAD een belangrijke reden tot verwijzing naar de Detox, bijvoorbeeld wanneer ontwenningssverschijnselen verwacht worden. De kans om door het CAD doorverwezen te worden is voor probleemdrinkers met ander middelengebruik 4 maal zo groot.

Hulpverleners bij zowel CAD als Kliniek vinden verder de gezondheidstoestand een belangrijk criterium. In de eerste plaats wordt het als een belangrijke indicatie voor de ernst van de alcoholproblematiek gezien. Bij het CAD spelen verder te verwachten lichamelijk ontwenningssverschijnselen een rol, voor de Kliniek (vermoedde) onderliggende psychiatrische problematiek. In de kwalitatieve analyse komt naar voren dat dit laatste vooral beoordeeld wordt naar eventuele vroegere opnames in de psychiatrie. Aandacht voor een goede diagnostiek van de psychische gezondheidstoestand door hulpverleners is dus zeker op zijn plaats.

De situatie in het sociaal netwerk wordt in de eerste plaats opgevat als indicatie voor de ernst van de alcoholproblematiek en, voor de Kliniek, eventueel de noodzaak om een cliënt uit het thuismilieu te halen. In de tweede plaats is het voor het CAD een belangrijk criterium om de haalbaarheid van een ambulante behandeling in te schatten. Wanneer geen ondersteuning vanuit het sociaal netwerk te verwachten is, wordt een ambulante behandeling riskanter.

Het ontbreken van eerdere hulpverleningscontacten is een belangrijke indicatie

voor behandeling bij het CAD. Probleemdrinkers die eerder in een verslavingskliniek opgenomen zijn geweest hebben een 6 maal grotere kans om doorverwezen te worden door het CAD. Daarnaast spelen ervaringen uit eerdere hulpverleningscontacten een rol bij de beslissing tot behandeling. Bij de Kliniek is het mislukken van eerdere hulpverlening een belangrijke reden om een cliënt niet meer in behandeling te nemen. Daarnaast valt op dat bij deze afdeling cliënten zonder eerdere hulpverlening een even grote kans hebben om in behandeling te komen als om afgewezen te worden. Een ambulante contact lijkt in zo'n geval eerder aangewezen.

Doel en verwachtingen spelen tenslotte een belangrijke rol bij de intakebeslissing, al is de samenhang wat complexer. Bij de Kliniek worden cliënten eerder opgenomen naarmate door de hulpverleners meer problemen worden gesignaleerd terwijl de verwachtingen ten aanzien van het succes juist lager zijn. Hulpverleners bij het CAD beslissen anders: naarmate de verwachtingen geringer zijn worden cliënten vaker doorverwezen, mogelijk omdat ambulante behandeling hogere eisen stelt aan het behandelingsperspectief.

Opmerkelijk is het gebrek aan overeenstemming tussen hulpverlener en cliënt over de beoordeling van belangrijke elementen als de alcoholproblematiek, de gezondheidstoestand en doel en verwachtingen van de hulpverlening. Naarmate dergelijke spanningen in beoordeling niet ter sprake komen tijdens de intake, wordt de kans op misverstanden, verkeerde indicatiestelling of dropout groter.

Geeft de intakebeslissing de visie en de intentie van hulpverleners weer bij welk behandelprogramma welke cliënten in behandeling zouden moeten komen, de intakeuitkomst laat zien welke matching van probleemdrinkers en behandelprogramma's feitelijk plaats vindt tijdens de intakefase.

De 146 intakes leidden uiteindelijk tot 138 behandelingen, een hoog percentage (bijna 95 procent). 2 cliënten werden terugverwezen en 6 cliënten kwamen niet in behandeling ondanks een positieve intakebeslissing. Het dropout percentage tijdens de intakefase kwam daarmee op 4 procent. Het eindresultaat van de intakefase is althans cijfermatig hetzelfde als na de intakebeslissing: veruit de belangrijkste cliëntenstroom loopt van CAD en Kliniek naar de Detox, in de tweede plaats moet genoemd worden terugverwijzing en dropout.

Door nu kenmerken van de cliënt te relateren enerzijds aan aanmelding en anderzijds aan de intakeuitkomst kan de mate waarin matching plaatsvindt tijdens de intakefase beoordeeld worden.

De aandacht richt zich dan in de eerste plaats op de alcoholproblematiek. Gemeten naar de duur van de alcoholproblematiek blijkt de cliëntenstroom van CAD en Kliniek naar de Detox voor een belangrijk deel te bestaan uit cliënten met een alcoholproblematiek van 10 jaar of langer. Voor het CAD is deze verwijzing begrijpelijker dan voor de Kliniek, die tenslotte over een zij het beperkte eigen ontgiftingsafdeling beschikt en juist cliënten met ernstige alcoholproblematiek als doelgroep heeft.

Andere bevindingen zijn dat bij de Detox het aantal cliënten met eerdere hulp-

verlening in een verslavingskliniek verhoudingsgewijs is toegenomen en dat tevens de gemiddelde VOEG-score bij deze afdeling is gestegen na de intakefase. Ook is bij deze afdeling het aantal gescheiden en/of arbeidsongeschikte cliënten relatief toegenomen. Het lijkt er dus op dat vooral cliënten met ernstige alcoholproblematiek naar de Detox doorverwezen wordt. Opvallend is daarbij dat doel en verwachtingen van de cliënt hierbij geen rol lijken te spelen, terwijl hulpverleners dit toch als een belangrijk criterium zien.

Naast bovengenoemde punten weegt voor het CAD bij doorverwijzing bovendien nog mee het criterium ander middelengebruik. Opmerkelijk is verder dat hoewel bij deze afdeling het aantal cliënten zonder eerdere hulpverlening het grootst is, zoals verwacht mag worden van een ambulante voorziening, ook bij de klinische afdelingen de cliëntenpopulatie voor een belangrijk gedeelte bestaat uit cliënten zonder eerdere professionele hulpverlening. Het lijkt een (te?) grote stap om voor deze groep cliënten te besluiten tot een klinische behandeling.

Tenslotte is nagegaan welke cliëntkenmerken samenhangen met dropout. Daaruit is naar voren gekomen dat de dropouts behoren tot de cliënten met ernstige alcoholproblematiek, gezien alcoholconsumptie- en probleemindex, duur van de alcoholproblematiek en gezondheidstoestand. Opmerkelijk daarbij is dat de dropouts zich in meerderheid op eigen initiatief aanmeldten en ook hogere verwachtingen ten aanzien van het succes koesterden. Mogelijk dat hiermee samenhangt dat hulpverleners de kans op dropout voor deze cliënten juist lager inschatten dan bij cliënten die uiteindelijk in behandeling kwamen. Hieruit blijkt eens te meer hoe onvoorspelbaar dropout is en dat in principe bij alle cliënten met dit verschijnsel rekening gehouden moet worden.

Terugkomend op de eerste vraag uit de probleemstelling van dit onderzoek, hoe verloopt de intake voor hulpverlening bij alcoholproblematiek, kan geconcludeerd worden dat dit proces van afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening tijdens de intake in belangrijke mate door aanmelding bepaald wordt. Weliswaar draagt ook de intakebeslissing bij tot matching van probleemdrinkers en behandelprogramma's, maar de cliëntenstroom die hiervan het gevolg is, is relatief gering en bestaat voor het grootste gedeelte uit verwijzingen naar de Detox. Met het gegeven dat nauwelijks cliënten worden afgewezen, betekent dit dat aan de uitgesproken behoefte van probleemdrinkers grotendeels tegemoet gekomen wordt door de hulpverlening.

De tweede onderzoeksvraag, welke factoren zijn van invloed op beslissingen tijdens de intakefase over hulpverlening, heeft betrekking op de bepalende factoren van het afstemmingsproces. Zoals gesteld vormt de aanmelding door probleemdrinkers een belangrijk onderdeel van het afstemmingsproces. Vervolgens de belangrijkste bepalende factor voor aanmelding is ernst van de alcoholproblematiek. Probleemdrinkers met ernstiger alcoholproblematiek melden zich vooral aan bij de klinische behandelprogramma's en probleemdrinkers met minder ernstige problematiek in meerderheid bij

het ambulante programma. Waarschijnlijk in samenhang daarmee zijn probleemdrinkers bij de klinische behandelprogramma's duidelijk meer pessimistisch over het toekomstperspectief.

Ten opzichte van aanmelding is de intakebeslissing van relatief minder gewicht. De Detox accepteert in principe alle naar haar verwezen probleemdrinkers, de intakebeslissing is daarom alleen relevant voor CAD en Kliniek. De belangrijkste cliëntenstroom loopt zoals gesteld van deze afdelingen naar de Detox. Om die reden, en ook gezien de bevindingen dat door CAD en Kliniek juist probleemdrinkers met de meest ernstige alcoholproblematiek naar de Detox worden verwezen, kan de Detox wel gezien worden als het vangnet van de alcoholhulpverlening. Op een Detox-opname hoeft in principe ook geen verdere behandeling te volgen.

Voor de intakebeslissing bij CAD en Kliniek bepalende factoren zijn de (ernst van de) alcoholproblematiek, ander middelengebruik, psychische gezondheidstoestand, sociaal netwerk, eerdere hulpverleningscontacten en doel en verwachtingen. Deze factoren bepalen of een probleemdrinker in behandeling komt en zo ja bij welk behandelprogramma. Voor het CAD zijn belangrijke redenen voor afwijzing de ernst van de alcoholproblematiek, de lichamelijke gezondheidstoestand in de zin van te verwachten ontwenningssverschijnselen en/of niet zelfstandig kunnen stoppen, ander middelengebruik, te weten medicijnverslaving, en tenslotte de afwezigheid van opvangmogelijkheden in het sociaal netwerk. Afwijzing bij de Kliniek vindt vooral plaats op grond van de slechte psychische gezondheidstoestand, waarbij aangevoerd wordt dat onvoldoende opvangmogelijkheden bestaan voor cliënten met (vroegere) psychiatrische problematiek en/of deze niet open zouden staan voor behandeling. Daarnaast spelen eerdere hulpverleningscontacten een rol met betrekking tot het perspectief op succes bij eventuele heropname.

Dit overziend kan gesteld worden dat via aanmelding en intakebeslissing een proces van afstemming plaats vindt tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening in de eerste plaats op grond van de ernst van de alcoholproblematiek, waarbij het CAD zich richt op de relatief minder ernstige alcoholproblematiek en de Kliniek op de alcoholproblematiek die zich niet meer ambulant laat begeleiden. In de tweede plaats houdt matching daarnaast een toetsing in aan intakecriteria die vooral tot doel heeft te bezien of aan een aantal belangrijke voorwaarden voor een kansrijke behandeling is voldaan. Als voorbeelden kunnen genoemd worden de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand, eventueel ander middelengebruik en de situatie in het sociaal netwerk. Wanneer aan deze voorwaarden niet voldaan wordt, vindt doorverwijzing naar de Detox plaats. Dit behandelprogramma, dat nauwelijks toelatingsvoorwaarden kent, kan dan ook gezien worden als het vangnet van de alcoholhulpverlening. Niet zozeer behandeling alswel opvang staat bij dit programma op de voorgrond.

Doordat in dit onderzoek geen resultaten van de hulpverlening bestudeerd zijn, kunnen geen duidelijke uitspraken gedaan worden over de rechtvaardiging van de in het afstemmingsproces gebruikte intakecriteria. Wel is gevonden dat de intakecriteria niet altijd consequent toegepast worden. Een voorbeeld hiervan is dat een

substantieel deel van de probleemdrinkers in behandeling bij de Kliniek nog niet eerder professionele hulp voor alcoholproblematiek heeft gehad, zelfs niet van een CAD. De toepassing van intakecriteria zou in zo'n geval consequenter kunnen plaats vinden dan nu het geval is. De toetsing van intakecriteria in prospectief onderzoek naar hulpverleningsresultaten is daarvoor een belangrijke voorwaarde. De in dit onderzoek beschreven intakecriteria kunnen daarvoor een uitgangspunt vormen.

Aanbevelingen

Aanbevelingen ten aanzien van hulpverleningsbeleid

Hoewel bij aanmelding al een zekere afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening heeft plaatsgevonden, is ook de intakebeslissing essentieel voor een optimale matching van probleemdrinkers en behandelprogramma's, zo is in het voorgaande gebleken. Zorgvuldige ontwikkeling en toepassing van intakecriteria voor behandelprogramma's kan de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening vergroten. Dit is niet alleen relevant voor de beheersing van de kosten van de hulpverlening, maar ook voor de kwaliteit ervan in de zin van verbetering van de hulpverleningsresultaten, iets waarvan zowel probleemdrinkers als hulpverleners kunnen profiteren.

De ontwikkeling en toepassing van intakecriteria hoeft overigens niet gebaseerd te zijn op wetenschappelijk onderzoek alleen. Hopelijk voelen hulpverleningsinstellingen zich door dit onderzoek gestimuleerd om ook zelf onderzoek van de eigen intakecriteria ter hand te nemen, al was het maar ter toetsing van de kwaliteit van de eigen hulpverlening. Dat kan bijvoorbeeld door bespreking van de intakes en evaluatie van de criteria die een belangrijke rol hebben gespeeld bij de intakebeslissing. Dit werkt bewustwording van de toegepaste intakecriteria in de hand. Door achteraf ook nog de hulpverleningsresultaten aan de intakebeslissingen te relateren, kan een waardeoordeel toegekend worden aan de toegepaste intakecriteria. Een goede registratie, waarin tevens duidelijk wordt gemaakt op welke wijze kenmerken van de probleemdrinker, zoals alcoholproblematiek, en hulpverleningsresultaten worden beoordeeld, is daarvoor onontbeerlijk. Bij de ontwikkeling van registratiesystemen voor de alcoholhulpverlening, zoals recentelijk CADIS en LADIS, zou hiermee rekening gehouden moeten worden. Belangrijk in dit proces is tevens dat het een duidelijk doel heeft, namelijk de ontwikkeling en bijstelling van intakecriteria, die dan naderhand ook zo consequent als mogelijk dienen te worden toegepast door hulpverleners.

Een aanzet tot de verderontwikkeling van intakecriteria is in dit onderzoek gegeven. Hoewel dit onderzoek verricht is bij één hulpverleningsinstelling, is de problematisering van intakecriteria in dit onderzoek wellicht exemplarisch voor de alcoholhulpverlening in zijn algemeenheid. Belangrijke intakecriteria zijn gebleken de ernst van de alcoholproblematiek, ander middelengebruik, psychische gezondheids-toestand, sociaal netwerk en eerdere hulpverleningscontacten. Op grond van de

bespreking van deze intakecriteria in dit onderzoek kunnen de navolgende conclusies worden getrokken ten aanzien van de toepassing van intakecriteria:

- De ernst van de alcoholproblematiek laat zich niet goed meten, zo is gebleken. Hulpverleners blijken dan ook eerder af te gaan op de duur van de alcoholproblematiek. Hoewel de ernst van de alcoholproblematiek op geaggregeerd niveau zeker zal toenemen met de duur, hoeft dit op individueel niveau niet het geval te zijn. Beter lijkt het om over te gaan op meetinstrumenten die betrekking hebben op de behoefte aan hulp zoals de ASI, de Addiction Severity Index. Maar ook dan blijft mogelijk onduidelijk in welk geval tot ambulante en in welk geval tot klinische behandeling moet worden besloten.
- Bijzondere aandacht voor ander middelengebruik, met name eventuele medicijnverslaving, lijkt zeer zeker aangewezen gezien de frequentie van voorkomen. Wanneer sprake is van een medicijnverslaving, dan ligt klinische behandeling voor de hand.
- Problemen ten aanzien van de psychische gezondheidstoestand, beoordeeld op (vroegere) psychiatrische problematiek, komen eveneens vaak in combinatie met alcoholproblematiek voor. Aangezien deze groep probleemdrinkers tussen de wal en het schip dreigt te vallen, is speciale aandacht voor deze groep zeer gewenst, eventueel via een specifiek op deze groep gericht ambulant of klinisch behandelprogramma binnen de alcoholhulpverlening.
- De situatie in het sociaal netwerk is van evident belang voor de keuze tussen een ambulant en een klinisch behandelprogramma. Wanneer geen ondersteuning te verwachten is vanuit het sociaal netwerk, of in het sociaal netwerk veel conflicten liggen, dan is klinische behandeling eerder aangewezen.
- Informatie over eerdere hulpverleningscontacten tenslotte is een belangrijk handvat voor de intakebeslissing. De keuze voor een ambulant behandelprogramma ligt voor de hand wanneer nog geen eerdere hulpverlening heeft plaatsgevonden. Wanneer dat laatste wel het geval is, dan kan een evaluatie van de eerdere hulpverlening uitsluitsel geven over de keuze van het behandelprogramma.

Voor een zorgvuldige en consequente toepassing van intakecriteria lijkt het verstandig de intake voor verschillende behandelprogramma's op één punt te concentreren (zoals inmiddels ook bij het Jellinek Centrum is gebeurd). Dit schept tevens duidelijkheid voor probleemdrinkers en verwijzers waar aanmelding voor hulpverlening kan plaatsvinden.

Aanbevelingen ten aanzien van overheidsbeleid

Zoals in de inleiding reeds is opgemerkt, is de Nederlandse overheid in toenemende mate betrokken bij ontwikkelingen ten aanzien van alcoholproblematiek en hulpverlening voor alcoholproblematiek. Deze betrokkenheid is geformuleerd in de centrale doelstelling van het alcoholmatigingsbeleid opgenomen in de nota Alcohol en samenleving (Ministerie van WVC 1986): "het voorkómen van gezondheidsrisico's en maatschappelijk problemen die voortvloeien uit het gebruik van alcohol". Dat de overheid zich met name richt op de maatschappelijk problemen ten gevolge van alcoholge-

bruik is bepaald niet zonder grond. Zo wijst van der Wal (1981) onder andere op de relatie tot verkeersongevallen, ordeverstoring en misdrijven. Daarnaast is door Holder (1986) recentelijk gewezen op de veel hogere consumptie van gezondheidszorg-diensten (en de daaraan verbonden kosten) door probleemdrinkers.

In de nota Alcohol en samenleving worden een drietal beleidsinstrumenten genoemd voor de realisering van een alcoholmatigingsbeleid: activiteiten op het terrein van voorlichting en preventie, doelmatiger hulpverlening en wettelijke maatregelen. Aan voorlichting en preventie is reeds veel aandacht besteed (Engelsman 1981, Garretsen 1983). Het in 1986 gestarte Alcohol Voorlichtingsplan vloeit daar onder andere uit voort. Bij de bespreking van de nota Alcohol en samenleving september 1987 in de Tweede Kamer zijn verder beslissingen genomen over de herziening van de Drank- en Horecawet, hoewel echter een verbod op drankreclame in de ogen van de Kamer geen genade kon vinden. Met betrekking tot doelmatiger hulpverlening wordt in de nota gerefereerd aan de algemene uitgangspunten van het volksgezondheidsbeleid, te weten het verkorten van de opnameduur, het verschuiven van intramurale naar ambulante behandeling, het decategoriseren van de hulpverlening en het versterken van de eerste lijn.

In dit onderzoek is de doelmatigheid van de hulpverlening nagegaan door de bestudering van het proces van afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van hulpverlening. Geconcludeerd is dat een zorgvuldige en consequente toepassing van intakecriteria kan leiden tot een optimale matching van probleemdrinkers en behandelprogramma's en daarmee tot verhoging van de effectiviteit en efficiëntie van de hulpverlening. Hoewel in dit onderzoek weliswaar de toepassing van intakecriteria is bestudeerd, kan slechts onderzoek naar hulpverleningsresultaten definitief uitsluitsel geven over de juistheid van toegepaste intakecriteria.

De doelmatigheid van de hulpverlening zou verder opgevoerd kunnen worden door een verdergaande differentiatie in het hulpverleningsaanbod. Bestaat het aanbod traditioneel uit CAD's en verslavingsklinieken, dagbehandeling zou op het bestaande aanbod een belangrijke aanvulling betekenen, onder andere gezien de in dit onderzoek gevonden relatie tussen dagbesteding en/of burgerlijke staat en alcoholproblematiek. Hetzelfde geldt overigens voor de nazorg. Een duidelijke leemte in het hulpverleningsaanbod is verder geconstateerd met betrekking tot de veelvuldig voorkomende combinatie van alcoholproblematiek en psychiatrische problematiek. Psychiatrische ziekenhuizen en verslavingsklinieken zouden voor deze doelgroep in onderlinge samenwerking specifieke behandelprogramma's moeten ontwikkelen. De financieringsstructuur voor de verslavingsklinieken zou zodanig moeten zijn dat de ontwikkeling van deze hulpverleningsvormen mogelijk gemaakt wordt.

Tenslotte kan de doelmatigheid van de hulpverlening beïnvloed worden door de samenwerking tussen hulpverleningsinstellingen te bevorderen. CAD's en verslavingsklinieken worden apart gefinancierd en veelal ook apart bestuurd. Voor een optimale matching tussen probleemdrinkers en behandelprogramma's is een centrale intakeprocedure echter een belangrijke voorwaarde, dit in verband met een zorgvuldige en consequente ontwikkeling en toepassing van intakecriteria. Dat betekent dat CAD's

en verslavingsklinieken binnen een regio die nu geheel zelfstandig functioneren op den duur samenwerkingsrelaties met elkaar zouden moeten ontwikkelen waarin één centrale intake is opgenomen. Door de overheid wordt overigens met betrekking tot deze samenwerking een decategorisering van de hulpverlening voorgesteld (Ministerie van WVC 1986), hetgeen inhoudt dat de alcoholhulpverlening op den duur zou moeten opgaan in de niet-categorale geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's, psychiatrische ziekenhuizen). Voordat tot een dergelijke reorganisatie van de alcoholhulpverlening wordt besloten, dienen de te verwachten effecten van zo'n reorganisatie zorgvuldig in onderzoek te worden nagegaan (bijvoorbeeld in een vergelijking van hulpverleningsresultaten), aangezien niet bij voorbaat duidelijk is dat dit de doelmatigheid van hulpverlening zal bevorderen. Uiteraard is het belang van goede samenwerkingsrelaties met de niet-categorale geestelijke gezondheidszorg zondermeer duidelijk (Kok 1983).

Aanbevelingen ten aanzien van onderzoek

Onderzoek op het gebied van vraag en aanbod in de gezondheidszorg wordt algemeen gerekend tot het terrein van gezondheidszorgonderzoek. Het is in principe toegepast onderzoek dat naast een wetenschappelijke relevantie ook conclusies kan opleveren met betrekking tot hulpverlenings- en overheidsbeleid.

De vraag naar hulpverlening kan gezien worden als de uitgesproken behoefte aan hulp in de bevolking (Mackenbach 1982). De ervaren behoefte laat zich niet of nauwelijks in onderzoek meten en ook aan de bepaling van de normatieve behoefte, vastgesteld door professionals, kleven zeker in geval van alcoholproblematiek belangrijke bezwaren: immers vaststelling van een grens voor de alcoholconsumptie is een arbitraire zaak, en de vraag is of de alcoholconsumptie in deze wel bepalend is voor de hulpbehoefte. Bij gebrek aan duidelijkheid omtrent de ervaren en normatieve behoefte is de uitgesproken behoefte nog de beste benadering van de werkelijke behoefte aan hulpverlening. Onderzoek van de uitgesproken behoefte kan in die zin gebruikt worden om bijvoorbeeld trends in de behoefte aan hulpverlening te volgen of om de optimale samenstelling en omvang van het hulpverleningsaanbod te bepalen. Het is dan de vraag of het volgen van de uitgesproken behoefte in de tijd, ook wel monitoring genoemd, kan plaatsvinden met behulp van registratiesystemen, zoals de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG), CADIS en LADIS. Hoewel registratiegegevens nuttige informatie kunnen geven over zaken als verwijzing (Kok 1984), is de informatie meestal toch te summier om de specifieke hulpbehoefte te kunnen onderzoeken. Voor dit doel zijn regelmatige surveys bij hulpverleningsinstellingen met gerichte vraagstellingen mogelijk beter geschikt.

De afstemming tussen vraag naar en aanbod van hulpverlening vindt, zo is in dit onderzoek gebleken, plaats zowel via aanmelding van probleemdrinkers bij verschillende behandelprogramma's als via de intakebeslissing door hulpverleners. De intakecriteria die bij matching van probleemdrinkers en behandelprogramma's, het resultaat van de intakebeslissing, een rol spelen zijn in dit onderzoek uitgebreid bestudeerd. Geconcludeerd is dat een zorgvuldige en consequente ontwikkeling en

toepassing van intakecriteria de doelmatigheid van de hulpverlening kan verhogen en in samenhang daarmee de hulpverleningsresultaten kan verbeteren. Een volgende stap is nu dan ook om de hulpverleningsresultaten van gematchte combinaties van probleemdrinkers (naar ernst van de alcoholproblematiek) en behandelprogramma's (ambulant, crisisinterventie, dagbehandeling, klinisch) te onderzoeken. Daardoor kan tevens een beter inzicht worden verkregen in de aspecten van hulpverlening die belangrijk zijn in de verschillende fasen van alcoholproblematiek. Dit onderzoek kan daarvoor als uitgangspunt dienen.

SUMMARY

MATCHING ALCOHOL PROBLEMS AND TREATMENT

Alcohol problems and treatment for alcohol problems (chapter 1)

Estimates indicate that only a small proportion of the problem drinkers, between 10 and 15 percent, receives professional treatment. Even when taking into account that only a small proportion really needs professional treatment, a careful examination of the proces of matching the demand for and the supply of treatment of alcohol problems is necessary.

Application for treatment can be considered as the expressed need for care or the demand for treatment in the population. By way of selfselection in this phase a certain matching between demand for and supply of treatment already takes place. In studies of application for treatment it has become evident that problem drinkers in treatment differ considerably from problem drinkers in the general population. Insight in these differences can yield clues for factors that relate to application for treatment.

In the intake phase further matching between demand for and supply of treatment takes place. From research it follows that problem drinkers in ambulatory care generally have less serious alcohol problems than problem drinkers in clinical care. Unclear from this research is to what extent this selection happens before application, thus caused by clients themselves, or is caused by decisions of intake staff. Furthermore insight is lacking with regard to factors that relate to the intake decision concerning treatment.

With respect to the subject of this study, matching of demand for and supply of treatment, it can be said that, at least for the situation in the Netherlands, there is no clear picture of the demand for treatment, how the proces of matching between demand for and supply of treatment takes place and what factors influence it. This study tries to answer these questions.

Methods (chapter 2)

The study is conducted in the Jellinek Center in Amsterdam, a treatment center for alcohol problems with a regional catchment area. Altogether 146 structured interviews took place with clients who applied for treatment and the intake staff, a response of almost 61 percent. Checking the non-response did not question the representativity of the study population.

The demand for treatment: characteristics of clients that apply for treatment (chapter 3)

Concerning application for treatment, the expressed need for treatment, it is found in this study that alcohol problems of problem drinkers in treatment are clearly

more serious than those of problem drinkers in the general population. Both the alcoholconsumption index as the problem index are considerably higher, suggesting that problem drinkers in treatment represent the top of a iceberg, but certainly that proportion with the most serious alcohol problems.

Younger problem drinkers (below 30 years of age) appear to apply for treatment less frequently than older problem drinkers do. Women appear to attend to treatment as frequently as men. Furthermore there is evidence that women seek treatment at a younger age. On the contrary, older women (above 50) apply for treatment less frequently.

Also, characteristics like marital status and employment status prove to be related to application for treatment. In this study it is found that divorced, unemployed and/or disabled problem drinkers apply for treatment relatively more frequently. Possibly the seriousness of the alcohol problems play a role: in these groups both the alcoholconsumption index and the problem index prove to be considerably higher. It remains unclear if one should conclude a protective effect of marriage or employment, or a aggravating effect of divorce or unemployment. A third possible explanation is that marital status and/or employment status are the consequence of a relatively autonomous development of the alcohol problems. The pre-cize relations require further study.

In the whole population under study there is a serious side use of tranquilizers. Almost a quarter of the problem drinkers reports a daily use of these drugs, which is considerably more than in the general population. In treatment possible withdrawal effects have to be faced.

Concerning goals and expectations of clients, mention must be made that only few problem drinkers expect help for problems in marriage, work, finances or housing, while also in this study the relation of these factors to alcohol problems has been proven and furthermore possibilities exist for treatment centers to give support in solving these problems.

The supply of treatment: criteria of intake staff (chapter 4)

With respect to admission for treatment, conditions must be met that generally are called intake criteria. The intake criteria of 3 treatment programs, an ambulatory program, a clinical program and a detoxication program are examined by way of interviewing intake staff. These criteria are the intake criteria as reported by intake staff, as opposed to the intake criteria actually applied. These were examined by analysing factors that relate to the intake decision (see chapter 5). These intake criteria indicate target groups for different treatment programs.

Matching the demand for and the supply of treatment: intake interview, intake decision and intake outcome (chapter 5)

Besides application, the intake is the second important moment in the proces of matching between the demand for and supply of treatment. The intake has the objective of arriving at an optimal assignment of problem drinkers to different treat-

ment programs, so as to advance the effectivity of treatment.

The intake decision leads to treatment in 70 percent of the intakes, while 19 percent of the clients are referred to another treatment program within the treatment center. The demand for treatment is almost always being met. Referral within the treatment center is mostly from the ambulatory and clinical program to the detoxication program.

Examined are the factors that relate to the intake decision. These are regarded as the actually applied intake criteria. Intake criteria that are most frequently mentioned are goals and expectations of treatment and alcohol problems, followed by earlier treatment contacts, social network and health status. Of these intake criteria, social network and health status relate most strongly to the intake decision. Less frequently mentioned, but as strongly related to the intake decision, is the criterion side use of addictive substances (daily use of tranquilizers).

Serious alcohol problems are a main reason for the ambulatory program to refer to the detoxication program. De assessment of the seriousness of the alcohol problems is mainly based on the duration of the alcohol problems: problem drinkers with alcohol problems lasting more than 10 years have a three times higher chance to be rejected by the ambulatory program. Also, side use of addictive substances is the main reason for the ambulatory program to refer to the detoxication program, for example when withdrawal symptoms can be expected. The odds of being rejected by the ambulatory program in this case are four times as high.

Intake staff of both the ambulatory and clinical program judge health status as an important intake criterion. In the first place it is regarded as an important indicator for the seriousness of alcohol problems. For the ambulatory program, withdrawal symptoms are expected to play an important role, for the clinical program (suspected) underlying psychiatric problems. It appears from the qualitative analysis that the diagnosis of psychiatric problems is mainly based on the history of possible earlier admissions to psychiatric treatment centers. Attention for an adequate diagnosis of the psychic health status is recommended.

The situation in the social network is taken up in the first place as an indicator for the seriousness of the alcohol problems. For the clinical program, it may eventually become a necessity to pick a client out of the family situation. In the second place it is an important criterion for the ambulatory program to estimate the feasibility of an ambulatory treatment. In case no backing from the social network can be expected, an ambulatory treatment becomes more risky.

The lack of former treatment contacts is an important indication for treatment in the ambulatory program. Problem drinkers that already have been admitted in a clinical treatment program have a six times higher chance to be referred by the ambulatory program. Results of former treatment contacts play a role for the clinical program in the sense that failure of former treatment contacts is an important reason for not admitting a client any more. Furthermore it is surprising that for this program clients without former treatment contacts have as high a chance to be

admitted. An ambulatory contact seems to be more appropriate in such a case.

Finally, goals and expectations of clients play an important role in the intake decision, although the connections are somewhat more complex. In the clinical program, clients are admitted more easily when they have more serious alcohol problems while the expectations regarding success are lower. In the ambulatory program on the contrary, these clients are being referred, possibly because ambulatory care poses higher conditions regarding the treatment perspective.

It can be concluded that by way of application for treatment and the intake decision a matching takes place between the demand for and the supply of treatment, in the first place based on the seriousness of the alcohol problems, in which case the ambulatory program directs itself to the less serious alcohol problems and the clinical program to the alcohol problems that cannot be managed by ambulatory care any longer. In the second place, the intake is an assessment procedure that has the objective of determining whether certain important conditions for successful treatment have been met. As examples can be mentioned the somatic and psychic health status, possible side use of addictive substances in the situation of the social network. When these conditions are not met, clients are referred to the detoxication program. This treatment program, that hardly has any admission criteria, can be seen as the safety net of the alcohol treatment. Not so much treatment, but care is the main objective of this program.

Recommendations with respect to treatment and government policy

It is concluded that a careful development and application of intake criteria can advance the effectiveness and efficiency of treatment. Research, necessary for the development of intake criteria, can be conducted by treatment centers themselves with the help of registration systems.

The government could improve the efficiency of alcohol treatment by way of making possible a further differentiation of treatment modalities and stimulating regional cooperation between ambulatory and clinical treatment centers with the objective of developing common intake procedures.

LITERATUURLIJST

- APA (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases. 3rd edition, APA, Washington.
- Armor, D.J. e.a. (1978): Alcoholism and treatment. New York, John Wiley and Sons.
- Baekeland, F. e.a. (1975): Methods for the treatment of chronic alcoholism: a critical appraisal. In: R.J. Gibbins e.a.(eds.): Research advances in alcohol and drug problems vol. 2. New York, Wiley and Sons.
- Bensing, J.M., W.M.J. v. Duyne, T.E.D. v.d. Grinten, D. v.d. Meer (1987): De eigen aard van het gezondheidsonderzoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65 (18): 606-10.
- Blalock, H.M. (1979): Social statistics. McGraw-Hill.
- Blijenberg-Ruis, B., H.F.L. Garretsen, J.H. Schuurman, A.L.T. Verdonk (1986): Het gebruik van slaap- en kalmerende middelen. Een secundaire analyse van een Rotterdams onderzoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 64: 461-497.
- Booth, P.G. (1984): Problem drinkers' goal choice and treatment outcome: a preliminary study. Addictive Behaviors 9 (4): 357-64.
- Bromet, E., Moos, R.H. (1977): Environmental Resources and the posttreatment functioning of alcoholic patients. Journal of Health and Social Behavior 18: 326-38.
- Cahalan, D. (1976): Problem drinkers, a national survey. San Francisco.
- Cole, S.G., W.E. Lehman, E.A. Cole, A. Jones (1981): Inpatient versus outpatient treatment of alcohol and drug abusers. American Journal Drug Alcohol Abuse 8 (3): 329-45.
- Dijk, W.K. v. (1976): Alcoholisme, een veelzijdig verschijnsel. Tijdschrift voor Alcohol en Drugs 2 (1): 26-32.
- Drenthen, T., B. Tax, E. ter Heine, P. Heydendael, P. Hodiament, C. König-Zahn, P. Peer (1987): Alcoholconsumptie en gezondheidsproblemen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65 (6): 158-64.
- Driessen, F.M.H.M. (1987): Cliënten van methadonprogramma's in Amsterdam, determinanten van de uitstroom, regelmatig gebruik, crimineel gedrag en doorstroom. Instituut Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Edwards, G. (1977): Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publications 32, Geneve.
- Elal-Lawrence, G. e.a. (1986): Predictors of outcome type in treated problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol 47 (1): 41-7.
- Emrick, C.D. (1975): A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: the relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. Journal of Studies on Alcohol 36 (1): 88-108.
- Emrick, C.D., J. Hansen (1983): Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism, fact or fanatasy? American Psychologist 38 (10): 1078-88.

- Engelsman, E.L. (1981): Het alcoholbeleid van de overheid. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 7 (4): 124-9.
- Epen, J.H. v. (1977): Therapeutische 'modellen' bij opvang en behandeling van verslaafden aan drugs en alcohol. *MGV* 32: 584-92.
- Ettore, E.M. (1985): A study of alcoholism treatment units. *Alcohol and Alcoholism* 20 (4): 361-78.
- Finney, J.W., R.H. Moos (1986): Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues. *Journal of Studies on Alcoholism* 47 (2): 122-34.
- Freedberg, E.J. e.a. (1981): The relationship between alcoholism treatment outcome in terms of drinking and various patient characteristics. *Journal of Occupational Medicine* 23 (1): 30-4.
- Garretsen, H.F.L. (1983): Probleemdrinken. Prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden. Proefschrift, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Garretsen, H.F.L. (1983): Primaire preventie ten aanzien van alcohol en probleemdrinken. Mogelijkheden voor een overheidsbeleid. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 61 (1): 12-21.
- Garretsen, H.F.L., R.A. Knibbe (1985): Drinkproblemen: onderlinge verbanden en samenhang met consumptieniveau. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63 (9): 366-70.
- Gayford, J.J. (1979): Current trends in admissions to an alcohol unit. *Medical Science and Law* 19 (4): 235-9.
- Gellens H.K. e.a. (1976): Drinking outcome of specific alcoholic subgroups. *Journal of Studies on Alcohol* 37 (7): 986-9.
- Gibbs, L., Flanagan (1977): Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *International Journal of the Addictions* 12 (8): 1097-141.
- Gibbs, L.E. (1981): The need for a new design for evaluating alcoholism treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence* 8 (4): 287-99.
- Giel, R. (1973): Over de opname van psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 15 (3): 110-24.
- Gips, C.H. (1976): Recente gegevens over het alcoholgebruik en over sterfte aan levercirrose in Nederland. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 2: 31-3.
- Glaser, F.B. (1980): Anybody got a match? Treatment research and the marketing hypothesis. In: G. Edwards, M. Grant: *Alcoholism treatment in transition*. London, Croom Helm.
- Gottheil, E. (1978): The rationale and range of treatment objectives in alcoholism. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 5 (3): 315-20.
- Haen, F. de, Lieshout, P. v. (1985): GGZ in getallen 1983. Utrecht, NCGV-reeks 73.
- Hageman-Smit, J. (1977): De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 55: 664-8.
- Hart, L.S. e.a. (1979): An application of the multidimensional model of alcoholism to program effectiveness, rehabilitation status and outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 40 (7): 645-55.
- Hilderink, C., B. Tax, P.L.S. V. Lier, T Drenthen (1985): Alcoholhulpverlening in

- de gezondheidsregio Nijmegen: een inventarisatieonderzoek onder hulpverleners. 1. Cijfers over probleemdrinken en hulpverlening. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope stoffen 11 (1): 1-8.
- Holder, H.D., J.O. Blose (1986): Alcoholism treatment and total health care utilization and costs. A four-year longitudinal analysis of federal employees. JAMA 256 (11): 1456-60.
- Hore, B. e.a. (1975): Who goes to alcoholic units. British Journal of Addiction 70 (3): 263-70.
- Hovens, J.E. (1985): Diagnostiek van alcoholproblematiek met behulp van vragenlijsten, een stand van zaken. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 11 (4): 147-54.
- Jansen, M.E., D. Sikkels (1981): Verkorte versies van de VOG-schaal. Gezondheid en Samenleving 2: 78-82.
- Jellinek, E.M. (1960): The disease concept of alcoholism. New Haven, University Press.
- Knibbe, R.A. (1981): Probleemdrinken in Limburg. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Knibbe, R.A. (1984): Van gangbaar tot problematisch alcoholgebruik. Proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Knibbe, R.A., M.J. Drop, A. Muijtens (1986a): Correlaten van gangbare drinkpatronen en van geïntensiveerd drankgebruik. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 12 (5): 171-81.
- Knibbe, R.A., M.J. Drop (1986b): Problematisch drankgebruik: nadelige gevolgen, zorgen en afkeuring. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 12 (6): 211-23.
- Knowles, P.L. (1983): In-patient versus out-patient treatment of substance misuse in hospitals, 1975-1980. Journal of Studies on Alcohol 44 (2): 384-7.
- Kok, A.F.W. (1983): Geestelijke gezondheidszorg en verslaafdenzorg. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 9 (2): 82-6.
- Kok, A.F.W. (1984): Enige aspecten van de toegankelijkheid van de hulpverlening voor verslaafden. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 10 (3): 115-20.
- Levin, G. (1974): How treatment decisions are made: an analysis of the intake disposition system. International Journal of Mental Health 3: 93-103.
- Lier, P.L.S. van, B. Tax, C. Hilderink, T. Drenthen (Alcoholhulpverlening in de gezondheidsregio Nijmegen: een inventarisatieonderzoek onder hulpverleners. 2. Functioneren van de hulpverlening): Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 11 (2): 49-54.
- Limbeek, J. v. e.a. (1986): Een model voor de vroegtijdige diagnostiek van alcoholverslaving. Huisarts en Wetenschap 29, supplement 10, 23-7.
- Lint, J. de (1987): Alcohol en samenleving, de wetenschappelijke onderbouwing van een matigingsbeleid. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope Stoffen 13 (3): 71-4.

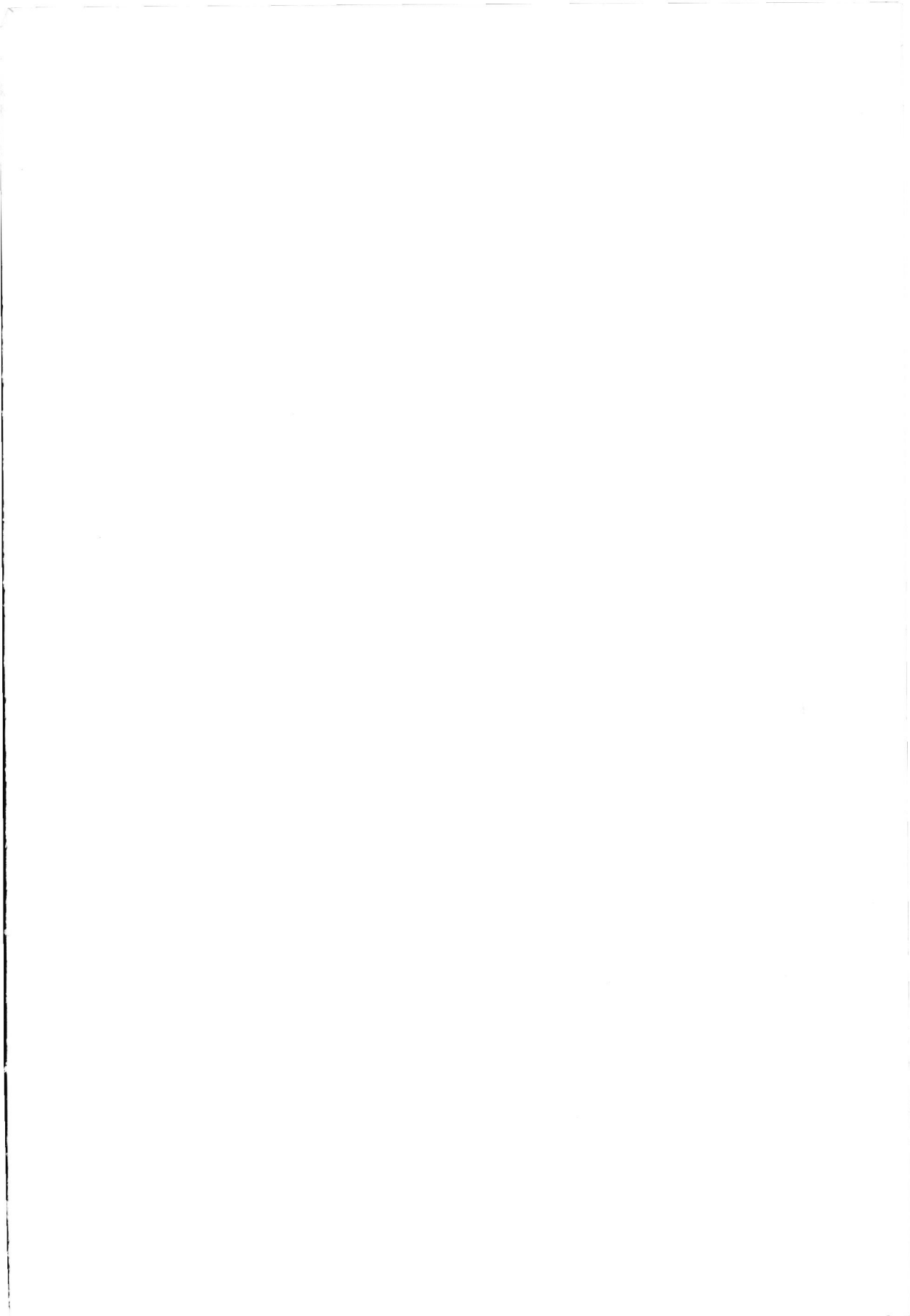
- Mackenbach, J.P. (1982): Behoeftte-onderzoek. Een relevante bijdrage van de epidemiologie aan gezondheidszorgbeleid?. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 60 (20): 568-74.
- McLachlan, J.F.C. (1972): Benefit from group therapy as a function of patient-therapist match on conceptual level. Psychotherapy Theor. Res. Pract. 9 (4): 317-23.
- McLachlan, J.F.C. (1974): Therapy strategies, personality orientation and recovery from alcoholism. Canadian Psychiatry Association Journal 19: 25-30.
- McLellan, A.T., C.P. O'Brien, R. Kron, A.I. Alterman, K.A. Druley (1980): Matching abuse patients to appropriate treatments: a conceptual and methodological approach. Drug and Alcohol Dependence 5: 189-95.
- McLellan, A.T., L. Luborsky, G.E. Woody (1983a): Predicting response to drug and alcohol treatments: role of psychiatric severity. Archives of General Psychiatry 40: 620-5.
- McLellan, A.T., G.E. Woody, L. Luborsky, C.P. O'Brien, K.A. Druley (1983b): Increased effectiveness of substance abuse treatment. A prospective study of patient-treatment 'matching'. Journal of Nervous and Mental Disease 171 (10): 597-605.
- Mendel, M. e.a. (1969): Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. Archives of General Psychiatry 20: 321-8.
- Miettinen, O.S. (1985): Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine. John Wiley & Sons, New York.
- Miller, P.M. (1976): Behavioral treatment of alcoholism. Oxford, Pergamon Press.
- Miller, W.R., Hester, R.K. (1980): Treating the problem drinker. Modern approaches. In: W.R. Miller (ed.): The addictive behaviors. Oxford, Pergamon Press.
- Miller, W.R. (1980): The addictive behaviors. Oxford, Pergamon Press.
- Ministerie van WVC (1986): Alcohol en samenleving. Nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Kamerstuk 19243 (2-3), Staatsuitgeverij, Den Haag.
- Noble, E.P. (1978): Treatment of alcoholism and problem drinking. In: Alcohol and Health. U.S. Department of Health, Education and Welfare, NIAAA.
- Ornstein, P., Cherepon, J.A. (1985): Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol 46 (5): 425-432.
- Page, R.D., L.H. Schaub (1979): Efficacy of a three- versus a five-week alcohol treatment program. International Journal of the Addictions 14 (5): 679-714.
- Pattison, E.M. (1966): A critique of alcoholism treatment concepts with special reference to abstinence. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 27 (1): 49-71.
- Pattison, E.M. (1977): Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems. American Journal of Psychiatry 134 (3): 261-6.
- Plomp, H.N. (1985): Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten. Een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. VU-uitgeverij, Amsterdam.
- Plomp, H.N. (1987): Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten. Een studie naar het

- verloop en de determinanten van professionaliseringsprocessen in organisaties. Proefschrift, Vrije Universiteit, VU-uitgeverij, Amsterdam.
- Polich, J.M. e.a. (1980): Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol* 41 (5): 397-416.
- Polich, J.M. e.a. (1981): *The course of alcoholism: four years after treatment*. New York, Wiley and Sons.
- Raat, H. (1987): Alcoholproblematiek en hulpverlening. Proefschrift, Vrije Universiteit, VU-uitgeverij, Amsterdam.
- Reek, J. v. (Rookgedrag in Nederland van 1958-1982): 1983. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope stoffen* 9: 99-103.
- Regtering, M., M. Lange (1979): Verschillen in verwachtingen in de beginfase van een therapeutische relatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 5 (6): 343-56.
- Room, R. (1980): Treatment-seeking populations and larger realities. In: G. Edwards, M. Grant: *Alcoholism treatment in transition*. Croom Helm, London.
- Rothman, K.J. (1986): *Modern epidemiology*. Little, Brown and Company, Boston.
- Schippers, G.M., G.A. Jansen, R.F.W. Diekstra (1978): Excessief alcoholgebruik. Een sample-survey onderzoek naar drinkproblemen en correlaten. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 58 (1): 2-9.
- Schippers, G.M. (1981): Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek: een sociaal-cognitieve studie naar individuele verschillen. Proefschrift, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Schuckit, M.A. e.a. (1986): Prediction of outcome in inpatient alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 47 (2): 151-155.
- Schudel, W.I. (1979): Opname in psychiatrische instellingen, een overzicht van beslissende factoren. *MGV* 34: 617-28.
- Seeleye, E.E. (1979): Relationship of socioeconomic status, psychiatric diagnosis and sex to outcome of alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 40 (1): 57-62.
- Sijlbing, G. (1978): Drinkgewoonten van de Nederlanders. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs* 4 (3): 109-14.
- Silverman, P.R. (1970): A reexamination of the intake procedure. *Social Casework* dec.: 625-35.
- Skinner, H.A. (1981): Comparison of clients assigned to in-patient and out-patient treatment for alcoholism and drug addiction. *British Journal of Psychiatry* 138 (4): 312-20.
- Smart, R.G. (1979): Female and male alcoholics in treatment: characteristics at intake and recovery rates. *British Journal of Addiction* 74: 275-281.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1976): Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results. *Behaviour Research and Therapy* 14: 195-215.
- Sobell, M.B. e.a. (1980): Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness. In: L.C. Sobell e.a. (eds.): *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness. Recent advances*. New York, Pergamon Press.

- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1973): Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy* 4: 49-72.
- Stinson, D.J. e.a. (1979): Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry* 36 (5): 535-9.
- Sytema, S., Ormel, J. (1986): Vergelijkbaarheid in het alcoholonderzoek: methodologische problemen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64: 527-31.
- Vanicelli, M. e.a. (1981): Prediction of outcome in treatment of alcoholism: a study of staff and patients. *Journal of Studies on Alcoholism* 42 (11): 938-50.
- Voorbereidingscommissie Raad voor Gezondheidsonderzoek (1982): Rapport inzake de instelling van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. VAR-rapport, Ministerie van WVC.
- Wal, H.J. v.d. (1981): De sociale problematiek van het alcoholisme. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 59 (7): 198-202.
- Walburg, J.A. (1980): Alcoholisme. In: J.W. Orlemans e.a.: *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer, van Loghum Slaterus.
- Walburg, J.A. e.a. (1981): Conditie die van belang zijn bij de terugval van mensen met alcoholproblemen en methoden om terugval te voorkomen. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en overige Psychotrope stoffen* 7 (2): 50-59.
- Wanberg, K.W. e.a. (1973): Initial contact and admission of persons requesting treatment for alcohol problems. *British Journal of the Addictions* 68 (4): 281-5.
- WHO (1979): *International Classification of Diseases*. 9th edition, WHO, Geneve.
- Wiens, A.N., Menustik, C.E. (1983): Treatment outcome and patient characteristics in an aversion therapy program for alcoholism. *American Psychologist* 38 (10): 1089-1096.
- Williams, R.J. (1977): Social stability on admission and succes of in-patient treatment for alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence* 2 (2): 81-90.
- Zee, J. v.d. (1982): De vraag naar de diensten van de huisarts. *Nederlands Huisartsen Instituut*, Utrecht.
- Ziemelis, A. (1974): Effects of client preference and expectancy upon the initial interview. *Journal of Consulting Psychology* 21: 23-30.
- Zwart, W.M. de (1985): Alcohol, tabak en drugs. Een statistisch rapport. SWOAD, Amsterdam.

CURRICULUM VITAE

Guus Bannenberg werd op 12 april 1956 in Naaldwijk geboren. Hij genoot een gymnasium- β opleiding aan het Augustinianum te Eindhoven en studeerde van 1974 tot 1983 geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Na het behalen van het basisartsexamen volgde aanstelling als wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit, waar hij belast werd met taken in onderzoek en het onderwijs in sociale geneeskunde en epidemiologie. Registratie als sociaal-geneeskundige algemene gezondheidszorg vond plaats in mei 1987. Sinds januari 1988 is hij werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden.



HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

AFSTEMMING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING

Ten behoeve van hulpverlenings- en overheidsbeleid met betrekking tot alcoholproblematiek is inzicht in de behoefte aan hulp in de bevolking onontbeerlijk om te komen tot een optimale afstemming van alcoholproblematiek en hulpverlening.

In dit boek wordt de beslissing tot aanmelding van de cliënt en de daarop volgende intakebeslissing van de hulpverlener aan een nader onderzoek onderworpen. Analyse van de factoren die samenhangen met deze beslissingen geeft inzicht in het proces van afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening.

Guus Bannenberg is sociaal-geneeskundige en werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO te Leiden.

88014

ISBN 90-6743-123-0