



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw



Vrije
Universiteit
Brussel

ICArUS

Integrated Care for patients with Alcohol Use disorders

Executive summary

Trudy Bekkering

Lodewijk Pas

Evelien Lenaerts

Bert Aertgeerts

Geert Verstuyf

Dieter Zeeuws

Frieda Matthys

Catharina Matheï

Achtergrond

Alcoholgebruik is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Volgens een recent rapport van de WHO is het gebruik van alcohol mede-oorzaak van meer dan 200 aandoeningen, vooral alcoholverslaving, levercirrose, kanker en verwondingen (1). De sterfte, toegeschreven aan alcoholgebruik wordt geschat op 1 op de 7 doden voor mannen en 1 op de 30 bij vrouwen (2). Volgens de Belgische gezondheidsenquête heeft 10% van de Belgische bevolking een stoornis in het gebruik van alcohol (AUD) (gebaseerd op de CAGE-criteria) en Rehm et al. stellen dat 5.4% van de Belgische mannen en 1,9% van de Belgische vrouwen 18 – 64 jaar lijden aan een alcoholverslaving (3-4).

In de verslavingsgeneeskunde is er inmiddels een brede steun voor de visie dat AUD een chronisch gezondheidsprobleem, dat veel overeenkomsten vertoont met andere chronische ziekten qua erfelijkheid, verloop, kans op hervallen behandelbaarheid (5). Nog, in tegenstelling tot andere chronische ziekten, is AUD sterk onderbehandeld. Een Europese studie (waaronder België) vond dat slechts 8% van de personen met een alcoholprobleem enige vorm van professionele hulp voor hun drankprobleem had ingeroepen in het afgelopen jaar (6).

Deze behandeling-kloof is het resultaat van 2 belangrijke processen. Vooreerst is gebleken dat het lang duurt voor individuen met AUD hulp zoeken. Meerdere hindernissen zijn hier vastgesteld: op het niveau van de individuen zelf, maar ook van professionals in de gezondheidssector en wat de sociaal-economische context betreft (7-8). Daarnaast worden veel patiënten die in behandeling gaan weggestuurd of verlaten zelf voortijdig het programma. Hiervoor zijn er meerdere oorzaken. De zorg voor patiënten met AUD is vaak ontoereikend of gebaseerd op praktijken met weinig of geen bewijs van effectiviteit (5, 9-11). Bovendien is behandeling vooral gericht op de acute aanpak: detoxificatie-programma's, soms gevolgd door speciale behandeling rehabilitatie programma's, maar zonder proactieve inspanningen om de continuïteit van zorg te voorzien (5). Tot slot, is er geen integratie van de zorg. Medische behandeling, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden vaak apart aangeboden, en verschillende zorgomgevingen (intramuraal, extramuraal en partiële hospitalisatie) functioneren meestal los van elkaar.

In de ketenzorg voor patiënten met AUD, zijn meerdere geïsoleerde ketenzorginterventies beschreven in allerlei vormen en maten (10,12). Volledig geïntegreerde zorg programma's (ICP) zijn echter niet ontwikkeld (13).

Doelstellingen

Het uiteindelijke doel van het Belgische ICARUS- project is de ontwikkeling van een ICP voor de ketenzorg van patiënten met alcohol afhankelijkheid. Ontwikkeling van een dergelijke ICP vergt een systematische benadering op basis van een internationaal gevalideerde aanpak (14). In dit project hebben we de volgende specifieke doelstellingen geformuleerd:

1. Identificeren van interventies voor AUD met behoud van de beginselen van geïntegreerde zorg en evalueren van hun doeltreffendheid
2. Systematisch *evidence-based* indicatoren ontwikkelen voor het meten van de kwaliteit van de zorg
3. Beoordelen van de continuïteit van zorg voor AUD, zoals ze momenteel in België wordt aangeboden
4. Identificeren van de barrières en facilitatoren met betrekking tot de huidige continuïteit van zorg voor AUD.

We hebben ketenzorg of continuïteit van zorg' gedefinieerd als de fase van de behandeling na de ontwenningfase

Resultaten

1. Effectieve interventies in de ketenzorg voor AUD

Om inzicht krijgen in hoe ketenzorg voor AUD-patiënten effectief te organiseren na de fase van de meer intensieve psychiatrische zorg, werd een systematische literatuurstudie over deze gecontinueerde zorginterventies uitgevoerd. Deze studie werd gepubliceerd in *Drug and Alcohol Dependence* (13).

De eerste opmerkelijke vaststelling van dit literatuuronderzoek was de schaarste van kwalitatief hoogstaande studies over gecontinueerde zorg bij deze patiëntengroep. Slechts 6 studies voldeden aan de inclusiecriteria. Voor een ziekte met zulke verwoestende gevolgen, zowel op een persoonlijke als op sociaal-economisch niveau, zou je anders verwachten.

Bovendien, gebaseerd op de beperkt beschikbare gegevens, kwamen we tot de voorlopige conclusie dat het toevoegen van een actieve tussenkomst aan gebruikelijke zorg leek de resultaten van de behandeling leek te verbeteren. De actieve interventies verschilden van gebruikelijke nazorg in de zin dat behandeling meer proactief naar de patiënt werd gebracht en meestal op een regelmatigere basis georganiseerd. Ze bleek sterk gericht op patiënt *empowerment* door het aanleren van copingvaardigheden en het vergroten van de motivatie, terwijl de gebruikelijke zorg hoofdzakelijk uit ondersteunende counseling bestond en aanmoediging tot het bijwonen van de zelfhulpgroepen (AA). De actieve interventies waren ook gericht op het functioneren van de patiënt binnen zijn familiaal netwerk en op een betere coördinatie tussen de patiënt en verschillende diensten van de gezondheidszorg. Ten slotte werd geconcludeerd dat meer effectiviteitsstudies met betrekking tot interventies in de zorg voor AUD noodzakelijk zijn. Deze studies moeten inzicht geven in welke patiënt kenmerken bij welke behandeling passen en ook kosteneffectiviteit moet onderzocht worden. Ook willen wij pleiten voor vergelijkbare uitkomstmaten.

2. Ontwikkeling van indicatoren voor het beoordelen van de kwaliteit van de ketenzorg voor AUD

Met de door RAND aangepaste Delphi-methode, trachtte dit onderzoek systematisch *evidence-based* indicatoren te ontwikkelen voor het meten van de kwaliteit van AUD nazorg. Met behulp van een systematisch literatuuronderzoek naar internationale *evidence-based* richtlijnen, werden bestaande kwaliteits- en *outcome*-indicatoren geïdentificeerd en beoordeeld door een multidisciplinaire groep van deskundigen.

We vonden 6 *evidence-based* richtlijnen van matige kwaliteit met aanbevelingen relevant voor nazorg bij AUD. De meeste aanbevelingen over nazorg waren gebaseerd op expert-consensus en voor geen van de bestaande kwaliteitsindicatoren werd een hard bewijs geleverd. Uit een totaal van 69 aanbevelingen, werden 17 kwaliteitsindicatoren en 19 resultaatsindicatoren voorgesteld. Na 3 rondes werd consensus bereikt over 13 indicatoren waarvan 10 met betrekking tot het proces en 3 met betrekking tot resultaat (tabel 1).

Tabel 1: Het aantal gevalideerde indicatoren op nazorg

1. Het percentage patiënten dat was geïnformeerd over zelfhulpgroepen voor alcoholmisbruik.
2. Het aandeel van de patiënten voor wie psychosociale terugvalpreventie strategieën werd gebruikt.
3. Binnen de groep van patiënten die akkoord gingen met het betrekken van de omgeving, het aantal patiënten waarvoor het milieu daadwerkelijk betrokken werd.
4. Binnen de groep van patiënten die medicatie kreeg, het aantal patiënten dat ook psychosociale interventies ontvangt ontvingen.
5. Het percentage patiënten dat tijdens het proces van de lichamelijke ontwenning is geïnformeerd over het belang van langdurige betrokkenheid in behandeling.
6. Het aantal patiënten dat is gevolgd ten minste 3 maanden na hun ontslag.
7. Binnen de groep van patiënten die voor alcoholreductie kozen, het percentage van de patiënten voor wie schade beperkende strategieën werden gebruikt.
8. Het percentage patiënten voor wie nazorgplan werd ontwikkeld in overleg met de patiënt.
9. Het percentage patiënten die vervolgbehandeling kreeg binnen de 14 dagen ontslag
10. Het percentage patiënten dat over de kwaliteit van het contact met zijn hulpverleners tevreden is.
11. Het aantal patiënten dat abtinent is drie * maanden na ontslag.
12. Het aantal patiënten dat goed functioneert drie * maanden na ontslag
13. Het aantal patiënten dat zich psychisch goed voelt drie* maanden na ontslag.

* ook andere periodes, en langere periodes moeten bekeken worden

De indicatoren over het zorgproces hebben meestal te maken met psychosociale acties van hulpverleners waarin de patiënt een centrale rol speelt. Bijvoorbeeld: voorlichting van patiënten over zelfhulp, verstrekken van psychosociale interventies en patiënten in behandeling houden.

Onze set van indicatoren is uniek omdat hij specifiek is voor ketenzorg bij AUD. De bestaande kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg verwijzen meestal naar het aantal contacten, en diensten, de continuïteit van deze contacten en het voorschrijven van medicatie. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de ontwikkelingsmethode. De meeste indicatorensets zijn gebaseerd op bestaande registratie- of administratieve gegevens. Voorbeelden zijn de *Washington Cirkel Performances measures* (15) of de internationale meetinstrumenten voor de kwaliteit van de zorg in de geestelijke gezondheidszorg (16). Voordeel van dergelijke indicatoren is dat het gemakkelijker is om gegevens te verzamelen op een grote schaal. Nadeel is dat de meetinstrumenten betrekking hebben op slechts enkele aspecten van kwaliteit van de nazorg. Relevante aspecten van de kwaliteit die mogelijk ontbreken zijn patiënttevredenheid, klinische resultaten en evaluatie van de betrouwbaarheid van *evidence-based* interventies in empirisch bewezen modellen (16). Deze worden wel opgenomen in onze reeks indicatoren.

Wij hebben een systematische methode toegepast voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op basis van wetenschappelijk bewijs door het combineren van beschikbaar bewijsmateriaal (inhoudsvaliditeit) aangevuld met deskundig advies, bvb. de RAND methode (*face* validiteit). De sterkte van deze methode zit in het feit dat klinische richtlijnen bedoeld zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren? Indicatoren die hierop gebaseerd zijn, verwijzen dan ook naar proceskwaliteit (17). Opgemerkt moet worden, echter dat alle aanbevelingen over continue zorg precies gebaseerd zijn op expert consensus. Dit illustreert nog eens de schaarste van onderzoeksgegevens op gebied van ketenzorg, zoals ook is vermeld in onze systematische review (13). Een ander sterk punt is het verwerken van de visie van de patiënten. Een studie indicator –ontwikkeling, gebaseerd op richtlijnen van *den Breejen et al.* (18) toonde aan dat een patiëntengroep andere indicatoren selecteert dan een groep van professionals. Onze laatste set bevat één indicator die uitsluitend is gebaseerd op de inbreng van de patiënt, nl. "het percentage patiënten is tevreden is over de kwaliteit van het contact met zijn hulpverlener". De patiënten benadrukten dat een vertrouwensrelatie met de therapeut cruciaal is voor de kwaliteit van nazorg . Deze studie werd aanvaard voor publicatie in *Alcohol and Alcoholism* (19).

3. Beoordeling van voortgezette in België

Om de voortgezette zorg voor AUD zoals ze nu aangeboden wordt in België, te beoordelen, werd een online-enquête ontwikkeld en verzonden naar alle CCGs, psychiatrische ziekenhuizen met ontweningsafdelingen, PAAZ en mobiele crisis teams in België. Als een CGG of psychiatrische ziekenhuis meerdere afdelingen had die zorg voor alcoholproblemen aanbood, ontving elk een aparte vragenlijst. In totaal 18 CGG (65 centra), 34 ziekenhuizen (38 centra) en 12 mobiele crisis teams in

Vlaanderen, en 62 centra van CSM, 35 ziekenhuizen in Wallonië en Brussel werden uitgenodigd om deel te nemen. Deze online enquête was gericht op het verzamelen van gegevens met betrekking tot de aard en de inhoud van de voortgezette zorg voor AUD, als ze er was. Wij hebben ook geëvalueerd in hoeverre de gegevens worden geregistreerd, zowel in het algemeen, als ook specifiek voor de set van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld in een eerdere fase van ICARUS.

Een grote verscheidenheid in zorginterventies voor AUD werd waargenomen met betrekking tot de duur en frequentie van voortgezette zorg, type sessies (individuele versus groepsessies), zorgverleners en inhoud van de zorg (tabel 2)... Deze variatie kan de variatie in behoeften van de doelgroep weerspiegelen, maar het kan ook een gebrek aan geprotocolleerde aanpak en klinische richtlijnen illustreren. Voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren hebben wij alle richtlijnen met aanbevelingen over voortgezette zorg voor personen met AUD geïdentificeerd. We vonden slechts 6 richtlijnen en meestal waren de specifieke aanbevelingen voor voortgezette zorg voor AUD vrij vaag. Dit geeft ruimte voor individuele interpretatie van nazorg.

Tabel 2. Duur van de nazorg, type sessies en zorgverleners in Nederlands- en Franstalige centra

| Question | Antoorden | Nederlands- talig (N=27) | Franstalig (N=8) |
|-----------------------|----------------------|--------------------------------|------------------|
| Duration | < 6 maand | 17% | 36% |
| | 6 ma tot 2 jr | 27% | 54% |
| | > 2 jr | 30% | 0% |
| | Verschilt vlg geval | 27% | 9% |
| Type | Individuele sessies | 37% | 0% |
| | Enkel grope | 0% | 12% |
| | Individueel en groep | 44% | 88% |
| Care providers | Psychiater | 74% | 100% |
| | Psycholoog | 70% | 100% |
| | Soc. Ass. | 37% | 38% |
| | Andere hulpverl.* | 37% | 88% |

*Andere zorgverleners waren NL: psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige therapeut (2 x), Therapeutic medewerker dagziekenhuis FR: éducateurs (2 x), criminologues, kiné, ergothérapeutes, Assistent sociale, neuropsychologues

Een opvallend verschil tussen de Nederlands- en de Franstalige centra dat uit de enquête blijkt, is dat de Franstalige centra vaker, op zijn minst een deel van de voortgezette zorg residentieel aanbieden terwijl in Vlaanderen voortgezette zorg voor AUD vooral poliklinisch is georganiseerd. Op dit moment weten we niet welke setting het beste is of welke patiënt best reageert in welke setting.

Registratie van gegevens is nog geen gangbare praktijk. 35 % procent van de Nederlandstalige centra en 46% van de Franstalige hielden gegevens bij over de voortgezette zorg voor AUD. De inhoud van de verzamelde gegevens varieerde sterk. Er werden vooral gegevens over het proces geregistreerd overwegende en weinig

over resultaat. Zeven organisaties (5 Nederlandstalige en 2 Franstalige) verklaarden dat zij elektronische patiëntendossiers gebruiken om deze gegevens te registreren. Voor elke geselecteerde kwaliteitsindicatoren vonden we minstens enkele centra die dit registreerden. (tabel 3). Dit lijkt de toepasbaarheid van de indicatorenset voor de beoordeling van de kwaliteit van de voortgezette zorg voor patiënten met AUD te ondersteunen

Tabel 3: Gegevens geregistreerd voor de set van kwaliteitsindicatoren

| | Nederlands | Frans |
|--|------------|-------|
| 1. Patiënt is op de hoogte van de zelfhulpgroep | 74% | 85% |
| 2. Psychosociale hervalpreventiestrategieën worden gebruikt. | 74% | 69% |
| 3. Patiënten bij wie de omgeving daadwerkelijk betrokken is. | 71% | 77% |
| 4. Patiënten die medicatie én psychosociale interventies ontvangen. | 83% | 85% |
| 5. Patiënt is geïnformeerd over het belang van langdurige betrokkenheid in de behandeling. | 69% | 85% |
| 6. Patiënt wordt gevolgd ten minste 3 maanden na het ontslag | 50% | 62% |
| 7. Schadebeperkende strategieën worden gebruikt | 53% | 46% |
| 8. Nazorgplan is ontwikkeld in overleg met de patiënt. | 53% | 92% |
| 9. Patiënt ontvangen nazorg binnen 14 dagen | 41% | 46% |
| 10. Patiënt is tevreden met de kwaliteit van het contact met hulpverleners | 71% | 85% |
| 11. Patiënt is abtinent na driemaanden | 26% | 46% |
| 12. Patiënt functioneert goed na drie maanden | 29% | 54% |
| 13. Patiënt voelt zich psychisch goed na drie maanden | 26% | 62% |

4. Identificatie van belemmerende en faciliterende factoren ter verbetering van de kwaliteit van AUD nazorg: een focusgroepen onderzoek

Om het tekort aan kennis over de kwaliteit van de zorg na detoxificatie van alcohol werden de visies van mantelzorgers en professionele hulpverleners onderzocht in de twee taalgemeenschappen. Vijf focusgroepen werden

uitgevoerd met de verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters, psychologen, waarvan twee in het Frans. Ook werden twee Vlaamse groepen van patiënten, ex-patiënten en hun echtgenoten georganiseerd. Met behulp van een standaard procedure zijn de volgende vragen besproken tussen de deelnemers.

- Wat loopt goed?
- Welke problemen ziet u?
- Wat kan worden verbeterd?

Discussies werden op band en op video opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Focusgroepen zijn geanalyseerd met behulp van een constante vergelijkende aanpak. Continuïteit van de zorg, beschikbaarheid van professionele ondersteuning na detoxificatie, alsmede het omgaan met externe stressoren waren de belangrijkste bezorgdheid in de patiënten focusgroepen. Na ontwenning moet worden gestreefd naar een geleidelijke verhoging van het ziekte-inzicht; verschillende strategieën moeten worden gecombineerd om dit doel te bereiken zoals aangepaste professionele hulp en nazorg groepen. Zelfhulpgroepen zijn waardevol maar werden door sommige deelnemers als minder effectief ingeschat dan gestructureerde discussie in nazorg groepen waar gewaakt wordt over een meer evenwichtige aandacht voor het groepsproces en de persoonlijke behoeftes.

Een heersende idee, uitgedrukt zowel door patiënten, als door hulpverleners was de behoefte aan meer continuïteit van zorg en geleidelijke overgang tussen de periode voor de ontwenning, de opname, de intramurale en de extramurale zorg. Verlaten van het ziekenhuis houdt vaak een stopzetting van de individuele psychotherapeutische ondersteuning in, te wijten aan niet-beschikbaarheid, wachtlijsten of financiële problemen. Bovendien benadrukken alle deelnemers de behoefte aan betere communicatie en coördinatie van zorg tussen zorgverleners in alle stadia van de zorg AUD.

Betere continuïteit van de zorg vereist:

- onderhouden van contacten met alle betrokken zorgverleners
- betrekken van externe nazorg, lotgenoten en hulpverleners tijdens intramurale zorg om reeds contact te leggen met de cliënten
- Vermindering van de wachttijd voor ambulante ondersteuning bijvoorbeeld door ambulante therapeuten reeds te laten kennismaken met diensten en cliënten voor tijdens de opname
- De mogelijkheid bieden om gedurende de nazorg het intramurale team te contacteren
- Regionale multidisciplinaire coördinatie
- Gepersonaliseerde zorg plannen en organiseren

Om drop-out te voorkomen, zijn organisatorische aspecten zoals het aanbieden van voortdurende professionele ondersteuning en nazorg nodig of zelfhulp groepen en persoonlijke steun op maat.

Op maat georganiseerde zorg moet een cognitieve verandering teweeg brengen ter bevordering van een open houding en bespreking van de mogelijkheid van herval naast aandacht voor eventuele comorbiditeit en onderliggende sociale factoren.

Externe sociale factoren, attitude en gedragsmatige aspecten moeten worden bekenen om herval te voorkomen. De noodzaak van specifieke aandacht voor de contextuele factoren en de verstrekking van op maat verzorging is duidelijk tot uitdrukking gebracht, bijvoorbeeld van passende leef- en arbeidsomstandigheden- naast informatie aan vrienden of collega's moet verkleinen sociale druk om te drinken.

Een robuuste aanpak wordt verwacht attitude wijzigen bij hulpverleners in het accepteren van het chronische karakter van Alcohol afhankelijkheid. Dit impliceert de mogelijkheid om contact te houden na ontslag en gemakkelijk opnieuw toegang te krijgen tot intramurale zorg of zorg groepen indien nodig.

Een ander belangrijk aspect is de gezinscontext. Dit kan worden behandeld (bijvoorbeeld door de echtgenoten vroeg in het proces van de zorg te betrekken). Wanneer nodig moet steun ook uitgaan naar de echtgenote en dit des te meer, wanneer ze ook een drankprobleem heeft.

Toekomstplannen en aanbevelingen

1. Toekomstige stappen

Test van de indicatoren voor de voortgezette zorg in de praktijk

Om de effecten van de kwaliteitsindicatoren voor voortgezette zorg op de kwaliteit van ketenzorg voor AUD te meten, in termen van proces én van resultaat, gebruikten wij een door RAND gemodificeerde Delphi methode (19). Tijdens de indicator-selectieprocedure, werd de expert panels gevraagd vijf criteria in aanmerking te nemen bij het selecteren van de belangrijkste indicatoren. Echter, de ervaring leert dat zelfs een strenge procedure – zoals wij ze volgden- moet worden aangevuld met een praktijk test omdat een grote discrepantie kan bestaan tussen de deskundigen inschatting van de deskundigen en de momenteel geboden zorg aan de andere kant (20). Daarom zullen we in een volgende fase de indicator-set uittesten in de praktijk voor verschillende kwaliteitscriteria (20). Wij zullen ook de variatie in AUD zorg in een grote steekproef van organisaties beoordelen en bestuderen of patiënt- en organisatiekenmerken gekoppeld zijn aan deze variatie. Kennis over de invloed van deze factoren is belangrijk voor de afstemming van de interventies ter verbetering van AUD zorg.

Identificatie van belemmeringen voor het gebruik van de indicatoren en verfijning van de indicator set

Bovendien zullen we barrières en facilitatoren identificeren bij zowel professionals als patiënten en indien nodig - de huidige set van indicatoren herzien.

Voorstel voor een programma van geïntegreerde zorg

Tot slot, we zullen in samenwerking met alle belanghebbenden een geïntegreerd zorgprogramma ontwerpen gebaseerd op de resultaten van het vorige en aangepast aan de Belgische situatie. Onderdelen van het programma zullen zich richten o.m. op patiënt-georiënteerde kwaliteit van zorg en op organisatorische kwaliteit. Dit programma moet verder worden onderzocht in een gerandomiseerde gecontroleerde trial alvorens te worden toegepast in de dagelijkse praktijk. Wij zijn van mening dat een geïntegreerd zorgprogramma een beter antwoord is op de complexe behoeften van patiënten met AUD, in vergelijking met een enkele zorg interventie. Bovendien moet zo'n programma flexibel kunnen aangepast worden aan de individuele patiënt

2. Aanbevelingen

Verder onderzoek

We hebben een opvallend tekort aan onderzoeksdata met betrekking tot de doeltreffendheid van voortgezette zorg voor patiënten met AUD vastgesteld. Dergelijk onderzoek is dringend nodig evenals onderzoek naar overeenkomende kenmerken van de patiënt voor behandeling evenals kosteneffectiviteit onderzoek. Ook adviseren wij het gebruik van meer homogene meetinstrumenten om de vergelijkbaarheid tussen studies te verbeteren.

Verbetering van zorg op individueel niveau

Op basis van de bevindingen van het focusgroeponderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd om de huidige zorg voor patiënten met AUD te verbeteren.

- Kwaliteit moet worden nagestreefd door middel van maatregelen die zorgen voor betere kennis en communicatie tussen ambulante en residentiële zorg.
- Er moeten maatregelen worden genomen om sneller toegang te krijgen tot intramurale zorg in het geval van herval (of risico hierop) en aan poliklinische zorg na ontslag (bijvoorbeeld on line ondersteuning, telefonisch contact, geleidelijke overgang voorzieningen)
- Er moeten maatregelen worden genomen om ervaringsdeskundigen en mantelzorgers professionele ondersteuning te verlenen.
- Ondersteuning voor informele zorgverleners, met inbegrip van echtgenoten of relevante anderen evenals vrijwilligers van zelfhulpgroepen moet deel uitmaken van de protocollen in residentiële voorzieningen.

Improvement of care at the structural level

Een aantal maatregelen op niveau van het ziekenhuis en regionaal niveau zijn nodig voor deze coördinatie, Wij hebben ze niet beschreven in onze richtlijn. Deze maatregelen zijn echter belangrijke structurele kwaliteitscriteria. Misschien zijn beleidsmaatregelen nodig maar in pilootprojecten kunnen deze aspecten reeds worden meegenomen. Sommige bestaande maatregelen kunnen worden gebruikt (zorgplannen en -trajecten, Samenwerkingsinitiatieve eerste lijn (sels en GDT), reseau WaB and others)

- Professionele informatie over zorgvoorzieningen en continuïteit van zorg
- Multidisciplinary besprekingen
- Contact van organisaties met ambulante zorgverleners tijdens de detoxificatie
- cliënten tijdens de ontgiftigingsperiode rapportage beginselen
- goede rapportering

References

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health – 2014. Geneva: 2014.
2. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(2):89-97.
3. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: gezondheidsgedrag en leefstijl samenvatting van de onderzoeksresultaten. *Volksgezondheid*; 2014. Brussel: Wetenschappelijk Instituut
4. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health; 2012.
5. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J. Am. Med. Assoc.*, 2000; 284: 1689–1695.
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; 420:47-54.
7. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eyssen M, Paulus D. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 258. D/2015/10.273/116.
8. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet.* 2009;373: 2234–2246.
9. Rehm, J., Shield, K., Rehm, M.X., Gmel, G., Frick, U., 2012. Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence. Centre for Addiction and Mental Health www.camh.net
10. Lash SJ, Timko C, Curran G.M, McKay JR, Burden JL. Implementation of evidence-based substance use disorder continuing care interventions. *Psychol. Addict. Behav.* 2009; 25: 238–251.
11. Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A., Brigham, G.S., 2006. Disseminating evidencebased practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *J. Subst. Abuse Treat.* 31, 25–39.
12. McKay J.R. Continuing care research: what we have learned and where we are going. *J. Subst. Abuse Treat.* 2009; 36: 131–145.
13. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, Aertgeerts B. Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Feb 1;135:9-21.
14. Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-1230.

15. Garnick, D.W., Lee, M.T., Horgan, C.M., Acevedo, A. 2009. Washington Circle Public Sector Workgroup. Adapting Washington Circle performance measures for public sector substance abuse treatment systems. *J Subst Abuse Treat*, 36, 3, 265-77. doi: 10.1016/j.jsat.2008.06.008. Epub 2008 Aug 21.
16. Hermann, R.C., Mattke, S., Somekh, D., Silfverhielm, H., Goldner, E., Glover, G., Pirkis, J., Mainz, J., and Chan, J.A. 2006. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int. J. Qual. Health Care*, September, 31–38 10.1093/intqhc/mzl025
17. Kotter, T., Blozik, E., Scherer, M. 2012. Methods for the guideline-based development of quality indicators--a systematic review. *Implementation science: IS*, 7, 1, 21. Epub 2012/03/23.
18. den Breejen, E.M., Nelen, W.L., Schol, S.F., Kremer, J.A., Hermens, R.P. 2013. Development of guideline-based indicators for patient-centredness in fertility care: what patients add. *Hum Reprod*. 28, 4, 987-96. doi: 10.1093/humrep/det010. Epub 2013 Feb 14.
19. Bekkering GE, Zeeuws D, Lenaerts E, Pas L, Verstuyf G, Matthys F, Aertgeerts B, Matheï C Development and validation of quality indicators on aftercare for patients with AUD: a Delphi study. *Alcohol and Alcoholism*. 2016. Accepted.
20. Mourad SM, Nelen WL, Hermens RP, Bancsi LF, Braat DD, Zielhuis GA, Grol RP, Kremer JA. Variation in subfertility care measured by guideline-based performance indicators. *Hum Reprod*. 2008; 23:2493-500.