

leefstijlmodule

Problematisch alcoholgebruik

Document	Leefstijlmodule Problematisch alcoholgebruik
Auteur	Medisch coördinatoren, praktijkconsulenten en kaderhuisartsen UNICUM
Versiedatum	november 2023

Deze leefstijlmodule is gebaseerd op de NHG-standaard problematisch alcoholgebruik (april 2021) en de NHG-Zorgmodule Leefstijl alcohol (2015), aangevuld met de informatie beschikbaar via het Trimbos-instituut en is tot en is tot stand gekomen met medewerking van Hennie Monrooij (POH), Laura Hilhorst (diëtist), Mariëlle Zuidgeest (diëtist) en Els Coyajee (apotheker)

Inhoudsopgave

1 – Inleiding	3
2 - Richtlijnen diagnostiek	4
2.1 Screening en signalen	4
2.2 Inventariseren	5
2.3 Exploreren van de motivatie tot gedragsverandering	6
2.4 Aanvullend onderzoek	6
2.5 Evaluatie inventarisaties	7
3 - Richtlijnen beleid	8
3.1 Ondersteuning van de patiënt	8
3.2 Keuze van een zorgprofiel	8
3.2.1 Zorgprofiel: Advisering over alcoholgebruik	9
3.2.2 Zorgprofiel: Ondersteuning van zelfmanagement	10
3.2.3 Zorgprofiel 3: Ondersteunende gesprekken	10
3.2.4: Zorgprofiel: behandeling in de GGZ	10
4 - Samenwerking	12
5 - Verwijzing	12
5.1 Consultatie en verwijzing verslavingsarts	12
5.2 Diëtist	13
Bronnen	14

1 – Inleiding

Een huisartsen-normpraktijk (circa 2095 patiënten) telt circa 100 tot 150 patiënten met problematisch alcoholgebruik, van wie slechts een minderheid als zodanig bij de huisarts bekend is. Een deel van de patiënten met problematisch alcoholgebruik consulteert de huisarts frequent, vaak zonder duidelijke hulpvraag of zonder dat een duidelijke diagnose kan worden gesteld, terwijl anderen de huisarts juist vermijden.

Bij ouderen geeft alcoholgebruik een verhoogde kans op schadelijke effecten in vergelijking met volwassenen. Op hogere leeftijd wordt alcohol slechter verdragen door afname van het extracellulair volume, een relatieve toename van lichaamsvet en een verminderde nier- en leverfunctie. Daarnaast kunnen ouderen en patiënten met chronische (psychische) comorbiditeit vanwege alcohol-geneesmiddelinteracties meer dan gemiddeld schade ondervinden door alcoholgebruik.

De puberteit en adolescentie zijn kritische periodes voor de ontwikkeling van de hersenen, waarop het gebruik van alcohol, vooral 'binge'-drinken, een direct nadelig effect lijkt te hebben. Het is niet duidelijk of het effect van alcohol op de hersenen van jongeren volledig reversibel is. Jongeren reageren anders op alcoholgebruik dan volwassenen. Het intoxicerende effect wordt pas na enige tijd bemerkt, waarbij het gevaar bestaat dat jongeren door blijven drinken tot zij worden overvallen door een acute alcoholintoxicatie. Naast alcohol gebruiken jongeren soms gelijktijdig andere middelen zoals cannabis, XTC en cocaïne. Dit geeft een verhoogd risico op een gecompliceerde alcoholintoxicatie.

Schadelijke gevolgen van problematisch alcoholgebruik

- Psychosociale en maatschappelijke problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, problemen op het werk en school, overlast, verkeersongevallen en overtredingen/misdrijven;
- Overgewicht door hoge calorische intake, maar ook ondergewicht en vitaminedeficiënties door een insufficiënt dieet;
- Letsels door ongevallen zowel in het verkeer als thuis;
- Maligniteiten, vooral in de mond-keelholte; ook het risico op borstkanker is verhoogd;
- Gastro-intestinale problemen: slijmvliesbeschadiging in maag en duodenum, leverbeschadiging en pancreatitis;
- Hart- en vaatziekten: hypertensie, CVA, coronairlijden en hartritmestoornissen;
- Neurologische problemen door een thiaminedeficiëntie (vitamine B1): polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie (necrose met inflammatoire reactie in de hersenen, gevolgd door atrofie) en het syndroom van Korsakov;
- Urogenitale problemen: seksuele problemen, verminderde fertiliteit van de man;
- Huidafwijkingen: spider naevi, erythema palmare en rood gezicht;
- Bij ouderen kan er sprake zijn van symptomen en gevolgen die minder gemakkelijk in verband gebracht worden met (overmatig) alcoholgebruik, zoals valpartijen, verwardheid, depressie en euforie.

Doel

De leefstijlmodule problematisch alcoholgebruik geeft zorgverleners handvatten voor het herkennen van patiënten met problematisch alcoholgebruik en voor de diagnostiek en behandeling bij problematisch alcoholgebruik.

De leefstijlmodule problematisch alcoholgebruik is een ziekteoverstijgende module en kan worden gebruikt binnen alle ketenzorgprogramma's en consulten waarin het aanleren van gezond of aangepast gedrag een onderdeel van de behandeling vormt.

Het doel is daarmee de gezondheidsproblemen die problematisch alcoholgebruik met zich meebrengt te verminderen of te voorkomen, de levensduur te verlengen en de kwaliteit van leven van de patiënt en diens omgeving te verbeteren. Als leidraad van deze handreiking hebben we gebruik gemaakt van de [NHG-standaard problematisch alcoholgebruik](#) en de [NHG zorgmodule leefstijl](#) aangevuld met de informatie beschikbaar via het [Trimbos-instituut](#). De meerwaarde van deze handreiking is de samenvoeging van meerdere richtlijnen en toepassing op de regio Unicum met een overzicht van de lokale verwijsmogelijkheden.

Doelgroep

Deze leefstijlmodule is van toepassing op alle patiënten in de huisartsenpraktijk die overmatig alcohol gebruiken.



Definities

- **Problematisch alcoholgebruik:** Drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen en dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose.
- **Stoornis in het gebruik van alcohol:** Problematisch alcoholgebruik waarbij wordt voldaan aan de DSM-5-criteria voor een stoornis in alcoholgebruik (zie tabel 1).
- **'Binge'-drinken:** Het drinken van grote hoeveelheden alcohol in een kort aaneengesloten tijdsbestek afgewisseld met perioden zonder alcoholgebruik. Voor mannen is de grenswaarde 5 eenheden en voor vrouwen 4 eenheden tijdens 1 enkele gelegenheid.
- **Eenheid alcohol:** Een eenheid alcohol is de term voor 1 glas alcoholhoudende drank en bevat ongeveer 10 gram alcohol. Bij het gebruik van standaardglazen bevat 1 glas bier, wijn of sterke drank evenveel alcohol.
- **Jongeren:** De term 'jongeren' in deze leefstijlmodule beslaat grofweg de leeftijdscategorie 12-20 jaar.
- **Alcoholintoxicatie:** Alcoholintoxicatie treedt op als gevolg van overmatig alcoholgebruik in een kort tijdsbestek waarbij de symptomen dosisafhankelijk zijn en kunnen bestaan uit spreekdrang, uitgelaten stemming, desoriëntatie, oordeel- en kritiekstoornissen, labiele stemming, seksuele en/of agressieve ontremming, spraakstoornis (dysartrie) en waggelgang (ataxie). In ernstige gevallen kan het leiden tot stupor, coma en ademhalingsdepressie.
- **Alcoholonthoudingssyndroom:** wordt veroorzaakt door het staken of het minderen van langdurig overmatig alcoholgebruik.
 - Lichte onthoudingsverschijnselen, zoals slapeloosheid en prikkelbaarheid, duren hooguit enkele dagen.
 - Matig ernstige onthoudingsverschijnselen kunnen bestaan uit slapeloosheid, misselijkheid, braken, overactiviteit, tachycardie, koorts, zweten, lichtschiuheid, hoofdpijn, angst, verhoogde prikkelbaarheid of tremoren, en leiden tot duidelijke stress of vermindering in het functioneren op sociaal niveau, werk of ander gebied. De verschijnselen zijn het hevigst van de 2^e tot de 4^e dag van onthouding. Daarna treedt verbetering op, maar de verschijnselen kunnen in meer of mindere mate wel 3-6 maanden aanhouden.
 - Ernstige onthoudingsverschijnselen zijn hallucinaties, insulten en delier. Een insult treedt vaak binnen 48 uur op en een delier na 3-5 dagen. Bij een delier door alcoholonthouding is het klinische beeld niet goed te onderscheiden van een delier door andere oorzaken.

Betrokken zorgverleners

Deze leefstijlmodule richt zich op huisartsen en praktijkondersteuners. Daarnaast kunnen diëtisten, zorgverleners in de generalistische of de gespecialiseerde GGZ en medewerkers uit het sociaal domein een rol spelen bij de behandeling van problematisch alcoholgebruik.

2 - Richtlijnen diagnostiek

2.1 Screening en signalen

Uit onderzoek blijkt dat vroegtijdige screening en kortdurende interventies binnen de huisartsenzorg effectief zijn om problematisch alcoholgebruik terug te kunnen dringen. Het is dus van groot belang om alert te zijn op mogelijke signalen van (problematisch) alcoholgebruik en dit op een respectvolle manier bespreekbaar te maken, zodat de problemen kunnen worden aangepakt.

Signalen

Overweeg het bestaan van problematisch alcoholgebruik bij de volgende signalen:

- veelvuldig spreekuurbezoek en een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon of onverklaarbare somatische klachten, zoals moeheid, malaise, tremoren, palpities of overmatig transpireren
- maag-darmproblematiek, zoals refluxklachten, gastritis, diarree, pancreatitis, hepatitis, levercirrose of ascites
- psychosociale problemen (op het werk of thuis), vooral in combinatie met slapeloosheid, frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica
- psychische aandoeningen zoals angststoornissen, depressie of ADHD
- collaps, black-outs, regelmatige ongevallen of fracturen
- seksuele problemen
- aanwijzingen voor huiselijk geweld
- 'spider'-naevi of een erythemateus en oedemateus gezicht
- afwijkende laboratoriumwaarden



Extra alertheid bij jongeren

Wees bij jongeren daarnaast ook alert op het bestaan van problematisch alcoholgebruik bij:

- gedragsproblemen en -veranderingen (interessesverlies, verslechteren van de schoolprestaties, spijbelen)
- risicovol gedrag zoals cannabisgebruik en ander drugsgebruik
- risicovol seksueel gedrag, soa's, ongewenste zwangerschappen
- contacten met de politie
- gescheiden ouders, gezinsproblemen, ouders met problematisch alcoholgebruik

2.2 Inventariseren

Mensen associëren alcohol vaak met gezelligheid en ontspanning. Daardoor rust er een taboe op het praten over problemen met alcohol. Mensen ervaren snel een 'vermanend vingertje' als ze aangesproken worden op hun alcoholgebruik. Het is dus belangrijk om alcoholgebruik niet bij voorbaat als iets problematisch te benaderen. Het is ook goed om bij jezelf na te gaan of je gevoelens of overtuigingen hebt die een neutrale insteek in de weg staan.

Als een patiënt bevestigt alcohol te gebruiken vraag dan altijd toestemming om over hun alcoholgebruik (verder) te praten. Probeer inzicht te krijgen in de betekenis van alcohol voor de patiënt door open en concrete vragen te stellen en vermijd ongevraagd advies.

Van belang daarbij zijn:

- de frequentie van het alcoholgebruik;
- de gemiddelde alcoholconsumptie per dag, per week en per keer;
- de hoeveelheid geconsumeerde alcohol in de voorgaande week;
- de situaties waarin wordt gedronken: bij het eten, 's avonds, tussendoor, bij speciale gelegenheden of op het werk.

Ernst en aard van het alcoholgebruik

Relevant voor de vaststelling van de ernst en aard van het alcoholgebruik zijn de vragen:

- Welke functie heeft alcohol in het leven van de patiënt?
- Welke factoren houden het alcoholgebruik in stand?
- Gebruik van een e-screeningsinstrument (minderdrinken.nl of alcoholdagboek) kan nuttig zijn.

Uitvragen van het alcoholgebruik

Onderstaande vragen kunnen helpen bij het in kaart brengen van het alcoholgebruik. Reflecteer daarbij samen met de patiënt op diens reacties en probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.

- In welke situaties drinkt u alcohol?
- Drinkt u weleens meer dan u van tevoren van plan was?
- Gaat u steeds meer drinken om hetzelfde effect te bereiken?
- Wat gebeurt er als u een langere tijd geen alcohol drinkt?
- Hoe vaak heeft u een sterk verlangen naar alcohol?
- Er zijn 'bewuste' drinkers, gewoontedrinkers en probleemdrinkers; hoe ziet u zichzelf?
- Drinkt u bijvoorbeeld weleens bewust een glaasje om in slaap te vallen? Of is drinken misschien een gewoonte?
- Heeft u weleens gedacht dat uw alcoholgebruik bepaalde klachten of problemen veroorzaakt? Zo ja, heeft u toen geprobeerd minder te drinken?
- Maakt u zich weleens zorgen over uw alcoholgebruik?
- Overweegt u weleens om het drinken te stoppen of te minderen? Heeft u dat weleens geprobeerd? Zo ja, waarom probeerde u dat? En hoe verliep die poging?
- Vermijdt u weleens situaties, bezigheden of werk omdat u heeft gedronken?
- Bent u weleens in de problemen gekomen door uw alcoholgebruik? Ontstonden er weleens gevaarlijke situaties? Bent u daarna minder gaan drinken? Zo nee, waarom niet?
- Hoeveel tijd besteedt u aan alcohol drinken en aan het herstellen daarvan? Hoe vaak heeft u de volgende dag een kater?
- Drinkt u weleens alcohol om de kater tegen te gaan?
- Maken uw familieleden of vrienden zich zorgen om uw alcoholgebruik?

Ga ook na of er mogelijk sprake is van onderliggende psychosociale, psychiatrische of relationele problematiek, bijvoorbeeld huiselijk geweld (vooral kindermishandeling), problemen op het werk, depressie of angststoornissen.

Vraag vervolgens naar:

- de duur van de problemen;
- de beginleeftijd van het problematisch alcoholgebruik (jonger dan 25 jaar?);
- het sociale netwerk;
- een eventueel doorgemaakt life-event.

Jongeren

Vraag bij jongeren specifiek naar de aanwezigheid van risicofactoren op ernstig problematisch alcoholgebruik:

- ziekenhuisopname vanwege acute alcoholintoxicatie
- 'binge'-drinken, hoe vaak (elk weekend of sporadisch) en hoeveel glazen per keer
- een doorgemaakt negatief 'life event' en de mogelijke relatie met het alcoholgebruik
- jonge beginleeftijd van alcoholgebruik (arbitrair 12-14 jaar)
- relevante co-morbiditeit zoals diabetes mellitus of psychische/psychiatrische problematiek
- familiair voorkomen van problematisch alcoholgebruik

2.3 Exploreren van de motivatie tot gedragsverandering

Ga na of en in hoeverre de patiënt gemotiveerd is om zijn drinkgedrag te veranderen.

Mogelijke vragen zijn:

- Ervaart u problemen met betrekking tot uw alcohol gebruik?
- In hoeverre zou u willen stoppen of minderen met drinken?
- Zijn er voor u redenen om te stoppen of te minderen?
- Hoe belangrijk is het voor u om het gebruik van alcohol te minderen of stoppen (geef aan op een schaal van 0-10). Vraag bij een lage score waarom de patiënt het minderen of stoppen niet/minder belangrijk vindt.
- Heeft u wel eens bewust een poging gedaan om minder te drinken?
- Stel dat u zou besluiten te stoppen of minderen, hoe zou u dat aanpakken? Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het u gaat lukken (op een schaal van 0-10). Ga na waarom de patiënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen.
- Vat de antwoorden van de patiënt samen en vraag wat deze denkt te moeten veranderen en hoe hij dit wil aanpakken. Reflecteer samen met de patiënt op diens reacties en probeer een vraag- en antwoordgesprek te voorkomen.

2.4 Aanvullend onderzoek

- Meet de bloeddruk bij (vermoeden van) problematisch alcoholgebruik.
- Let op tekenen van ondervoeding. Vraag naar (onbedoeld) gewichtsverlies en kijk naar signalen van afgenomen spiermassa. Er bestaat een risico op ondervoeding bij:
 - gewichtsverlies tussen 5 en 10% in het afgelopen half jaar,
 - 3 dagen (vrijwel) niet gegeten hebben,
 - 1 week < normaal gegeten.

Er is sprake van ondervoeding in geval van:

- 5% gewichtsverlies in de laatste maand,
- > 10% in het afgelopen half jaar,
- een BMI < 18,5 (volwassen tot 65 jaar) of een BMI < 20 (ouderen).
- De uitkomsten van laboratoriumonderzoek (MCV, gamma-GT, ASAT, ALAT, urinezuur en koolhydraatdeficiënt transferrine (CDT)) hebben *geen* toegevoegde waarde bij het vaststellen (van de ernst) van problematisch alcoholgebruik.
- Indien deze parameters om een andere reden zijn bepaald, kan een afwijkende waarde wel een aanwijzing zijn voor problematisch alcoholgebruik en een aanleiding zijn om hiernaar te vragen.
- Gebruik eventueel de uitleg over de oorzaak van een afwijkende uitslag om de patiënt inzicht te geven in de gevolgen van het alcoholgebruik.
- Thiaminebepaling voorafgaand aan thiaminesuppletie heeft geen toegevoegde waarde.

2.5 Evaluatie inventarisaties

Bepaal op grond van de aard en de ernst van het alcoholgebruik of er sprake is van problematisch alcoholgebruik of van een DSM-5-stoornis in het gebruik van alcohol (zie tabel 1 voor DSM-5 criteria).

Schat de ernst van problematisch alcoholgebruik bij jongeren in aan de hand van de risicofactoren zoals beschreven in de paragraaf 2.2 Inventariseren, omdat het alcoholgebruik bij jongeren vaak niet voldoet aan de criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol.

Ga bij onthoudingsverschijnselen na of er (ook) sprake is van andere stoffen dan alcohol, en maak onderscheid tussen lichte, matig ernstige en ernstige onthoudingsverschijnselen (zie Definities).

Tabel 1: DSM-5-criteria stoornis in alcoholgebruik

DSM-5-criteria stoornis in alcoholgebruik

Een stoornis in alcoholgebruik is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens 2 van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden.

1. Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
5. Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
8. Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door 1 van de volgende kenmerken:
 - a. behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken
 - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol
11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens 1 van de volgende kenmerken:
 - a. het kenmerkende onttrekkingssyndroom van alcohol
 - b. alcohol (of een zeer verwante stof zoals een benzodiazepine) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen

3 - Richtlijnen beleid

De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënt vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Is de patiënt gemotiveerd tot verandering, stel dan samen een behandlungsplan vast, inclusief de behandelingsdoelen en bespreek de mogelijke vormen van ondersteuning.

3.1 Ondersteuning van de patiënt

Mogelijke vormen van ondersteuning bij het stoppen of minderen van problematisch alcoholgebruik zijn:

- algemeen advies over aanvaardbaar alcoholgebruik;
- zelfhulp;
- ondersteunende gesprekken, al dan niet in combinatie met medicamenteuze behandeling;
- intensieve behandeling.

Bespreek met de patiënt de mogelijkheden om de begeleiding telefonisch, digitaal of in de spreekkamer te ontvangen. De ondersteunende gesprekken kunnen worden gehouden in de huisartsenpraktijk, in de basis-ggz of in de gespecialiseerde ggz/verslavingszorg. Bespreek welke ondersteuning in de huisartsenpraktijk, in de wijk/regio en via internet mogelijk is en wat de voorkeur is voor de patiënt.

3.2 Keuze van een zorgprofiel

Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel het meest passend is. Van invloed op de keuze daarvan zijn:

- de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt;
- de aard en ernst van de problematiek;
- ervaringen met eerdere stop- of minderingspogingen;
- de voorkeuren van de patiënt.

Tabel 2 Samenvatting zorgprofielen

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgmedewerkers
Advisering over alcoholgebruik		
<ul style="list-style-type: none"> • Bij klachten en aandoeningen die verband kunnen houden met of een verhoogd risico geven op overmatig alcoholgebruik • Bij een verhoogd risico op schadelijke effecten van alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geef uitleg over: <ul style="list-style-type: none"> - schadelijke effecten van alcohol - aanvaardbaar alcoholgebruik in de situatie van de patiënt • Sluit aan bij de klachten en de leefwereld van de patiënt. <p>Via <u>pohverslaving</u> kan een psycho-educatie leespakket worden samengesteld</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • POH • Diëtist • Vervolgafspraken in samenspraak met de patiënt • Indien < 3 mnd geen effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel
Zelfmanagement		
<ul style="list-style-type: none"> • Voorkeur patiënt • Voldoende zelfmanagement vaardigheden 	<p>Patiënt gaat zelf aan de slag met verminderen of stoppen van het alcoholgebruik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevante informatie en behandeling via online hulpprogramma's: e-mental health: www.thuisarts.nl, www.alcoholinfo.nl; http://www.aanederland.nl, www.allesoverdrinken.nl, www.herkenalcoholproblematiek.nl 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen • Eventueel vervolgafpraak
Ondersteunende gesprekken		
<ul style="list-style-type: none"> • Problematisch alcoholgebruik > 3 mnd • Lichte of matige stoornis in het alcoholgebruik 	<p>Geef voorlichting over aanvaardbaar alcoholgebruik en gezondheidsrisico's.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geef feedback op overmatig alcoholgebruik. • Bespreek de functie van alcoholgebruik. • Geef advies/opties voor gedragsverandering. • Bespreek de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik. • Bespreek de keuze minder/niet te drinken, hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven. • Geef vitaminesuppletie 	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • POH ggz • Diëtist • Medewerkers in het sociaal domein • Bij onvoldoende effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel
Behandeling in de generalistische basis-ggz		
<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunde gesprekken niet mogelijk of niet effectief 	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende gespreksvoering • Kortdurend, middellang, intensief 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalistische basisggz (o.a. GZ-/ eerstelijns-psycholoog)



• Ernstige stoornis in het alcoholgebruik	en chronisch • Vitaminesuppletie • Eventueel terugvalpreventie	en verslavingszorg) • Eventueel medicamenteuze behandeling door de huisarts
Behandeling in de gespecialiseerde ggz		
• Hoogrisicopatiënten: gevaar voor verwaarlozing, decompensatie, geweld, kindermishandeling of automutilatie • Complexe situaties: ingewikkelde comorbiditeit of somatische, psychosociale, persoonlijkheids- en omgevingsproblemen	• Motiverende gespreksvoering • Multidisciplinaire behandeling • Eventueel rehabilitatie • Eventueel (klinische) detoxificatie/terugvalpreventie • vitaminesuppletie	• Gespecialiseerde ggz/ verslavingszorg

3.2.1 Zorgprofiel: Advisering over alcoholgebruik

De zorgverlener (dit kan de huisarts of POH zijn, maar ook een andere bij de patiënt betrokken zorgverlener) geeft voorlichting over problematisch alcoholgebruik. Breng dit op een duidelijke, sterke en op de persoon afgestemde manier; geef uitleg over het belang voor de toekomstige gezondheid en leg waar mogelijk een relatie met ziekten, risicofactoren of klachten die op dat moment bij de patiënt aanwezig zijn.

Bespreek:

- het (mogelijke) verband tussen eventueel gepresenteerde klachten en het alcoholgebruik;
- de mogelijke aanleg voor problematisch alcoholgebruik (familiaal voorkomen, omgang met alcohol in familie en alcoholintoxicatie op jonge leeftijd);
- dat uit onderzoek blijkt dat geen alcohol drinken het beste is voor de gezondheid. Als dit toch wordt gedaan dan geldt het advies voor zowel mannen als vrouwen om maximaal 1 eenheid alcohol per dag en niet alle dagen te drinken;
- dat tijdens de zwangerschap alcoholgebruik volledig wordt ontraden, omdat ook bij kleine hoeveelheden alcohol de kans bestaat op beschadiging van de vrucht;
- dat bij langdurig gebruik van grote hoeveelheden alcohol de patiënt niet zonder begeleiding moet stoppen met drinken, vanwege het verhoogde risico op ernstige onthoudingsverschijnselen;
- de (mogelijke) schade door alcohol en de invloed op de rijvaardigheid;
- de mogelijke interactie tussen alcohol en medicatiegebruik. Zie voor de belangrijkste interacties tabel 3.

Tabel 3: Interacties tussen alcohol en medicatie

Soort medicatie	Interactie
Analgetica	In combinatie met alcohol geeft paracetamol verhoogd risico op leverschade. Alcohol versterkt het ulcerogene effect van NSAID's.
Anticoagulantia	Grote hoeveelheden alcohol ineens versterken de werking van cumarinederivaten, maar chronisch gebruik van alcohol verlaagt de plasmaconcentratie van cumarinederivaten.
Amfetaminen, antidepressiva, anti-epileptica, antihistaminica, centraal werkende antihypertensiva, antipsychotica, barbituraten, benzodiazepine, cafeïne, cimetidine, dopaminergica, metoclopramide, medicatie bij middelengebruik, morfinomimetica, parasymphathicolytica, spierrelaxantia	Alcohol versterkt de sedatieve werking.
Disulfiram (medicijnen met een disulfiramachtige werking zijn: sulfonyleureumderivaten, ketoconazol, tinidazol, griseofulvine, anandron, procarbazine en metronidazol)	Bij alcoholgebruik treden buikkrampen, flushes, braken, hypotensie, tachycardie, verwardheid en zelfs psychoses op.
Doxycycline	Alcohol vermindert de effectiviteit door afname van de halfwaardetijd.
Fenytoïne	Kortdurend alcoholgebruik vergroot de toxiciteit, chronisch gebruik vermindert de anticonvulsieve werking.
Isoniazide, methotrexaat	Alcohol versterkt mogelijk de hepatotoxiciteit.
Nitraten	Door alcohol treden een versterkte vaatverwijding en bloeddrukdaling op.
Nicotinezuur	Flushing, pruritis.
Sulfonyleureumderivaten	Bij kortdurend alcoholgebruik ontstaat een hypoglycemisch effect. Bij chronisch alcoholgebruik vermindert het effect op het bloedsuikergehalte.
Metformine	Verhoogd risico op melkzuuracidose

Hebben de algemene adviezen niet binnen drie maanden het gewenste effect, bied dan ondersteunende gesprekken aan (meestal door de praktijkondersteuner) en pas het zorgplan aan.

3.2.2 Zorgprofiel: Ondersteuning van zelfmanagement

Wijs patiënten die de voorkeur geven aan het zelf minderen of stoppen van het alcoholgebruik en die daar voldoende vaardigheden toe hebben, op adequate informatie en online hulpprogramma's.

- Op www.thuisarts.nl kan de patiënt informatie vinden die is gebaseerd op de NHG-Standaard *Problematisch alcoholgebruik*, compleet met adviezen en hulpmogelijkheden bij het minderen en stoppen.
- Op de website van het Trimbos-instituut kan de patiënt achtergrondinformatie vinden over alcoholgebruik en het stoppen of minderen daarvan. Ook opgenomen zijn vormen van begeleiding (waaronder zelfhulpprogramma's, lotgenotencontact en online begeleiding) en zorgverleners in de buurt.
- Bij kortdurend problematisch alcoholgebruik zal verwijzing naar de voorlichting op Thuisarts.nl meestal volstaan. Bij langdurig problematisch alcoholgebruik of een DSM-5-stoornis in het gebruik van alcohol kan de patiënt die (nog) niet naar een lokale zorgverlener of zorginstelling wil, terecht bij bijvoorbeeld de AA of individuele online begeleidingsprogramma's: www.alcoholinfo.nl; www.herkenalcoholproblematiek.nl/; www.allesoverdrinken.nl; minderdrinken.nl.

Deze sites geven informatie voor de patiënt zelf op het niveau van volwassenen, jeugd, ouderen, zwangeren, maar ook voor naasten en betrokkenen.

Plan afhankelijk van de wens van de patiënt een vervolgspraak in ter evaluatie. Als de patiënt niet zelfstandig kan minderen of stoppen met het alcoholgebruik, overleg dan opnieuw over verdere begeleiding en aanpassing van het zorgplan.

3.2.3 Zorgprofiel 3: Ondersteunende gesprekken

Bied ondersteunende gesprekken aan bij problematisch alcoholgebruik dat langer duurt dan drie maanden en bij een lichte tot matige stoornis in het alcoholgebruik.

Hierin komen aan de orde:

- voorlichting over de gezondheidsrisico's van alcohol en over aanvaardbaar alcoholgebruik;
- feedback bij overmatig alcoholgebruik;
- de functie van het alcoholgebruik;
- advies over gedragsverandering;
- keuzemogelijkheden bij verandering in het alcoholgebruik;
- de keuze om niet of minder te drinken, risicosituaties en gedragsalternatieven.

Eventueel kunnen deze gesprekken ondersteund worden met e-healthmodules. Ook kan er aan gedacht worden om het sociale domein te betrekken als er problemen spelen op het gebied van bijvoorbeeld 'zingeving / daginvulling'.

De behandeling is geslaagd als de doelen ervan zijn bereikt. Controleer de patiënt in elk geval eenmalig op terugval. Blijf hierna alert op terugvalsignalen en wijs erop dat de patiënt te allen tijde een terugval kan bespreken.

Het is de bedoeling dat de patiënt heeft geleerd tijdig signalen te herkennen dat het slechter gaat en het afglijden naar ongewenst gedrag weet te voorkomen. Hierbij kan de omgeving van de patiënt (naasten, eventueel de werkgever) een positieve bijdrage leveren.

3.2.4: Zorgprofiel: behandeling in de GGZ

Zie hiervoor hoofdstuk 5 - [Verwijzing](#)

3.3 Terugvalpreventie

Begin bij de eerste controle met een terugblik op de periode na de afronding van de primaire behandeling. Centraal in het gesprek staan de aangeleerde vaardigheden zodat de patiënt deze ook onder druk kan inzetten.

Besteed vervolgens aandacht aan:

- het opstellen van een lijst van beschermende factoren en het bespreken hoe hieraan vast te houden;
- het herkennen, analyseren en uit de weg gaan van risicosituaties en stressfactoren;
- het bestendigen van strategieën en vaardigheden om risicosituaties het hoofd te bieden, bijvoorbeeld tijdige reductie van stress of inschakeling van hulp;



- het herkennen van terugvalsignalen: verandering van gedrag, gedachten en gevoelens, bijvoorbeeld door het bijhouden van een dagboek;
- het opstellen van een lijst van factoren, handelingen en personen die kunnen helpen bij terugvalsignalen of risicosituaties;
- het alert blijven om niet in oude denk- en gedragspatronen te vervallen;
- ook als er al daadwerkelijk sprake is van terugval kunnen de genoemde aspecten helpen. Dan ligt de focus vooral op herhaling van de vaardigheden die tijdens de primaire behandeling zijn geleerd;
- hoe kan de patiënt deze gebruiken om weer verder te kunnen;
- hoe het netwerk van de patiënt betrokken kan worden.

3.4 Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling bij problematisch alcoholgebruik bestaat uit thiaminesuppletie bij een insufficiënt dieet en lorazepam bij (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen.

Thiamine suppletie

Geef bij patiënten met een (vermoeden van) insufficiënt dieet thiaminesuppletie:

- thiamine 4 maal daags 25 mg oraal of indien oraal niet mogelijk 1 maal daags 100 mg thiamine i.m.; Gezien de lastige haalbaarheid van de intake van thiamine 4 maal daags kan ook gekozen worden voor 2 maal daags 50mg oraal, waarbij gerealiseerd moet worden dat de opname minder adequaat is.
- na staken alcoholgebruik en bij suffiënt dieet medicatie in 1 maand afbouwen (elke week dosering met 25 mg per dag verlagen).

Behandeling onthoudingsverschijnselen:

Bij patiënten met (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen is medicamenteuze behandeling geïndiceerd.

- 1^e keus: 3 maal daags 1 tot 2,5 mg lorazepam.
- Bij leeftijd > 65 jaar of leverfunctiestoornissen: 3 maal daags 1 mg lorazepam.
- Indien orale toediening niet mogelijk of directe werking vereist is (zoals bij een delier): 5 mg midazolam i.m., vervolg zodra mogelijk met orale behandeling (zie boven) of verwijs naar verslavingsinstelling.
- Bij een insult: 10 mg diazepam rectiole en verwijs naar een verslavingsinstelling.
- Controleer na 1 dag het effect. Controleer dagelijks bij matig ernstige onthoudingsverschijnselen en elke 2 dagen bij lichte verschijnselen tot medicatie gestopt is.
- Meet bij elke controle bloeddruk, hartfrequentie en temperatuur.
- Bij voldoende onderdrukking van de onthoudingsverschijnselen (doorgaans na 2 dagen): verlaag dosering van lorazepam (elke 2 dagen 1 tablet minder).

De huisarts is verantwoordelijk voor de medicatievoorschriften tijdens behandeling in de huisartsenpraktijk of door de GZ-/leerstelijnspsycholoog. Voor medicamenteuze terugvalpreventie verwijst de huisarts naar een instelling voor verslavingszorg. Is zo'n verwijzing niet haalbaar dan kan de huisarts in overleg met een verslavingsarts medicamenteuze terugvalpreventie starten, altijd in combinatie met ondersteunende gesprekken.

3.5 Jongeren en alcoholintoxicatie

Beleid

Bij een leeftijd <15 jaar, aanwezigheid van 1 (of meer) van onderstaande factoren of aanwijzingen voor harddrugsgebruik is verwijzing naar het ziekenhuis noodzakelijk.

Anders is een expectatief beleid gerechtvaardigd bij een adequaat sociaal netwerk. Overweeg een wekadvis. (Zie voor uitvoering Thuisarts.nl)

- Bewustzijnsdaling
- shock (bloeddruk < 90/60, vertraagde capillaire refill, verminderde turgor)
- ademhalingsdepressie (ademhalingsfrequentie < 15/min of > 20/min, gebruik ademhalingspijpen, zuurstofsaturatie < 95%)
- hypothermie (< 36 °C)
- hypoglykemie (< 3,5 mmol/l)

Bij aanwijzingen voor aspiratie: instrueer de patiënt en zijn begeleiders om bij tekenen van een aspiratiepneumonie contact op te nemen.

De behandeling in het ziekenhuis bestaat uit rehydratie, glucosecontrole en zo nodig ondersteuning van ademhaling en bloeddruk. Het vervolg bestaat uit gesprekken met de kinderarts en de kinderpsycholoog.



Nazorg

Neem na een acute alcoholintoxicatie (waarbij de verschijnselen doorgaans na 8-12 uur afnemen) zonder behandeling in het ziekenhuis, 1-2 dagen later contact op met de patiënt, en bied een afspraak aan voor het spreekuur.

- Ga na of de patiënt adequate nazorg heeft ontvangen na een acute alcoholintoxicatie waarvoor medische behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk was.
- Tracht de patiënt te motiveren voor een verwijzing naar een in de behandeling van jongeren gespecialiseerde instelling, indien de patiënt dreigt te vervallen in hetzelfde gedrag.

4 - Samenwerking

Bij de leefstijladvisering bij chronische aandoeningen kan de praktijkondersteuner somatiek adviseren over aanvaardbaar alcoholgebruik. Is het alcoholgebruik problematisch, dan volgt overleg met de huisarts over eventuele begeleiding van de patiënt door de praktijkondersteuner ggz of eventuele doorverwijzing naar de generalistische of gespecialiseerde GGZ. Als er problemen spelen die binnen het sociale domein vallen kan hiernaar toe verwezen worden.

Bij ouderen kan het zinvol zijn om met naasten of de thuiszorg te overleggen, mits er oog blijft voor de privacy en het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

5 - Verwijzing

5.1 Consultatie en verwijzing verslavingsarts

Verwijzing naar een verslavingsinstelling of consultatie van een verslavingsarts gebeurt in samenspraak met de patiënt, hetzij op zijn verzoek (of zijn naasten), hetzij op initiatief van de huisarts als er meer ondersteuning nodig is bij de behandeling dan de huisarts kan bieden. Indien de patiënt dit (nog) niet accepteert, kan de huisarts zelf de begeleiding starten en (afhankelijk van het beloop) de patiënt proberen te motiveren voor intensievere behandeling.

Tabel 3: Overzicht van GGZ instellingen voor verslavingszorg in regio Unicum

Instantie	Soort zorg	Soort instantie	Locaties	Complexiteit
Trubendorffer	Ambulant	verslavingszorg	Utrecht	bGGZ, sGGZ, niet voor psychoses of schizofrenie
Jellinek	digitaal Ambulant, klinische opname	Verslavingszorg	Utrecht	sGGZ
Arkin	digitaal	Verslavingszorg	Amsterdam	bGGZ
Fivoor	Ambulant, klinische opname	Verslaving en forensische zorg: Volwassenen en jeugd, verstandelijk beperkt	Utrecht, Bilthoven, Den Dolder	sGGZ
SolutionS	Ambulant, klinische opname (in Voorthuizen), begeleiding familie	Verslavingszorg, Dubbele diagnoses (verslaving icm psychiatrische stoornis)	Amersfoort, Voorthuizen	sGGZ
Sporo6	Opname, ambulant	Particuliere verslavingszorg	Bussum, Zuid Afrika	bGGZ
GGZ centraal	Digitaal, ambulant, opname	Verslavingszorg Psychiatrie en verslaving	Amersfoort, Leusden, Hilversum, Soest	sGGZ
Lievegoed	Antroposofisch Digitaal, ambulant	Verslavingszorg NAH, verstandelijke beperking, Jeugd, psychiatrie	Driebergen Amsterdam Utrecht	sGGZ
GGZ interventie	digitaal Ambulant, klinisch	Particuliere verslavingszorg	Bilthoven Amsterdam	sGGZ (dubbeldiagnose)



Kick your Habits	Digitaal ambulant	Particuliere verslavingszorg	Utrecht Amsterdam	bGGZ, sGGZ
De Hoop	Ambulant Klinisch (Dordrecht)	Psychiatrie en verslaving Jongeren, kinderen	Houten Dordrecht	bGGZ, sGGZ
Iriszorg	Ambulant Opname crisis	Jongvolwassenen Volwassenen	Tiel	bGGZ sGGZ
Brijder	Ambulant, klinisch	Jeugd en volwassenen	Gouda, Zuid en Noord-Holland	bGGZ sGGZ

Bron: www.alcoholinfo.nl

Indicaties voor verwijzing naar een verslavingsinstelling zijn:

- begeleiding/behandeling waarbij meer ondersteuning nodig is dan de huisarts kan bieden;
- een ernstige stoornis (> 6 criteria van de DSM5-criteria voor Stoornissen in het gebruik van alcohol) of een stoornis die al vóór het 25e jaar begon;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie en een andere stoornis in het gebruik van middelen;
- zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, huiselijk geweld;
- suïcidegevaar;
- een onverwerkt negatief life event als oorzaak van het problematisch alcoholgebruik;
- jongeren met ernstig problematisch alcoholgebruik;
- een vermoeden of een verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie.

Bij ernstige psychiatrische comorbiditeit verwijst de huisarts bij voorkeur naar een verslavingskliniek die zowel psychiatrische zorg als verslavingszorg biedt, zie tabel 3 voor een overzicht.

Indicaties voor klinische detoxificatie in een verslavingsinstelling zijn:

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) onthoudingsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontweningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole of tentamen suïcide in het verleden;
- hoge leeftijd en/of slechte lichamelijke conditie;
- onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk;
- epilepsie;
- zwangerschap.

Neem in een verwijsbrief naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz in ieder geval op:

- de verwijsindicatie;
- anamnestiche gegevens;
- relevante voorgeschiedenis (waaronder eerdere behandeling in de ggz);
- relevante comorbiditeit;
- relevante medicatie;
- sociaal netwerk;
- leefsituatie.

5.2 Diëtist

Indicaties voor verwijzing naar een diëtist zijn:

- overmatig alcoholgebruik
- Maag-darm-leverziekten, wanneer alcohol de oorzaak is geweest van de pancreatitis
- CVRM en hartfalen
- Metabole ziekten
- Zwangerschap
- Chirurgie i.c.m. verslavingsgedrag
- Ondervoeding ontstaan door chronisch overmatig alcoholmisbruik
- Te hoog gewicht ontstaan door chronisch overmatig alcoholmisbruik
- (Vanaf het moment van) kinderwens, ook voor partner



Bronnen

NHG Standaard Problematisch Alcoholgebruik

NHG Zorgmodule Leefstijl

www.farmacotherapeutischkompas.nl

www.trimbos.nl

pohverslaving.nl

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/introductie>

