

Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik

Herziene versie november 2014



Redactie

Gerdien Franx en Peter van Splunteren, Trimbos-instituut

Aan de totstandkoming van deze tekst werkten mee:

Ton Mutsaars (POH GGZ), Fanny Schilderincq (POH GGZ), Frank Verhulst (psycholoog), Sylvia van Manen (huisarts), Christina van der Feltz-Cornelis (psychiater/onderzoeker), Kees Korrelboom (psychotherapeut/onderzoeker), Marlene de Regt (Ros Netwerk/Ineen)

De publicatie werd financieel ondersteund met een bijdrage van Lundbeck.

Utrecht november 2014

Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik

Herziene versie november 2014

Inleiding	3
1. Afbakening en verantwoording	3
2. Herkennen van problematisch gebruik en risicofactoren	5
3. Screenen en diagnose stellen	7
3.1 Screenen en diagnostiek	7
3.2 Bepalen van ernst	8
3.3 Suïcidaliteit	9
4. Behandelinterventies	11
4.1 Basisinterventies	11
4.2 Zelfhulp en e-health	12
4.3 Kortdurende psychologische behandeling (KPB)	12
4.4 Psychotherapeutische technieken en medicatie	13
5. Monitoren en terugvalpreventie	15
6. Bijlage	16

Inleiding

In Nederland gebruikt 81% van de bevolking alcohol¹. De prevalentie van problematisch alcoholgebruik in de Nederlandse bevolking bedraagt 7 tot 11%. Dat komt neer op zo'n 1 miljoen mensen. Bij mannen ligt de hoogste alcoholconsumptie bij 18-19 jaar, bij vrouwen rond de leeftijd van 27 jaar. Het alcoholgebruik onder jongeren ligt in Nederland hoog vergeleken met andere West-Europese landen. Allochtone scholieren drinken afhankelijk van de bevolkingsgroep 3-10 maal minder dan autochtone.

De Individuele ziektelast van iemand die last heeft van problematisch alcoholgebruik is hoog. Veelvuldig gebruik van alcohol kan naast lichamelijke- en psychische klachten, leiden tot psychosociale problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling of problemen op het werk. Ook de maatschappelijke kosten die voortkomen uit veelvuldig alcoholgebruik en de kosten voor behandeling zijn groot.

Bij de term 'problematisch alcoholgebruik' wordt de volgende definitie gehanteerd: een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten, psychische of sociale problemen en dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is daarbij van ondergeschikt belang. Een bijzondere variant van problematisch alcohol gebruik is *binge drinken*: het drinken van grote hoeveelheden alcohol in een korte tijd bij een gelegenheid en dat één of meerdere dagen per week, afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Er is risico op alcoholintoxicatie of coma.

In de diagnostiek van de DSM-IV wordt onderscheid gemaakt tussen 'problematisch gebruik van alcohol' en 'alcoholafhankelijkheid' (zie paragraaf 3 ernstbepaling). In DSM-V wordt gesproken over alcohol gebonden stoornis en de mate van ernst van deze stoornis. CVZ onderzoekt nu de consequenties van DSM-V voor de pakketvoorzieningen. Tot de tijd dat de consequenties van DSM-V duidelijk worden blijft DSM-IV leidend voor de diagnostiek en toegang tot de curatieve GGZ.

Net als bij de behandeling van andere psychische aandoeningen, zoals depressie, is bij de behandeling van alcohol problematiek sprake van een combinatie van *matched care* en *stepped care*. *Stepped care* staat voor: lichte interventies waar het kan, intensievere behandeling waar het moet, gevolgd door periodieke evaluatie. Bij *matched-care* gaat het om het afstemmen van de behandeling op patiëntvariabelen zoals probleemernst, psychologische capaciteiten en sociale rollen. Problematisch alcoholgebruik kan in de regel in de huisartsenzorg worden behandeld, en alcoholafhankelijkheid in de curatieve GGZ: generalistische basis GGZ (BGGZ) of gespecialiseerde GGZ (SGGZ).

¹ Meerkerk G.J., Aarns T., Dijkstra R.H., Weisscher P.J., Njoo K., Boomsma L.J. NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik. Huisarts Wet 2005;48(6);284-85. Eind 2014 verschijnt een herziene versie van de NHG standaard.

1. Afbakening en verantwoording

Het zorgpad problematisch alcoholgebruik is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met problematisch alcoholgebruik. Dit zorgpad beschrijft de bouwstenen voor de ontwikkeling van *evidence-based* zorgprogramma's of zorgpaden voor huisartsen en praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg (hierna HA + POH-GGZ genoemd) en de generalistische basis GGZ (BGGZ). De relatie met de gespecialiseerde GGZ (SGGZ) wordt tevens aangegeven. Het zorgpad is inhoudelijk gebaseerd op de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten van beroepsverenigingen (NHG Standaard¹, Multidisciplinaire richtlijn², NHG publicatie Protocollaire GGZ³, en LESA Stoorissen in het gebruik van alcohol⁴) en wat betreft de vormgeving aangepast aan het verwijzingsmodel en productbeschrijvingen van bureau HHM⁵, die per 1 januari 2014 van kracht werden.

Deze laatste beleidskaders geven als algemeen richtsnoer dat:

1. Behandeling door HA + POH GGZ vindt plaats als:
 - Er geen vermoeden is van een stoornis volgens DSM-criteria of
 - er een vermoeden van een DSM-stoornis is, maar daarbij is de ernst van de stoornis licht, het risico laag, de complexiteit afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor stoornissen in het gebruik van alcohol; of
 - er sprake is van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.
2. Verwijzing naar de SGGZ is aan de orde bij:
 - Een hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
3. In alle andere gevallen ligt verwijzing naar de BGGZ voor de hand.

Toegepast op problematisch alcoholgebruik betekent dit in zijn algemeenheid dat lichte en matige vormen van alcohol problematiek goed te behandelen zijn in de huisartsenzorg – door HA + POH GGZ – of in de BGGZ. Wanneer er sprake is van (een vermoeden van) ernstig problematisch alcoholgebruik, is behandeling in de BGGZ of SGGZ aangewezen.

Een instelling voor verslavingszorg biedt veelal zowel behandeling aan binnen de BGGZ als binnen de SGGZ. Een verslavingsconsulent kan zowel een achtergrond als SPV, psycholoog of als verpleegkundig specialist hebben. Zowel de verslavingsconsulent als de verslavingsarts is verbonden aan een instelling voor verslavingszorg.

² Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbo-Instituut, 2013

³ Venrooij M.H. van. Protocollaire GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.

⁴ Mensink P.A.J.S., Ashruf R.H.T., Sluiter A.C., Boomsma L.J., Ebersson M.P.H.M., Luix J.J.H.M., Valken N., Vriezen J.A. Landelijk Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoornissen in het gebruik van alcohol. Huisarts Wet 2010;53(4):s1-5.

⁵ Bakker P en Jansen P. Generalistische Basis GGZ: Verwijzingsmodel en productbeschrijvingen. Bureau HHM, 2013.

2. Herkennen van problematisch gebruik en risicofactoren

Problematisch alcoholgebruik komt vaak voor. Het in een vroeg stadium herkennen van problematisch alcoholgebruik kan verergering van het gebruik voorkomen. Hierbij is een alerte houding van alle disciplines op de aanwezigheid van risicofactoren en signalen noodzakelijk.

Iemand met problematisch alcoholgebruik presenteert dit meestal niet als een probleem. Het is belangrijk als zorgverlener om de signalen te herkennen en het vermoeden van problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken met de patiënt. Er zijn echter geen specifieke symptomen of klachten voor de diagnose problematisch alcoholgebruik. Hetzelfde geldt voor afwijkende laboratoriumwaarden. De huisarts overweegt het bestaan van problematisch alcoholgebruik met behulp van indirecte signalen (zie figuur 2.1).

FIGUUR 2.1.
INDIRECTE SIGNALEN VAN PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

Psychische (angst- en/of depressieklachten) of sociale problemen, gecombineerd met slaapproblemen.

Aanwezigheid van alcoholgeur of sterke geuren ter maskering.

Frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica.

Klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitaties of overmatig transpireren, maag- en darmklachten, zoals refluxklachten en diarree.

Frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.

Slechts een minderheid van probleemdrinkers wordt als zodanig herkend bij de huisarts. Mensen met problematisch alcoholgebruik zijn in het bijzonder te vinden onder patiënten die de huisarts vaak consulteren, bij wie geen duidelijke hulpvraag bestaat of bij wie geen duidelijke diagnose te stellen is.

Wees bedacht op dat er soms naast alcohol ook andere middelen (marihuana, XTC (ecstasy) en cocaïne) worden gebruikt. De lichtere toxische effecten van alcoholgebruik kunnen schijnbaar gemaskeerd worden door XTC. Gebruikers denken dan handelingen nog goed te kunnen uitvoeren, terwijl dit objectief niet het geval is. Alcoholgebruik op zich of in combinatie met andere middelen kan aanleiding zijn tot een acute intoxicatie. Afhankelijk van het promillage manifesteert zich dit met bewustzijnsdaling en ademdepressie, verwardheid en onrust, hypothermie, braken met dehydratie en hypotensie en hypoglycemie. Bij de patiënt met een alcoholintoxicatie wordt direct contact opgenomen met de huisarts/spoedeisende hulp.

Figuur 2.2 geeft een overzicht weer van signalen die mogelijk in verband staan met het ontstaan van alcohol problematiek. Deze lijst is niet uitputtend. De belangrijkste groep met een vergroot risico op alcoholproblematiek wordt gevormd door mannen met psychosociale problemen die ingrijpende levensgebeurtenissen meemaken/meemaakten. De familie anamnese voor problematisch alcoholgebruik is vaak positief. Voor andere groepen met een duidelijk verhoogde kans op problematisch alcoholgebruik is geen wetenschappelijke evidentie.

FIGUUR 2.2. SIGNALEN MET BETREKKING TOT PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

SOCIALE PROBLEMEN

Relatieproblemen, mishandeling, criminele activiteiten, financiële problemen, werkproblemen, verzuim en ongevallen.

PSYCHISCHE PROBLEMEN

Geheugenverlies, black-out (bijvoorbeeld na avond stappen gaten in de herinnering), dementie, stemmingsklachten, alcoholische hallucinaties, automutilatie.

LICHAMELIJKE KLACHTEN

- Algemene lichamelijke klachten, zoals moeheid, malaise, maag- en darmklachten, gewichtsverandering, overmatig transpireren.
- Hart-/longklachten, zoals hypertensie, cardiomyopathie, ritmestoornissen, longinfecties.
- Zenuwstelsel, zoals hoofdpijn, tremoren, perifere neuropathie, spierpijnen, -zwakte, -atrofie, hyperreflexie, insulten, epilepsie, alcoholintoxicatie, geheugenstoornissen, evenwichtsproblemen.
- Bewegingsstelsel, zoals fracturen.
- Urogenitaal, zoals seksuele problemen, verminderde fertiliteit man, menstruatiestoornissen.
- Huidproblemen, zoals littekens, brandwonden, spider naevi, erythemateus en oedemateus gezicht, conjunctivale roodheid, erythema palmare.
- Laboratoriumonderzoek, naar verhoogde leverwaarden (zoals MCV, gamma- GT, ASAT (SGOT) en ALAT (SGPT)), verhoogd urinezuur.

DIVERSEN

- Veelvuldig spreekuurbezoek.
- Klachtenpatroon wisselend en onverklaarbaar.
- Geen of onverwachte reactie op behandeling.
- Geneesmiddeleninteractie.
- Frequent ongevallen.
- Overmatig gebruik van en verzoek om hypnotica en tranquillizers.
- Melding door derden van problematisch alcoholgebruik.
- Overmatig nicotinegebruik.
- Overmatig gebruik van geuren, zoals pepermunt, parfum, aftershave e.d..

3. Screenen en diagnose stellen

Bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik wordt een aantal vragen gesteld aan de patiënt en kan daarnaast gebruik gemaakt worden van een screeningsinstrument, om het vermoeden te toetsen.

3.1 Screenen en diagnostiek

Bij een nader vermoeden van een alcohol problematiek informeert de huisarts of POH-GGZ naar somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensies (SCEGS), de context, en het functioneren van de patiënt die met de klacht kunnen samenhangen. Er wordt uitgegaan van de gepresenteerde klachten. Als de klachten direct in verband staan met alcoholgebruik – zoals een alcoholfoetor, alcoholintoxicatie of melding door derden - of als de patiënt problemen met alcohol zelf aangeeft, kan rechtstreeks naar het alcoholgebruik worden gevraagd. Zonder direct verband kunnen de klachten in verband gebracht worden met alcoholgebruik en de functie van het gebruik door het stellen van relevante vragen, waaronder:

Bij mensen die dezelfde klachten hebben als u, blijkt dat alcoholgebruik een rol kan spelen bij het in stand houden en verergeren van de klachten. Drinkt u wel eens alcohol?

Heeft u zich wel eens afgevraagd of deze klachten samen kunnen hangen met alcoholgebruik?

Bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik kan bij onbegrepen klachten van de patiënt ook een leefstijlanamnese afgenomen worden waarbij vragen worden gesteld met betrekking tot werk- en vrijetijdsbesteding, omgaan met ziekte en stress, lichaamsbeweging, roken, eetgewoonten, alcohol- en ander genotmiddelengebruik. De vragen over het alcoholgebruik worden zo in de leefstijlanamnese ingebed.

Als de patiënt bevestigt alcohol te gebruiken inventariseer dan de hoeveelheid alcoholgebruik van de voorafgaande week, vraag naar het gebruik op het werk, bij het eten en 's avonds. Laat bij twijfel over het gebruik een alcoholdagboek bijhouden.

Besprek ook met de patiënt de drinkgewoonten en de functie van het alcoholgebruik in het dagelijks leven. Dat kan met behulp van de volgende vragen:

- Wat vindt de patiënt verantwoord alcoholgebruik, en waarom? (vragen naar overtuigingen en cognities)
- Weet de patiënt wat het gezondheidsadvies ten aanzien van alcoholgebruik is?
- Wat vindt de omgeving (partner, kinderen, familie, burens, werk) van de patiënt van alcoholgebruik?

Achterliggende redenen van het alcoholgebruik kan duidelijk inzicht geven in al of geen problematisch gebruik (wellicht uitsluitend overmatig, maar niet problematisch).

Als de patiënt zegt geen alcohol te gebruiken, wordt bij twijfel over het antwoord doorgevraagd naar drankgebruik op feestjes en drankgebruik in het verleden. Er kan namelijk ook sprake zijn van (tijdelijke) abstinentie bij een probleemdrinker. De diagnostiek wordt uitgevoerd volgens DSM IV. Bij de diagnose van een patiënt kan een screeningsinstrument gebruikt worden, zoals de veelgebruikte AUDIT, of verkorte AUDIT-C, om een globale inschatting te geven van de aard en ernst van de

problematiek. Daarnaast is de Five Shot Test (vijf vragen, genoemd in NHG Standaard Problematisch Alcoholgebruik) gemakkelijk in te bouwen in de algemene anamnese.

Na specifieke screening op alcoholgebruik kan ook de 4DKL gebruikt worden om onderliggende angstklachten of depressieve problematiek op te sporen.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. Consultatie van een hulpverlener uit de SGGZ is hierbij mogelijk. Eventueel kan bij ernstige klachten direct contact worden opgenomen met de verslavingsarts of -consulent. In sommige regio's is de verslavingsconsulent binnen de huisartsenpraktijk geplaatst. Het is in verband met vergoedingen aan te raden regionaal afspraken te maken over consultatie met de instelling voor verslavingszorg.

3.2 Bepalen van ernst

Om een indicatie te stellen, is het mede van belang de ernst van de stoornis te bepalen. De ernst van de alcoholproblematiek bepaalt mede welke behandeling de patiënt nodig heeft, en in welke bouwstenen deze valt en dus ook welke kosten er aan verbonden zijn (zie model). In de DSM-IV wordt verschil gemaakt tussen **problematisch gebruik van alcohol**, **alcoholafhankelijkheid** en **alcohol misbruik**. Hierin worden de duur en de mate van het alcoholgebruik meegenomen.

Problematisch alcoholgebruik⁶ heeft actuele psychische of lichamelijke schade tot gevolg. Daarbij is geen sprake van afhankelijkheid, maar wel van duidelijke psychische en/of lichamelijke problemen als gevolg van excessief of overmatig alcoholgebruik.

BEPALING ALCOHOLAFHANKELIJKHEID PATIËNT MOET VOLDOEN AAN DRIE OF MEER VAN ONDERSTAANDE DSM-IV CRITERIA	
1.	Tolerantie.
2.	Onthoudingsverschijnselen a) onthoudingssyndroom; b) drinken om onthoudingssyndroom te verlichten of te vermijden.
3.	Meer/langer drinken dan bedoeld.
4.	Langdurige wens / niet succesvolle pogingen om te stoppen of te minderen.
5.	Veel tijd besteden aan verkrijgen, gebruik en herstel.
6.	Belangrijke activiteiten worden opgegeven of verminderd.
7.	Doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade.

⁶ De huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn gebruiken ICPC (International Classification of Primary Care) coderingen voor alcoholgebruik: P15 Chronisch alcoholmisbruik, met subcodes: 01 Alcoholisme, 02 Delirium tremens, 03 Syndroom van Wernicke-Korsakoff; 05 Problematisch alcoholgebruik; 06 Binge drinken. Verder is er nog P16. Acuut alcoholmisbruik/-intoxicatie.

BEPALING ALCOHOLMISBRUIK PATIËNT MOET VOLDOEN AAN ÉÉN OF MEER VAN ONDERSTAANDE DSM-IV CRITERIA	
1.	Falen om belangrijke taken die bij de eigen rol thuishoren uit te voeren.
2.	Herhaald gebruik in gevaarlijke situaties.
3.	Herhaalde problemen met justitie in verband met alcoholgebruik.
4.	Doorgaand gebruik ondanks sociale of persoonlijke schade.

Afhankelijk van de diagnose en duur (kort- of langdurig) van het alcohol gebruik worden interventies ingezet. Wanneer er sprake is van kortdurend (<3 maanden) problematisch gebruik van alcohol kan dit behandeld worden in de huisartsenzorg. Wanneer het problematisch alcoholgebruik langer als drie maanden aanhoudt en de behandeling van de huisarts of POH GGZ onvoldoende resultaat bereikt, kan worden doorverwezen naar de BGGZ. Wanneer alcoholafhankelijkheid of alcohol misbruik gediagnosticeerd is, wordt zowel bij kortdurend als langdurend alcohol gebruik doorverwezen naar de BGGZ of GGGZ (verslavingszorg) als de behandeling bij de huisarts onvoldoende resultaat boekt.

3.3 Suïcidaliteit

Suïcidaliteit komt het meest voor in combinatie met depressie, middelengebruik (waaronder alcohol), persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. De huisarts en/of POH GGZ kunnen te maken krijgen met patiënten met verschillende vormen van suïcidaal gedrag, waaronder: gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen, na een suïcidepoging, of met naasten van personen overleden door suïcide. In de landelijke multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag staan onderstaande aanbevelingen voor de eerstelijns opgenomen⁷.

Voor de huisarts gelden de volgende taken:

- patiënten met gedachten aan de dood, maar zonder plannen er een eind aan te maken, psychiatrisch onderzoeken, vooral naar de aanwezigheid van depressieve symptomen;
- patiënten die denken er een einde aan te maken maar geen (gedetailleerd) plan hebben, verwijzen naar een bevoegd en bekwaam deskundige. De huisarts dient zich zo mogelijk ervan te vergewissen dat de verwijzing daadwerkelijk tot stand is gekomen;
- patiënten met concrete plannen met spoed verwijzen naar een deskundige, meestal de ggz;
- na een suïcidepoging de patiënt somatisch onderzoeken, en beoordelen of (verwijzing voor) somatische behandeling nodig is;
- na suïcide van een patiënt zo nodig de gemeentelijk lijkschouwer inschakelen;
- na suïcide van een patiënt naasten informeren en beoordelen welke nazorg nodig is.

De huisarts kan de continuïteit van zorg bevorderen en daarmee de veiligheid van de suïcidale patiënt als volgt vergroten:

- zo veel mogelijk relevante informatie verstrekken bij de verwijzing van de patiënt naar een andere behandelsetting;

⁷ Van Hemert A.M., Kerkhof A.J.F.M., Keijser J. de, Verwey B., Boven C. van, Hummelen J.W., Groot M.H. de, Lucassen P., Meerdinkveldboom J., Steendam M., Stringer B., Verlinde A.A., Glind G. van de. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Samenvatting. 2012. De Tijdstroom. www.ggzrichtlijnen.nl

- de doktersdienst informeren over suïcidaal gedrag van de patiënt;
- de rol van de huisarts in de zorg voor de suïcidale patiënt (laten) beschrijven in een eventueel veiligheidsplan van de patiënt en dit afstemmen met andere betrokken disciplines, en eveneens met de naasten van de patiënt⁸;
- herhaald en geregeld contact maken over de suïcidegedachten van de patiënt, in het bijzonder bij patiënten die herstellende zijn van een klinische depressie;
- geregeld proactief navraag doen naar suïcidegedachten bij patiënten die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond.

4. Behandelinterventies

De stadia die een patiënt kan doorlopen om te komen tot gedragsverandering met betrekking tot het alcoholgebruik zijn vergelijkbaar met die rondom andere vormen van verslaving zoals roken. De volgende stadia worden onderscheiden: voor-bewustwording, bewustwording, voorbereiding, actie, volhouden en terugval.

In deze stadia kunnen vier behandelinterventies - ook wel de bouwstenen voor het zorgpad - worden voorgeschreven voor problematisch alcoholgebruik, bestaande uit:

- 1) basisinterventies;
- 2) zelfhulp/e-health en psychosociale interventies;
- 3) kortdurende psychologische behandeling;
- 4) medicijnen en psychotherapeutische technieken.

Afhankelijk van de ernst en duur van de problematiek worden bouwstenen ingezet. Hieronder worden de verschillende behandelinterventies verder uitgelegd.

Bij licht alcoholgebruik kunnen de interventies worden voorafgegaan door een periode van *watchful waiting*: hierbij wordt afgewacht of het alcoholgebruik vermindert. Het geven van psycho-educatie (zie onder 4.1) is in deze periode aan te bevelen. Is het gebruik bij de patiënt bij een vervolgspraak nog niet verminderd tot een normale hoeveelheid, dan kan er een andere bouwsteen worden ingezet.

Problematisch alcoholgebruik beperkt zich vaak niet tot de patiënt zelf. Ook naasten zijn hier (ongewild) bij betrokken. Hulpverlening houdt daarom ook de zorg voor naasten van de patiënt in. Denk hierbij vooral aan kinderen, partners en ouders.

4.1 Basisinterventies

De volgende basisinterventies worden aanbevolen:

Psycho-educatie

Een patiënt is zich niet vaak niet bewust van het problematisch karakter van zijn alcoholgebruik en niet gemotiveerd om te veranderen. In dit stadium wordt naar bewustwording van alcoholgebruik gestreefd door informatie en advies. Het planmatig aanbieden van informatie aan de patiënt wordt psycho-educatie genoemd. Hierbij wordt de informatie afgestemd op de kennis en belevingswereld van de patiënt. Psycho-educatie kan worden gegeven in voorlichtende gesprekken, als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement of als onderdeel van e-health-interventie of een (groeps) cursus. Een goede uitleg van de behandelmogelijkheden is noodzakelijk om de patiënt in staat te stellen te komen tot een weloverwogen keuze. Bovendien bevordert een goede voorlichting de therapietrouw. Bijvoorbeeld, ten aanzien van medicatie is een goede uitleg nodig over de werking, het doseringsschema en de te verwachten bijwerkingen.

Psycho-educatie wordt bij herhaling gegeven, afhankelijk van de behoefte aan informatie en de noodzaak, en kan ook gegeven worden aan partner of familieleden van patiënten.

Voor de voorlichting van alcoholgebruik kan gebruik gemaakt worden van de volgende internetwebsites: www.thuisarts.nl/alcohol (NHG-voorlichting), www.alcoholinfo.nl, www.drinktest.nl, www.minderdrinken.nl, en www.drugsinfo.nl.

⁸ Hermens, M, Wetten, H van, & Sinnema, H. (2010). Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut.

4.2 Zelfhulp en e-health

Zelfhulpmaterialen bestaan uit boeken, brochures en e-health interventies die gericht zijn op het motiveren tot en begeleiden van verandering van drinkgedrag. Enkele voorbeelden van zelfhulpcursussen voor alcohol problematiek waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen zijn: 'Drinktest' en 'Minder drinken'⁹.

Zelfhulpgroepen zijn niet-begeleide groepsbijeenkomsten van mensen die zichzelf en elkaar willen helpen met hun alcoholprobleem. Er bestaan verschillende andere zelfhulpgroepen. De bekendste vorm is de Anonieme Alcoholisten (AA).

4.3 Kortdurende psychologische behandeling

Kortdurende interventies bestaan uit één of enkele interventies van vijf tot dertig minuten binnen een beperkt aantal maanden, waarbij doorgaans gebruik gemaakt wordt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken. Het kan gaan bijvoorbeeld gaan om een advies, of het geven van feedback over de fysieke conditie van een patiënt. Kortdurende interventies bevatten doorgaans:

- Feedback over excessief alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek;
- Geven van advies en opties voor gedragsverandering;
- Bespreken van keuzes en mogelijkheden voor verandering van het gebruik;
- Keuze minder drinken/niet te drinken en het bespreken van hoog risico situaties. Met als grondregel de patiënt te begeleiden in de gedragsverandering naar het voeren van eigen regie.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivering tot gedragsverandering en vergroot de ambivalentie ten aanzien van de gedragsverandering.

Kenmerken van motiverende gespreksvoering zijn:

- zoeken en mobiliseren van intrinsieke waarden en doelen bij de patiënt om gedragsverandering te stimuleren, zonder normen, waarden of daarop gebaseerde gedragsverandering van de hulpverlener op te dringen;
- het is een directe, patiëntgerichte manier van hulpverlening om gedragsverandering mogelijk te maken door patiënten te helpen bij het exploreren en oplossen van ambivalentie over het drinkgedrag;
- het maakt gebruik van inventarisatie van voor- en nadelen van de verandering. Zo wordt er naar gestreefd dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de voordelen.

Een bruikbare manier is eerst de voordelen van het drinken met de patiënt te verkennen en te benadrukken en deze daarna af te zetten tegen de nadelen. Ook is het zinvol risicosituaties met de patiënt door te nemen. Vermijd discussies met de patiënt als: is de patiënt alcoholist? Wie heeft de schuld? Is psychosociale problematiek nu oorzaak of gevolg? De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is uitgangspunt. Gedragsverandering wordt niet bevorderd door de patiënt onder druk te zetten.

⁹ Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C.G., Cuijpers P. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven 2006.

4.4 Psychotherapeutische technieken en medicatie

De volgende psychologische behandel interventies worden aanbevolen:

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) behoort, met motiverende gespreksvoering, tot de psychologische interventies met de grootste effectiviteit. CGT is een combinatie van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij CGT gaat het om het beïnvloeden van gedrag in combinatie met het beïnvloeden van (negatief) denken over het gedrag. CGT bestaat uit een reeks interventies, waaronder ook systeemtherapie/partner-relatietherapie, die erop gericht zijn de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om vaardigheden aan te leren om beter om te gaan met levensproblemen.

Kortdurende psychodynamische therapie (KPT)

Bij een kortdurende psychodynamische therapie wordt het problematisch alcoholgebruik benaderd vanuit de ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt. Er worden verbanden gelegd tussen het alcoholgebruik in het hier en nu, en problemen uit de (vroeg) kindertijd. Vaak gaat het daarbij om een bewustwording en leren hanteren van moeilijke gevoelens (zoals angst, schaamte, pijn en schuld) in de relatie met andere mensen.

Interpersoonlijke therapie (IPT)

Interpersoonlijke therapie (IPT) gaat uit van het idee dat veranderingen in belangrijke relaties alcoholproblemen kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. In de therapie wordt onderzocht hoe de contacten met belangrijke anderen in de omgeving verlopen. Daarna wordt gekeken hoe deze contacten bijdragen aan het ontstaan, of in stand houden van alcoholgebruik. Bijvoorbeeld wanneer iemand het moeilijk vindt om conflicten aan te gaan en zijn mening uit te spreken. Hierdoor kunnen mensen zich steeds meer gaan ergeren en/of terugtrekken uit contacten. Alcoholgebruik, isolement, angst en depressieve gevoelens kunnen daardoor verergeren.

Terugvalpreventie is vaak onderdeel van de behandeling, juist omdat terugval kenmerkend is voor de problematiek. Bij dreigende terugval wordt een plan opgesteld hoe dit voorkomen kan worden.

Medicatie

Medicamenteuze therapie bij problematisch alcoholgebruik kan worden onderscheiden in bestrijding van ontwenningverschijnselen en voorkomen van terugval.

Bestrijding van ontwenningverschijnselen - Lichte onthoudingsverschijnselen, zoals slaapproblemen en prikkelbaarheid, na ineens stoppen van het alcoholgebruik duren hooguit enkele dagen en hoeven niet medicamenteus behandeld te worden. Bij ernstige ontwenningverschijnselen volgt verwijzing naar een instelling voor verslavingszorg of (verslavingszorg)kliniek.

De NHG-standaard problematisch alcoholgebruik (2005) die momenteel wordt herzien, schrijft het volgende voor bij bestrijding van ernstige ontwenningverschijnselen:

‘Bij ernstige ontwenningverschijnselen zoals overactiviteit, angst, verhoogde prikkelbaarheid of tremoren schrijft de huisarts chloordiazepoxide voor. Start de eerste dag met 100 mg verdeeld over 4 giften met de hoogste dosis voor de nacht en bouw dit af in vijf dagen. Bij ouderen of personen met door alcoholgebruik veroorzaakte leverschade wordt oxazepam aanbevolen (4 maal daags

25 mg) ter voorkoming van overmatige sedatie. Stop de medicatie binnen een week. Controleer bij ernstige ontwenningsverschijnselen dagelijks en overweeg in dergelijke gevallen verwijzing naar de verslavingszorg.

Klinische detoxificatie wordt aanbevolen als de ontwenningsverschijnselen niet voldoende onderdrukt kunnen worden.

Vitaminesuppletie. Overmatig alcoholgebruik gaat dikwijls gepaard met thiamine- of vitamine B1-tekort. Dat pleit voor toediening van thiamine bij ernstige vormen van problematisch alcoholgebruik. Bij ontwenning kan vitamine B1-tekort leiden tot bloedinkjes in de hersenen met irreversibele schade. Geef daarom bij vermindering of beëindiging van het alcoholgebruik en een insufficiënt dieet 1-2 maal daags een tablet vitamine B1 van 100 mg om een optimale vitamine B1-spiegel te bereiken. Als de patiënt weer een gezond voedingspatroon volgt, kan de dosis in de loop van een maand worden afgebouwd. Bij aangetoonde neuropathie, geheugenproblemen of ernstige maag- of darmklachten wordt gedurende de eerste dagen parenterale toediening van 100 mg thiamine aanbevolen.'

5. Monitoren en terugvalpreventie

Er wordt geadviseerd de voortgang van de behandeling periodiek – bij voorkeur eens in de zes tot acht weken – te monitoren met behulp van een meetinstrument. Om het gebruik van alcohol tijdens het behandeltraject te monitoren en een indruk te krijgen van de omvang van het alcoholgebruik wordt de Five Shot Test aanbevolen. Na de gedragsverandering gaat het om het volhouden van het nieuwe gedrag. Met vervolconsulten, eventueel telefonisch, wordt contact onderhouden met de patiënt. Na uiterlijk vier maanden vindt de behandevaluatie plaats. Wanneer het gebruik van alcohol gedurende de behandeling niet verbetert, volgt een herbeoordeling van de ernst van de stoornis door middel van vervolg anamnese en hernieuwde toepassing van de DSM-IV criteria.

Ter voorkoming van terugval zijn in Nederland disulfiram, acamprosaat en naltrexon geregistreerd. Deze middelen hebben ook in combinatie met psychosociale ondersteuning een geringe werkzaamheid. Gebruik in de huisartsenpraktijk wordt bij problematisch alcoholgebruik niet aanbevolen, tenzij na overleg en in intensieve samenwerking met een instelling voor verslavingszorg.

6. Bijlage

Het gebruik van alcohol in Nederland is met 8,1 liter alcohol per jaar per hoofd van de bevolking de laatste tien jaar vrijwel constant gebleven. De prevalentie van probleemdrinkers in de bevolking bedraagt 7 tot 11%. Bij mannen ligt de hoogste alcoholconsumptie bij 18-19 jaar, bij vrouwen rond de leeftijd van 27 jaar. Het alcoholgebruik onder jongeren ligt in Nederland hoog vergeleken met andere West-Europese landen. Allochtone scholieren drinken afhankelijk van de bevolkingsgroep 3-10 maal minder dan autochtone.

De opname van alcohol vertoont binnen één individu een smalle variatie van 10%, afhankelijk van de vullingstoestand van de maag, extracellulair volume en daarmee samenhangend geslacht en leeftijd.

De hoeveelheid alcohol in een voor de betreffende drank bestemd glas, de zogenaamde standaardconsumptie, is vrij constant bijna 10 gram alcohol. Dit betekent dat een standaard glas bier (250 cc), wijn (100 cc) of sterke drank (35 cc) ongeveer evenveel alcohol bevat.

Verschillende orgaansystemen kunnen worden aangetast door overmatig alcoholgebruik:

- Algemeen: overgewicht door extra calorieën uit alcohol, maar ook ondergewicht en deficiënties van vitamines door een insufficiënt dieet; ongevallen zowel in het verkeer als thuis;
- Maligniteiten vooral in de mond-keelholte; ook het risico van borstkanker is verhoogd;
- Gastro-intestinaal: slijmvliesbeschadiging in maag en duodenum, leverbeschadiging met uiteindelijk levercirrhose, pancreatitis met als mogelijk gevolg diabetes mellitus;
- Hart- en vaatziekten zoals hypertensie, CVA, coronairlijden en ritmestoornissen;
- Neurologische problemen, zoals polyneuropathie en het Wernicke-Korsakow syndroom. Vooral *binge-drinken* kan leiden tot hersenschade hetgeen zich pas na jaren uit in verminderd cerebraal functioneren door uitval van de aandacht, concentratie en geheugen;
- Op urogenitaal gebied seksuele problemen, verminderde fertiliteit van de man, erectiestoornissen en menstruatiestoornissen;
- Huidafwijkingen zoals spider-naevi, erythema palmare en rood gezicht;

Naast lichamelijke aandoeningen kan problematisch alcoholgebruik leiden tot psychosociale problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, werkverzuim of problemen op het werk. Ook psychische problemen (depressie en angstgevoelens) kunnen het gevolg zijn van problematisch alcoholgebruik.

Bij welke alcoholinname de wettelijke grenswaarde voor verkeersdeelname (0,5‰; 0,2‰ voor jonge bestuurders met minder dan twee jaar rijervaring) wordt overschreden, is sterk individueel bepaald. Wijs patiënten op interacties met medicatie en risico's van alcoholgebruik in het verkeer. Patiënten met de diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid komen niet (meer) in aanmerking voor een rijbewijs. Pas als zij aantoonbaar gestopt zijn, kunnen zij na een recidiefvrije periode van een jaar op basis van een psychiatrisch rapport weer geschikt worden geacht.