

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoornissen in het gebruik van alcohol

Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Eberson MPH, Luijckx JHM, Valken N, Vrienen JA. *Huisarts Wet* 2010;53(4):S1-5.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Stoornissen in het gebruik van alcohol is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG).

Het NHG en de VVG beogen met deze LESA betere zorg te verlenen aan patiënten met stoornissen in het gebruik van alcohol. Onder deze stoornissen worden verstaan: problematisch alcoholgebruik, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Huisarts en verslavingsarts kunnen door een nauwere samenwerking en een goede taakverdeling bij signalering, diagnostiek en beleid op het juiste moment de juiste geneeskundige zorg bieden. Op deze wijze wordt de continuïteit in de zorg voor de patiënt gewaarborgd. De LESA beschrijft niet de rol van andere eerstelijnsdisciplines in de zorg voor patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol, maar kan wel als basismodel dienen voor samenwerkingsafspraken met en tussen andere disciplines.

De aanbevelingen in deze LESA zijn bedoeld om regionaal nader in te vullen. Aan de hand hiervan kunnen nadere werkafspraken worden gemaakt. De zorg voor specifieke groepen, zoals kinderen of ouderen, komt in deze LESA slechts in beperkte mate aan de orde.

De LESA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en waar deze ontbreken heeft de werkgroep op basis van consensus afspraken geformuleerd. Daarbij is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik en de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol.¹ Aan deze laatste richtlijn hebben beide verenigingen meegewerkt.

Achtergronden

Verandering van een ongezonde leefstijl kan op korte en lange termijn ziekte voorkomen. Ook minder alcohol drinken kan latere stoornissen in het gebruik van alcohol voorkomen. Vroegdiagnostiek en behandeling van alcoholproblemen in de eerste lijn lijken effectief.

De eerste lijn kent per regio verschillende

medische en niet-medische disciplines voor de behandeling en begeleiding van stoornissen in het gebruik van alcohol. Huisartsen, instellingen voor verslavingszorg, algemeen maatschappelijk werk, (eerstelijns) psychologen, verpleegkundigen of door GGZ-instellingen gedetacheerde sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen spelen een rol. De instellingen voor verslavingszorg behoren tot de eerste lijn omdat ze vrij toegankelijk zijn. Volgens het NIVEL melden vier van de vijf ingeschreven patiënten zich aan zonder een verwijzing van huisarts of medisch specialist. Binnen deze instellingen heeft de verslavingsarts een taak bij intake en behandeling (waaronder medicatie), en bij de communicatie met de huisarts.

De instellingen voor verslavingszorg bieden door fusies met GGZ-instellingen een toenemende variëteit aan behandel mogelijkheden. Voorbeelden hiervan zijn klinieken voor patiënten met verslaving en psychiatrische comorbiditeit, *outranchende* zorg voor zieke, zorgmijdende patiënten, en klinische behandeling die volgens het twaalfstapenplan (Minnesota-model) kan verlopen.² Daarnaast zijn er particuliere instellingen die zich richten op specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld patiënten die geen gebruik willen maken van de reguliere instellingen. Tot slot is er de meer anonieme en laagdrempelige e-hulp via internet.

Begrippen

Huisarts: waar huisarts staat, wordt bedoeld op de huisartsenvoorziening. Dat wil zeggen de huisarts, de praktijkassistent, de praktijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner.

Verslavingsarts: waar verslavingsarts staat, wordt bedoeld op de arts of bij diens afwezigheid de betrokken behandelaar die werkzaam is bij een instelling voor verslavingszorg of een GG&GD.

Problematisch alcoholgebruik is een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen, dan wel verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is daarbij van ondergeschikt belang.

Bij *alcoholafhankelijkheid* gaat het om een combinatie van lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen), psychische afhankelijkheid (hunkering, *craving*), controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen en niet kunnen

stoppen met gebruik) en lichamelijke of sociale gevolgen van het gebruik.

Alcoholmisbruik kan worden omschreven als de toestand van onaangepast drinken, zonder dat er voldoende criteria voor verslaving zijn, met significant lijden of verminderd functioneren tot gevolg. Kenmerkend zijn de interpersoonlijke en sociale problemen samenhangend met het gebruik van alcohol.

De diagnoses *Misbruik* en *Afhankelijkheid* van alcohol worden in de DSM-IV omschreven. Hierbij moet aan het vereiste aantal criteria zijn voldaan; zie *tabel 1*.

Binge drinken is het drinken van grote hoeveelheden (vijf glazen of meer) alcoholhoudende drank bij één gelegenheid in korte tijd, op één of meerdere dagen van de week, afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Dit kan leiden tot ernstige alcoholintoxicatie en een levensbedreigend coma.

Epidemiologie en risicogroepen

Het merendeel (81%) van de Nederlanders drinkt alcohol.³ Problematisch alcoholgebruik komt voor bij 10% van de Nederlanders boven de 12 jaar, dus bij ruim 1 miljoen mensen. Alcoholmisbruik komt voor

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Stoornissen in het gebruik van alcohol is het resultaat van het landelijke overleg tussen huisartsen en verslavingsartsen over zorg en gedeelde zorg aan patiënten met problematisch alcoholgebruik, -misbruik en -afhankelijkheid.
- Huisartsen en verslavingsartsen maken regionaal werkafspraken over samenwerking. Hiertoe is in deze LESA een lijst met aandachtspunten voor bespreking in de regio opgenomen.
- De werkgroep beveelt een actieve motiverende aanpak aan.
- Het advies aan patiënten met een lange historie van drankmisbruik om acuut geheel te stoppen met dit gebruik kan ernstige complicaties opleveren. Vitamine-B1-suppletie en benzodiazepinen zijn vaak noodzakelijk.
- Adolescenten en de groep patiënten bij wie de verslaving vóór het 25^e jaar begint en in ernstige mate persisteert, kunnen het beste verwezen worden naar een verslavingsarts.

Tabel 1 Criteria DSM-IV Alcoholafhankelijkheid en -misbruik.

Alcoholafhankelijkheid
Drie of meer van onderstaande criteria

1. Tolerantie
2. Onthoudingsverschijnselen
 - a. onthoudingssyndroom, of
 - b. drinken om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3. Meer/langer drinken dan bedoeld
4. Langdurige wens/niet succesvolle pogingen om te minderen/stoppen
5. Veel tijd besteden aan verkrijgen, gebruik en herstel
6. Belangrijke activiteiten worden opgegeven of verminderd
7. Doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade

Alcoholmisbruik
Eén of meer van onderstaande vier criteria

1. Falen om belangrijke taken die bij de eigen rol horen 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

bij ongeveer 450.000 van de volwassen Nederlanders en alcoholafhankelijkheid bij 350.000. Beide komen bij mannen vaker voor dan bij vrouwen. Dit betekent dat er in een gemiddelde huisartsenpraktijk (2350 patiënten) ruim 200 probleemdrinkers zijn, niet alleen volwassenen, maar ook jongeren. Bij ruim 90 van hen is sprake van alcoholmisbruik en bij 70 van alcoholafhankelijkheid.

Op de leeftijd van 16 jaar komt bij meer dan de helft van de jongens en meisjes binge drinken voor. Er worden per jaar bijna 500 kinderen van 16 jaar of jonger opgenomen vanwege alcoholintoxicatie.³ Jongeren gebruiken naast alcohol vaak meerdere drugs tegelijkertijd. Alcohol remt de ontwikkeling van de hersenen bij jongeren en maakt de hersenen kwetsbaar voor beschadiging. Bovendien neemt de kans op verslaving bij jongeren sterk toe en is behandeling moeilijker.

Ook ouderen en patiënten met een chronische (psychiatrische) ziekte zijn kwetsbaar voor schade door alcoholgebruik, mede door potentiële interacties met bestaand geneesmiddelgebruik.

Inbreng van de patiënt

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de patiënt en eventuele mantelzorgers het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met de specifieke omstandigheden van de patiënt. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen het beleid daarop af.

Afweging door de hulpverlener

Deze LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en verslavingsartsen. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen, met behoud van de continuïteit in de zorg. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

De verslaving begint bij twee derde van de verslaafden tussen het 18^e en 25^e jaar. Bij hen zijn de genetische factoren meer uitgesproken en is het beloop vaker recidiverend of chronisch, met meer comorbiditeit in de zin van persoonlijkheidsstoornis of ADHD; de prognose is slechter.

In 2005 stonden 31.000 mensen met alcoholgebruik als hoofddiagnose geregistreerd bij de verslavingszorg. Uit deze cijfers blijkt dat er relatief weinig (in ongeveer 4% van de gevallen) gebruik wordt gemaakt van de hulpverlening. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij de vroegsignalering door alert te zijn op de mogelijkheid van een stoornis in het gebruik van alcohol (zie ook de paragraaf Signalering).

Uitgangspunten

De huisarts verleent continue, generalistische en contextgerichte zorg. De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik is het uitgangspunt voor de huisarts bij signalering, diagnostiek, begeleiding en behandeling van problematisch alcoholgebruik. Bij vroegtijdige signalering is (minimale) interventie door de huisarts zinvol. Zo leidt een advies om minder te drinken tot 10 tot 16% vermindering van het alcoholgebruik; na een serie van 4 korte gesprekken kan wel 25% reductie worden bereikt.⁴ De huisarts kan problematisch alcoholgebruik, alcoholmisbruik en milde vormen van verslaving doorgaans zelf behandelen.

De verslavingsarts in Nederland werkt in een verslavingszorgorganisatie samen met andere disciplines, zoals psychiaters, psychologen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en professioneel opgeleide ex-verslaafden. Naast preventie van middelemisbruik en -afhankelijkheid is het doel van deze instellingen vooral behandeling en follow-up van verslaafden. Hierbij is de hulpvraag van de patiënt het uitgangspunt voor het behandelplan, maar er wordt ook gestreefd naar abstinentie of ten minste beperking van de schade door alcoholgebruik.

De verslavingszorg in Nederland was in het verleden grotendeels gericht op de groep van recidiverende en chronische patiënten. Tegenwoordig worden ook curatieve behan-

delingen aangeboden, bij voorkeur vroeg in het beloop van de stoornis. Daarnaast wordt er samengewerkt met zelfhulpgroepen, zoals de Anonieme Alcoholisten (AA). Patiënten kunnen zich aanmelden na verwijzing door een (huis)arts of op eigen initiatief. In dat laatste geval krijgt de huisarts hiervan bericht. Na een algemene en medische intake wordt een behandelplan opgesteld dat aansluit bij de problemen en de hulpvraag van patiënt.

Een belangrijke pijler van de behandeling is de leefstijltraining. Dit is een vorm van cognitieve gedragstherapie. Geringe motivatie wordt niet meer veroordeeld maar geaccepteerd, omdat blijkt dat de motivatie toeneemt tijdens de behandeling. Een confronterende aanpak is contraproductief en leidt niet tot gedragsverandering. Andere pijlers van de behandeling zijn farmacotherapie en opnames voor intensievere therapie.

Het doel van de samenwerking van huisartsen en verslavingsartsen is door vroegtijdige signalering, consultatie of verwijzing problematisch alcoholgebruik verminderen en schade voorkomen. Ook wordt beoogd de begeleiding en behandeling van patiënten met stoornissen in het gebruik van alcohol te verbeteren door het maken van regionale samenwerkingsafspraken. Bij samenwerking zijn drie aspecten te onderscheiden: signalering, diagnostiek, en behandeling en begeleiding.

Werkwijze**Signalering**

In de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik staat beschreven bij welke directe en indirecte signalen de huisarts aan problematisch alcoholgebruik moet denken. Een vergroot risico op alcoholproblematiek bestaat bij mannen met psychosociale problemen, bij alleenstaanden of bij mensen die ingrijpende levensgebeurtenissen hebben meegemaakt. Verder bij patiënten met onduidelijk klachtenpatroon, maagklachten, tabakmisbruik of gebruik van benzodiazepinen. Het verband met alcoholgebruik wordt ter sprake gebracht door te vragen naar leefstijl. Dit alles vraagt tijd en tact.

Diagnostiek

De huisarts en de verslavingsarts letten bij anamnese en lichamelijk onderzoek op kenmerken van risicovol drinken, alcoholmisbruik of -afhankelijkheid en vormen zich een indruk van de algemene toestand en de voedingstoestand van de patiënt. Psychiatrische en somatische comorbiditeit worden opgespoord. Zij verrichten lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek op basis van klachten of ter versterking van het vermoeden van problematisch alcoholgebruik. Het is zinvol de bloeddruk te meten, omdat alcoholgebruik de bloeddruk kan verhogen. Bepaling van gamma-GT en CDT (koolhydraatdeficiënt transferrine) kan dienen om het verminderen of stoppen van alcoholgebruik te vervolgen.

Behandeling en begeleiding

Na een evaluatie bespreekt zowel huisarts als verslavingsarts het verband tussen de gepresenteerde klacht en het alcoholgebruik en stelt op basis van de hulpvraag samen met de patiënt de behandeldoelen en een stappenplan vast. Behandeldoelen zijn: acceptatie, vermindering of staken van het alcoholgebruik. In het stappenplan passen voorlichting, behandeling in de huisartsenpraktijk, verwijzing naar een zelfhulporganisatie zoals AA, behandeling door een verslavingsarts, opname voor detoxificatie of deelname aan een speciaal behandelprogramma.

Bij ernstige en langdurige stoornissen in het gebruik van alcohol wijst de arts erop dat de patiënt *niet zonder begeleiding* moet stoppen met drinken en dat er concrete vervolgspraken moeten worden gemaakt. Het doel is om onthoudingsinsulten, delier of het ontstaan van het syndroom van Wernicke (necrose met inflammatoire reactie in de hersenen, gevolgd door atrofie) te voorkomen of tijdig te signaleren. Zie verder de paragraaf Bestrijding van ontwenningverschijnselen.

Als een detoxificatie geïndiceerd is, onderzoekt de arts of er contra-indicaties zijn voor een ambulante ontwenning. Dit kunnen zijn:

- ernstige ontwenningverschijnselen in het verleden;
- delier en/of onttrekkinginsulten in het verleden;
- tentamen suïcide in het verleden;
- epilepsie;
- slechte lichamelijke conditie;
- te verwachten ernstige ontwenning, gelet op de hoeveelheden alcohol die patiënt gebruikt;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen;

- ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals psychosen of stoornissen in de impulscontrole;
- hoge leeftijd;
- onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht;
- afwezig steunsysteem.

Bij aanwezigheid van één van bovengenoemde contra-indicaties is een klinische detoxificatie geïndiceerd. Als er geen contra-indicaties zijn, kan de huisarts de ontwenning zelf begeleiden, indien gewenst na consultatie van een verslavingsarts.

De huisarts kan in veel gevallen patiënten die later in hun leven van alcohol afhankelijk zijn geworden, zelf behandelen. Vaak is er een uitlokkend *life event* en nog een intact sociaal netwerk. Er kan sprake zijn van angst of depressie, maar die verdwijnt vaak spontaan als de patiënt enkele weken geen alcohol drinkt.

De huisarts streeft ernaar dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de voordelen. De risicosituaties worden met de patiënt op een motiverende wijze doorgenomen. Dit geeft de huisarts meer houvast en voorkomt terugval bij de patiënt. Bij voorkeur wordt de partner betrokken bij de behandeling.

Medicamenteuze behandeling

Bij medicamenteuze therapie bij stoornissen in het gebruik van alcohol wordt onderscheid gemaakt in bestrijding van ontwenningverschijnselen, vitaminesuppletie en terugvalpreventie. Deze therapie kan de huisarts voorschrijven als deze zich daartoe voldoende competent acht of na telefonische consultatie met een verslavingsarts. Vóór de start maar ook tijdens de therapie moet de arts alert zijn op contra-indicaties, bijwerkingen en indicaties voor verwijzing (zie ook de paragrafen Behandeling en begeleiding en Verwijzing).

Bij gecombineerde behandeling door verslavingsartsen en huisarts dient regionaal afgesproken te worden wie de medicatie begeleidt en wanneer overleg nodig is.

Bestrijding van ontwenningverschijnselen

Lichte ontwenningverschijnselen, zoals slaapproblemen, prikkelbaarheid, angst, hoofdpijn, maag-darmproblemen, tremoren en snellere hartslag hoeven niet medicamenteus te worden behandeld. Bij matige ontwenningverschijnselen kan de huisarts zelf volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik behandelen met chloordiazepoxide of oxazepam. Frequentie controleafspraken en

afspraken met de afleverend apotheker zijn nodig, evenals regelmatig toezicht door familie, vrienden of kennissen. Verwijs voor (poli)klinische detoxificatie als hier niet aan kan worden voldaan of als de ontwenningverschijnselen niet voldoende kunnen worden onderdrukt.

Bij onthoudingsinsulten, een delier of bij een vermoeden van een syndroom van Wernicke is spoedverwijzing naar het ziekenhuis aangewezen. Er is een verhoogd risico op het syndroom van Wernicke als patiënten zichzelf verwaarlozen of als ze een polyneuropathie, cognitieve beperkingen of een loopstoornis hebben.

Vitaminesuppletie

Van de chronische alcoholisten heeft 30 tot 80% een thiaminetekort. Daarom beveelt de werkgroep aan om hen conform de multidisciplinaire richtlijn 2 maal daags 50 mg thiamine (tijdens detoxificatie op te hogen tot 300 mg per dag⁵) te laten gebruiken in combinatie met vitamine-B-complex. Bij verdenking op een syndroom van Wernicke is ter voorkoming van een (onomkeerbaar) syndroom van Korsakov, snelle parenterale toediening van een hoge dosis thiamine (250 mg)⁶ gedurende drie tot vijf dagen aan te bevelen.

Terugvalpreventie

Ter voorkoming van terugval zijn in Nederland naltrexon, acamprosaat en disulfiram geregistreerd. Voor deze drie middelen geldt dat psychosociale begeleiding essentieel is. Deze bestaat uit een reeks gestructureerde kortdurende consulten.

Naltrexon vermindert snel de zucht naar alcohol en werkt binnen een uur. Het is bewezen effectief in het verminderen van de ernst van de terugval op korte termijn (drie maanden) en past in een kortdurende behandeling gericht op schadebeperking en gecontroleerd drinken.⁷ Vanwege het opiaat-antagonisme dienen patiënten een *patient alert* bij zich te dragen, zodat daar rekening mee gehouden kan worden bij een plotseiling noodzakelijke anesthesie.

Acamprosaat vermindert ook de zucht, maar werkt geleidelijk (pas na twee tot vier weken) en is bewezen effectief in het vasthouden van de abstinentie. Het geeft een toename van het aantal dagen waarop niet gedronken wordt en een afname van de mate en frequentie van alcoholgebruik. In vergelijking met naltrexon geeft het minder bijwerkingen en het effect op langere termijn (een tot twee jaar) is beter onderzocht.

Disulfiram werkt als een zeer krachtig, aversief middel. Het is bedoeld voor personen met voldoende inzicht in de werking en de risico's bij combinatie met alcohol (zoals

cardiovasculaire collaps), als eerdere middelen faalden en abstinentie als behandeldoel onvermijdelijk en aanvaard is. De effectiviteit is groter als een betrokken derde (familie/kennis/vriend) toeziet op de medicatie-inname. Verslavingsartsen laten een behandelovereenkomst tekenen voor een beperkte tijd (bijvoorbeeld drie maanden), gezien het risico maar ook vanwege de noodzakelijke motivatie van de patiënt en betrokkenheid van een derde.

Voorlichting

Grenzen voor veilig alcoholgebruik zijn individueel verschillend en liggen lager bij voor alcohol kwetsbare groepen. In zijn algemeenheid geldt dat een hogere tolerantie tot een grotere kans op verslaving leidt, terwijl patiënten vaak denken dat het andersom is. Internationaal houdt men als veilige grenswaarde vast aan een maximaal alcoholgebruik voor vrouwen van 14 eenheden (E), voor mannen 21 E en voor ouderen 7 E per week. Voor jongeren tot 18 jaar en zwangeren is alcoholgebruik onveilig en dient het ontraden te worden.

Bij de voorlichting worden bij voorkeur familie, partner of, in het geval van kinderen met binge drinken, de ouders betrokken. De huisarts geeft ter ondersteuning van het consult één of meerdere NHG-Patiëntenbrieven Alcohol en omgaan met alcohol (zie www.nhg.org) mee, verwijst naar websites van verslavingszorginstellingen of bijvoorbeeld naar www.drinktest.nl en www.alcoholinfo.nl. De verslavingsarts geeft vergelijkbare voorlichting; diens instelling geeft daarnaast ook voorlichting aan groepen en op scholen.

De wettelijke grenswaarde voor deelname aan het verkeer is een promillage van 0,5. Dit kan al bereikt worden na het drinken van een geringe hoeveelheid alcohol. De artsen geven voorlichting aan de patiënt over de invloed van alcohol en de eventueel voorgeschreven medicamenten op de rijvaardigheid. Zie ook www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl, de LESA Geneesmiddelen en verkeersveiligheid en de bijbehorende NHG-Patiëntenbrieven. Dit geldt met name voor patiënten die beroepsmatig aan het verkeer deelnemen (of gevaarlijke machines bedienen). Adviseer deze patiënten geen alcohol te gebruiken voor en

tijdens hun werk, en de combinatie alcohol en geneesmiddelen die de rijvaardigheid beïnvloeden te vermijden. Verwijs hen ook naar hun bedrijfsarts voor begeleiding in de werksituatie.

Verwijzing, terugverwijzing en afstemming

Verwijzing van huisarts naar verslavingsarts

Verwijzing naar een verslavingsarts is soms een hele kunst. Patiënten hebben er vaak weerstand tegen, er is een korte spanningsboog en de motivatie moet vaak nog groeien. Verwijzing of consultatie gebeurt in samenspraak met de patiënt, hetzij op diens verzoek (of diens naasten), hetzij op initiatief van de huisarts als er meer ondersteuning nodig is bij de begeleiding of behandeling. Consultatie is vooral geschikt voor overleg over medicatie en beleid. Verwijzen is aangewezen als er sprake is van:

- wens patiënt;
- huisarts heeft meer ondersteuning nodig bij begeleiding/behandeling;
- contra-indicatie voor ambulante detoxificatie;
- adolescenten;
- ernstige vorm van afhankelijkheid;
- langdurige afhankelijkheid die al vóór het 25^e jaar begon;
- psychiatrische comorbiditeit;
- onvoldoende onderdrukking van de ontwenningsverschijnselen;
- ernstige intercurrente problemen of crises.

Bij de verwijzing maakt de huisarts een verwijsbrief met daarin ten minste vermeld de concrete vraagstelling, diagnose(n), reeds gegeven behandeling of medicatie inclusief de eventueel reeds gemaakte afspraken over de wijze van medicatieverstrekking, relevante voorgeschiedenis en achtergrondinformatie.

Bij ernstige psychiatrische comorbiditeit verdient het de voorkeur te verwijzen naar een verslavingsarts die verbonden is aan een instelling en die zowel psychiatrische

zorg als verslavingszorg biedt.

Reguliere verwijzingen leiden bij voorkeur tot een afspraak binnen een tot twee weken.

Bij acute verslavingsgeneeskundige complicaties kan de huisarts met spoed verwijzen naar de verslavingsarts. Voorbeelden zijn forse ontwenningsverschijnselen bij een patiënt zonder sociaal steunsysteem dat adequate medicatie-inname kan waarborgen, sociale crisissituaties, maar ook preventie van escalatie in de thuissituatie. Spoedverwijzingen worden dezelfde dag of uiterlijk de volgende werkdag geëffectueerd. Hierover dienen regionaal afspraken gemaakt te worden.

Verwijzing naar het ziekenhuis

Spoedverwijzing naar het ziekenhuis is voor huisartsen en verslavingsartsen geïndiceerd bij koorts, braken, onttrekkingsinsulten, delier, vermoeden van een syndroom van Wernicke of bij ernstige somatische complicaties. Op sommige plaatsen hebben verslavingsartsen afspraken met de SEH over terugname van de patiënt na somatische beoordeling en stabilisatie. Het verdient aanbeveling hier regionaal afspraken over te maken.

De werkgroep adviseert dat er ook regionaal afspraken gemaakt worden met SEH en huisartsenpost over terugkoppeling, niet alleen naar de huisarts maar ook naar de verslavingszorg als er een patiënt ten gevolge van een alcoholprobleem is behandeld.

Terugverwijzing en afstemming

Bij verwezen patiënten is overleg met of terugverwijzing naar de huisarts aangewezen als er somatische complicaties ontstaan, die de huisarts zelf kan behandelen. Hierbij moet afgestemd worden wie de regie heeft en hoe de contacten lopen. Ook is afstemming nodig over het te voeren beleid tijdens de wachttijd en na ontslag.

De terugrapportage omvat in principe dezelfde informatie als de verwijsbrief, aan-

Tabel 2 Keuzehulp middel voor behandeling of verwijzing.

Door huisarts zelf te behandelen

Problematisch alcoholgebruik, alcoholmisbruik en de milde vormen van verslaving
Geen contra-indicaties voor ambulante detox
Matige ontwenningsverschijnselen

Afhankelijkheid begonnen na 25^e jaar
Uitlokkend life event

Intact sociaal netwerk, voldoende zelfzorg
Inschatting van een redelijk gunstige prognose
Kortdurende begeleidende gesprekken, zo nodig gecombineerd met naltrexon of acamprosaat

Spoedverwijzing naar het ziekenhuis: bij koorts, braken, onttrekkinginsulten, delier, vermoeden van een syndroom van Wernicke

Door verslavingsarts te behandelen

Ernstigere vormen van verslaving of verslaving aan meerdere middelen
Contra-indicatie voor ambulante detox
Ontwenningsverschijnselen die onvoldoende onderdrukt kunnen worden
Afhankelijkheid begonnen voor 25^e jaar en persisterend
Psychiatrische comorbiditeit, slechte conditie, een voorgeschiedenis met tentamen suïcidii, delier of insulten
Onvoldoende zelfzorg, toezicht of steunsysteem
Chronisch of recidiverend beloop
Intensieve therapie, zo nodig gecombineerd met disulfiram

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Deze LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en afstemming tussen huisartsen en verslavingsartsen. Deze aanbevelingen kunnen in een lokaal of regionaal overleg worden omgezet in werkafspraken over bereikbaarheid, termijnen van consultatie en informatieoverdracht, wenselijkheid van gedeelde zorg.

Bij voorkeur worden al deze werkafspraken specifiek en zo concreet mogelijk geformuleerd. Onderstaande punten kunnen hiervoor extra handvatten bieden:

- Wat zijn lokale en regionale mogelijkheden? Inventariseer de sociale kaart in de regio.
- Is er specifieke expertise van een huisarts nodig voor begeleiding (bijvoorbeeld motiverende gesprekstechnieken)?
- Wanneer (telefonische) consultatie en wanneer verwijzen?
- Bestaat de mogelijkheid om een medewerker verslavingszorg of GGZ binnen de huisartsenpraktijk te betrekken voor consultatie en het geven van voorlichting?
- Wat zijn acceptabele wachttijden en welk beleid wordt gevoerd in de wachttijd?
- Welke mogelijkheden zijn er voor spoedverwijzingen en bij crises? Zijn er afspraken over terugname van de patiënt na beoordeling op de SEH?
- Naar wie worden kinderen met problematisch alcoholgebruik verwezen?
- Naar wie worden patiënten met psychiatrische comorbiditeit verwezen?
- Hoe gebeurt de informatie-uitwisseling? Per brief, e-mail, fax, telefoon?
- Welke informatie wil de huisarts ontvangen en wanneer? Bijvoorbeeld bij aanmelding, ondertekening van het behandelplan, bij ontslag.
- Welke informatie wil de verslavingsarts ontvangen en wanneer?
- Wanneer en hoe nemen partijen in elk geval contact met elkaar op?
- Wie is in welke situatie aanspreekpunt voor de patiënt?
- Wie geeft de patiënt voorlichting over de invloed van alcohol en medicatie op de rijvaardigheid?
- Hoe wordt het opstellen en zo nodig aanpassen van een behandelplan (doelen, interventies, medicatie) en de (multidisciplinaire) afstemming hierover gezamenlijk ingevuld?
- Wie verzorgt de voorlichting aan de patiënt en zijn naasten (bij minderjarigen de ouders) en welk voorlichtingsmateriaal wordt gebruikt?
- Wie schrijft de medicatie voor en welke afspraken worden daarover met de apotheek gemaakt?
- Hoe is de uitvoering van toezicht en steun door naasten afgestemd? Hierbij is bijzondere aandacht voor de draagkracht van naasten van belang.
- Zijn er afspraken over het inschakelen van andere hulpverleners in de GGZ of Jeugdzorg, AMK AMW, MEE etc.?

gevuld met de geadviseerde behandeling en de gemaakte vervolgfafspraken. Dit geldt ook als patiënten zich op eigen initiatief aangemeld hebben. Het is voor de continuïteit van zorg belangrijk dat naam en telefoonnummer van de verslavingsarts, bij wie de patiënt in zorg is, vermeld worden.

Momenten voor rapportage zijn: opname, vaststelling behandelplan, ontslag en tussentijds bij langdurige opnames (langer dan drie maanden). Verder bij ernstige intercurrente ziekte of grote wijzigingen in het behandelplan.

Totstandkoming

In januari 2009 startte een werkgroep van huisartsen en verslavingsartsen, benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG). Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: L.J. Boomsma, P.A.J.S. Mensink, A.C. Sluiter, N. Valken, allen huisarts; en dr. J.A. Vriezen. Namens de VVG: R.H.T. Ashruf, J.J.H.M. Luijckx, verslavingsarts; en M.P.H.M. Ebersson, klinisch verslavingsarts in opleiding. In oktober 2009 is een conceptversie ter becom-

mentariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen (NHG-leden) en vijftig verslavingsartsen (VVG-leden) van de VVG.

Er werd commentaar ontvangen van tien huisartsen en twaalf verslavingsartsen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: T.E.M. Aarns, huisarts; M.H. Boonstra, verslavingsarts; prof.dr. W. van den Brink, hoogleraar verslavingszorg; R. ter Haar, verslavingsarts; prof.dr. C.A.J. de Jong, hoogleeraar verslavingszorg; C. Koolhaas, beleidsmedewerker Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie; P.G. Tromp-Beelen, verslavingsarts. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In februari 2010 is de concepttekst door het NHG en de VVG bestuurlijk vastgesteld. De coördinatie was in handen van P.A.J.S. Mensink, wetenschappelijk medewerker NHG en R.H.T. Ashruf, bestuurslid VVG. Dr J.A. Vriezen, senior-wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA.

Via het Partnership Vroegsignalering Alcohol werd subsidie verkregen voor de totstandkoming van deze LESA.

© 2010 Nederlands Huisartsen Genootschap en Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland.

Noten

Noot 1

De Beer H, Van de Glind G. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009). Trimbos Instituut. www.trimbos.nl/default211.html?productId=1089. Geraadpleegd december 2009.

Noot 2

Dit model bestaat uit een klinische opname van maximaal een maand waarin naast detoxificatie en medische behandeling de twaalfstapenbenadering, ontwikkeld door de Alcoholics Anonymous (AA), centraal staat. Patiënten nemen intensief deel aan AA-groepen, begeleid door professioneel opgeleide ex-verslaafden. www.jellinek.nl/behandeling/jellinek_minnesota. Geraadpleegd december 2009.

Noot 3

Kuunders M, Van Laar M. Hoeveel mensen gebruiken alcohol? (2009) RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl>Gezondheidsdeterminanten>Leefstijl>Alcoholgebruik>. Geraadpleegd december 2009.

Noot 4

Oudejans SCC. Routine outcome monitoring & learning organizations in substance abuse treatment [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009.

Noot 5

In de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik uit 2005 wordt 100 mg aanbevolen. Er wordt geen aanpassing van de dosering bij detoxificatie genoemd. De nieuwere multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009) van het Trimbos Instituut beveelt dan 300 mg aan.

Noot 6

De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik uit 2005 adviseert 100 mg parenteraal bij aangetoonde neuropathie, geheugenproblemen of ernstige maag- of darmklachten. De nieuwere multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009) van het Trimbos Instituut adviseert 250 mg bij verdenking op syndroom van Wernicke.

Noot 7

O'Malley SS, Rounsaville BJ, Farren C, Namkoong K, Wu R, Robinson J, et al. Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials. Arch Intern Med 2003;163:1695-704.

