

Implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek

Algemene handreiking voor ggz-professionals in Nederland

WAAROM IS DE (VROEG)SIGNALERING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK IN DE GGZ BELANGRIJK?

Alcoholgebruik heeft een versterkend of verminderend effect op bepaalde medicatie en sommige behandelingen werken niet in combinatie met alcoholgebruik. Daarnaast hangt alcoholgebruik samen met allerlei risico's en problematiek op psychologisch, sociaal en lichamelijk niveau, zoals...

1-10

11-14

15

16

1. DEPRESSIE

- Alcoholproblematiek komt vaker voor bij mensen met depressie dan bij mensen zonder depressie^[1].
- Alcoholproblematiek bij depressie kan samengaan met een slechter verloop van de depressie, een verminderde kans op herstel van de depressie en een verslechtering van het sociaal functioneren^[1].
- Een stoornis in het alcoholgebruik verhoogt het risico op depressieve symptomen met 57%^[2].
- Alcoholproblematiek komt zo'n 2 keer vaker voor bij mensen met dysthymie dan bij mensen zonder dysthymie^[3].

2. ANGSTSTOORNIS

- Alcoholproblematiek komt vaker voor bij mensen met een sociale angststoornis dan bij mensen zonder sociale angststoornis^[4].
- Bij alcoholproblematiek is er 2 keer meer risico op het hebben van een angststoornis^[5, 6].

3. ADHD

- Alcoholproblematiek komt voor bij ongeveer 1 op de 20 volwassenen met ADHD^[7].

4. BIPOLAIRE STOORNIS

- Alcoholproblematiek komt voor bij ongeveer 1 op de 3 mensen met een bipolaire stoornis^[8].

5. SCHIZOFRENIE

- 1 op de 5 mensen met schizofrenie heeft (ooit) een diagnose stoornis in het alcoholgebruik (gehad)^[9].

6. EETSTOORNIS

- 1 op de 5 mensen die kampen met eetbuien hebben ooit in hun leven te maken met alcoholproblematiek^[10].
- Alcoholproblematiek en een eetstoornis (met uitzondering van anorexia nervosa) hebben verband met elkaar^[11].

7. POST-TRAUMATISCHE STRESS-STOORNIS

- Alcoholproblematiek komt voor bij ongeveer 2 op de 5 mensen met (symptomen van) PTSS^[12].
- Alcoholproblematiek komt voor bij ongeveer 1 op de 3 mensen die een schokkende of ingrijpende gebeurtenis meemaakten (zonder PTSS te hebben)^[12].

8. SUÏCIDERISICO

- Alcoholgebruik vergroot het risico op suïcide met 65%^[13].

9. SLAAPPROBLEMEN

- Alcoholgebruik wordt in verband gebracht met slapeloosheid, korte slaap en abnormaliteiten in het slaap-waakritme^[14].
- Een hogere mate van alcoholgebruik verhoogt het risico op slaappapneu met 25% vergeleken met geen of een lagere mate van alcoholgebruik^[15].

10. VERMINDERD COGNITIEF FUNCTIONEREN

- Een kater na een avond zwaar drinken gaat gepaard met verminderde cognitieve functies (korte-termijn geheugen en langdurige aandacht) en verminderde psychomotorische snelheid^[16].
- Alcoholproblematiek is geassocieerd met beperkte herkenning van gelaatsexpressie (met name de emoties woede en walging) en een beperkt vermogen om je te verplaatsen in de gedachten, gevoelens en daarmee gepaard gaand gedrag van een ander^[17].
- Langdurig overmatig alcoholgebruik (i.c.m. ondervoeding en tekort aan vitamine B1) geeft groot risico op het syndroom van Wernicke-Korsakov (ernstige vorm van hersenschade, gekenmerkt door geheugenstoornissen)^[18].

11. BEROEPSMATIGE PROBLEMEN

- Naar schatting is 20-25% van alle ongevallen op het werk aan alcohol gerelateerd^[19].
- Overmatig alcoholgebruik leidt tot een toename van verzuim op het werk. Hoe frequenter iemand veel drinkt (≥ 110 of ≥ 70 gram alcohol op één dag voor mannen of vrouwen), des te groter de kans is op alcohol gerelateerd verzuim^[20].
- In vergelijking tot lichte drinkers, hebben werknemers die wekelijks veel alcohol drinken (≥ 110 of ≥ 70 gram alcohol op één dag voor mannen of vrouwen) zo'n 22 keer meer kans op alcohol gerelateerd verzuim^[20].

12. LETSEL EN GEWELD

- 2,5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico op letsel en geweld met 12%, 5 glazen verhoogt dit risico met 26% en 10 of meer glazen verhoogt dit risico met 58% in vergelijking tot niet-drinkers^[21].
- Bij elke toename van 1 glas alcohol neemt het risico op een ongeval met een motorvoertuig toe met 24% en op een ongeval met een niet-gemotoriseerd voertuig (bv. fiets, rolstoel, skateboard) met 30%^[22].
- De kans op een ongeval met een motorvoertuig is bij het consumeren van ongeveer 12 glazen alcohol binnen een tijdsbestek van drie uur 52 keer groter dan bij het drinken van 0 gram alcohol. Voor een niet-gemotoriseerd voertuig is dit risico 15 keer groter dan wanneer je niets drinkt^[22].

13. (FAMILIE)RELATIEPROBLEMEN

- Alcoholproblematiek hangt samen met agressief gedrag, problemen in familierelaties en in intieme relaties^[23].
- Alcoholproblematiek hangt samen met meer ontevredenheid, meer negatieve interacties (bv. klagen, kritiek, vijandigheid) en meer geweld in het huwelijk^[24, 25].
- Op lange termijn gaat alcoholgebruik bij ouders gepaard met nadelige effecten op het welzijn van de kinderen^[26].

14. FINANCIËLE PROBLEMEN

- Alcoholproblematiek hangt samen met het hebben van financiële problemen^[23].
- Alcoholproblematiek komt 2,7 keer vaker voor bij mensen met schulden dan bij mensen zonder schulden^[27].
- Regelmatig alcoholgebruik heeft invloed op probleemgokken^[28].

15. DIVERSE SOORTEN KANKER

- Alcoholgebruik verhoogt het risico op kanker in mond- en keelholte, strottenhoofd, slokdarm, borst, long, lever, maag, galblaas, alvleesklier, darm en prostaat.

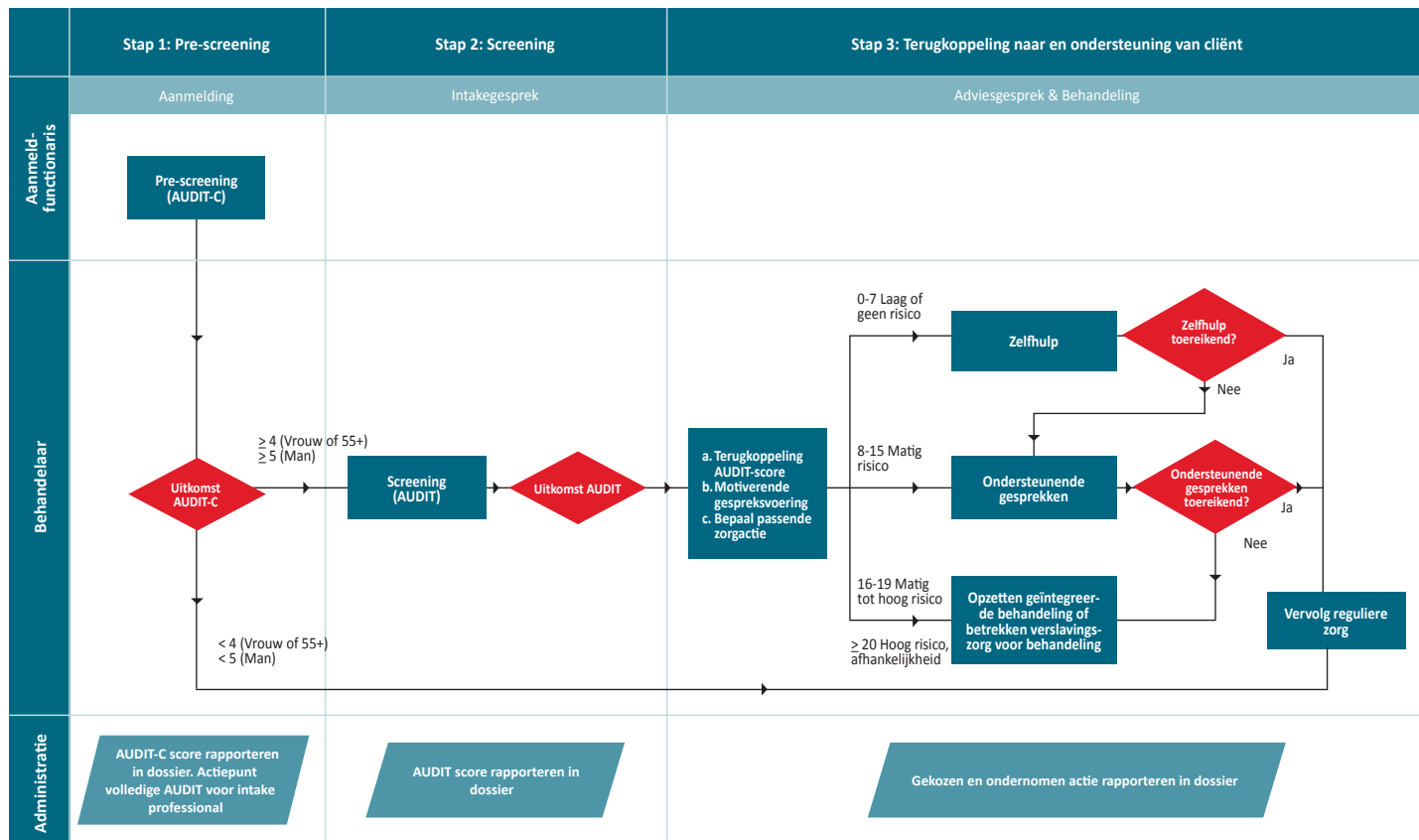
16. ANDERE AANDOENINGEN EN ZIEKTES

- Alcoholgebruik verhoogt het risico op (poly) neuropathie, beroerte, Wernicke-Korsakov, acuut ademnoodsyndroom, longontsteking, tuberculose, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, levercirrose, leververvetting, leverontsteking, spijsverteringsproblemen, alvleesklierontsteking, dikke darm poliep en darmontsteking.

Voor een uitgebreider overzicht van de gezondheidsrisico's op psychologisch, sociaal en lichamelijk niveau, zie het Achtergronddocument: [Risico's van alcoholgebruik en samenhang van problematiek met alcoholgebruik](#).

HOE KUNNEN GGZ-PROFESSIONALS (VROEG) SIGNALERING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK IMPLEMENTEREN?

In Figuur 1 presenteren we een stroomdiagram met hoe Stap 1. Pre-screening, Stap 2. Screening, Stap 3. Terugkoppeling naar en ondersteuning van cliënt zou kunnen verlopen binnen de ggz.



Figuur 1. Stroomdiagram implementatie (vroeg)signalering alcohol (gebaseerd op^[29]).

* Figuur 1 is een voorbeeldweergave van het proces. Exacte fasen en invulling kunnen verschillen per organisatie en afdeling. Idealiter vraagt u naar alcoholgebruik zo gauw daar de mogelijkheid voor is.

■ activiteit ◆ beslissing ▭ administratie

Stap 1: PRE-SCREENING (AANMELDING)

Vroegtijdig uitvoeren

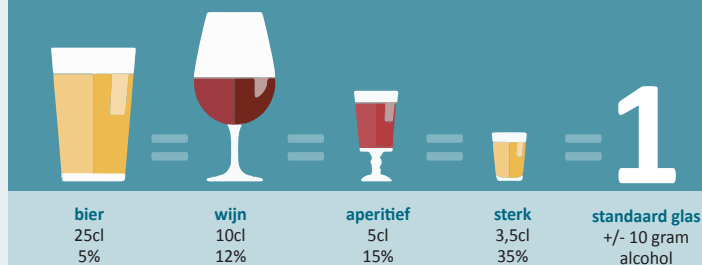
Wanneer een cliënt wordt aangemeld binnen uw organisatie, dient er zo vroeg mogelijk een pre-screening gedaan te worden op het alcoholgebruik. De pre-screening op alcoholgebruik vindt idealiter plaats 'aan de voordeur' bij het aanmeldpunt door de aanmeldfunctionaris van uw organisatie. Indien dit niet mogelijk is, dient de pre-screening op een ander – zo vroeg mogelijk – moment uitgevoerd te worden (bv. bij het intakegesprek).

AUDIT-C

De AUDIT-C wordt aanbevolen als instrument voor een pre-screening voor alcoholgebruik^[30]. Deze bestaat uit drie korte vragen die makkelijk in te vlechtten zijn in een gesprek en maximaal een paar minuten in beslag nemen (zie Figuur 2 hieronder voor de AUDIT-C items). Het doel van deze pre-screening is om een korte, niet-diagnostische risico-inschatting te kunnen maken van eventuele alcoholproblematiek, zodat hier tijdens het intakegesprek verder op doorgevraagd kan worden.

Let op medicatie

Wanneer in de pre-screening sprake lijkt te zijn van (mogelijk) problematisch alcoholgebruik, dient huidige medicatie direct in kaart gebracht te worden, met oog op de effectiviteit van medicatie en behandelingen. Zo kan (zelfs licht) alcoholgebruik een versterkend of verminderend effect hebben op bepaalde medicatie en werken sommige behandelingen niet bij alcoholgebruik.



TIP

Wees u ervan bewust dat mensen hun alcoholgebruik vaak onderschatten en onderrapporteren (bv. door schaamte of onwetendheid). Vraag zoveel mogelijk door naar concrete eenheden (glazen of flesjes) en kijk of deze hoeveelheid overeenkomt met de standaardglazen.

Iemand met (risico op) problematisch alcoholgebruik presenteert dit meestal niet als probleem en vaak is het alcoholgebruik niet evident, terwijl het alcoholgebruik mogelijk samenhangt met de andere problematiek.

Stap 2: SCREENING (INTAKEGESPREK)

AUDIT

Er bestaan diverse gevalideerde screeningsinstrumenten om een inschatting te maken van (de ernst van) het alcoholgebruik van cliënten, zoals AUDIT-C (de verkorte versie van AUDIT), AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), CAGE, ASSIST, MATE of Fiveshottest. Voor het opsporen van problematisch alcoholgebruik en -afhankelijkheid in de tweedelijnszorg wordt de AUDIT aanbevolen als eerste keus³⁰⁾. Na een positieve pre-screening met de AUDIT-C (bij een score van ≥ 4 voor vrouwen of 55+-ers, of ≥ 5 voor mannen) kan de volledige AUDIT afgenomen worden tijdens het intakegesprek door de behandelaar. Dit betreffen 7 aanvullende vragen op de eerste 3 items van de AUDIT-C. Screening kan face-to-face gebeuren, maar kan ook computerondersteund of middels een papieren vragenlijst plaatsvinden. In Figuur 2 presenteren we een tabel met daarin de AUDIT items en in Figuur 3 presenteren we bijpassende zorgacties.

TIP

U kunt de AUDIT introduceren met de volgende tekst "Het is uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat bij klachten zoals u die heeft, alcoholgebruik een rol kan spelen bij het in stand houden en verergeren van de klachten. Vindt u het goed als ik u een paar vragen stel over uw alcoholgebruik?"

WAT ZIJN DE ITEMS VAN AUDIT-C EN AUDIT?							
AUDIT-C (vraag 1 t/m 3)	AUDIT (vraag 1 t/m 10)	Vragen	Score				
			0	1	2	3	4
Consumptie	1	Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	1 keer per maand of minder	2 tot 4 keer per maand	2 tot 3 keer per week	4 of meer keer per week
	2	Op een dag waarop u alcohol drinkt, hoeveel standaardglazen drinkt u dan gewoonlijk?	1 of 2 glazen	3 of 4 glazen	5 of 6 glazen	7 tot 9 glazen	10 of meer glazen
	3	Hoe vaak zijn er gelegenheden waarop u 6 of meer standaardglazen alcohol drinkt?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
(Mate van alcoholafhankelijkheid)	4	Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar gemerkt dat u niet kon stoppen met drinken als u eenmaal begonnen was?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	5	Hoe vaak was u in het afgelopen jaar vanwege drankgebruik niet in staat om de dingen te doen die normaal van u verwacht worden?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	6	Hoe vaak had u het afgelopen jaar 's ochtends alcohol nodig gehad om weer op gang te komen nadat u veel had gedronken?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
Risico's en gevolgen	7	Hoe vaak heeft u zich het afgelopen jaar schuldig gevoeld of spijt gehad nadat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	8	Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar niet herinneren wat de vorige avond gebeurd was doordat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	9	Bent uzelf, of is iemand anders ooit gewond geraakt doordat u gedronken had?	Nooit		Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	10	Heeft een familielid, een vriend, een dokter of een andere hulpverlener zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik of u aangeraden om minder te drinken?	Nooit		Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks

Figuur 2. Items van de screeningsinstrumenten AUDIT-C en AUDIT met bijbehorende scoringsmogelijkheden.

Stap 3. Terugkoppeling naar en ondersteuning van cliënt (ADVIEGESPREK/BEHANDELING)

a. Terugkoppeling AUDIT-score

Geef altijd feedback over het alcoholgebruik naar aanleiding van het onderzoek wat u bij de cliënt heeft verricht. Zo kunt u inzicht in en bewustzijn over alcoholgebruik bij de cliënt verhogen. Geef hierbij duidelijk advies over de schadelijke effecten van alcohol en de risico's die gepaard gaan met voortgezet alcoholgebruik en sluit aan bij de klachten en leefwereld van de cliënt. Hiermee vergroot u de kans dat alcoholgebruik in de toekomst niet verder toeneemt.

b. Motiverende gespreksvoering

Pas motiverende gespreksvoering toe, waarbij de regie van de cliënt centraal staat. Geef hierbij geen ongevraagd advies, maar heb aandacht voor eventuele gemengde gevoelens over het alcoholgebruik. Bij motiverende gespreksvoering gaat u altijd uit van het positieve. Zelfs al is het antwoord op een schaalvraag laag, vraag dan waarom er toch voor dat cijfer is gekozen. Mogelijke vragen die u kunt stellen zijn (gebaseerd op³¹⁾):

1. "Wat zijn redenen waarom u alcohol drinkt?"
2. "Hoe belangrijk is het voor u om het gebruik van alcohol te minderen of stoppen (op een schaal van 0-10)?"
 - Ga na waarom de cliënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen.
3. "In hoeverre zou u willen/bent u bereid te stoppen of minderen met drinken (op een schaal van 0-10)?"
 - Ga na waarom de cliënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen.
4. "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 cliënt zichzelf dit cijfer geeft en niet lager en wat ervoor nodig is om op een hoger cijfer te komen.
5. "Zou u hulp willen hebben bij het stoppen of minderen met drinken? Weet u welke vormen van hulp er voor u zijn?"

c. Bepaal passende zorgactie

Er zijn 3 mogelijke zorgacties als de cliënt op dit moment wil stoppen of minderen met het alcoholgebruik, of als het voor de behandeling noodzakelijk wordt geacht dat de cliënt stopt of mindert met het alcoholgebruik. In Figuur 3 presenteren we deze drie zorgacties. Ga samen met de cliënt na welke van deze 3 zorgacties het meest passend is, mede gebaseerd op ervaringen met eerdere stop-of-minderingspogingen. Daarnaast kunnen naast van de cliënt ondersteuning bieden. Kijk of zij hiervoor open staan en op welke manier zij betrokken kunnen worden bij de gekozen zorgactie. Voor een overzicht met aanbod voor naasten, zie: [Aanbod Naasten](#).

Wie moet wat doen?

Stap 1 wordt idealiter uitgevoerd door de aanmeldfunctionaris. Wanneer het niet mogelijk is om de pre-screening bij het aanmeldpunt uit te voeren, kan Stap 1 tegelijkertijd met Stap 2 uitgevoerd worden door de behandelaars die de intakegesprekken voeren. Afhankelijk van de mogelijkheden binnen de organisatie kan Stap 3 en de nazorg en terugvalpreventie worden uitgevoerd door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, sociaal agogen, psychologen, psychiaters of andere geschikte behandelaars.

Belangrijk is dat de behandelaars die Stap 3 en de nazorg en terugvalpreventie uitvoeren verstand hebben van de effecten en risico's van alcohol en dat deze vaardig zijn in motiverende gespreksvoering. Daarnaast is het belangrijk dat desbetreffende behandelaars bekend zijn met het zorgaanbod (zowel binnen de eigen organisatie als bij externe partijen). Aanbevolen wordt om deze kennis over het zorgaanbod regelmatig te updaten.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid³⁰⁾. Meer weten over motiverende gespreksvoering en/of het volgen van trainingen hierin? Via www.mintned.net vindt u alles over motiverende gespreksvoering en alle trainers die zijn aangesloten bij de Vereniging van Nederlandse trainers in Motiverende Gespreksvoering (MintNed). Tevens kunt u de module van GGZ Ecademy volgen: <https://ggzacademy.nl/product/motiverende-gespreksvoering-1/>

Alcoholgebruik blijven monitoren

Niet alleen tijdens de intake, maar ook gedurende de behandeling en bij afsluiting dienen de behandelaars herhaaldelijk het alcoholgebruik van de cliënt te monitoren (ook als er sprake is van een laag of matig risico op alcoholafhankelijkheid). Tijdens de behandeling kan er namelijk van alles veranderen voor de cliënt, wat kan leiden tot een toename in het alcoholgebruik.

Richtlijn o.b.v. AUDIT-score	Zorgactie	Inhoud
Laag of geen risico 0 – 7	A. Zelfhulp <ul style="list-style-type: none"> Afhankelijk van voorkeur cliënt Cliënt voldoende zelfmanagementvaardigheden Geen aanwijzing voor riskant of schadelijk gebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek de mogelijkheden en geef advies over (het stoppen of minderen van) alcoholgebruik Cliënt gaat zelf aan de slag met verminderen of stoppen van het alcoholgebruik Geef informatiefolder en/of wijs op relevante websites voor informatie en ondersteuning via online hulpprogramma's Plan vervolgesprek ter evaluatie
Matig risico 8 – 15	B. Ondersteunende gesprekken <ul style="list-style-type: none"> Lichte tot matige stoornis in het alcoholgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek de functie van alcoholgebruik Bespreek de mogelijkheden en geef advies over (het stoppen of minderen van) alcoholgebruik Bespreek hoog-risico-situaties en bijpassende gedragsalternatieven Bespreek (mogelijk met collega's) de overweging van vitaminesuppletie Geef informatiefolder en/of wijs op relevante websites voor informatie en ondersteuning via online hulpprogramma's Plan vervolgesprek ter evaluatie
Matig tot hoog risico 16 – 19	C. Opzetten geïntegreerde behandeling of betrekken verslavingszorg voor (sequentiële of parallelle) behandeling voor comorbiditeit <ul style="list-style-type: none"> Ondersteunende gesprekken niet mogelijk of niet effectief Matige tot ernstige stoornis in het alcoholgebruik Hoogrisicocliënten: gevaar voor verwaarlozing, decompensatie, geweld, kindermishandeling of automutilatie Complexe situaties: ingewikkelde comorbiditeit of lichamelijke, psychosociale, persoonlijkheids- en omgevingsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek de functie van alcoholgebruik Bespreek de mogelijkheden en geef advies over (het stoppen of minderen van) alcoholgebruik Bespreek met collega's in een (multidisciplinair) indicatieoverleg <ul style="list-style-type: none"> De risico's van alcoholgebruik in combinatie met huidige en/of toekomstige medicatie, en in combinatie met de psychische klachten De overweging van vitaminesuppletie De wenselijkheid en noodzakelijkheid van (klinische) detoxificatie De organisatie van behandeling Geef informatiefolder en/of wijs op relevante websites voor informatie Voer de behandeling uit. Zie hieronder voor een overzicht van behandelingen voor comorbiditeit Regel nazorg en terugvalpreventie. Zie pagina 6 voor de aandachtspunten en een mogelijke aanpak
Hoog risico, afhankelijkheid ≥ 20		

Figuur 3. Samenvatting zorgacties (gebaseerd op^[31]).

Organisatie van behandeling voor comorbiditeit

Bij Stap 3C dient een passende behandeling gekozen te worden. Er zijn in totaal drie mogelijke behandelingsmodellen voor comorbiditeit, die hieronder worden toegelicht. De parallelle of (indien mogelijk) geïntegreerde behandeling wordt doorgaans geadviseerd. Wees ervan bewust dat de cliënt niet alleen na, maar ook tijdens de behandeling een terugval kan krijgen. Zie pagina 6 voor de aandachtspunten van een terugvalpreventieplan.

1. Sequentiële behandeling

Bij een sequentiële (ook wel bekend als lineaire) behandeling vindt de ene behandeling na de andere plaats, waarbij vaak eerst de verslaving wordt behandeld en daarna de psychische klachten. Vaak wordt er onterecht uitgegaan van een primaire en een secundaire aandoening. Dit onderscheid valt echter doorgaans lastig te maken. Belangrijk bij dit type behandelingen is dat behandelingen goed op elkaar aansluiten en cliënten niet tussen wal en schip vallen. Goede afstemming met de andere behandelaren/teams is dus essentieel.



2. Parallelle behandeling

Bij een parallelle behandeling worden de psychische klachten en verslaving van een cliënt tegelijkertijd behandeld, maar door verschillende behandelaren/teams en meestal in verschillende settings. Omdat deze behandelingen naast elkaar plaatsvinden is een goede afstemming tussen de verschillende behandelaren/teams noodzakelijk. Tijdens het indicatieoverleg kan gekeken worden naar de invulling hiervan. Randvoorwaarden voor een succesvolle parallelle behandeling zijn:



- Behandelaren kennen elkaar en elkaars zorgaanbod en creëren korte lijnen, bijvoorbeeld door regelmatige (fysieke) contact- en evaluatiemomenten, elkaar te consulteren en aan te sluiten bij elkaars casuïstiekoverleggen/MDO's/intervisiemomenten;
- Behandelingen voor psychische klachten en verslaving zijn geïntegreerd tot een volledig behandelingspakket, zodat beide elementen aan bod komen maar geen dubbelingen ontstaan;
- Behandelaren zijn verantwoordelijk voor de integratie (niet de cliënt);
- Financiering moet goed worden afgestemd;
- Behandelfilosofieën van verschillende behandelaren zijn verenigbaar en behandelmethodes en begrippenkader zijn gemeenschappelijk;
- Voorkom dat een cliënt tussen wal en schip valt. Schep duidelijkheid over verwachtingen van elkaar en elkaars verantwoordelijkheden;
- Creëer een samenwerkingscultuur waarin je problematiek gezamenlijk wil oplossen en een gedeelde verantwoordelijkheid en gelijkwaardigheid centraal staat^[32, 33].

3. Geïntegreerde behandeling (ook wel IDDT: integrated dual disorder treatment)

Bij een geïntegreerde behandeling worden de psychische klachten en verslaving van een cliënt tegelijkertijd en gecoördineerd behandeld door één team dat bij voorkeur werkt vanuit één locatie en beide stoornissen gelijktijdig en in samenhang behandelt^[34].



Kijk (bv. tijdens het multidisciplinair overleg) naar hoe een geïntegreerde behandeling gestart kan worden. Een bekende vorm van een geïntegreerde behandeling is een dubbel diagnose afdeling. Geïntegreerde behandeling is echter ook mogelijk zonder zo'n specifieke afdeling. Behandel daar waar de zorg het best georganiseerd kan worden en zorg hierbij dat beide expertises, zowel psychische klachten als verslaving, voldoende aan bod komen.

Meer informatie?

Over geïntegreerd behandelen van comorbiditeit

- Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD)
- Erkende interventie: Geïntegreerde behandeling dubbele diagnose (IDDT)

Over de behandeling van stoornissen in alcoholgebruik

- GGZ Standaard - Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

Over aanbod voor naasten van cliënten met een stoornis in alcoholgebruik

- [Aanbod Naasten](#)

Over (vroeg)signalering van alcoholproblematiek in ziekenhuizen

- [Handreiking implementatie \(vroeg\)signalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen](#)

Over alcoholinterventies voor drinkers (en hun naasten).

- [Handreiking voor zorgprofessionals met alcoholinterventies voor drinkers \(en hun naasten\)](#)



Nazorg en terugvalpreventie

Cliënten met alcoholproblematiek, zeker in combinatie met psychische klachten, hebben een verhoogde terugvalgevoeligheid. Het is daarom noodzakelijk om een goed signalerings- en/of nazorgplan op te stellen en afspraken te maken over terugvalpreventie. Besteed 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 uitdenken 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^[31].
- Het voorbereiden van de cliënt op het feit dat een terugval heel normaal is en hoort bij gedragsverandering. Leg aan de cliënt uit dat een terugval geen mislukking is, maar een leermoment.

Voor het inzetten van nazorg is het voor deze cliëntencategorie relevant om andere partijen te betrekken, zoals:

Naasten

- Kunnen de cliënt ondersteunen tijdens en na behandeling (bijvoorbeeld de partner, ouder(s), volwassenen, kinderen, vrienden, broers/zussen, collega's of burens);
- Zie hier voor het ondersteuningsaanbod voor naasten ([Aanbod Naasten](#)).

Lotgenotengroepen

- Gezamenlijke, vrijwillige activiteiten van mensen die zelf of als verwanten te maken hebben (gehad) met alcoholproblematiek en is gericht op herstel en het beheersen en/of overwinnen van de problematiek.
 - Bijvoorbeeld Anonieme Alcoholisten ([AA](#)).
- Inzet ervaringsdeskundigen

Huisarts

- Begeleiding bij het veranderen van het gebruik of bij lichamelijke klachten;
- Ondersteuning door middel van het voorschrijven van medicatie;
- Doorverwijzing naar andere vorm van zorg, zoals een verslavingsinstelling.

Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)

- Verheldering van en ondersteuning bij problemen in het dagelijks leven;
- Signalering;
- Voorlichting over klachten, oorzaken en mogelijke oplossingen;
- Advies over behandeling en verwijzing;
- Kortdurende behandeling of begeleiding in de huisartsenpraktijk (wachtlisteroverbrugging);
- Terugvalpreventie en nazorg na behandeling in de ggz.

Instellingen binnen het sociaal domein

- Maatschappelijk werk
 - Ondersteuning van cliënt bij omgaan met problemen (zowel materieel als psychosociaal) in het dagelijks leven.
- Thuiszorg
 - Verzorging en verpleging, begeleiding en/of huishoudelijke hulp die nodig is wanneer cliënt door ziekte, handicap of ouderdom beperkt wordt in zijn handelen.

Meer informatie voor de cliënt

- Alles over drinken
 - Op alles over drinken (www.allesoverdrinken.nl) vind je achtergrondinformatie over alcoholgebruik en het stoppen of minderen daarvan.

Voor informatie, advies of een samenwerking zijn er onderstaande verslavingszorginstellingen, die bij Verslavingskunde Nederland aangesloten zijn:

Jellinek (provincie FL,GD,NH,UT,ZH,)	088 505 1202
Tactus Verslavingzorg (provincie FL,GD,OV)	088 382 2887
Novadic-Kentron (provincie NB)	073 689 9090
Brijder (provincie NH,ZH)	088 357 1057
Verslavingszorg Noord Nederland (provincie DR,FR,GR)	088 234 3737
Mondriaan (provincie LB)	088 506 6666
Vincent van Gogh (provincie GD,LD,NB)	0478 527 700
Irizzorg (provincie GD,OV)	088 606 1600
Antes/Youz (provincie GD,LD,NB,NH,OV,UT,ZH)	088 357 1057
Terwille (provincie FL,GR,NH,OV)	050 311 7200
De Hoop (provincie UT,ZH,ZL)	078 6111 111
Leger des Heils/De Wending (provincie GD)	088 090 1810

Mogelijk zijn er in uw regio ook andere, particuliere verslavingszorginstellingen met wie u kunt samenwerken om een parallelle of geïntegreerde behandeling op te zetten.

Auteurs

Nathalie Kools – Fieke van den Bulck – Rianne Kasander – Rob Bovens – Andrea Rozema

Citatie

Kan geciteerd worden als: Kools, N., Van Den Bulck, F.A.E., Kasander, R., Bovens, R.H.L.M., & Rozema, A.D. (2022). Implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek: Algemene handreiking voor ggz-professionals in Nederland. Uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek.

Uitgave

Deze uitgave is mogelijk gemaakt door financiering vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en uitgevoerd door Tranzo, Tilburg University in opdracht van Verslavingskunde Nederland.

Omslagontwerp

Scheepens | Your creative agency

Over Verslavingskunde Nederland

Verslavingskunde Nederland is een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra en brancheorganisatie De Nederlandse GGZ samenwerken om het behandelbaar van de verslavingskunde te vergroten, het stigma rondom verslaving te doorbreken en de kwaliteit van herstelondersteunende zorg verder te verbeteren.

Verslavingskunde Nederland

Postbus 830. 3800AV Amersfoort
 info@verslavingskundenederland.nl
 www.verslavingskundenederland.nl

© 2022, Verslavingskunde Nederland, Amersfoort.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Verslavingskunde Nederland.

Dankwoord

Graag willen wij alle leden van de Werkgroep Tweedelijn (Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek), en meer in het bijzonder Anneke van Wamel, Jannet de Jonge, Wilma Noteborn, Nele Gielen, Jaap van der Stel, Ellen Righart, Hendrik Hartevelt, Albert Batalla, Daniëlle Meije, Kim ten Katen, Keel Pijls en Rikste Knijff bedanken voor hun bijdrage aan de handreiking.

REFERENTIES

- Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med.* 2005;118(4):330-41.
- Li J, Wang H, et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction.* 2020;115(7):1224-43.
- Saha S, Lim CC, et al. Comorbidity between mood and substance-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021.
- Schneier FR, Foose TE, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2010;40(6):977-88.
- Lai HMX, Cleary M, et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2015;154:1-13.
- Boschloo L, Vogelzangs N, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord.* 2011;131(1-3):233-42.
- Fayyad J, Sampson NA, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *Atten Def Hyperact Disord.* 2017;9(1):47-65.
- Di Florio A, Craddock N, Van den Bree M. Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. *Eur Psychiatry.* 2014;29(3):117-24.
- Koskinen J, Löfhönen J, et al. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120(2):85-96.
- Bogusz K, Kopera M, et al. Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2021.
- Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archs Womens Ment Health.* 2007;10(4):133-40.
- Pietrzak RH, Goldstein RB, et al. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):456-65.
- Amiri S, Behnezhad S. Alcohol use and risk of suicide: A systematic review and meta-analysis. *J Addict Dis.* 2020;38(2):200-13.
- He S, Hasler BP, Chakravorty S. Alcohol and sleep-related problems. *Curr Opin Psychol.* 2019;30:117-22.
- Simou E, Britton J, Leonardi-Bee J. Alcohol and the risk of sleep apnoea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2018;42:38-46.
- Gunn C, Mackus M, et al. A systematic review of the next-day effects of heavy alcohol consumption on cognitive performance. *Addiction.* 2018;113(12):2182-93.
- Bora E, Zorlu N. Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. *Addiction.* 2017;112(1):40-8.
- Noble JM, Weimer LH. Neurologic complications of alcoholism. *Continuum (Minneapolis).* 2014;20(3):624-641.
- Henderson M, Hutcheson G, Davies J. Alcohol and the Workplace. WHO Regional Publications, European Series, No. 67: ERIC; 1996.
- Roche AM, Pidd K, et al. Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place. *Addiction.* 2008;103(5):738-48.
- Corrao G, Bagnardi V, et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med.* 2004;38(5):613-9.
- Taylor B, Irving HM, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend.* 2010;110(1-2):108-16.
- Levola J, Kaskela T, et al. Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disabil Rehabil.* 2014;36(15):1227-39.
- Marshal MP. For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(7):959-97.
- Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(7):1222-34.
- Kuppens S, Moore SC, et al. The enduring effects of parental alcohol, tobacco, and drug use on child wellbeing: A multilevel meta-analysis. *Dev Psychopathol.* 2020;32(2):765-78.
- Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1148-62.
- Dowling N, Merkouris S, et al. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev.* 2017;51:109-24.
- Kaiser DJ, Karuntzos G. An examination of the workflow processes of the screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) program in health care settings. *J Subst Abuse Treat.* 2016;60:21-6.
- Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. 2009.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Zorgmodules Leefstijl. 2015 [Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-zorgmodules_leefstijl.pdf]
- Kools N, Van den Bulck FAE, et al. Impeding and facilitating factors for the implementation of alcohol interventions in Dutch Mental Health Care Organizations. A qualitative and exploratory study among Dutch mental healthcare professionals. In preparation. 2022.
- Mueser KT. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice: Guilford Press; 2003.
- Dom G, Dijkhuizen A, et al. Handboek dubbele diagnose: De Tijdstroom Utrecht; 2013.

