



Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen
Project Zorgcoördinatie Middelenmisbruik
Hoefijzerlaan 40
8000 Brugge
0474/ 06 08 77
e-mail inge.decorte@op-wvl.be
website www.op-wvl.be

ZORGPAD ALCOHOL W-VI

Een leidraad bij de detectie, behandeling en opvolging van alcoholproblemen bij volwassenen.

September 2016

Doelstellingen:

- ✓ De aanpak, behandeling en opvolging van patiënten met alcoholproblemen en/of hun omgeving organiseren, coördineren en plannen op maat van hun specifieke zorgnood/vraag.
- ✓ Een optimale samenwerking tussen de betrokken zorgverleners.
- ✓ De kwaliteit van zorg optimaliseren.

Bij één of meerdere van volgende signalen¹:

- Psychische of sociale problemen, vaak in combinatie met slaapproblemen
- Aanwezigheid van alcoholgeur of andere sterke geuren ter maskering
- Frequent gebruik van en verzoek om tranquilizers en hypnotica
- Klachten over vermoeidheid, malaise, beven, hartkloppingen of overmatig zweten
- Maag- en darmklachten (reflux, diarree)
- Frequente spreekuurbezoeken

OF bij herval



Patiënt screenen op alcoholgebruik:
afnemen van de AUDIT-vragenlijst

¹ Gebaseerd op de signalen zoals beschreven in "Handleiding bouwstenen basis GGZ", hoofdstuk problematisch alcoholgebruik, Trimbos Instituut en ROS-netwerk Nederland, 2012. Zie ook "Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts", Richtlijn Domus Medica, 2011 (herziening 2015).

Score < 7 = aanvaardbaar alcoholgebruik



**Watchfull waiting +
terugkoppeling aan de patiënt over de AUDIT-score**

Watchfull waiting= Aangeven dat het alcoholgebruik van de patiënt op vandaag wellicht geen probleem vormt. Speciale aandacht voor bovengenoemde signalen rond alcohol is aangewezen op volgende contactmomenten.

Terugkoppeling over de score op de AUDIT: positieve feedback en benoemen wat er evt. afwijkend scoort.

Score tussen 8 en 19 = problematisch alcoholgebruik



**Basispakket door huisarts of hulpverlener
+ coördinatie door de huisarts**

Basispakket=

Psycho-educatie a.d.h.v. kortdurende interventie (= één of enkele interventies van min. 5 tot max. 30 minuten, gebaseerd op motiverende gespreksvoering) en met behulp van bvb. folders < VAD of Domus Medica.

De kortdurende interventie bestaat uit 10 stappen²:

- 1) Vraag patiënt of hij/zij geïnteresseerd is in zijn/haar score op de vragenlijst
- 2) Geef gepersonaliseerde feedback aan patiënt
- 3) Geef advies over het terugdringen van de risico's van het alcoholgebruik
- 4) Laat de verantwoordelijkheid van de gemaakte keuzes bij de patiënt
- 5) Vraag patiënt hoe bezorgd hij/zij is over zijn/haar score
- 6) Weeg voordelen van het gebruik af tegen ...
- 7) ... de nadelen van het gebruik.
- 8) Reflecteer en vat samen wat patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik.
- 9) Vraag patiënt hoe bezorgd hij/zij is over de nadelen.
- 10) Geef de patiënt folders en zelfhulpmateriaal mee.

² Uit de Handleiding ASSIST eerstelijnsgezondheidszorg, VAD, 2010.

Het basispakket wordt gegeven door de huisarts of een andere betrokken hulpverlener met een specifieke bekwaamheid of interesse in motiverende gespreksvoering.
Meer over motiverende gespreksvoering: zie www.vad.be/hethuis/.

Daarnaast, bij:

- Psychiatrische comorbiditeit → doorverwijzing naar 1^e lijnspsycholoog of naar VDIP voor verdere evaluatie
Verwachting= screenen en advies rond verdere opvolging + terugkoppelen van resultaat naar de huisarts.
- Socio-economische comorbiditeit → doorverwijzing naar OCMW, CAW, VDAB, ... (= werk, welzijn, woonst)



**Monitoren met AUDIT-C
na 6 weken**

! Uitgangspunt: verbetering= een score van ≤ 5 op AUDIT-C

Indien onvoldoende verbetering:

Ga in gesprek met patiënt en motiveer tot één of meerdere van onderstaande:

- Ambulant groepsaanbod professionelen: CGG of ander regionaal initiatief
Minimaal aanbod:
 - ✓ Frequentie: wekelijks
 - ✓ Thema's: info over verslaving, terugvalpreventie, communicatie, leefstijltraining (werk, wonen, welzijn) of SVT – cyclus van 5 weken die zich herhaalt – iedereen kan op elk moment instappen
 - ✓ Laagdrempelig: geen wachttijden, open groep en aandacht voor timing (na werkuren?)
 - ✓ Vertrouwenszorg= inherent aan dergelijk programma – aanbeveling om familie/omgeving/steunfiguren nauw te betrekken, bvb. door (bepaalde) sessies bij te wonen – rekening houdend met leeftijd (cfr. KOAP)
- Zelfhulp via e-health: www.alcoholhulp.be
- Zelfhulpgroepen: AA of SOS Nuchterheid
Zie www.aavlaanderen.org of www.sosnuchterheid.org
- Mogelijkheid tot gesprek met ervaringsdeskundige

Bij afhaken: oppikfunctie: iemand zoekt contact met patiënt om de draad terug op te nemen.

Indien verbetering: vertrouwenszorg

= het hebben van één of meerdere steunfiguren (uit de eigen omgeving) en een (professioneel) aanspreekpunt.

Opdracht van de steunfiguur: houdt regelmatig contact en is bereid om signalen (dat het minder goed gaat) op te vangen en daarover te reflecteren met de patiënt. Liefst is hier op voorhand een akkoord over met de patiënt, evt. kan dit worden genoteerd/vastgelegd in een soort herstelplan.

Opdracht (professioneel) aanspreekpunt: back-up functie voor de steunfiguur. Evaluatie, oriëntatie en regie: zet de stappen die nodig zijn als het minder gaat.



**Monitoren met AUDIT-C
na 12 weken**

! Uitgangspunt: verbetering= een score van ≤ 5 op AUDIT-C

Bij afhaken: oppikfunctie: professioneel en/of steunfiguur zoeken contact met patiënt om de draad terug op te nemen. Op voorhand af te spreken met patiënt wie.

Indien verbetering: vertrouwenszorg (cfr. supra)

Indien onvoldoende verbetering:

Ga in overleg met de patiënt; het groepsaanbod is minimaal aangewezen.

- Ambulant groepsaanbod professionelen: CGG of ander regionaal initiatief

Minimaal aanbod:

- ✓ Frequentie: wekelijks
 - ✓ Thema's: info over verslaving, terugvalpreventie, communicatie, leefstijltraining (werk, wonen, welzijn) of SVT – cyclus van 5 weken die zich herhaalt – iedereen kan op elk moment instappen
 - ✓ Laagdrempelig: geen wachttijden, open groep en aandacht voor timing (na werkuren?)
 - ✓ Vertrouwenszorg= inherent aan dergelijk programma – aanbeveling om familie/omgeving/steunfiguren nauw te betrekken, bvb. door (bepaalde) sessies bij te wonen – rekening houdend met leeftijd (cfr. KOAP)
 - Psychiatrische comorbiditeit → doorverwijzing naar 1^e lijnspsycholoog of naar VDIP voor verdere evaluatie
- Verwachting= screenen en advies rond verdere opvolging + terugkoppelen van resultaat naar de huisarts.
- Ambulante farmacotherapie: het is aangewezen om farmacotherapie op te starten in combinatie met een ambulant groepsaanbod (niet als aparte actie). Dit kan gebeuren door een huisarts of een ambulante psychiater.

Psychofarmaca + ontwenningmedicatie

- In functie van verminderen alcoholgebruik
- In functie van abstinentie (terugvalpreventie)



**Monitoren met AUDIT-C
na 18 weken**

! Uitgangspunt: verbetering= een score ≤ 5 op de AUDIT-C

Bij afhaken: oppikfunctie: professioneel én steunfiguur zoeken allebei contact met patiënt om de draad terug op te nemen.

Indien verbetering: vertrouwenszorg (cfr. supra)

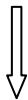
-----► Optie om patiënt door te sturen naar ambulante detox, afhankelijk van zijn/haar motivatie. Comfortabel ontwennen= mogelijk.



Indien onvoldoende verbetering:

OF

Score ≥ 20 : afhankelijkheid



**Detox
+ Module verslavingszorg**

DETOX

= Psychofarmaca + ontweningsmedicatie

⊙ = Beslissingsmoment: welke indicaties zijn er voor ambulante dan wel residentiële detox? Detox zal in principe meestal residentieel gebeuren; enkel indien er aan een aantal strikte voorwaarden wordt voldaan, kan hiervan worden afgeweken.

- Ambulante detox³
 - Indien geen somatische problemen
 - Indien “alle” veiligheidsmaatregelen in acht genomen zijn en/of bij aanwezigheid van sociale controle
 - Begeleid door standaard medicatie schema
 - Indien er een duidelijke hulpvraag is van de persoon in kwestie, maar geen opnamevraag
 - Voor lichamelijke ontwenning en/of motivationeel werk (kortdurende interventies)

MITS: het betrekken van de huisarts, in samenwerking met het mobiel crisisteam.

- Residentiële detox⁴
 - Bij acute problematiek en/of bij somatisch risico in het algemeen (delier, ...)
 - Bij onvoldoende toezicht op de patiënt
 - Dit betreft enkel en alleen de lichamelijke ontwenning. (psychische ontwenning kan evt. ambulante gebeuren.)
 - Kortdurend ontwenningprogramma (3 à 4 dagen)

Bij afhaken: oppikfunctie: professioneel én steunfiguur nemen contact met patiënt.
Doelstelling: bespreken wat wel haalbaar is voor patiënt: waar is hij/zij wel toe gemotiveerd?



MODULE VERSLAVINGSZORG

Een module verslavingszorg is een apart en gespecialiseerd therapieprogramma dat zich specifiek richt op personen met een alcoholverslaving, die een score van plus 20 behalen op de AUDIT of over personen die niet tot verbetering komen na de vorige stappen in het model zorgpad.

De aangeboden therapieën zijn voor het overgrote deel middelenspecifiek. Naast een groepsaanbod, kan er ook voldoende ingespeeld worden op specifieke zorgnoden van de individuele patiënt.

Volgende thema's komen minimaal aan bod binnen een module verslavingszorg en worden bij voorkeur als een apart thema behandeld:

- 1) Motivatie
- 2) Terugvalpreventie en zelfcontrole

³ Indicaties beschreven in “Handleiding bouwstenen basis GGZ”, hoofdstuk problematisch alcoholgebruik, Trimbos Instituut en ROS-netwerk Nederland, 2012.

⁴ Idem.

- 3) Familie, omgeving en/of netwerk van de patiënt
 - 4) Psycho-educatie
 - 5) Werken rond addictieve levensstijl (sociale vaardigheden, vrije tijd, ...)
 - 6) Nazorg
- Bij afhaken: oppikfunctie: professioneel én steunfiguur zoeken allebei contact met patiënt om de draad terug op te nemen.



MODULE NAZORG

Na een intensief behandelprogramma in het kader van alcoholafhankelijkheid (score op AUDIT \geq 20) is een module nazorg absoluut aanbevolen. Deze module maakt deel uit van een uitgebreid behandelplan, waarbij rekening gehouden wordt met een mogelijke terugval.

Een module nazorg op dit niveau omvat minimaal volgende elementen:

- 1) Bij voorkeur wekelijks, minimum om de 14d opvolging door betrokken voorziening of hulpverlener (afhankelijk van waar de module detox + verslavingszorg heeft plaats gevonden: niet residentieel, op een PAAZ of in een PZ) gedurende middellange of lange periode (naargelang niet residentieel, PAAZ of PZ).
 - 2) Mogelijkheden zelfhulpgroepen en/of ervaringswerkers, steunfiguren worden maximaal verkend en benut.
 - 3) Inschakelen steunfiguren die voorafgaandelijk werden gecoacht m.b.t. hun specifieke rol in die nazorgperiode.
 - 4) Ingebouwd en gekend nazorgplan voor elke patiënt.
- Bij afhaken: oppikfunctie: professioneel én steunfiguur zoeken allebei contact met patiënt om de draad terug op te nemen.

BRONNEN

- Multidisciplinaire richtlijn “Stoornissen in het gebruik van alcohol”
Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol.
Initiatief van de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie
Uitgave Trimbos Instituut Nederland
2009
- “Handleiding bouwstenen zorgpaden basis GGZ”
Problematisch alcoholgebruik
Trimbos Instituut en ROS-netwerk Nederland
2012
- “Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts”
Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering
Domus Medica
2011
- “Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence.”
NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) Clinical Guideline 115
2011
- “CHRD Alcohol Protocol. Substance misuse prescribing guidelines.”
Harrogate and District NHS Foundation Trust
2009
- “Richtlijnen voor de behandeling van alcoholproblemen. Samenvatting van de aanbevelingen” gebaseerd op “Guidelines for the treatment of alcohol problems. Summary of recommendations.”, Australian Government department of health and ageing.
2009