

## ZORGPAD ALCOHOL West-Vlaanderen

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

---

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 signalen<sup>1</sup>:

- 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

---

<sup>1</sup> 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.

**Score  $\leq 7$  : 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 t.e.m.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 stappen<sup>2</sup>:

- 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.

<sup>2</sup> Uit de Handleiding ASSIST eerstelijnsgezondheidszorg, VAD, 2010.

Daarnaast, bij:

- Psychiatrische comorbiditeit → doorverwijzing naar 1<sup>e</sup> lijnspsycholoog 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

Indien geen verbetering<sup>3</sup>:

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

- Individueel aanbod professionelen
- 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 minimum 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](http://www.alcoholhulp.be)
- Zelfhulpgroepen: AA of SOS Nuchterheid
- Mogelijkheid tot gesprek met ervaringsdeskundige

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

Indien wel verbetering: vertrouwenszorg

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

Opricht 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.

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

---

<sup>3</sup> Verbetering is er wanneer de score lager of gelijk is aan 7.



Monitoren met AUDIT-C na 12 weken

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

Indien wel verbetering<sup>4</sup>: vertrouwenszorg (cfr. supra)

Indien geen verbetering, geen evolutie of verslechtering van de problematiek:

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<sup>e</sup>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).  
Psychofarmaca + ontwenningmedicatie
  - In functie van verminderen alcoholgebruik
  - In functie van abstinentie (terugvalpreventie)



Monitoren met AUDIT-C na 18 weken

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

---

<sup>4</sup> Idem

Indien wel verbetering<sup>5</sup>: vertrouwenszorg (cfr. supra)

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



Indien geen verbetering, geen evolutie of verslechtering van de problematiek:

OF

**Score  $\geq$  20: afhankelijkheid**



**Ontwenning/detox  
+ Module Verslavingszorg**

ONTWENNING/DETOX

= Psychofarmaca + ontwenning medicatie

(?) = Beslissingsmoment: welke indicaties zijn er voor ambulante dan wel residentiële detox?

- Ambulante detox<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Idem

<sup>6</sup> Indicaties beschreven in "Handleiding bouwstenen basis GGZ", hoofdstuk problematisch alcoholgebruik, Trimbos Instituut en ROS-netwerk Nederland, 2012.

- 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)

MITTS: het betrekken van de huisarts, eventueel in samenwerking met mobiel crisisteam, thuisverpleging en ondersteuningsteam.

- Residentiële detox<sup>7</sup>

- 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

Kernelementen:

- 1) Middelen specifieke therapie
- 2) Therapie gericht op netwerk/systeem van de patiënt
- 3) Motiverend werken
- 4) Psycho-educatie
- 5) Werken rond vaardigheden
- 6) Nazorg

- Module niet-residentiële verslavingszorg
- Module verslavingszorg op een PAAZ
- Module verslavingszorg in een PZ

---

<sup>7</sup> Idem.



## Module Nazorg

- Oppikfunctie

## **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