



Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

Stoornissen in het gebruik van Alcohol

Richtlijn voor de
diagnostiek en behandeling
van patiënten met een
stoornis in het gebruik
van alcohol

2009

Samenvatting

Samenvatting 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

2009

werkgroep MDR Stoornissen in het gebruik van alcohol
Trimbos-instituut

Colofon

Redactie

Geurt van de Glind

Productiebegeleiding

Linda Groeneveld

Omslagontwerp

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Lay-out binnenwerk

Ladenius Communicatie BV, Houten

Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

Uitgever

Trimbos-instituut, Utrecht 2009

Disclaimer:

De lezer dient zich ervan bewust te zijn dat in deze samenvatting slechts de aanbevelingen en een beperkte inleiding per onderwerp worden weergegeven. Voor een goede oordeelsvorming over toepasbaarheid van de aanbevelingen is kennis van de gehele context van die aanbeveling, zoals die in de volledige tekst te vinden is, nodig.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl. onder vermelding van artikelnummer **AF0885**. U krijgt een factuur voor de betaling.

Deze samenvatting is tevens beschikbaar op de website: www.ggzrichtlijnen.nl

Deze samenvatting is ontleend aan de Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol 2009 (verschenen onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ: bestelnummer: AF0857).

ISBN

978-90-5253-642-2

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1 Algemeen	9
Wat zijn de conceptuele modellen voor stoornissen in het gebruik van alcohol met de meeste onderbouwing in empirisch onderzoek bij mensen?	9
Is er een duidelijke voorkeur voor de classificatie volgens DSM-IV of ICD-10 en zijn er eventueel andere classificaties en/of diagnostische categorieën die beter zijn dan de in DSM en ICD genoemde categorieën?	10
Wat is het natuurlijk beloop van (onbehandelde) stoornissen in het gebruik van alcohol?	11
Wat zijn de belangrijkste doelstellingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol?	11
Zijn er argumenten voor ambulante dan wel klinische detoxificatie en behandeling?	12
2 Opsporing en diagnostiek van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid	13
Welke instrumenten in de eerste en tweede lijn zijn geschikt voor casefinding van stoornissen in het gebruik van alcohol?	13
Wat zijn discriminerende symptomen en patiëntenkenmerken in anamnese en lichamelijk onderzoek met betrekking tot stoornissen in het gebruik van alcohol?	14
Met welke laboratoriumtesten kan men acuut en chronisch alcoholgebruik aantonen en wat is de gevoeligheid en specificiteit van de testen?	16
3 Medicamenteuze behandeling	17
Behandeling van ongecompliceerd alcoholonthoudingssyndroom	17
Behandeling van complicaties tijdens alcoholonthouding	18
Farmacotherapeutische interventies gericht op abstinentie of reductie in het gebruik van alcohol	18
4 Psychosociale interventies bij alcoholproblemen	21
Motiverende gespreksvoering	21
Eenmalige en kortdurende interventies	22
Cognitief gedragstherapeutische interventies	23
Zelfhulpgroepen	25
De twaalfstappenbenadering	25
Psychotherapie anders dan de cognitief gedragstherapeutische behandeling	25
Behandeling van alcoholafhankelijkheid als een chronische aandoening	26
Ontwikkelingen in de behandeling van alcoholafhankelijkheid	26

5	Combinaties van medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies	29
	Acamprosaat en psychosociale begeleiding	29
	Naltrexon en psychosociale begeleiding	29
	Disulfiram en psychosociale begeleiding	30
6	Betekenis van comorbiditeit	31
	Depressie	32
	Angststoornissen	32
	Schizofrenie	32
	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	32
	ADHD	33
	Bipolaire stoornis	33
7	Drang en dwang	35
	Zorg georiënteerd	35
	De Wegenverkeerswet	35
	Strafgeoriënteerde interventies	35
8	Interventies in de arbeidssituatie	37
9	Complementaire en alternatieve behandelingen	39
	Transcendente meditatie, biofeedback en neurotherapie	39
	Acupunctuur	39
10	Oorzaken van en risicofactoren voor somatische complicaties van alcoholgebruik	41
	Alcohol en het zenuwstelsel	42
	Alcohol en de lever	45
	Pancreatitis	47
	Alcohol en hypertensie	48
	Alcohol en het beenmerg	48
	Alcohol en jicht	48
	Alcohol en de nier	49
	Alcohol als risicofactor voor het krijgen van kanker	49
	Somatische gevolgen en stoornissen: alcohol en zwangerschap	50
	Alcohol en CVA	52
	Alcohol en het hart	52
	Alcohol, diabetes mellitus type 2 en hypoglycemie	53
	Alcohol en de ziekte van Dupuytren	53
	Alcohol en het risico op infecties	54
	Alcohol en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)	54
	Acute alcoholintoxicatie	55

11	De rol van de huisarts in het opsporen en behandelen van alcoholproblematiek	57
	Welke behandelingen van (bepaalde) stoornissen in het gebruik van alcohol behoren tot de competentie en de verantwoordelijkheid van de huisarts?	57
	Welke behandelingen, anders dan korte inventies, van stoornissen in het gebruik van alcohol, behoren de huisarts en andere eerstelijnsverleners te beheersen?	58
	Welke patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol kan de huisarts het beste verwijzen?	58
12	Kernaanbevelingen	59

Inleiding

Stoornissen in het gebruik van alcohol behoren tot de grootste problemen binnen de gezondheidszorg. De maatschappelijke kosten zijn hoog en werden voor Nederland in 2001 geschat op 2,6 miljard euro per jaar: bijna 300 miljoen euro voor behandeling en zorg, ruim 800 miljoen voor misdrijven samenhangend met alcohol en ruim 1,5 miljard voor verminderde arbeidsproductiviteit (KPMG, 2001). Per probleemdrinker zijn er drie tot vijf personen die schadelijke effecten van het drinkgedrag ondervinden.

Veel zorgverleners beschouwen de somatische complicaties als een ziekte, maar de alcoholverslaving zelf niet. In deze richtlijn worden stoornissen in het gebruik van alcohol wel gezien als ziekte. De richtlijn geeft aanbevelingen voor een integrale behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol (misbruik, schadelijk gebruik en afhankelijkheid), en de complicaties daarvan.

Alcoholafhankelijkheid wordt meestal pas in een laat stadium gediagnosticeerd ofschoon er mogelijkheden zijn om alcoholafhankelijkheid in een vroeg stadium op te sporen. Menig hulpverlener is er te weinig van op de hoogte welke vroegdiagnostiek in dit verband zinvol en effectief is. De multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol* doet hierover aanbevelingen.

In deze samenvatting worden deze aanbevelingen gerubriceerd per uitgangsvraag en onderwerp en zo veel als mogelijk voorzien van een korte inleiding. Die inleiding is ook een weergave van tekst uit de oorspronkelijke richtlijn.

Daar waar geen aanbeveling is geformuleerd, is hierover zowel in de literatuur als in de werkgroep nog onvoldoende duidelijkheid. De daar weergegeven conclusies betreffen veelal beperkt onderzoek. Voor het niveau van de conclusies wordt, voor zover niet vermeld, verwezen naar de tekst van de volledige richtlijn.

Doelstellingen

De Multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol* is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De aanbevelingen in de richtlijn berusten waar mogelijk op de resultaten van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De beschikbare resultaten van dat onderzoek zijn door de werkgroep vastgelegd en geïnterpreteerd. Aansluitend zijn de aanbevelingen geformuleerd, gericht op het expliciteren van goed handelen. De richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van diagnostiek en behandeling van alle mensen met een stoornis in het gebruik van alcohol in Nederland. De richtlijn biedt aanknopingspunten voor de zorgorganisatie en bevat aanbevelingen voor implementatie. De richtlijn bevat ook een weergave van de visie van patiënten op noodzakelijke zorg.

De richtlijn beoogt bij te dragen aan de volgende doelstellingen:

- betere mogelijkheden voor vroegdiagnostiek van (verborgen) stoornissen in het gebruik van alcohol in de eerste lijn, de tweede lijn en in de GGZ;
- betere mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol en de psychische en somatische complicaties.

Doelgroep

De conclusies en aanbevelingen in deze richtlijn hebben in principe betrekking op alle bij de (vroeg)diagnostiek en behandeling van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid betrokken zorgverleners.

Referenties

De in deze samenvatting genoemde referenties zijn terug te vinden in de oorspronkelijke richtlijntekst (Multidisciplinaire richtlijn *Stoornissen in het gebruik van alcohol*, 2009, Utrecht: Trimbos-instituut. ISBN 978-90-5253-641-5)

Disclaimer

De lezer dient zich ervan bewust te zijn dat in deze samenvatting slechts de aanbevelingen en een beperkte inleiding per onderwerp worden weergegeven. Voor een goede oordeelsvorming over toepasbaarheid van de aanbevelingen is kennis van de gehele context van die aanbeveling, zoals die in de volledige tekst te vinden is, nodig.

1 Algemeen

Wat zijn de conceptuele modellen voor stoornissen in het gebruik van alcohol met de meeste onderbouwing in empirisch onderzoek bij mensen?

Sinds het begin van de negentiende eeuw hebben zich grote veranderingen voorgedaan in het denken over verslaving en verslaafden (Van den Brink, 2005). Aanvankelijk werd verslaving gezien als een teken van morele zwakte en in aansluiting op deze visie werden verslaafden vaak langdurig opgesloten in gevangenschappen of heropvoedinggestichten (morele model). In het midden van de negentiende eeuw wordt de schuld van de verslaving weggenomen bij de verslaafde en toegeschreven aan de verslavende stof. Het is niet langer de zwakke, amorele persoon, maar de sterk verslavende stof die de oorzaak is van de verslaving (farmacologische model).

Na 1930 wordt het wel erg simpele farmacologische model vervangen door een psychoanalytisch geïnspireerd model, waarbij verslaving niet als een op zichzelf staande aandoening wordt gezien, maar slechts als een symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis (symptomatisch model).

Vanaf 1960 beginnen ook psychologen zich voor verslavingsgedrag te interesseren. Verslaving wordt gezien als onaangepast geleerd gedrag dat ook weer moet kunnen worden afgeleerd (leermodel).

Deze ontwikkelingen vormen de basis voor het biopsychosociale ontwikkelingsmodel. Volgens dit model bestaan er slechts relatieve verschillen tussen verslaafden en niet-verslaafden en zijn er vloeiende overgangen tussen gebruik, overmatig gebruik, excessief gebruik, misbruik, schadelijk gebruik en verslaving. Er wordt in dit model niet eenzijdig uitgegaan van de stof (farmacologisch model) of van het individu (moreel model, symptomatisch model, ziektemodel) als oorzaak van de verslaving.

De laatste jaren lijken de medisch-biologische aspecten binnen het biopsychosociale ontwikkelingsmodel een steeds dominantere plaats in te nemen en spreekt men steeds vaker over verslaving als hersenziekte (Leshner, 1997). Binnen dit model vormt een aangeboren kwetsbaarheid de onmisbare basis voor herhaald gebruik van psychoactieve middelen, terwijl het herhaald gebruik van deze middelen op hun beurt leidt tot belangrijke, moeilijk terug te draaien, veranderingen in het brein. Deze laatste veranderingen zijn volgens dit model verantwoordelijk voor het ontstaan van de hunkering (craving) die de kern vormt van het ongecontroleerde gebruik en de terugval in gebruik na een periode van abstinentie. Medicamenteuze en gedragstherapeutische interventies worden binnen dit model als het meest effectief gezien.

Conclusie: Concepten en modellen van verslaving zijn niet gemakkelijk als geheel te toetsen. Door de jaren heen hebben verschillende modellen meer of minder empirische ondersteuning gekregen. De meeste steun is er op dit moment waarschijnlijk voor het biopsychosociale model van verslaving met daarin vooral de laatste jaren een toenemende empirische ondersteuning van het model waarbij verslaving wordt gezien als hersenziekte met belangrijke biologische, psychologische en sociale oorzaken en gevolgen.

Is er een duidelijke voorkeur voor de classificatie volgens DSM-IV of ICD-10 en zijn er eventueel andere classificaties en/of diagnostische categorieën die beter zijn dan de in DSM en ICD genoemde categorieën?

Het is niet op voorhand duidelijk hoe verslaving het best gedefinieerd kan worden. Sommigen zijn van mening dat elk gebruik van een middel (cannabis, cocaïne of heroïne) al aangemerkt kan worden als een probleem. Anderen vinden dat het vooral gaat om de mate van gebruik en de context waarin het gebruik plaatsvindt. In dat verband worden termen als 'recreatief gebruik', 'gematigd gebruik' en 'sociaal gebruik' gehanteerd. In medische kringen wordt in het algemeen van bijvoorbeeld gematigd alcoholgebruik gesproken als (niet zwangere) vrouwen per week niet meer dan veertien glazen en mannen per week niet meer dan 21 glazen alcoholhoudende consumpties gebruiken. Anderen zijn echter van mening dat de grens lager moet worden gelegd en dat (niet zwangere) vrouwen niet meer dan zeven en mannen niet meer dan veertien glazen alcoholhoudende consumpties per week zouden moeten gebruiken (o.a. NIAAA, 1992). Weer anderen zijn van mening dat het niet zozeer gaat om de gemiddelde consumptie per week, maar om het gebruikspatroon en met name om het aantal dagen waarop overmatig (> 5-6 glazen) wordt gedronken.

In aansluiting op de definities die in Nederland door de Nationale Drug Monitor (NDM; Verdurmen e.a., 2003) worden gehanteerd, wordt in deze richtlijn de volgende classificatie van drinken gebruikt:

- **Gematigd drinken:** vrouwen die maximaal veertien en mannen die maximaal 21 glazen alcohol per week drinken zonder dat er sprake is van twee of meer opeenvolgende dagen dat vrouwen meer dan vijf en mannen meer dan zes glazen alcohol per dag drinken.
- **Overmatig drinken** (NDM: geregeld drinken): vrouwen die 15-35 en mannen die 22-50 glazen per week drinken.
- **Excessief drinken** (NDM: zwaar drinken): vrouwen die meer dan 35 en mannen die meer dan vijftig glazen per week drinken.
- **Episodisch excessief drinken:** vrouwen die op twee of meer dagen per week vijf of meer glazen drinken en mannen die twee of meer dagen per week zes of meer glazen drinken (Hasin & Paykin, 1998)

Bij al deze definities wordt uitgegaan van standaardglazen met ongeveer tien gram pure alcohol per glas.

Aanbeveling

De DSM-IV classificatie van stoornissen in het gebruik van alcohol (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid) wordt als uitgangspunt gebruikt bij het opstellen van de richtlijn.

Wat is het natuurlijk beloop van (onbehandelde) stoornissen in het gebruik van alcohol?

Recent is onderzoek verricht naar wat bekend is over het beloop van (onbehandelde) stoornissen in het gebruik van alcohol (Schippers & Broekman, 2006). Uit de samenvatting van deze studie citeren we:

'Langdurig excessief alcoholgebruik leidt tot een sterk vergrote kans vroegtijdig te overlijden. Anderzijds ziet een substantieel deel van degenen die ooit in hun leven afhankelijk waren van alcohol kans abstinente te worden en te blijven. De stabiliteit van de diagnose afhankelijkheid is groot. Ook de kans op terugval na abstinentie is groot, vooral in de eerste vier jaar. Vrouwen lijken een iets gunstiger beloop te hebben dan mannen. Dit geldt voor verslaafden die in behandeling zijn (of geweest zijn)' (Schippers & Broekman, 2006). Voor hen geldt dat zij gemiddeld tien jaar rondlopen met de diagnose voor zij met deze behandeling begonnen zijn.

Resultaten van enkele recente studies, naar het beloop in de algemene bevolking, laten zien dat dit beeld in mindere mate opgaat voor alcoholafhankelijkheid die wordt vastgesteld bij degenen die daarvoor (nog) niet in behandeling zijn of zijn geweest. Zij laten zien dat velen die op een bepaald moment voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid, dat één en drie jaar later niet meer doen (ook zonder hulpverlening) – er lijkt een ruime mate van spontaan herstel te zijn. Die is zelfs nog groter bij de diagnose alcoholmisbruik. Dit legt vermoedelijk een vertekening bloot in het beeld van het lange-termijnbeloop, dat vrijwel geheel is gebaseerd op beloopstudies die zijn uitgevoerd in klinische populaties.

Wat zijn de belangrijkste doelstellingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol?

Zijn er naast crisisinterventie, motivering, genezing (detoxificatie en terugvalpreventie) en schadebeperking nog andere behandel doelstellingen denkbaar?

Zijn er naast patiëntgeoriënteerde behandel doelstellingen ook medisch-ethische maatschappijgeoriënteerde behandel doelstellingen voorstelbaar (bijvoorbeeld: verplichte behandeling in het kader van de wegenverkeerswet)? Wat is de relatie tussen de verschillende doelstellingen bij de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol?

Bij het vaststellen van doelen kan de patiënt zelf een rol spelen.

De doelen die in bestaande richtlijnen worden genoemd bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid en misbruik zijn:

1. ontgiftiging en bestrijding onthoudingsverschijnselen
2. abstinentie
3. vermindering van alcoholgebruik
4. reductie van alcoholgerelateerde problemen

Zijn er argumenten voor ambulante dan wel klinische detoxificatie en behandeling?

Aanbevelingen

Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudings-insulten, dient intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaatsvinden (Richtlijn Detox, p.13).

Intramurale detoxificatie is aangewezen indien:

- 1. er sprake is van een hoge BAC score (>1,5), de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik jarenlang dagelijks dan wel periodiek destructief genoemd kan worden;*
- 2. alcoholgebruik wordt gecombineerd met een of meer andere psychoactieve middelen;*
- 3. er bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden;*
- 4. er sprake is van een slechte lichamelijke conditie (bijvoorbeeld: De patiënt leeft op alcohol en heeft de laatste weken niet meer gegeten of er is een lichamelijke ziekte);*
- 5. de zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn;*
- 6. er meerdere niet-succesvolle ambulante detoxificaties zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen of er snel een terugval is opgetreden;*
- 7. comorbide psychiatrische ziektebeelden bestaan waarvan verwacht wordt dat deze de uitkomst van een detoxificatie negatief zullen beïnvloeden of waarvan is gebleken dat deze dat al hebben gedaan;*
- 8. er sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die het laatste half jaar geen contact heeft gehad met niet gebruikende personen in de directe sociale omgeving;*
- 9. er een wens is van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie.*

(Richtlijn Detox, p.13)

Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.

2 Opsporing en diagnostiek van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid

Welke instrumenten in de eerste en tweede lijn zijn geschikt voor casefinding van stoornissen in het gebruik van alcohol?

Het is moeilijk een indruk te krijgen van alcoholgebruik in de eerste lijn. Onder eerste lijn vallen de huisartsenpraktijk, eerste hulp van een ziekenhuis en eerste-lijns GGZ zoals psychologen en maatschappelijk werk. Voor de tweede lijn is het inschatten van alcoholgebruik net zo lastig, maar wel heeft de patiënt meer tijd om uitgebreidere vragenlijsten over zijn leefstijl in te vullen. De met vragenlijsten bepaalde hoeveelheid alcohol per dag vertoont bij individuele patiënten een grote spreiding en onderschatting; mede door hun lengte zijn vragenlijsten in de eerste-lijnspraktijk van beperkte waarde (Koppes, 2002). Als men de keuze van de hoeveelheid en het moment waarop alcohol gebruikt wordt terugbrengt tot de laatste periode voor het patiëntencontact, neemt de validiteit van een vragenlijst toe. Om een keuze voor een geschikte test te maken is uitgegaan van de literatuurstudie in de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik uit 2005 (zie bijlage bij dit hoofdstuk). Daarnaast is gebruik gemaakt van de Europese Richtlijn van de PHEPA (2005) inzake het identificeren van overmatig en schadelijk alcoholgebruik. Beide gaan uit van de eerste lijn. Door het CBO is deze zoekvraag uitgebreid met onderwerpen in de tweede lijn en poliklinieken.

Aanbevelingen

- De AUDIT wordt aanbevolen als eerste keus voor het opsporen van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid.
- Het aanbevolen afkappunt van de AUDIT is voor mannen acht, voor vrouwen en ouderen vijf.
- Vanuit praktische overwegingen kan men ook gebruik maken van de verkorte vorm van de AUDIT: de AUDIT-C.
- Voor de AUDIT-C zijn deze afkappunten respectievelijk vijf en vier.
- Bij jongeren lette men vooral op de derde vraag in verband met bingedrinken.
- In de eerste lijn kan ook de Five-shotttest worden gebruikt als men rekening houdt met een mogelijk verminderde validiteit bij ouderen en bij het opsporen van bingedrinken bij jongeren.

Meer over de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik

In de huisartsenpraktijk werden vijf verschillende testen vergeleken onder 1992 patiënten ouder dan achttien jaar. De gouden standaard was het vertaalde Composite International Diagnostic Interview (CIDI) dat leidt tot een DSM-IV diagnose. De validiteit van de testen was significant verschillend bij mannen en vrouwen. De kenmerken van de testen werden berekend voor verschillende afkappunten. Er werden ROC-curven gemaakt en de oppervlakte onder de curve werd berekend. De CAGE-test was ook hier onvoldoende sensitief (62% voor mannen, 54% voor vrouwen bij een afkappunt van één vraag positief) om problematisch alcoholgebruik in de eerste lijn te diagnosticeren. De verschillende versies van de AUDIT waren betrouwbaar bij mannen, maar wel bij een lager afkappunt dan gewoonlijk aanbevolen (vijf punten in plaats van acht punten) (zie tabel). Voor vrouwen bleek de AUDIT minder goed te voldoen (zie tabel). Maar een combinatie van de AUDIT en

de CAGE-test, de zogenaamde Five-shotvragenlijst, had de beste testeigenschappen bij een afkappunt van 2,5 (in plaats van eerder door de opstellers van deze test geadviseerde 1,5) (Aertgeerts, 2001).

Wat zijn discriminerende symptomen en patiëntenkenmerken in anamnese en lichamelijk onderzoek met betrekking tot stoornissen in het gebruik van alcohol?

De patiënt presenteert overmatig alcoholgebruik meestal niet als probleem. Soms komt de (huis)arts dit alcoholgebruik op het spoor door directe signalen zoals een alcoholfoetor (eventueel 'gemaskeerd' door pepermunt of aftershave), alcoholintoxicatie of melding door derden van excessief alcoholgebruik. Andere indirecte signalen kunnen het vermoeden op problematisch alcoholgebruik versterken. Dit betreft bijvoorbeeld veelvuldig spreekuurbezoek en een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon, regelmatig ongevallen en fractures, jicht, seksuele problemen, spider naevi, een erythmateus en oedemateus gezicht, black-outs of verhoogde laboratoriumwaarden van bijvoorbeeld gamma-GT en ALAT. Echter geen van de signalen is voldoende specifiek om daarop de diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid te stellen. Hooguit krijgt de (huis)arts een (sterker) vermoeden van overmatig alcoholgebruik. Een andere mogelijkheid is om bij onbegrepen klachten van de patiënt een leefstijlanamnese af te nemen met vragen naar problemen bij werk en vrijetijdsbesteding, omgaan met ziekte en stress, lichaamsbeweging, roken, eetgewoonten, alcohol- en ander genotmiddelengebruik. De vragen over het alcoholgebruik worden in de leefstijlanamnese ingebed.

Risico-indicatoren voor vermoeden van problematisch alcoholgebruik:

Sociale problemen: relatieproblemen mishandeling criminele activiteiten financiële problemen werkproblemen als verzuim en ongevallen Psychische problemen: geheugenverlies en dementie stemmingsklachten alcoholische hallucinaties automutilatie Lichamelijke problemen: • Algemeen - moeheid - malaise - hyperventilatie - overmatig transpireren - gewichtsverandering - foetor alcoholicus • Maag/darmstelsel - refluxklachten - gastritisklachten - ulcuslijden - diarree - malabsorptie - palpabele lever - pancreatitis • Hart/longen - hypertensie - cardiomyopathie - ritmestoornissen - longinfecties • Zenuwstelsel - hoofdpijn - tremoren - perifere neuropathie - spierpijnen, -zwakte en -atrofie - hyperreflexie - insulten, epilepsie - alcoholintoxicatie - geheugenstoornissen	• Bewegingsstelsel - jicht - fracturen • Urogenitaal stelsel - seksuele problemen - verminderde fertiliteit man - menstruatiestoornissen • Huid - littekens, brandwonden - spider naevi, erythemateus en oedemateus gezicht - conjunctivale roodheid - erythema palmare • Laboratoriumonderzoek - MCV verhoogd - gamma -GT verhoogd - ASAT(SGOT) en ALAT(SGPT) verhoogd - urinezuur verhoogd 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 alcoholgebruik - overmatig nicotinegebruik - overmatige geur van aftershave en dergelijke
---	--

Hoewel de bovenstaande verschijnselen en symptomen kunnen wijzen op alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, zijn ze niet bewijzend. Andersom kan de afwezigheid hiervan alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid niet uitsluiten.

Aanbeveling

Zowel in de eerste als in de tweede lijn verdient het aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik al dan niet met hulp van de AUDIT of de Five-shottest:

- psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;
- de aanwezigheid van een 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-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;
- frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.

Met welke laboratoriumtesten kan men acuut en chronisch alcoholgebruik aantonen en wat is de gevoeligheid en specificiteit van de testen?

Aanbevelingen

- Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV, ALAT of CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) afzonderlijk of in combinatie is niet geïndiceerd om excessief alcoholgebruik op te sporen in de eerste lijn.
- Wel kunnen afwijkende laboratoriumwaarden gebruikt worden voor het vervolgen van de effecten van het alcoholgebruik in de tijd.
- Het bepalen van het alcoholgehalte in bloed of uitademingslucht bij traumapatiënten die een eerste hulp bezoeken wordt aanbevolen.

3 Medicamenteuze behandeling

Inleiding

Het lange-termijndoel van de behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol is gericht op het bereiken van abstinentie (of de reductie in gebruik en de gevolgen van gebruik) en het voorkomen van een terugval. Stoppen met het gebruik van alcohol of detoxificatie is in veel gevallen de eerste fase van de behandeling. In de meerderheid van de gevallen zijn de symptomen en klachten tijdens de detoxificatie mild en behoeven ze geen farmacotherapeutische behandeling. Bij ernstigere vormen van alcoholonthouding is dit echter wel nodig. Voor diverse geneesmiddelen is in dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek vastgesteld dat ze effectief zijn in de behandeling van ernstigere onthoudingsverschijnselen.

Na het bereiken van abstinentie is het handhaven van abstinentie en het verminderen van de frequentie en de ernst van een terugval een belangrijk doel van de vervolgbehandeling. Zelfs als geen volledige abstinentie bereikt kan worden, kan er mogelijk een belangrijke vermindering in morbiditeit en mortaliteit optreden als er een vermindering van de frequentie en ernst van het alcoholgebruik bereikt kan worden. Farmacotherapie kan hierbij effectief zijn door:

- de fysiologische en/of subjectief bekrachtigende effecten van alcohol te verminderen;
- het gebruik van alcohol onaantrekkelijk te maken door het induceren van een farmacologische reactie na het consumeren van alcohol.

Wel wordt opgemerkt dat medicamenteuze behandelingen alleen zinvol zijn bij patiënten die een zekere motivatie tot stoppen met dan wel vermindering van alcoholgebruik hebben.

Behandeling van ongecompliceerd alcoholonthoudingssyndroom

In Nederland wordt chloordiazepoxide veel voorgeschreven als langwerkend benzodiazepine bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid, terwijl dit middel in Nederland deze indicatie niet heeft. In veel andere landen is het middel wel voor deze indicatie geregistreerd. De werkgroep is van mening dat chloordiazepine overwogen kan worden bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid. Hierbij dient uiteraard rekening gehouden te worden met bijwerkingen en verslavingsrisico.

Behandeling van complicaties tijdens alocholonthouding

Aanbevelingen

- Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcoholdetoxificatie. Bij ouderen en patiënten met een leverfunctiestoornis hebben kortwerkende benzodiazepinen de voorkeur.
- Behandeling op basis van het beloop van de onthoudingsverschijnselen, onder monitoring van die verschijnselen met behulp van de CIWI-AR, wordt aanbevolen.
- Benzodiazepinen, in het bijzonder die met een lange werkingsduur, zijn middel van eerste keuze bij het voorkomen en behandelen van een onthoudingsdelier. Neuroleptica kunnen eventueel ter aanvulling worden gegeven bij agitatie en perceptuele stoornissen.
- In geval van onzekerheid over de oorzaak van een bestaand delier wordt geadviseerd de behandeling te starten met haldol en bij voortdurende onrust benzodiazepine toe te voegen.

Farmacotherapeutische interventies gericht op abstinentie of reductie in het gebruik van alcohol

Acamprosaat

Effectiviteit

Er zijn meerdere reviews en meta-analyses van dubbelblinde placebogecontroleerde trials. Er is wel een zekere mate van overlap van ingesloten RCT's in de verschillende reviews. Uit de reviews van Kranzler (Kranzler & Van Kirk, 2001), Mason (Mason, 2000), Chick (Chick e.a., 2003), Bouza (Bouza e.a., 2004), Mann (Mann e.a., 2004) en Schoechlin (Schoechlin e.a., 2000) blijkt dat acamprosaat een effectief hulpmiddel is bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid.

Acamprosaat geeft :

- een toename van het aantal personen dat abtinent blijft gedurende het onderzoek;
- een toename van het aantal dagen waarop niet gedronken werd (CAD);
- een afname van de mate en frequentie van alcoholgebruik;
- verlenging van de tijdsduur tot de eerste terugval (relapse);
- een toename van het aantal patiënten dat in behandeling blijft;
- een verlenging van de tijdsduur dat patiënten in behandeling bleven.

De Numbers Needed to Treat (NNT) van acamprosaat wat betreft blijvende abstinentie gedurende twaalf maanden is ongeveer negen.

Aanbeveling

Acamprosaat is een veilig en effectief middel bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Acamprosaat wordt bij voorkeur voorgeschreven aan onlangs gedetoxificeerde patiënten hoewel er eventueel ook mee gestart kan worden tijdens de detoxificatie.

Naltrexon

Aanbevelingen

- Naltrexon is een veilig en effectief middel bij de behandeling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Vanwege mogelijke bijwerkingen dient tijdens de behandeling de nodige aandacht besteed te worden aan het motiveren van patiënten tot regelmatige inname van medicatie.
- Gebruikers van naltrexon dienen een 'patiënt alert' bij zich te dragen, zodat bij een plotseling noodzakelijke anesthesie hiermee rekening kan worden gehouden.

Naltrexon injecties

Voor aanbevelen dan wel afraden van toediening van naltrexon injecties is vooralsnog te weinig bekend.

Disulfiram

Aanbeveling

Disulfiram is minder veilig en heeft meer contra-indicaties dan acamprosaat en naltrexon en is derhalve middel van tweede keuze. Als disulfiram onder toezicht wordt ingenomen kan disulfiram patiënten helpen in het handhaven van abstinentie.

Antidepressiva

Studies met citalopram (40 mg/dag) bij alcoholafhankelijke patiënten zonder een depressieve stoornis gaven slechts een week significant betere uitkomstmaten dan placebo (Naranjo e.a., 1995) en geen verbetering op abstinentie (zelfrapportage) of de GGT (Tiihonen e.a., 1996).

Garbutt (Garbutt e.a., 1999 deed in zijn eerder aangehaalde studie een review van drie verschillende klassen van serotonerge medicamenten: de selectieve heropnameremmers (SSRI's, vooral fluoxetine), buspirone hydrochloride en odansetron hydrochloride. Uit vijf dubbelblinde placebogecontroleerde trials (n=227) met fluoxetine bij alcoholafhankelijke patiënten zonder een duidelijke depressie of angststoornis blijkt fluoxetine niet effectiever dan placebo wat betreft de uitkomstmaten craving, terugval en mate van drinken. In de enige RCT met buspirone (n=57) werd geen therapeutisch verschil geconstateerd op verschillende uitkomstmaten. In de RCT met odansetron (n=71) waarin zowel met hoge (4 mg/dag) als met lage doseringen (0,5 mg/dag) werd gewerkt bleek een lage dosis odansetron alleen het alcoholgebruik bij lichte drinkers te verminderen. SSRI's geven slechtere behandelresultaten dan placebo bij type-2-alcoholisten (start op jonge leeftijd, positieve familiegeschiedenis, impulsieve en antisociale trekken) (Kranzler e.a., 1995; Pettinati e.a., 2000).

Anticonvulsiva

Conclusie: Het is aannemelijk dat topiramaat effectief is in vergelijking met placebo bij een kortdurende behandeling van alcoholafhankelijkheid.

Om het aantal bijwerkingen beperkt te houden is het belangrijk met een lage dosis te beginnen en deze langzaam (25-50 mg/week) op te bouwen tot een onderhoudsdosering die lager kan liggen dan de voor epilepsie gebruikelijke dosering (300 mg/dag).

Het aantal frequent optredende bijwerkingen is breed en het is nog onvoldoende bekend hoe het bijwerkingenprofiel zich op de lange termijn zal ontwikkelen.

Johnson, 2004; Johnson e.a., 2007

4 Psychosociale interventies bij alcoholproblemen

Inleiding

Psychosociale interventies zijn interventies die het alcoholgebruik beïnvloeden door directe of indirecte verbale communicatie met de patiënt. Ze doen dat door (1) de motivering tot gedragsverandering te vergroten, (2) het onder controle krijgen van het drinken en (3) de kans op terugval te voorkomen. Gezien dit onderscheid wordt eerst aandacht besteed aan motiverende gespreksvoering, gericht op vergroting van die motivatie. De overige interventies zijn gericht op het vergroten van de controle van de patiënt over diens drinkgewoonte en het verkleinen van de kans op terugval en bestaan veelal uit instructies en training. Er bestaan tientallen varianten. Sommige gaan direct te werk (gericht op zelfcontrole van de patiënt) of indirect, gericht op de omgeving (bijv. gezin) of op de steun van anderen. Een ander onderscheid is tussen kortdurende en langer durende interventies. Onderzoek heeft zich voornamelijk toegespitst op de effectiviteit van afzonderlijke interventies; men neemt echter aan dat het combineren van interventies het meest effectief is.

Wij beperken ons in dit hoofdstuk van de richtlijn tot de interventies die genoemd worden in het onderzoeksoverzicht (aangeduid als de *Mesa Grande*) van Miller en Wilbourne (2002). Zij sommen 34 psychosociale methodieken op waar voldoende (drie of meer) studies naar zijn gedaan om over de effectiviteit te kunnen oordelen. Daaronder zijn vier combinatiebehandelingen en veertien die niet specifiek zijn of typisch Amerikaans (*standard treatment*) en relatief laag op de lijst met evidentie zijn, zoals bijvoorbeeld algemene counseling, niet gedragstherapeutische gezins- of partnerrelatietherapie, hypnose en casemanagement (dat laatste is waarschijnlijk meer een vorm van nazorg). Deze laten we hier achterwege. De overige behandelingen laten zich in de volgende groepen indelen:

- 1 motiverende gespreksvoering;
- 2 eenmalige en kortdurende interventies;
- 3 de cognitief gedragstherapeutische interventies;
- 4 zelfhulpgroepen en de twaalfstappenbenadering.

De cognitief gedragstherapeutische interventies laten zich weer onderverdelen in sociale vaardigheidstraining, zelfcontroletraining, cue exposure, gedragstherapeutische gezins- en partnerrelatietherapie, en zelfhulpmateriaal (bibliotherapie). Tot deze groep rekenen we ook de Community Reinforcement Approach (CRA), een gedragstherapeutische combinatiebehandeling die meerdere interventies gericht op het verslavingsgedrag omvat (ook farmacotherapeutische) in combinatie met interventies gericht op andere problematische aspecten en interventies gericht op veranderingen in de omgeving van de patiënt.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivering tot gedragsverandering. Het is een manier om patiënten hun (mogelijke) problemen te laten herkennen en aanpakken en wordt vooral als nuttig gezien bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld door Miller en Rollnick (1991 en 2002) (ook in Nederlandse vertaling beschikbaar). Het is van belang een onderscheid te maken tussen 1) motiverende gespreksvoering als gespreksstijl en 2) geprotocolleerde interventies die gebaseerd zijn op deze stijl, maar die ook andere, meest cognitief-

gedragstherapeutische of psycho-educatieve elementen bevatten. Dergelijke interventies zijn gericht op het geven van feedback, het voorhouden van reële opties, het geven van neutraal advies en het versterken van de eigen verantwoordelijkheid en de zelfeffectiviteit (het gevoel in staat te zijn eigen doelen te halen).

Belangrijkste kenmerken

Volgens Miller is motivatie geen stabiele en onveranderlijke karaktertrek of persoonlijkheidskenmerk en zeker ook niet "doen wat de behandelaar vraagt/voorschrijft", maar een mate van bereidheid tot verandering, die variabel is per moment en situatie en een resultante is van de interactie tussen behandelaar en patiënt. Deze opvatting leidt tot de volgende kenmerken van motiverende gespreksvoering.

- Zoekt en mobiliseert intrinsieke waarden en doelen bij de patiënt om gedragsverandering te stimuleren, zonder normen, waarden of daarop gebaseerde gedragsverandering op te dringen.
- Is een directieve, cliëntgerichte manier van hulpverleners om gedragsverandering mogelijk te maken door patiënten te helpen bij het exploreren en oplossen van ambivalentie.
- Maakt daarbij gebruik van een inventarisatie van voor- en nadelen van de status quo en van verandering, zoals door patiënt ervaren, waarbij vertrouwen en optimisme t.a.v. verandermogelijkheden worden gevoed en bekrachtigd.
- Ziet 'weerstand' en 'ontkenning' niet als patiënteigenschappen maar als een signaal om de hulpverleningsstrategieën bij te stellen.

Motiverende gespreksvoering behelst bij uitstek een hulpverlenersrelatie waarin samengewerkt wordt. Het is niet alleen een set technieken of aan te leren vaardigheden, maar ook een stijl van benaderen vanuit een empathische, cliëntgerichte houding, die respect behelst en uitgaat van de autonomie van de patiënt. Motiverende gespreksvoering benadrukt de keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt waar het gaat om het besluit tot en de gevolgen van gedragsverandering. Tegelijkertijd is het een directieve benadering omdat deze stuurt naar een oplossing van de ambivalentie.

Aanbeveling

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Enmalige en kortdurende interventies

Enmalige en 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, een advies, en overige beknopte procedures, zoals het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. Vanuit een empathische, respectvolle houding wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal gesteld en worden diens mogelijkheden bevestigd (self-efficacy). Korte interventies bevatten doorgaans:

- het geven van feedback over excessief alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek;
- het geven van advies en opties voor gedragsverandering;
- het bespreken van de keuze voor en de mogelijkheden tot verandering van het gebruik;

- de keuze minder/niet te drinken en het bespreken van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven.
- Eenmalige en kortdurende interventies worden ingezet zowel bij (vermoeden van) excessief drinken als bij mensen die zich vanwege alcoholmisbruik of -afhankelijkheid voor behandeling aanmelden.

Bij een vermoeden van excessief drinken kan een korte interventie plaatsvinden binnen bijvoorbeeld de algemene gezondheidszorg (huisarts, eerstehulpafdelingen, diverse afdelingen van een algemeen ziekenhuis) of door de bedrijfsarts. Bij mensen die zelf advies of hulp vragen vanwege alcoholgerelateerde problemen kan door de huisarts of bij een verslavingsinstelling eveneens een korte interventie van één of een paar zittingen plaatsvinden.

Aanbeveling

Iedere patiënt met een stoornis in het gebruik van alcohol behoort na vaststelling daarvan zowel in de eerste als in de tweede lijn tenminste een korte interventie te worden aangeboden.

Cognitief gedragstherapeutische interventies

De cognitief-gedragstherapeutische benadering van alcoholproblemen gaat uit van problematisch alcoholgebruik als geleerd gedrag dat kan worden beïnvloed door leerervaringen (Kadden, 1994).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) behoort, met de motiverende gespreksvoering, tot de psychosociale interventies met de grootste effectiviteit. CGT omvat een reeks interventies die erop gericht zijn de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om cognitieve en gedragsvaardigheden aan te leren om met levensproblemen in het algemeen beter om te gaan (Longabaugh & Morgenstern, 1999). CGT is een soortnaam geworden voor alle gedragsgeoriënteerde interventies. Oorspronkelijk waren deze vooral een vorm van conditionering en gedragstraining (zoals exposure, omgevingsmanipulatie, beloning en bestraffing). Daar zijn vormen van cognitieve analyse, gedachtenuitdaging en educatie aan toegevoegd. Vrijwel alle cognitief-gedragstherapeutische interventies bestaan uit een combinatie van dergelijke methodieken. Cognitieve gedragstherapeutische interventies verschillen in duur, aard, inhoud en setting. Tot die interventies behoren:

1. sociale vaardigheidstraining
2. zelfcontrolevaardigheden
3. cue exposure
4. gedragsgerichte partnerrelatie en gezinstherapie
5. groepstherapie
6. zelfhulp materialen
7. community reinforcement approach (CRA)

Aanbevelingen

Cognitief gedragstherapeutische interventies (CGT) – algemeen

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) dient te worden gebruikt bij behandeling van zowel alcoholmisbruik als –afhankelijkheid. Zowel voor korte termijn, als lange termijn interventies. CGT dient daartoe een reeks interventies te bevatten die erop gericht zijn de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om cognitieve en gedragsvaardigheden aan te leren om met levensproblemen in het algemeen beter om te gaan.

CGT: sociale vaardigheidstraining

Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van socialevaardigheidstraining te bevatten.

CGT: Zelfcontroletraining

Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van zelfcontroletraining te bevatten.

CGT: Cue-exposure

Cue-exposure behandeling is effectief, maar kan beter niet als losstaande behandeling aangeboden worden. Cue-exposure behandeling kan wel worden ingezet als onderdeel van een vaardigheidstraining in het omgaan met alcohol.

CGT: Partnerrelatietherapie

In geval van relatieproblemen of huiselijk geweld heeft gedragstherapeutische partnerrelatietherapie de voorkeur boven individuele cognitieve gedragstherapeutische interventies.

CGT: Groepstherapie

Waar mogelijk verdienen groepsbehandelingen de voorkeur boven individuele behandelingen. Gedragsgeoriënteerde groepstherapieën verdienen de voorkeur boven andere groepsmethodieken.

CGT: Zelfhulpmaterialen.

Zelfhulpmaterialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.

CGT: Community Reinforcement Approach (CRA)

CRA (Community Reinforcement Approach) kan worden ingezet bij ernstig verslaafden die niet sterk gemotiveerd zijn, maar die nog wel een steunende sociale omgeving hebben.

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen zijn ongeleide samenkomsten van mensen die zichzelf en elkaar willen helpen met hun alcoholprobleem. De bekendste vorm is de AA (Anonieme Alcoholisten). Er bestaan echter tal van andere varianten. De AA baseert zich op de veronderstelling dat alcoholafhankelijkheid een ziekte en een spirituele zaak is. In bijeenkomsten wordt gewerkt aan de zogenaamde twaalf stappen, gericht op verandering van persoon en gedrag volgens twaalf ontwikkelingsstappen (onder andere: acceptatie, fouten herstellen, geestelijke heroriëntatie). De benadering vormt de grondslag van de AA en andere zelfhulpgroepsbijeenkomsten, die volledig anoniem en zonder formele organisatie plaatsvinden en daarom buiten het bestek van deze richtlijnen vallen.

Aanbeveling

Alle patiënten met alcoholafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van bestaan en werkwijze van de AA en verwante organisaties en hoe ermee in contact te komen.

De twaalfstappenbenadering

De twaalfstappenbenadering die is ontwikkeld door de AA ligt ook ten grondslag aan enkele interventies die door professionals binnen de gezondheidszorg worden aangeboden (vaak door ex-verslaafden). Het zogenaamde Minnesotamodel, dat ook naar diverse Europese landen is geëxporteerd, bestaat uit een klinische opname van maximaal een maand waarin naast detoxificatie en medische behandeling ook intensieve blootstelling aan AA-groepen aangeboden wordt, begeleid door professioneel opgeleide ex-verslaafden. Er is een nazorgtraject waarin deelname aan AA sterk wordt aangemoedigd. Ook zijn er ambulante programma's geschreven waarin de twaalfstappenbenadering protocollair wordt toegepast bij groepen met alcoholafhankelijken, geleid door al dan niet ex-verslaafde professionals.

De twaalfstappenbenadering is deels gebaseerd op zelfovertuiging in van de AA afgeleide principes. Als zodanig is het niet voor iedereen aantrekkelijk. Gezien de geringe hoeveelheid bewijs en de veel hogere kosten kan vooralsnog niet tot een positief advies tot introductie worden overgegaan.

Aanbeveling

Het verdient vooralsnog geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de twaalfstappenbenadering.

Psychotherapie anders dan de cognitief gedragstherapeutische behandeling

Psychotherapeutische interventies, anders dan de cognitief gedragstherapeutische behandeling, zijn in de meta-analyse van Miller en Wilbourne (2002) onderzocht in de varianten individuele en groepstherapeutische op inzicht gerichte behandelingen en inzichtgevende, cliënt-centered en op groei gerichte psychotherapieën.

Inzichtgevende en op groei gerichte psychotherapie zijn niet effectief in het terugdringen van alcoholmisbruik of afhankelijkheid. Dit geldt zowel voor groepstherapie als voor individuele therapie. In het verlengde van de behandeling van het verslavingsgedrag kan psychotherapie geïndiceerd zijn, onder andere gericht op persoonlijkheidsstoornissen of andere primaire stoornissen. Er is echter nauwelijks evidentie dat dit bijdraagt aan het voorkomen van terugval.

Aanbeveling

Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies worden afgeraden ter verandering van verslavingsgedrag.

Behandeling van alcoholafhankelijkheid als een chronische aandoening

Uit studies naar het beloop van afhankelijkheid blijkt dat het merendeel van degenen die enige tijd afhankelijk zijn geweest ondanks behandeling niet genezen. Zij slagen er niet in om te abstineren of om matig te (blijven) gebruiken. Chroniciteit komt vaker voor bij patiënten met naast verslaving andere psychische stoornissen en/of met meervoudige sociale en persoonlijke problemen. Wanneer ook herhaalde behandeling niet leidt tot het gewenste resultaat kan overwogen worden om de behandeling niet langer primair te richten op verandering van het alcoholgebruik, maar op de verlichting van de leefproblemen en beperking van de door het alcoholgebruik veroorzaakte schade. Een dergelijke behandeling kan lange tijd duren. Voor de behandeling van chronisch psychiatrische patiënten in deze zin zijn diverse vormen van casemanagement ontwikkeld. Onderscheiden worden veelal casemanagement voor langdurig verslaafden (GGZ-Nederland): het makelaarsmodel, het model van de *assertive community treatment* (ACT) en het *strengths-based model*, naast het 'klassieke' *clinical casemanagement model* (Wolf e.a., 2002).

Aanbeveling

De zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenaamde makelaarsmodel.

Ontwikkelingen in de behandeling van alcoholafhankelijkheid

Er zijn ontwikkelingen in behandelmethodieken van alcoholafhankelijkheid, die veelbelovend zijn, maar waarvan de effectieve meerwaarde nog niet onomstotelijk vaststaat. We noemen er twee: Contingentie Management (CM) en internetbehandeling. CM is een benadering die effectief is gebleken in de behandeling van heroïne- en cocaïneverslaving. De (aanvullende!) behandeling is gebaseerd op het belonen van niet-gebruik (gecontroleerd met urinemonsters) met tegoedbonnen of geld. Prendergast e.a. (2006) tonen aan dat CM bij deze stoffen een effectieve interventie is. Er is echter slechts een studie bekend naar CM bij alcoholafhankelijkheid (Petry e.a., 2000). Deze laat een medium groot effect zien. CM vereist een goede organisatie/logistiek met ruime inzet van ICT, verpleegkundigen e.d. Het is onduidelijk wie de kosten van behandeling kan en wil dragen. Internetbehandeling kent diverse vormen en blijkt potentieel effectief in een

kwalitatief overzicht (Copeland & Martin, 2004). Er bestaan zelfhulpvarianten die anoniem en zelfstandig kunnen worden gehanteerd. Er bestaan ook behandelingen, waarbij er interactie is met een hulpverlener, met behulp van chatcontact (real time) of mailcontact.

Nederland neemt een voorloperspositie in en het enige randomgecontroleerde onderzoek is in Nederland uitgevoerd en toont een medium groot effect aan. Ofschoon ernst van verslaving geen voorspellende waarde heeft, heeft internetbehandeling vooral aantrekkingskracht bij minder ernstig verslaafden en CM bij de meer ernstige verslaafden.

Conclusie:

CM en internetbehandeling zijn mogelijk effectieve behandelingen van alcoholafhankelijkheid.

5 Combinaties van medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies

Inleiding

Zijn combinaties van farmacotherapie en psychotherapie effectiever dan elk van deze interventies apart? Zijn bepaalde psychosociale interventies beter te combineren met bepaalde farmacologische interventies? Is de effectiviteit van bepaalde combinaties afhankelijk van de fase van de behandeling of de ernst van de stoornis? Gezien het feit dat alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik het best te beschouwen zijn als een biopsychosociale stoornis, en gezien de beschikbaarheid van zowel farmacologische als gedragsgerichte interventies die elk afzonderlijk slechts een beperkte effectiviteit hebben, is te verwachten dat de behandeling met een combinatie daarvan effectiever is dan met enkelvoudige interventies.

In het onderzoek naar de effectiviteit van medicijnen bij het voorkómen van terugval in gebruik of bij het voorkómen van ongecontroleerd gebruik is naast het voorschrijven van medicatie (of placebo) in vrijwel alle studies sprake van psychosociale begeleiding. In de studies naar de effectiviteit van acamprosaat gaat het daarbij vrijwel altijd om een niet-geprotocolleerde standaardbehandeling, terwijl het in de studies naar de effectiviteit van naltrexon in veel gevallen gaat om een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie. Uit de eerder gepresenteerde studies in hoofdstuk 5 kan daarom geconcludeerd worden dat acamprosaat en naltrexon niet alleen effectiever zijn dan placebo, maar ook dat deze middelen extra effect hebben naast het mogelijke effect van de psychosociale begeleiding. In een vroege studie naar de effectiviteit van naltrexon bleek dit medicijn een duidelijke toegevoegde waarde te hebben als het werd voorgeschreven in combinatie met cognitieve gedragstherapie (Anton e.a., 1999). In een recente studie werd ook voor acamprosaat aannemelijk gemaakt dat het als aanvulling op cognitieve gedragstherapie een extra bijdrage levert aan het percentage abstinentie (Feeney e.a., 2002).

Tegelijkertijd kan door de gebruikte methodologie in gerandomiseerde en placebo-gecontroleerde effectstudies niet met zekerheid worden vastgesteld of deze medicijnen ook werkzaam zouden zijn zonder psychosociale begeleiding. In de bijsluiters wordt daarom vermeld dat deze medicijnen een aanvulling vormen op de psychosociale behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Een belangrijke empirische vraag blijft daarbij of de genoemde psychosociale begeleiding ook daadwerkelijk nodig is en of bepaalde vormen van psychosociale begeleiding de voorkeur verdienen.

Acamprosaat en psychosociale begeleiding

Conclusie: Het effect van acamprosaat is onafhankelijk van de aard en de intensiteit van de psychosociale begeleiding die tegelijkertijd wordt aangeboden.

Naltrexon en psychosociale begeleiding

Conclusie: Het effect van naltrexon kan worden versterkt door een combinatie met cognitieve gedragstherapie of door medische consulten waarin expliciet aandacht wordt besteed aan therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen.

Disulfiram en psychosociale begeleiding

Al eerder is gemeld dat disulfiram alleen effectief is als er door een vertrouwenspersoon controle wordt uitgeoefend over de inname van het middel. Er zijn geen studies die hebben onderzocht of de combinatie van disulfiram en psychosociale begeleiding effectiever is dan alleen het voorschrijven van het medicijn. Studies naar de effectiviteit van de *Community Reinforcement Approach* (CRA) hebben vaak gebruik gemaakt van disulfiram als onderdeel van het totale behandelpakket. Er zijn echter geen studies beschikbaar waarin wordt gekeken naar de rol van deze medicamenteuze interventie bij de totstandkoming van het effect van CRA.

Aanbeveling

Bij het voorschrijven van medicijnen ter voorkoming van terugval in het (ongecontroleerd) gebruik van alcohol dient de arts of de praktijkassistent zorg te dragen voor een nauwgezette medische begeleiding met aandacht voor therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen.

6 Betekenis van comorbiditeit

Inleiding

Er bestaat bij onderzoekers en behandelaars consensus over dat patiënten met alcoholproblematiek frequent ook aan andere psychiatrische ziekten lijden. Hoe vaak dit voorkomt valt moeilijk te zeggen, verschillende onderzoeken maken gebruik van verschillende populaties en richten zich op verschillende soorten pathologie. Niet overal worden bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen of ADHD meegenomen.

Alcohol is een oorzakelijke factor bij het ontstaan van bijvoorbeeld angst en depressie, en het bestaan van psychopathologie vergroot de kans op het ontwikkelen van een alcoholprobleem. Omdat de meeste alcoholisten pas in behandeling komen na vele jaren van overmatig gebruik is in het individuele geval de diagnostiek vaak ingewikkeld. Zeker is wel dat de meerderheid van de alcoholpatiënten symptomen heeft die aandacht voor mogelijke comorbiditeit rechtvaardigen.

De aanwezigheid van een comorbide stoornis heeft implicaties voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een dubbele diagnose slechter op een behandeling reageren, meer terugval hebben, vaker opnieuw opgenomen worden, en ernstigere en meer chronische symptomen hebben dan andere patiënten (Sheehan, 1993).

In deze richtlijn is ervoor gekozen die ziektebeelden te behandelen waarover wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn. Er is bijvoorbeeld vrijwel niets bekend over de behandeling van schizofreniepatiënten of autistische patiënten met alcoholproblemen, maar wel over alcoholproblemen gecombineerd met depressie, bipolaire stoornis, angststoornis, ADHD, trauma of persoonlijkheidsstoornissen, hoewel de hoeveelheid gegevens bepaald niet overloopt.

Het is van belang om onderscheid te maken tussen alcoholgerelateerde en alcoholgeïnduceerde psychiatrische aandoeningen. Bij veel patiënten die afhankelijk zijn van alcohol zijn de verschijnselen van psychopathologie gebonden aan alcohol-intoxicatie of onthouding. Het is daarom aan te raden om een alcoholvrije observatieperiode van drie tot vier weken af te wachten voordat een diagnose van een comorbide stoornis vastgesteld en vervolgens behandeld wordt. Dit is in de praktijk echter soms lastig te realiseren. Bij een geselecteerde groep patiënten kan daarom eventueel eerder gestart worden met de behandeling. Er kan dan gekeken worden naar de *age of onset* van de aandoening, chronologie, het eerder aanwezig zijn van een stoornis tijdens abstinente episodes en een belaste familiegeschiedenis om te bepalen of er inderdaad een grote kans is op een bepaalde comorbide stoornis.

Depressie

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling de diagnose depressie bij alcoholpatiënten pas te stellen na twee tot drie weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld.
- Tricyclische antidepressiva worden niet als middel van eerste keus aanbevolen vanwege de potentieel serieuze interacties met alcohol, zoals cardiotoxiciteit en overdosering.
- Vanwege de geringe effecten van antidepressieve behandelingen op de alcoholconsumptie dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacotherapeutische interventies gericht op de stoornis in het gebruik van alcohol te worden aangeboden.

Angststoornissen

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling de diagnose angststoornis bij alcoholpatiënten pas te stellen na twee tot drie weken abstinentie, waarna volgens de gangbare richtlijnen kan worden behandeld. Wel dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacotherapeutische interventies gericht op de stoornis in het gebruik van alcohol te worden aangeboden.

Schizofrenie

Vanwege het gebrek aan bewijs is het niet mogelijk om specifieke aanbevelingen te geven wat betreft de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van alcohol en schizofrenie.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Vanwege het gebrek aan bewijs is het niet mogelijk om specifieke aanbevelingen te geven wat betreft de behandeling van personen met een stoornis in het gebruik van alcohol en een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

ADHD

Aanbevelingen

- Vooralsnog wordt geadviseerd bij de combinatie alcohol - ADHD het 'Protocol ADHD bij verslaving' van het Trimbos-instituut te volgen.
- Aangezien het erop lijkt dat er veel onderbehandeling plaatsvindt moet de diagnose ADHD overwogen worden bij patiënten die zich vanwege stoornissen in het gebruik van alcohol melden bij de hulpverlening.
- De diagnostiek kan problemen geven aangezien veel klachten van chronisch misbruik van stoffen en van persoonlijkheidsstoornissen de symptomen van ADHD kunnen imiteren. Een proefbehandeling in een gecontroleerd abstinente periode kan dan een aanvaardbare strategie zijn.
- De medicatie moet per patiënt zorgvuldig getitreerd worden, aangezien er veel individuele verschillen bestaan wat betreft de effecten.
- Wel moet men rekening houden met het eventueel weglekken van ADHD-medicatie naar de zwarte markt.

Bipolaire stoornis

Aanbeveling

Bij patiënten met een bipolaire stoornis en alcoholafhankelijkheid valt het om reden van veiligheid te overwegen valproaat als middel van eerste keus voor te schrijven in plaats van lithium.

Ter afsluiting

Het verdient aanbeveling om in het geval van comorbiditeit te spreken van meerdere 'naast elkaar bestaande stoornissen' die alle behandeling behoeven. Het blijkt immers steeds weer dat behandelen van de ene stoornis het beloop van de andere nauwelijks beïnvloedt. Het staken van alcohol doet wel eens een ander beeld, zoals een angststoornis of een depressie verdwijnen, maar het omgekeerde is nauwelijks het geval.

Bij veel alcoholisten is tevens sprake van persoonlijkheidsproblematiek. Hoewel de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis een complicatie kan vormen hoeft dit geen belemmering te zijn voor een succesvolle verslavingsbehandeling.

Uit wat er inmiddels bekend is over de mate waarin comorbiditeit voorkomt en over de noodzaak beide stoornissen integraal te behandelen, blijkt de noodzaak eens te meer om verslavingsbehandeling mogelijk te maken binnen GGZ-instellingen en behandeling van overige ziektebeelden binnen de verslavingszorg. Dit is helaas geen nieuw gegeven, een dergelijke noodzaak wordt in Nederland al minstens twintig jaar gevoeld, maar de scheiding tussen beide werkvelden blijft hardnekkig. Wel zijn er intussen in Nederland vele ambulante teams aan het werk die laagdrempelig en outreachend patiënten met zowel alcoholproblemen als andere psychiatrische problematiek proberen te benaderen en te behandelen. Het probleem van de klinische zorg wordt de afgelopen jaren in toenemende mate opgelost door het inrichten van gespecialiseerde 'dubbele-diagnose'projecten.

Over de beste manier om deze problematiek op te lossen is het laatste woord nog niet gesproken. Helaas is er slechts weinig wetenschappelijke kennis beschikbaar die ons ten aanzien van dit punt zou kunnen leiden.

7 Drang en dwang

Inleiding

Onder dwang wordt in dit kader verstaan een opgelegde interventie waaraan niet te ontkomen valt, bijvoorbeeld een verplichte klinische opname. Onder drang wordt verstaan een interventie waarbij de persoon een zekere keus heeft, bijvoorbeeld een opname of een ambulante behandeling in plaats van een gevangenisstraf. Echte dwangbehandelingen zijn zeer zeldzaam. In Nederland is de tbs een dwangopname, evenals een opname in het kader van de BOPZ. In beide omstandigheden is er nog helemaal geen sprake van dwangbehandeling.

In vrijwel alle gevallen gaat het om drangbehandelingen als het gaat om behandeling van verslavingsproblematiek, en wel drangbehandelingen uitgaand van het gevangeniswezen. Bij voorbeeld, de verplichte inname van disulfiram zou in dit kader een drangbehandeling zijn, immers, de veroordeelde heeft nog steeds de keus om niet voor disulfiram te kiezen en de gevangenisstraf uit te zitten. Deze interventie is overigens in het Nederlandse gevangeniswezen niet gebruikelijk. De literatuur over dwang en drang bij alcoholisme is schaars. De meeste onderzoeken zijn gedaan bij drugsgebruikers, en er mag niet van uitgegaan worden dat de resultaten van toepassing zouden zijn op alcoholverslaafden.

Dwang en drang vinden in Nederland beide plaats in drie volledig gescheiden systemen, die van de GGZ, (en dan betreft het interventies in het kader van de BOPZ), het strafrecht of in arbeidsrechtelijke context (zie hiervoor het hoofdstuk Alcohol en Werk).

Interventies zijn te verdelen in zorggeoriënteerd en strafgeoriënteerd. Voor deze richtlijn zijn interventies gericht op zorg en/of behandeling het meest relevant.

Zorg georiënteerd

Conclusie: De werkgroep is van mening dat opname met BOPZ-titels mogelijk levensverlengend kan werken bij alcoholisten wier leven gevaar loopt als gevolg van hun alcoholgebruik.

De Wegenverkeerswet

Aanbeveling

Er is grote behoefte aan methodologisch verantwoord onderzoek naar de effectiviteit van therapeutische interventies en straffen bij bestuurders onder invloed van alcohol in termen van verandering drinkgedrag en vermindering van recidieven.

Strafgeoriënteerde interventies

Conclusies: Verplichte inname van disulfiram verlengt mogelijk de duur dat alcoholafhankelijke patiënten in behandeling blijven.

Justitieel opgelegde behandelingen voor verslavingsproblematiek zouden net zo effectief kunnen zijn als formeel vrijwillige behandelingen. Goede studies zijn echter niet beschikbaar.

Aanbeveling

Gezien het levensbedreigende karakter van alcoholafhankelijkheid in een vergevorderd stadium zouden de mogelijkheden voor gedwongen opname, die de BOPZ biedt, beter moeten worden benut.

Organisatie van zorg

Om het mogelijk te maken meer alcoholpatiënten te helpen met behulp van BOPZ-maatregelen is het nodig dat verslavingsafdelingen over meer mogelijkheden gaan beschikken voor BOPZ-opnamen. Niet alleen moeten er voldoende gesloten bedden met een BOPZ-erkenning zijn, maar de zorg moet ook dusdanig geregeld worden dat op het juiste moment bedden vrij zijn om een patiënt met spoed te kunnen opnemen.

Een andere mogelijkheid is meer gerichte verslavingsbehandeling in te zetten op BOPZ- bedden in de algemene psychiatrie

Een derde mogelijkheid is efficiënte samenwerking tussen de algemene GGZ en verslavingszorginstellingen, zodat patiënten met een BOPZ-maatregel snel kunnen worden overgeplaatst naar verslavingszorginstellingen. Daartoe is het niet per definitie noodzakelijk dat zo'n verslavingszorg een BOPZ-erkenning heeft, de patiënt kan onder voorwaarden ontslagen worden met als voorwaarde dat hij zich in de verslavingskliniek laat opnemen.

8 Interventies in de arbeidssituatie

Inleiding

Werkplekinterventies die gericht zijn op het voorkomen, verminderen of stoppen van aan alcohol gerelateerde problemen kunnen grofweg ingedeeld worden in twee categorieën, te weten: *Employee Assistance Programs (EAP's)* en interventies gericht op het testen op (overmatige) alcoholconsumptie (Stoltzfus e.a., 1994). De werkplek is om verschillende redenen een geschikte omgeving om programma's gericht op het voorkomen, verminderen of stoppen van aan alcohol gerelateerde (gezondheids) problemen te implementeren (Richomond e.a., 2000; Roman & Blum, 2002). Werknemers brengen een groot deel van hun tijd op de werkvloer door en collega's en leidinggevendenden hebben de kans om (zich ontwikkelende) alcoholproblemen al in een vroeg stadium te signaleren. Werkgevers kunnen daarnaast ook hun invloed gebruiken om werknemers te motiveren om hulp te zoeken voor hun alcoholprobleem (Roman & Blum, 2002). Bij de aanpak van alcoholconsumptie op het werk is echter uiterste zorgvuldigheid geboden. Niet alleen vanwege de medische en juridische aspecten, maar ook vanwege het risico dat de werkrelatie ernstig wordt verstoord. Een totaal alcoholbeleid dat past in het bestaande gezondheids- en veiligheidsbeleid schept duidelijkheid voor werknemers en voor leidinggevendenden. Het helpt om alcoholconsumptie en probleemdrinken uit de taboesfeer te halen en een mentaliteitsverandering teweeg te brengen (NiGZ, 2004).

Aanbeveling

Medisch specialisten in de bedrijfsgezondheidszorg dienen de werkende met een stoornis in het gebruik van alcohol door te verwijzen voor een effectieve interventie.

9 Complementaire en alternatieve behandelingen

Met complementaire vormen van behandeling worden vormen van behandeling bedoeld die ook wel worden aangeduid met de term 'alternatief', zoals acupunctuur, homeopathie, kruidengeneeskunde, manuele therapie, transcendente meditatie of biofeedback.

Alleen over transcendente meditatie, biofeedback, neurotherapie en acupunctuur bleken gegevens uit de literatuur beschikbaar.

Conclusie:

Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat transcendente meditatie, biofeedback en neurotherapie effectief zijn bij het verminderen van alcoholgebruik van zware drinkers.

Acupunctuur

Aanbeveling

Op basis van de huidige stand van de wetenschap wordt het toepassen van complementaire behandelingen bij alcoholproblematiek niet aanbevolen.

10 Oorzaken van en risicofactoren voor somatische complicaties van alcoholgebruik

Inleiding

Wereldwijd zijn de gevolgen van overmatig alcoholgebruik voor de gezondheidszorg groot. In een rapport van de Wereld Gezondheidsorganisatie wordt het aantal patiënten met een door alcohol veroorzaakte of geassocieerde ziekte geschat op 76 miljoen (Rehm e.a. 2003). Dit is vrijwel zeker een onderschatting want zelfs in veel westerse landen, zoals Nederland, is het aantal mensen met een door alcohol veroorzaakte aandoening niet precies bekend. De financiële gevolgen van door alcohol veroorzaakte somatische aandoeningen zijn dientengevolge groot. Naast bekende aandoeningen zoals levercirrose, alvleesklierontsteking en het Korsakovsyndroom, zijn er minder bekende relaties zoals een verhoogd kankerrisico. Bovendien zijn er waarschijnlijk nog verborgen relaties. Ook voor de traumatologie speelt alcoholmisbruik een grote rol. Zowel het aantal ongevallen als de aard van de ongevallen wordt door alcoholmisbruik beïnvloed. Bij overmatig alcoholgebruik is er relatief vaak sprake van een schedeltrauma. In de Verenigde Staten speelt overmatig alcoholgebruik bij ongeveer 40% van alle auto-ongelukken een rol (Rehm e.a., 2003). Er wordt op dit gebied relatief weinig epidemiologisch onderzoek verricht. Dit is verwonderlijk gezien de grote economische gevolgen van alcoholmisbruik in de zin van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en het belang voor de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Het verrichte epidemiologische onderzoek gaat meestal over de gevolgen van alcoholmisbruik voor de mortaliteit en minder over morbiditeit of kwaliteit van leven.

Voor de volgende aandoeningen staat vast dat er een verhoogd risico is bij overmatig alcoholgebruik: kanker van mond, pharynx, slokdarm, lever en in mindere mate ook voor het mammacarcinoom. Omgekeerd is bij 20 tot 30% van de patiënten met levercirrose of slokdarmkanker alcohol in het spel (Rehm e.a., 2003). In de westerse wereld is overmatig alcoholgebruik de voornaamste oorzaak van levercirrose. Voorts bestaat er een verhoogd risico voor een aantal neuropsychiatrische aandoeningen zoals het Korsakovsyndroom, polyneuropathie, epilepsie en voor cardiovasculaire aandoeningen zoals hypertensie en hartritme stoornissen. De relatie tussen overmatig alcoholgebruik en coronaire hartziekten of beroerte wordt gekenmerkt door een J-vormige curve. Bij matig alcoholgebruik is er bij mannen sprake van een beschermend effect terwijl bij hoger alcoholgebruik het risico van deze aandoeningen juist zou toenemen (WHO, 2004). Bij risicoschattingen moet men rekening houden met geslachtsverschillen. Kwalitatief is een verhoogd risico voor een bepaalde aandoening meestal zowel voor mannen als voor vrouwen aantoonbaar, maar kwantitatief treden bepaalde risico's bij vrouwen bij een lager alcoholgebruik op dan bij mannen.

Bij overmatig alcoholgebruik gaat het vooral om het dagelijks geconsumeerde volume absolute alcohol. Epidemiologische studies hebben echter aangetoond dat het drinkpatroon, de levensstijl en de soort alcoholische drank van invloed is. De achtergrond van de zogenaamde mediterrane paradox wordt gevormd door het gegeven dat alcoholgebruik tijdens het eten minder risico oplevert dan alcoholgebruik buiten de maaltijden om. Dus bij gegevens uit Italië moet men rekening houden met het feit dat in Italië alcohol vooral tijdens de maaltijden gebruikt wordt en hoofdzakelijk uit wijn bestaat. Bij gelijke hoeveelheden alcohol mag men verwachten dat er in Noord-Europa een groter risico bestaat op aan alcohol gerelateerde aandoeningen dan in de mediterrane landen. Bovendien is er in Noord-Europa en Noord-Amerika relatief vaak sprake van *bingedrinking*.

Dit is een vorm van alcohol misbruik waarbij in korte tijd grote hoeveelheden alcohol genuttigd worden. Dit is een risicovolle manier van alcoholgebruik waarbij de gezondheidsrisico's optreden bij een lagere totale gemiddelde hoeveelheid alcohol per dag dan bij een meer geleidelijk patroon van alcoholgebruik (WHO, 2004). Een verklaring voor dit fenomeen zou kunnen zijn dat bij een geleidelijk, matig drinkpatroon de gunstige cardiovasculaire effecten de ongunstige effecten, op bijvoorbeeld de lever, overtreffen terwijl *bingedrinking* relatief veel schade aan lever en alvleesklier oplevert.

De commissie heeft de gevolgen van overmatig alcoholgebruik voor de volgende somatische aandoeningen onderzocht.

1. Ziekten die deels door alcohol worden veroorzaakt
 - Aandoeningen van het centrale en perifere zenuwstelsel
 - Aandoeningen van lever en alvleesklier
2. Condities waarbij alcoholgebruik een nadelig effect heeft
 - Zwangerschap
3. Aandoeningen waarbij alcohol een rol zou kunnen spelen
 - Anesthesie
 - Traumatologie
 - Ondervoeding
 - Kanker
 - Infectieziekten
 - Beenmergdepressie
 - Jicht
 - Contracturen van Dupuytren
4. Ziekten waarbij alcohol zowel een beschermend als een schadelijk effect zou kunnen hebben
 - Cardiovasculaire aandoeningen, inclusief het bloedige en ischemische cerebrovasculaire accident

Alcohol en het zenuwstelsel

Inleiding

Zowel de korte-termijn- als de lange-termijngevolgen van alcoholmisbruik voor het zenuwstelsel zijn complex en slechts ten dele opgehelderd. Blijvende schade komt waarschijnlijk via drie verschillende mechanismen tot stand: (1) door een direct toxisch effect van alcohol op neuronen en axonen, (2) door het toxische effect van hoge calciumconcentraties in de neuronen, die kunnen optreden na een abrupte onttrekking van alcohol en (3) door de irreversibele verstoring van fysiologische processen als gevolg van vitaminegebrek (Brust, 2004; Ropper, 2005). Bij de meeste chronische alcoholisten treden deze drie mechanismen tezamen op en het is daarom erg moeilijk om te bepalen hoeveel ieder van deze mechanismen afzonderlijk bijdraagt aan het uiteindelijke klinische beeld. Bij een deel van de chronische alcoholisten treden bovendien nog andere schadeveroorzakende gebeurtenissen op, zoals traumatisch hersenletsel, hepatische encefalopathie en fluctuaties van het serumnatriumgehalte. Samenvattend kunnen de volgende effecten van alcoholmisbruik worden onderscheiden (aandoeningen die aan meerdere mechanismen worden toegeschreven zijn cursief gedrukt):

1. directe effecten
 - a. gevolgen van de toxische werking van alcohol
 - cerebrale atrofie door demyelinisatie van axonen
 - cerebellaire degeneratie*
 - polyneuropathie*
 - stoornissen van cognitie en gedrag*
 - b. gevolgen van de abrupte onttrekking van alcohol
 - onttrekkingsverschijnselen

- alcoholdelier
- onttrekingsinsulten
- stoornissen van cognitie en gedrag*
- c. gevolgen met onbekende genese
- psychotische stoornissen door alcohol
- stemmings- en angststoornissen door alcohol
- 2. indirecte effecten
 - a. gevolgen van thiaminegebrek
 - Wernicke-encefalopathie
 - syndroom van Korsakov
 - cerebellaire degeneratie*
 - polyneuropathie*
 - b. gevolgen van niacinegebrek
 - alcoholische pellagra
 - c. gevolgen van een fluctuerende serumnatriumspiegel
 - centrale pontine myelinolyse
 - d. traumatisch hersenletsel
 - e. hepatische encefalopathie en hepatocerebrale degeneratie

effecten van alcoholmisbruik

Aanbeveling

Aanbevolen wordt om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks 2dd 50 mg thiamine te laten gebruiken, in combinatie met vitamine B-complex. Tijdens detoxificatie van patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol moet de dosering worden opgehoogd tot 300 mg per dag (in geval van tekenen van thiaminegebrek wordt verwezen naar de volgende aanbeveling).

Wernicke-encefalopathie

Aanbeveling

Door de atypische presentatie is de diagnose Wernicke-encefalopathie moeilijk te stellen. Daarom wordt geadviseerd om direct met de behandeling te beginnen wanneer men heeft vastgesteld dat er een serieuze verdenking bestaat op deze aandoening (zie aanbeveling op volgende pagina) of wanneer er een verhoogd risico bestaat (zie volgende aanbeveling). Van een verhoogd risico is sprake bij:

1. alcoholisten die zichzelf verwaarlozen;
2. alcoholisten bij wie cognitieve stoornissen worden vastgesteld;
3. alcoholisten met loopstoornissen of een polyneuropathie.

Van een verdenking op een Wernicke-encefalopathie is sprake bij iedere alcoholist met acute of subacute, significante verandering van (1) bewustzijn, (2) cognitie, (3) looppatroon, of (4) oogbewegingen (nystagmus, dubbelzien).

Aanbeveling

Bij patiënten met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, met bewustzijnsveranderingen, cognitieve stoornissen, loopstoornissen of oogbewegingsstoornissen, dient de diagnose Wernicke-encefalopathie te worden overwogen.

Bij een verhoogd risico op een Wernicke-encefalopathie dient gedurende drie tot vijf dagen een behandeling met eenmaal daags 250 mg thiamine i.m. of i.v., in combinatie met (eenmaal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet.

Bij verdenking op een Wernicke-encefalopathie dient gedurende drie dagen een behandeling met driemaal daags 500 mg thiamine i.v. (langzaam, in 100 ml fysiologisch zout), in combinatie met (driemaal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet. Bij gebrek aan resultaat kan de behandeling na drie dagen worden gestaakt, en moet de diagnose worden heroverwogen. Bij klinische verbetering dient de behandeling na drie dagen te worden voortgezet zoals bij een verhoogd risico is aangegeven. In alle gevallen moet ook diagnostiek worden verricht naar tekorten aan natrium, magnesium en fosfaat en moeten deze worden gecorrigeerd.

Syndroom van Korsakov

Aanbevelingen

- Bij patiënten met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, met geheugenstoornissen, dient het syndroom van Korsakov te worden overwogen en direct te worden behandeld.
- Op grond van de huidige literatuur kan geen aanbeveling worden gedaan voor een medicamenteuze behandeling van het syndroom van Korsakov anders dan thiaminesuppletie tweemaal daags met 50 mg p.o.

Cerebellaire degeneratie ACD

Conclusie:

Thiaminesuppletie en alcoholabstinentie lijken een klinisch relevante verbetering te geven van de klachten en symptomen van cerebellaire degeneratie na alcoholmisbruik.

Polyneuropathie

Conclusie:

Vitamine B-suppletie en alcoholabstinentie lijken een klinisch relevante verbetering te geven van de klachten en symptomen van polyneuropathie na alcoholmisbruik.

Gevolgen van niacinegebrek

Alcoholische pellagra

Pellagra is een beeld dat ontstaat als gevolg van een gebrek aan niacine (nicotinezuur, vitamine B3) en mogelijk ook andere B-vitamines, zoals riboflavine

(lactoflavine, vitamine B2) en pyridoxine (vitamine B6). Het mechanisme van de ziekte is nog niet opgehelderd. In het klassieke geval wordt dit ziektebeeld gekenmerkt door een dermatitis, diarree en dementie (Serdaru, 1988).

Behandeling

De behandeling van alcoholische pellagra met niacine is zeer effectief, maar studies waarin verschillende doseringen of toedieningsvormen met elkaar of met placebo worden vergeleken, zijn er niet. Vanuit de neurologische praktijk wordt geadviseerd patiënten met alcoholmisbruik en een vermoeden op pellagra te behandelen met doseringen tussen 2 dd 25 mg en 10 dd 50 mg niacine, aangevuld met vitamine B-complex.

Aanbevelingen

- Patiënten met alcoholische cerebellaire degeneratie, polyneuropathie, pellagra of centrale pontine myelinolyse dienen dagelijks met tweemaal 50 mg thiamine p.o. en vitamine B-complex te worden behandeld. Deze patiënten dient tevens te worden geadviseerd te stoppen met alcoholgebruik.
- Voor de behandeling van een hyponatriëmie bij alcoholisten wordt verwezen naar de Richtlijnen Elektrolytstoornissen (NIV 2005). Samenvattend komt het advies erop neer dat men moet streven naar een correctie van maximaal 1-2 mmol/l/uur.

Alcohol en de lever

Inleiding

Alcohol (ethanol) wordt in de lever omgezet in acetaldehyde en azijnzuur. In principe zijn zowel ethanol als acetaldehyde toxisch voor de lever (Siegmund, 2005). Daartegenover staat dat de lever zichzelf tegen alcohol schade kan beschermen. De beschermende factoren raken echter op den duur uitgeput en dit is de reden dat kortdurende blootstelling aan grote hoeveelheden of langdurige blootstelling aan minder excessieve, maar nog steeds overmatige hoeveelheden alcohol de lever kan beschadigen. Levensstijl, immunologische en genetische eigenschappen zijn van invloed op de gevoeligheid van de lever voor alcohol schade (Lieber, 2003). Ook de wijze waarop alcohol gebruikt wordt, of het gedestilleerde dranken of wijn betreft, en of de alcohol alleen tijdens maaltijden gebruikt wordt, zijn van invloed. Dit zijn belangrijke oorzaken van grote individuele verschillen in gevoeligheid voor alcoholische leverschade. Uiteindelijk krijgt slechts een minderheid van de mensen met overmatig alcoholgebruik een levercirrose.

Langdurig voortgezette blootstelling aan overmatige hoeveelheden alcohol veroorzaakt leververvetting. Dit is een omkeerbare toestand, die na het stoppen van alcoholgebruik kan herstellen. Alcoholische cirrose is een ernstiger aandoening die direct, of na een fase van leververvetting, kan ontstaan. In een vroeg stadium is levercirrose nog omkeerbaar doch in een gevorderde fase wordt het een onomkeerbare aandoening. Alcoholische hepatitis is de ernstigste alcoholische leverziekte. Alcoholische hepatitis ontstaat na blootstelling aan zeer grote hoeveelheden alcohol. Bij deze aandoening is er sprake van een acute ontsteking van de lever met een risico op overlijden. Als een patiënt een alcoholische hepatitis overleeft is er toch vaak sprake van blijvende schade in de vorm van cirrose. Alcoholische hepatitis komt vaker voor bij personen die reeds langdurig overmatig alcohol gebruikten maar kan ook ontstaan bij mensen die tevoren nog geen leverschade hadden. Dit laatste is echter zeldzaam.

Alcoholische hepatitis en alcoholische levercirrose kunnen beide aanleiding geven tot functieverlies van de lever. Een verminderde aanmaak van stollingsfactoren is hiervan een eerste verschijnsel. Tegelijkertijd is er vaak al sprake van portale hypertensie. Dit is het gevolg van zwelling van de levercellen, constrictie van de stellaatcellen en overmatige bindweefselvorming in de lever. Hierdoor neemt de bloeddruk in het gebied van de poortader toe met als gevolg spataderen in de slokdarm, maag of andere delen van het maagdarmkanaal, een vergrote milt en ascites. Spataderen in slokdarm, maag of andere delen van het maagdarmkanaal kunnen acuut gaan bloeden. Dit kan levensgevaarlijk zijn, vooral als er niet snel een ziekenhuis bereikt kan worden.

Een vergrote milt leidt tot een afname van bloedplaatjes en witte bloedcellen met een verhoogde bloedingsneiging en bevattelijkheid voor infecties als gevolg. Omdat de lever een centrale rol in de stofwisseling speelt, zal een levercirrose op den duur tot een slechte voedingstoestand met verlies van spiermassa leiden. Een acute leverinsufficiëntie, door bijvoorbeeld alcoholische hepatitis, of een meer geleidelijke verslechtering van een reeds bestaande levercirrose, kan gepaard gaan met een nierinsufficiëntie (hepatorenaal syndroom) of een (porto-systemische) encephalopathie. De porto-systemische encephalopathie moet men onderscheiden van andere cerebrale gevolgen van overmatig alcoholgebruik zoals het delirium tremens en het Korsakov-syndroom. De behandeling van deze aandoeningen is fundamenteel verschillend, de benzodiazepines die men aan patiënten met delirium tremens zou geven moet men bij de porto-systemische encephalopathie juist vermijden.

Naast het feit dat alcohol leverziekte kan veroorzaken, kan alcohol ook een reeds bestaande leverziekte verergeren. Dit geldt met name voor chronische virale hepatitis. Alcoholgebruik heeft een ongunstig effect op het beloop van de chronische virale hepatitis, dit geldt zowel voor hepatitis B als C. Patiënten met een chronische virale hepatitis die tevens alcohol gebruiken hebben, tonen bij presentatie meer leverfibrose (een hogere Metavir-score) dan geheelonthouders (Leandro, 2006). Ook de progressie van chronische hepatitis naar cirrose wordt door alcohol versneld (Hutchinson, 2005).

Alcoholische levercirrose

Aanbevelingen

- Patiënten met alcoholische levercirrose wordt geadviseerd het alcoholgebruik geheel te staken.
- Patiënten met slokdarmvarices worden met beta-adrenerge receptorblokkerende middelen behandeld ook als ze nog nooit gebloed hebben.

Alcoholische hepatitis

Aanbevelingen

- Voor een zekere diagnose van alcoholische hepatitis is een leverbiopsie aangewezen.
- Eiwitrijke, energierijke voeding wordt geadviseerd in de behandeling van alcoholische hepatitis, tenzij er sprake is van hepatische encefalopathie.
- Therapie met corticosteroïden wordt gereserveerd voor patiënten met een MELD-score ≥ 18 of een DF score ≥ 32 .

Alcohol en ijzer

Aanbeveling

Patiënten met hemochromatose wordt geadviseerd terughoudend te zijn met het gebruik van alcohol; mannen zouden zeker niet meer dan drie glazen per dag, vrouwen zeker niet meer dan twee glazen per dag moeten consumeren.

Alcohol en virale hepatitis

Aanbevelingen

- Patiënten met chronische hepatitis B en C dient alcoholgebruik te worden ontraden.
- Overmatig of excessief alcoholgebruik vormt geen contra-indicatie tegen antivirale therapie.

Pancreatitis

Inleiding Acute Pancreatitis

Acute pancreatitis wordt gedefinieerd als een acuut ontstekingsproces in de pancreas, waarbij wisselend andere regionale weefsels en/of andere orgaansystemen betrokken zijn. (Dufour, 2003) De incidentie varieert per onderzochte populatie maar ligt in Nederland rond de vijf tot tien per 100.000 inwoners. Er zijn twee vormen van acute pancreatitis.

1. Acute interstitiële pancreatitis is bij 80% van de patiënten een zelflimiterende ziekte. De morbiditeit is beperkt en de sterfte is minder dan 3%. De interstitiële oedemateuze ontsteking kan gepaard gaan met intra- en peripancreatische vloeistofcollecties en beginnende vetweefselnecrose, soms met verzeping en deposities van kalk (Banks, 2002).
2. Acute necrotiserende pancreatitis komt bij 20% van de patiënten met acute pancreatitis voor. Hierbij is er naast een interstitiële ontsteking necrose van het pancreasparenchym en het omliggende vetweefsel. De aandoening kan matig-ernstig verlopen, maar gaat doorgaans gepaard met ernstige lokale en systemische complicaties, zoals abcesvorming en multi-orgaanfalen. De sterfte ligt tussen de 12 en 40% en wordt uiteindelijk bepaald door het falen van één of meer orgaansystemen (in hoofdzaak het cardiovasculaire systeem), die vaak secundair optreden aan een infectie van de necrotische pancreas (Banks, 2002).

Conclusie:

Er is onvoldoende bewijs om te concluderen dat het klinisch beloop van een acute pancreatitis veroorzaakt door alcohol wezenlijk anders is dan dat van een niet-alcohol geïnduceerde acute pancreatitis. Mogelijk recideert de pancreatitis wel vaker bij voortgaand alcoholgebruik.

Inleiding Chronische Pancreatitis

Chronische pancreatitis is een progressieve aandoening gekarakteriseerd door een chronische ontsteking en fibrose met destructie van exocrien pancreasparenchym en, in een later stadium, destructie van endocrien pancreasweefsel. Klinisch staan de hevige aanvallen van buik- en/of rugpijn voorop en bij zo'n 30% van de patiënten treedt een verlies van exocriene en endocriene functie op. Maligne onttaarding

als laat gevolg van chronische pancreatitis treedt bij een minderheid op. De incidentie varieert van 1,6 (Zwitserland) tot 23 (Finland) per jaar per 100.000. (Lin, 2000; Bode, 2000). De laatste jaren is er een stijging van de prevalentie van chronische pancreatitis (Otsuki, 2003).

Aanbeveling

Patiënten met (chronische) pancreatitis moet worden geadviseerd hun alcoholgebruik te staken.

Alcohol en hypertensie

Inleiding

Bij hypertensie is sprake van een ongewoon hoge druk in de slagaders. Daarmee is het een risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten zoals hartfalen en een beroerte. Hoewel er geen duidelijk afkappunt bestaat en het risico toeneemt met het oplopen van de bloeddruk, worden waarden > 140 mm Hg systolisch en > 90 mm Hg diastolisch als abnormaal geduid. De prevalentie neemt met het stijgen van de leeftijd toe. In verreweg de meeste gevallen blijft de oorzaak van de verhoogde bloeddruk onduidelijk, hetgeen aangeduid wordt als essentiële hypertensie. Overmatig alcoholgebruik kan een oorzaak zijn van een verhoogde bloeddruk.

Aanbeveling

Bij overmatig alcoholgebruik wordt in verband met het voorkomen en behandelen van hypertensie geadviseerd het gebruik van alcohol te beperken tot een à twee (vrouwen) of twee à drie (mannen) standaardglazen per dag.

Alcohol en het beenmerg

Aanbeveling

Bij onbegrepen trombocytopenie of myelodysplastische veranderingen moet excessief alcoholgebruik als oorzaak overwogen worden.

Alcohol en jicht

Inleiding

Jicht is een ziekte veroorzaakt door depositie van natrium-uraatkristallen. Er zijn verschillende manifestaties: acute recidiverende artritis, tophi, uraat-nefrolithiasis en uraat-nefropathie. Er is een verband tussen hyperuricemie en jicht. De artritis is in de klassieke beschrijving podagra, een ontsteking van de grote teen (1e metatarso-phalangeale gewricht), maar ook kunnen andere en meer gewrichten tegelijk ontstoken zijn. De diagnose wordt gesteld op de presentatie en het aantonen van uraatkristallen in een gewrichtsaspiraats. De hyperuricemie door alcohol is recent nog

onderwerp van een review geweest (Yamamoto, 2005). Van de verschillende manifestaties is alleen van de artritis de relatie met alcoholgebruik redelijk onderzocht.

Aanbeveling

Personen met jicht wordt geadviseerd het alcoholgebruik te beperken tot een à twee consumpties per dag.

Alcohol en de nier

Inleiding

Het mogelijk schadelijke effect van alcohol op de nieren is slechts in enkele studies goed onderzocht. Als parameter voor de nierfunctie bij volwassenen is daarbij alleen de glomerulaire filtratiesnelheid goed bestudeerd met als maat de kreatinineklaring. Er zijn drie cohortstudies (Schaeffner, 2005; Knight, 2003; Stengel, 2003) en één (Vupputuri, 2003) goede casecontrolstudie gevonden. Eén van de cohortstudies betreft uitsluitend mannen en één uitsluitend vrouwen. Alle studies bij volwassenen geven eenzelfde resultaat. Verder is er enig onderzoek verricht naar de mogelijke relatie tussen alcoholgebruik en IgA-nefropathie, omdat bij alcoholabusus soms neerslagen van IgA in de huid worden gevonden (Wakai, 2002).

Conclusies: Het gebruik van ≤ 2 E alcoholische drank per dag lijkt geen negatief effect te hebben op de nierfunctie, gemeten aan de kreatinineklaring. Over de invloed van het gebruik van >2 E alcoholische drank per dag op de nierfunctie bij volwassenen bestaat minder zekerheid, maar ook hiervan is een negatief effect op de nierfunctie niet aangetoond.

Er zijn geen aanwijzingen dat alcoholgebruik IgA-nefropathie kan veroorzaken.

Alcohol als risicofactor voor het krijgen van kanker

Inleiding

Hoewel door middel van dierexperimenteel onderzoek niet is bewezen dat alcohol carcinogene eigenschappen bezit, is een causaal verband tussen de consumptie van alcohol en het krijgen van kanker voor een aantal lokalisaties bij mensen aangetoond. Toch wordt het belang van alcohol als oorzaak van kanker vaak onderschat. De laatste jaren is de kennis over de mogelijke werking van het carcinogene effect van alcohol toegenomen. Er zijn aanwijzingen dat het risico op kanker bij alcoholgebruikers wordt gemoduleerd door genetische factoren. Het onderzoek spitst zich toe op de variatie in genen voor het alcoholmetabolisme, het foliumzuurmetabolisme en het DNA-reparatievermogen. (Boffetta, 2006). Ook worden een aantal mechanismen beschreven die mogelijk bij de carcinogenese op basis van alcohol een rol spelen: het genotoxisch effect van acetaldehyde, de belangrijkste metabooliet van ethanol (hoofd-hals, oesofagus en lever), verhoogde oestrogeenconcentratie (borst), alcohol als oplosmiddel voor tabakcarcinogenen (hoofd-hals en lever), productie van reactief zuurstof (lever) en verandering in foliumzuur mechanisme (colon, rectum, borst) (Boffetta, 2006).

Er bestaat een uitgebreide literatuur over de relatie tussen alcohol en kanker waarbij de dosis-risicorelatie (drie niveaus van alcoholgebruik, 25, 50 en 100 gram per dag), het soort alcoholische drank en interacties met andere risicofactoren voor een bepaalde tumor soort/lokalisatie (bij voorbeeld geslacht en roken) aan de orde komen.

Conclusie (niveau 1):

Er is een sterke risicorelatie tussen gebruik van alcohol en de kans op het krijgen van kanker in het gebied van mondholte en farynx, oesofagus en larynx. Een minder sterke relatie is vastgesteld voor de lever (voor vrouwen is het risico op leverkanker groter dan bij mannen), het colon/ rectum en bij vrouwen borstkanker. Voor de volgende vormen van kanker is geen (eenduidige) samenhang gevonden met alcoholgebruik: pancreas, endometrium, prostaat, ovarium en blaas.

Conclusie (niveau 3):

Er zijn aanwijzingen dat het voortzetten van alcoholconsumptie na een diagnose hoofd-halstumor de kans op een tweede secundaire primaire tumor vergroot.

Somatische gevolgen en stoornissen: alcohol en zwangerschap

Algemene inleiding en uitgangsvragen

Op 31 december 2004 werd het gezondheidsraadrapport "Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding" aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangeboden (1). Het rapport is te downloaden via de website (<http://www.gr.nl/adviezen.php?Jaar=2005>). In dat rapport werd gebruik gemaakt van de systematiek van de CBO-richtlijnontwikkeling voor het beantwoorden van onder meer de volgende vragen:

1. Welke effecten heeft matig alcoholgebruik vóór de conceptie op vruchtbaarheid en zwangerschap?
2. Welke effecten heeft matig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap op het (ongeboren) kind?
3. Welke effecten heeft matig alcoholgebruik door de zogende moeder op haar zuigeling?

Deze vragen zijn ook gehanteerd als uitgangsvragen voor de huidige richtlijn.

Conclusies:

Vruchtbaarheid

Niveau 3 – Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van ethanol door man of vrouw leidt tot een verminderde vruchtbaarheid; dit effect lijkt dosisafhankelijk en begint mogelijk al bij minder dan gemiddeld 10 gram per dag.

(Functionele)Teratogeniciteit

Blootstelling aan gemiddeld 60 gram (niveau 2) of 90 gram (niveau 1) ethanol per dag in het eerste trimester van de zwangerschap leidt tot gelaatsafwijkingen karakteristiek voor FAS, terwijl gemiddeld 12 gram al leidt tot een lagere psychomotorische ontwikkeling op eenjarige leeftijd (niveau 1). Bingedrinken leidt ook bij een gebruik van minder dan gemiddeld 60 gram ethanol per dag tot een verhoogde kans op FAS (niveau 3).

Er zijn aanwijzingen dat alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap de psychomotorische ontwikkeling op de langere termijn (zes tot veertien jaar; dosisafhankelijk) schaadt en de kans op alcoholgerelateerde problematiek op latere leeftijd vergroot. (niveau 3)

Zwangerschapsuitkomst

Alcoholgebruik door zowel man als vrouw verhoogt in de weken rond de conceptie (niveau 1) alsook gebruik van 10 gram (niveau 2) of minder (niveau 3) alcohol tijdens de zwangerschap de kans op miskramen en foetale sterfte meer naarmate het gebruik langduriger plaats vindt.

Het is aannemelijk dat bij vrouwen die gemiddeld 17 gram ethanol of meer per dag gebruiken de zwangerschapsduur korter is. Het risico van vroeggeboorte is groter met name bij gebruik in het tweede of derde trimester van de zwangerschap. (niveau 2)

Het is aannemelijk dat consumptie van gemiddeld 20 gram ethanol of meer per dag in de zwangerschap de foetale groei remt (niveau 2). Bij gemiddeld 60 gram (niveau 2) of 12 gram (niveau 3) kan de lichaamsomvang tot aan de puberteit verminderd zijn.

Borstvoeding

Alcoholconsumptie door de moeder verlaagt de melkinname door de baby meer naarmate de consumptie hoger is (21-23% minder na eenmalige consumptie van 15 tot 20 gram).

Aanvullende literatuurbespreking

Het valt op dat effecten van zwaar drinken op de reproductie en het nageslacht onmiskenbaar zijn: verminderde vruchtbaarheid, verhoogde kans op miskramen, intra-uteriene sterfte, het optreden van het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS), vroeggeboorte, foetale en postnatale groeivertraging tot aan de puberteit. Bij matig alcoholgebruik lijken deze effecten ook mogelijk en er kan geen veilige grens gegeven worden, waarbij het gebruik van alcohol door de ouders rondom de conceptie en door de zwangere veilig te noemen is. Vermoedelijk is dat het gevolg van de wijze, waarop ethanol in het lichaam wordt gemetaboliseerd. Ook omdat bij bingedrinking het risico op FAS al bij een relatief laag gemiddeld gebruik verhoogd is, lijken effecten van alcohol vooral gerelateerd aan de piekconcentraties in het bloed van de zwangere vrouw.

Abel stelt in twee overzichtsartikelen (Abel 1995, 1999), dat de sociaal-economische situatie van de vrouw maakt dat alcohol leidt tot FAS. Hij wijst daarbij op de discrepantie tussen de bevindingen in Amerikaanse studies en Europese studies, waarbij opvalt dat in Europese studies vaak geen of minder verband tussen alcoholgebruik en FAS wordt gevonden dan in de Amerikaanse studies. Hij veronderstelt, dat verschil in drinkgedrag tussen de Verenigde Staten (bingedrinking) en sommige Europese landen, waar onderzoek is gedaan (chronisch gebruik) het al dan niet bestaan van een verband tussen gemiddeld alcoholgebruik en het optreden van FAS verklaart. De argumentatie is begrijpelijk. Gezien de onrustbarende veranderingen in drinkgedrag onder jongeren, inclusief jonge meisjes, in Nederland - waarbij meer sprake is van bingedrinking - is het aannemelijk dat de incidentie van FAS in ons land zal toenemen. Gewaarschuwd moet worden tegen het gebruik van alcohol in het algemeen voor en tijdens de zwangerschap, maar zeker tegen het gebruik van grotere hoeveelheden in een korte tijd.

Wat ook uit diverse onderzoeken blijkt is, dat het gevaar van alcoholgebruik zich niet beperkt tot de periode rond de conceptie en in het eerste trimester, maar dat de gevolgen voor met name de mentale retardatie, de kans op vroeggeboorte en de kans op groeivertraging gerelateerd zijn aan voortgezet gebruik tijdens het tweede en derde trimester van de zwangerschap. Dit impliceert dat de hulpverleners zwangere moeten informeren over de gevaren van voortgezet alcoholgebruik en moeten motiveren of zo nodig ondersteunen hun alcoholgebruik te reduceren. Hierbij moet vooral gewaarschuwd worden tegen bingedrinking.

Aanbevelingen

Aan vrouwen die zwanger willen worden en hun partners moet geadviseerd worden geen alcoholhoudende drank te gebruiken.

Vrouwen die zwanger zijn en alcohol gebruiken dienen er gedurende de gehele zwangerschap op te worden gewezen het gebruik van alcohol te staken omdat er geen veilige ondergrens voor gebruik bestaat. Het staken van het alcoholgebruik is in ieder trimester nog zinvol.

- Het wordt vrouwen die borstvoeding geven ontraden om alcohol te gebruiken.
- Het advies om bier te drinken met het oogmerk de moedermelkproductie te bevorderen moet als schadelijk worden beschouwd.

Alcohol en CVA

Bij een cerebrovasculair accident (CVA of beroerte) treedt een acute stoornis op in de bloed- en daarmee zuurstofvoorziening van de hersenen. Dit kan het gevolg zijn van een vaatafsluiting door een bloedstolsel, het herseninfarct, of door een bloeding. Indien de afsluiting van zeer korte duur is, kunnen de klinische symptomen geheel verdwijnen en wordt gesproken van een TIA (transient ischemic attack). Bij langere duur zullen er meestal restverschijnselen blijven bestaan.

Conclusies:

Het is aannemelijk dat een alcoholconsumptie vanaf 60 gram per dag zowel voor mannen als vrouwen een groter risico op een hersenbloeding of herseninfarct oplevert. (niveau 2)

Er zijn aanwijzingen dat een alcoholconsumptie van *gemiddeld* 30 tot 60 gram per dag niet zonder verhoogd risico op een beroerte is. (niveau 3)

Er is onvoldoende onderzoek gedaan om een uitspraak te doen over het risico op een recidive (herenbloeding of herseninfarct) bij continuering van het alcoholgebruik. (mening werkgroep)

Alcohol en het hart

Inleiding

Hart en -vaatziekten vormen nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in de westerse wereld. Leefstijlfactoren, waaronder alcoholgebruik, hebben invloed op het ontstaan en beloop van sommige van deze aandoeningen. Hierbij is niet alleen de mate van alcoholgebruik van belang, maar vooral ook het patroon van drinken. Zo lijkt het periodiek fors drinken (bingedrinken) geassocieerd met acute hartdood, terwijl een regelmatig maar matig gebruik lijkt te beschermen tegen coronaire hartziekten. Vooral deze laatste observatie staat publiekelijk in de belangstelling en kan hulpverleners nog wel eens voor een dilemma plaatsen. Overmatig alcoholgebruik is ook geassocieerd met cardiomyopathie en ritmestoornissen.

Conclusies:

Coronaire hartziekten

Er zijn sterke aanwijzingen dat matig alcoholgebruik is geassocieerd met een verlaagd risico op coronaire hartziekten. Dit geldt niet in geval van een patroon van binge drinking. (niveau 2)

Acute hartdood/ritmestoornissen

Binge drinking gaat waarschijnlijk gepaard met een verhoogde kans op acute hartdood. (niveau 2)

Cardiomyopathie

Langdurig overmatig alcoholgebruik vormt een risicofactor voor het ontstaan van cardiomyopathie. (niveau 4)

Alcohol, diabetes mellitus type 2 en hypoglycemie

Inleiding

Diabetes mellitus, suikerziekte, is een aandoening waarbij de bloedspiegels van glucose abnormaal hoog zijn door een absoluut (type 1) of relatief (type 2) tekort aan insuline. Diabetes mellitus type 2, dat veelal begint met afname van de gevoeligheid voor insuline, heeft een prevalentie van zeventien op duizend en is daarmee verantwoordelijk voor 85% van alle gevallen van diabetes mellitus. Alcohol heeft directe effecten op het glucosemetabolisme. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat matig alcoholgebruik is geassocieerd met een lagere incidentie van diabetes mellitus type 2.

Aanbeveling

Matig gebruik van alcohol hoeft aan mensen met diabetes mellitus type 2 niet te worden ontraden.

Alcohol en de ziekte van Dupuytren

Inleiding

De ziekte van Dupuytren wordt gekenmerkt door de vorming van fibreuze strengen in de fascia palmaris, waardoor flexiecontracturen van één of meer vingers ontstaan. De oorzaak is onbekend. De prevalentie loopt in diverse populaties sterk uiteen en neemt toe met de leeftijd. Er is een genetische predispositie. Verder is een relatie gevonden met onder andere bepaalde handenarbeid, diabetes mellitus en roken.

Conclusie:

De beperkte literatuur bewijst hoogstens een geringe verhoging van het risico op het ontstaan van M. Dupuytren door het gebruik van alcohol. Het effect van het staken van alcohol op dit risico of op de progressie van M. Dupuytren is niet onderzocht.

Alcohol en het risico op infecties

Inleiding

Gezocht is naar onderzoeken met klinische eindpunten waarin het mogelijke extra risico van alcoholgebruik op het ontstaan van infecties is bestudeerd. Er zijn geen goede onderzoeken gevonden die eventuele effecten van alcohol op het immuunsysteem koppelen aan klinische eindpunten. Voor enkele infecties zijn onderzoeken met klinische eindpunten gevonden die niet geplaagd worden door voor de hand liggende bias zoals gedrag, selectie, voedingstoestand, aspiratie bij verlaagd bewustzijn en vaccinatiestatus. Dit zijn pneumonie, bronchitis, verkoudheid en SOA. Studies die gaan over het beloop van infecties in relatie tot therapietrouw blijven buiten beschouwing.

Conclusies:

Matig alcoholgebruik geeft waarschijnlijk geen verhoogd risico op een pneumonie, bronchitis of verkoudheid. (niveau 2)

Het is niet bewezen dat een pneumonie bij alcoholmisbruik ernstiger verloopt dan bij niet- of matige gebruikers. (niveau 3)

Er zijn geen aanwijzingen dat alcoholmisbruik op zich gepaard gaat met een verhoogd risico op longtuberculose. (niveau 3)

Alcohol en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)

Inleiding

Algemeen wordt verondersteld dat er onder invloed van alcohol gedragsveranderingen optreden die predisponeren tot het verkrijgen van een SOA. Dit zou van belang zijn bij de voorlichting, zowel over alcohol als over SOA. De auteurs van een systematische review over dit onderwerp concluderen inderdaad dat alcoholgebruik geassocieerd is met een hogere kans op SOA (Cook, 2005).

In de voor deze systematische review geselecteerde artikelen werd het alcoholgebruik in maat en getal uitgedrukt, en werden context en populatie duidelijk beschreven. De heterogeniteit was echter groot, zodat geen pooling is verricht. Er zijn cross-sectionele (CS), patiëntcontrole- (CC) en cohortstudies (CO) geselecteerd. Er zijn in deze review vier maten van alcoholgebruik onderscheiden: enig (ja/nee), hoeveelheid/frequentie, gebruik in specifieke situaties en een maat voor probleemdrinken. De auteurs hebben de studies die een specifieke maat voor probleemdrinken hebben gehanteerd individueel becommentarieerd (n=11: 7 CS, 1 CC en 3 CO) en de overige (n=32: 20 CS, 5 CC en 7 CO) in tabelvorm gepresenteerd. Helaas werden HIV-infectie en hepatitis B uitgesloten. Een zwak punt van de review is verder dat de overige 31 geselecteerde studies slechts summier geanalyseerd zijn.

Conclusies:

De literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien aangaande een mogelijk verband tussen alcoholgebruik en het verwerven van een SOA. (niveau 2)

Er zijn klinisch geen duidelijke aanwijzingen dat een eventueel effect van alcohol op het immuunsysteem leidt tot meer infecties. Het in de literatuur geclaimde hogere risico op luchtweginfecties door alcohol berust mogelijk op aspiratie en niet op een verminderde afweer. (niveau 4 – standpunt werkgroep)

Acute alcoholintoxicatie

Aanbevelingen

- Bij de acute alcoholintoxicatie dient men ademhaling, circulatie en bewustzijn te monitoren en zonodig door middel van zuurstof, intraveneuze vloeistofoediening of beademing te ondersteunen. Om dit goed te kunnen doen is het soms nodig om een patiënt met een kortwerkend benzodiazepine te sederen. Electrolytstoornissen en hypoglycemiën dient men te corrigeren.
- Peritoneaal dialyse of hemodialyse dient men te reserveren voor gevallen waarbij ondanks adequate corrigerende en ondersteunende therapie het beloop toch gecompliceerd blijft door ademdepressie, cardiovasculaire problemen, coma of convulsies.

11 De rol van de huisarts in het opsporen en behandelen van alcoholproblematiek

Inleiding

Er is om verschillende redenen voor gekozen om aan de rol van de huisarts een apart hoofdstuk in deze richtlijn te besteden. De eerste reden betreft de omvang van de problematiek. Zoals in hoofdstuk 3 is besproken is één op de zes mannen en één op de 25 vrouwen een probleemdrinker. Klachten en symptomen die kunnen wijzen op alcoholproblematiek zullen in eerste instantie ter kennis komen van de huisarts. De tweede reden om de rol van de huisarts te benadrukken is dat veel evidence aangaande casefinding, korte interventies en dergelijke met name op de eerste lijn betrekking heeft.

Het voorgaande laat onverlet dat de aanbevelingen over verwijzing naar een GGZ-instelling, een psycholoog of maatschappelijk werkende die aan het einde van dit hoofdstuk staan vermeld, ook voor de tweede lijn van toepassing kunnen zijn.

Welke behandelingen van (bepaalde) stoornissen in het gebruik van alcohol behoren tot de competentie en de verantwoordelijkheid van de huisarts?

Aanbevelingen

- Huisartsen en andere eerstelijnsverleners dienen mensen met risicovol en schadelijk (excessief) alcoholgebruik op te sporen via casefinding en hen een korte interventie aan te bieden.
- Het verdient aanbeveling om bij aanwezigheid van een of meer van de volgende signalen de patiënt te vragen naar zijn alcoholgebruik al dan niet met hulp van de AUDIT of de Five-shottest:
 - psychische of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen;
 - de aanwezigheid van een 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-darmklachten, zoals refluxklachten en diarree;
 - frequente spreekuurbezoeken.
- Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.
- Huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundigen dienen getraind te zijn in het identificeren van mensen met excessief alcoholgebruik en het uitvoeren van korte interventies. Deze training dient voldoende beschikbaar te zijn.

Welke behandelingen, anders dan korte interventies, van stoornissen in het gebruik van alcohol, behoren de huisarts en andere eerstelijnsverleneren te beheersen?

Aanbeveling

Medicamenteuze interventies betreffende ontwenningsverschijnselen, vitaminetekorten en voorkomen van terugval kunnen door de huisarts worden aangewend als deze zich daartoe voldoende competent acht.

Welke patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol kan de huisarts het beste verwijzen?

Aanbevelingen

De patiënt wordt verwezen naar een instelling voor verslavingszorg:

- als huisarts en patiënt hiervoor gekozen hebben;
- bij mislukken van de begeleiding door de huisarts;
- indien vooraf wordt ingeschat dat er sprake is van een (ernstige) vorm van afhankelijkheid.

Voor detoxificatie onder begeleiding van de verslavingszorg wordt verwezen:

- bij een slechte lichamelijke conditie;
- als er onvoldoende toezicht op de patiënt is;
- wanneer uit de anamnese blijkt dat bij een eerdere stoppoging ernstige onthoudingsverschijnselen zoals onthoudingsinsulten of een delier zijn opgetreden.

Patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar of consultatie van andere hulpverlenende instanties, zoals maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog, verslavingszorg of GGZ-instelling zijn:

- mensen die behalve aan alcohol aan andere middelen verslaafd zijn;
- mensen bij wie de huisarts de kans op suïcide aanwezig acht;
- mensen met gelijktijdig aanwezige psychische problematiek (depressie of angststoornissen) of relationele problematiek.

Opname is geïndiceerd bij:

- mensen met een ernstige acute intoxicatie
- een onthoudingsdelier
- onthoudingsinsulten
- Bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol. Opname is zeker te aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt geen personen of onvoldoende toezicht aanwezig zijn om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

12 Kernaanbevelingen

Het identificeren van de kernaanbevelingen uit de *Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol* is als volgt aangepakt.

Alle aanbevelingen uit de richtlijn zijn verzameld. De leden van de werkgroep hebben deze aanbevelingen beoordeeld op relevantie aan de hand van de volgende criteria:

gezondheidswinst en/of het behandelingsresultaat van de patiënt (professionele kwaliteit);

continuïteit en doelmatigheid van de geleverde zorg (organisatorische kwaliteit); begeleiding en ondersteuning van de patiënt (patiëntgerichte kwaliteit).

Deze beoordeling is op een schaal van 1 tot 9 (1 zeer weinig relevant en 9 is zeer relevant) gebeurd. De aanbevelingen met een gemiddelde score van 8 of hoger, in totaal negen, zijn als uitgangspunt genomen voor het bepalen van de kernaanbevelingen. Daarnaast is aan de werkgroepleden gevraagd een persoonlijke top-5 te maken van de meest relevante aanbevelingen. Hieruit zijn zes aanbevelingen geselecteerd die het vaakst tot een top-5 behoorden. Vier van de zes aanbevelingen hadden eveneens een gemiddelde score van 8 of hoger. De tien kernaanbevelingen uit de voorgaande procedure zijn hieronder weergegeven.

Kernaanbeveling 1

1. Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcoholdetoxificatie. Bij ouderen en patiënten met een leverfunctiestoornis hebben kortwerkende benzodiazepinen de voorkeur.
2. Benzodiazepinen, in het bijzonder die met een lange werkingsduur, zijn middel van eerste keuze bij het voorkomen en behandelen van een onthoudingsdelier. Neuroleptica kunnen eventueel aanvullend toegepast worden wanneer er sprake is van agitatie en perceptuele stoornissen.

Kernaanbeveling 2

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Kernaanbeveling 3

Zelfhulpmaterialen dienen ruim beschikbaar te worden gesteld.

Kernaanbeveling 4

Tricyclische antidepressiva worden niet als middel van eerste keus aanbevolen vanwege de potentieel serieuze interacties met alcohol, zoals cardiotoxiciteit en overdosering. Vanwege de geringe effecten van antidepressieve behandelingen op de alcoholconsumptie dienen er tevens specifieke psychosociale en farmacotherapeutische interventies gericht op de stoornis in het gebruik van alcohol te worden aangeboden.

Kernaanbeveling 5

Aanbevolen wordt om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks 2dd 50 mg thiamine te laten gebruiken, in combinatie met vitamine B-complex. Tijdens detoxificatie van patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol moet de dosering worden opgehoogd tot 300 mg per dag (in geval van tekenen van thiaminegebrek wordt verwezen naar de volgende aanbeveling).

Kernaanbeveling 6

Bij een verhoogd risico op een Wernicke-encefalopathie dient gedurende drie tot vijf dagen een behandeling met eenmaal daags 250 mg thiamine i.m. of i.v., in combinatie met (eenmaal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet.

Bij verdenking op een Wernicke-encefalopathie dient gedurende drie dagen een behandeling met driemaal daags 500 mg thiamine i.v. (langzaam, in 100 ml fysiologisch zout), in combinatie met (driemaal daags oraal) vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C te worden ingezet. Bij gebrek aan resultaat kan de behandeling na drie dagen worden gestaakt, en moet de diagnose worden heroverwogen. Bij klinische verbetering dient de behandeling na drie dagen te worden voortgezet zoals bij een verhoogd risico is aangegeven. In alle gevallen moet ook diagnostiek worden verricht naar tekorten aan natrium, magnesium en fosfaat en moeten deze worden gecorrigeerd.

Kernaanbeveling 7

1. Patiënten met alcoholische levercirrose dient geadviseerd te worden het alcoholgebruik geheel te staken.
2. Patiënten met slokdarmvarices dienen met beta-adrenerge receptor blokkerende middelen behandeld te worden ook als ze nog nooit gebloed hebben.

Kernaanbeveling 8

Aan vrouwen die zwanger willen worden en hun partners moet geadviseerd worden geen alcoholhoudende drank te gebruiken.

Kernaanbeveling 9

Het wordt vrouwen die borstvoeding geven ontraden om alcohol te gebruiken. Het advies om bier te drinken met het oogmerk de moedermelkproductie te bevorderen moet als schadelijk worden beschouwd.

Kernaanbeveling 10

Huisartsen en andere eerstelijnsverleners dienen mensen met risicovol en schadelijk (excessief) alcoholgebruik op te sporen via casefinding en hun een korte interventie aan te bieden.



Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

De verslavingszorg is volwassen geworden en verslaafden kunnen steeds vaker rekenen op een behandeling waarvan wetenschappelijk is vastgesteld dat die behandeling ook echt helpt zonder dat er onaanvaardbare risico's aan die behandeling zijn verbonden. Dat alles is het resultaat van heel veel basaal neurobiologisch en psychologisch onderzoek en de beschikbaarheid van honderden studies naar de effectiviteit van verschillende interventies. Om deze informatie toegankelijk en voor de praktijk toepasbaar te maken worden er sinds enig tijd richtlijnen geschreven waarin de wetenschappelijk literatuur in combinatie met praktijkoverwegingen wordt samengevat

De multidisciplinaire *Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol* geeft aanbevelingen: adviezen en handelingsinstructies voor diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis die door alcoholgebruik is veroorzaakt.

In deze uitgave treft u een samenvatting aan van die richtlijn, met daarin een overzicht van alle in de richtlijntekst opgenomen aanbevelingen.

De richtlijn bevat aanbevelingen voor zowel ambulante als klinische detoxificatie en behandeling, beschrijft instrumenten in de eerste en tweede lijn voor casefinding van stoornissen in het gebruik van alcohol, en behandelt laboratoriumtesten om acuut en chronisch alcoholgebruik aan te tonen.

Tevens komen aan de orde: medicamenteuze behandeling en farmacotherapeutische interventies gericht op abstinentie of reductie in het gebruik van alcohol; psychosociale interventies en de betekenis van comorbiditeit. Daarnaast wordt ruim aandacht besteed aan de somatische consequenties van alcoholgebruik.

Deze aanbevelingen zijn niet alleen bedoeld voor gebruik in de Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg, maar ook voor de huisarts en andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met een door alcoholgebruik ontstane stoornis.

De richtlijn is een beslissingsondersteunend instrument voor patiënten en hun naasten.

Trimbos-instituut

Secretariaat Landelijke

Stuurgroep Multidisciplinaire

Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T (030) 297 1131

E ggzrichtlijnen@trimbos.nl

www.ggzrichtlijnen.nl

www.trimbos.nl



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction