

RICHTLIJNEN

Elske Wits

onderzoekscoördinator bij het IVO, Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Esther Croes

arts-epidemioloog, Drug Monitoring & Policy, Trimbos-instituut

Boukje Dijkstra

senior onderzoeker Novadic-Kentron en directeur Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)

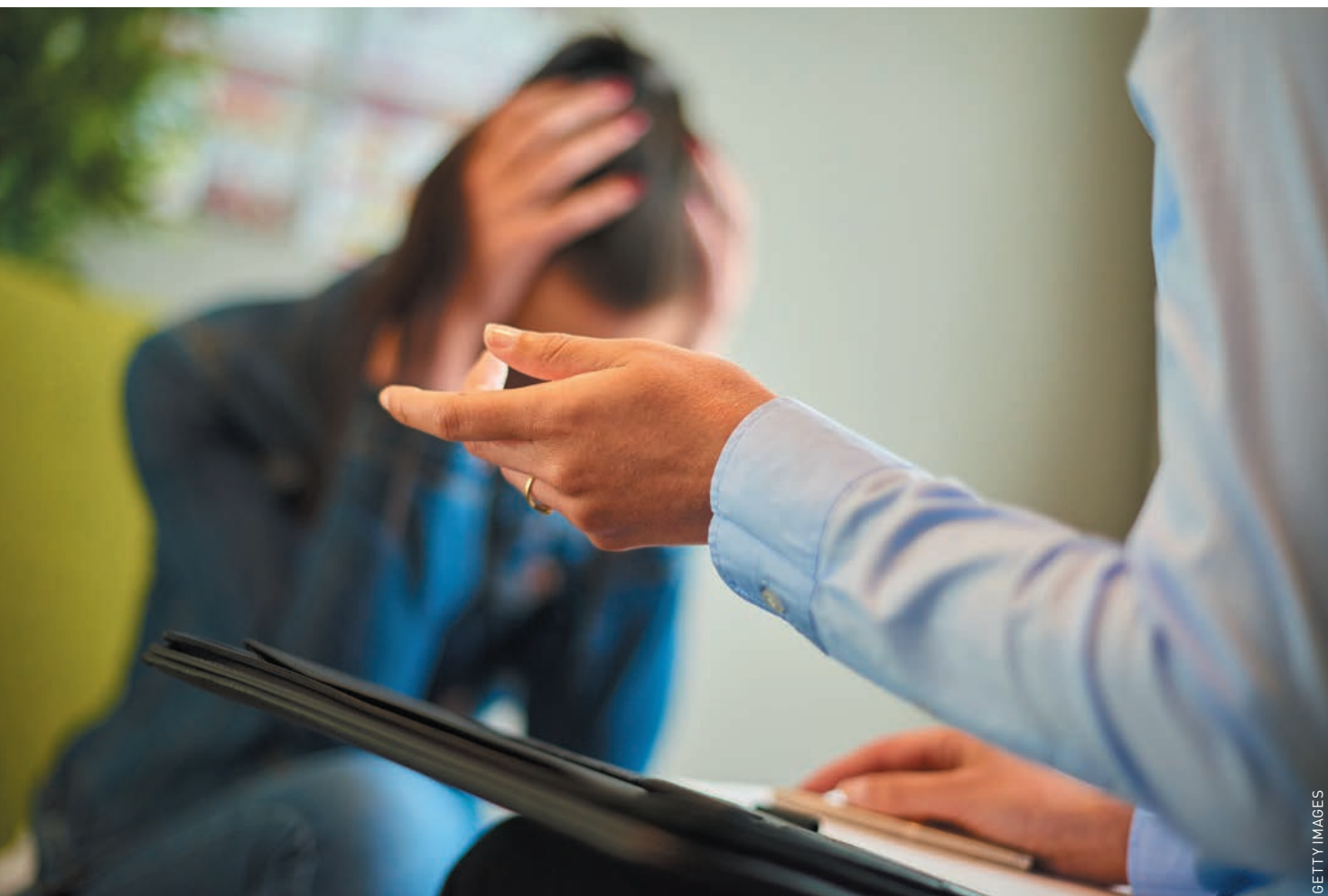
Marcel van Natten

vertegenwoordiger van cliëntenorganisatie het Zwarte Gat

ONDERSTEUNING BIJ DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING BIJ STOORNISSEN IN HET MIDDELENGEBRUIK

Standaarden bieden houvast aan alle zorgverleners

Richtlijnen en zorgstandaarden geven handvatten om effectief het gesprek aan te gaan met (weinig gemotiveerde) verslaafden, om samen te werken met naasten, en om effectieve interventies aan te bieden. Een overzicht van het aanbod.



GETTY IMAGES

Verslavingszorginstellingen, beroepsgroepen en verzekeraars werken samen met patiëntvertegenwoordigers aan goede verslavingszorg en preventie. Zij hebben daarvoor zorgstandaarden en richtlijnen ontwikkeld of herzien.¹⁻⁵

Niet eenvoudig

Herkennen, motiveren en behandelen van problematisch middelengebruik of verslaving is niet eenvoudig. Een verslaving wordt vaak ontkend. Daardoor worden problemen te laat onderkend.

Met de invoering van de generalistische basis-ggz hebben huisartsen en praktijkondersteuners ggz een grotere rol gekregen in het signaleren en behandelen van verslavingen. Kwaliteitsstandaarden bieden hun, maar ook andere zorgprofessionals, ondersteuning. Ook een arts die niet gespecialiseerd is in de behandeling van verslaving kan een patiënt in niet-complexe situaties begeleiden bij detoxificatie en al of niet medicamenteus ondersteunde gedragsverandering.

Visie van patiënten

Naast de wetenschappelijke en professionele kennis nemen de visie en kennis van patiënten een gelijkwaardige plaats in bij het ontwikkelen van richtlijnen en zorgstandaarden (zie *kader*). Bij het schrijven van de hierna te bespreken richtlijnen en zorgstandaarden waren patiënten en hun vertegenwoordigers betrokken als partner in de projectgroep (de 'schrijfgroep') en in werkgroepen en klankbordgroepen. Bij het ontwikkelen van de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving is bijvoorbeeld uitgebreid gesproken over de manier waarop een huisarts het gesprek met een patiënt met een vermoeden van alcoholproblemen kan aangaan. Dit is een belangrijk thema, omdat huisartsen vaak te laat alcoholproblemen herkennen. 'Hoe gaat het nu écht met je?' zou een vraag kunnen zijn die iets kan losmaken bij een patiënt.

Een advies op maat is effectief en kost weinig tijd

Richtlijn en handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen

Deze richtlijn is ontwikkeld voor professionals die te maken hebben met patiënten die stoppen met middelengebruik en bij wie onthoudings symptomen verwacht worden. Het doel is deze symptomen zo veilig en comfortabel mogelijk te behandelen en de kans op complicaties bij de detoxificatie te verminderen. De duur van een detoxificatie is moeilijk te voorspellen. Die hangt af van onder meer manier en frequentie van gebruik, de halfwaardetijd van het werkzame middel, lichamelijke gesteldheid, de tijd die het lichaam nodig heeft om te herstellen en de medicatie die wordt gebruikt. De (herziene) richtlijn besteedt aandacht aan de keuze of detoxificatie ambulante of klinisch moet plaatsvinden, aan het diagnostisch proces en aan de medicamenteuze behandeling die beschikbaar is voor de diverse middelen. Nieuw aan de richtlijn is aandacht voor tabak, GHB en ketamine. Bij alcohol wordt de Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol geïntroduceerd als monitorinstrument en bij opiaten is er aandacht voor contra-indicaties voor detoxificatie. Klinische detoxificatie wordt geadviseerd bij een insult of delier in de recente voorgeschiedenis, ernstige comorbide psychiatrische of somatische problematiek, of ernstige verwaarlozing. Verder is er aandacht voor psychosociale ondersteuning van de patiënt, om de motivatie voor abstinentie te behouden en te vergroten en de overgang naar (ambulante) vervolgbehandeling te realiseren. Per middel worden handvatten gegeven om het onthoudingsproces te monitoren, waarbij patiënten de terugkoppeling van resultaten erg belangrijk vinden.

Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving
Eind 2016 verscheen de tweede herziening van de richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning die op vier onderwerpen is geactualiseerd: gedragsmatige ondersteuning, farmacotherapeutische interventies, e-healthondersteuning en de e-sigaret.

Misschien wel de belangrijkste aanbeveling is gericht aan *alle* zorgverleners en betreft het geven van een *advies op maat* om te stoppen met roken. Een advies op maat sluit aan bij de patiënt: diens opvattingen over het roken, de intentie om te stoppen, attitude, sociale invloed, eigen effectiviteit en actieplannen. Uit onderzoek blijkt dat zo'n advies relatief effectief is en maar weinig tijd hoeft te kosten. De richtlijn beveelt aan om advies over het stoppen met roken op maat te geven aan alle patiënten met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen, aan elke nieuwe (rokende) patiënt en aan alle rokende patiënten preoperatief. Het advies dient regelmatig herhaald te worden bij patiënten die nog niet definitief zijn gestopt, want roken is een zware verslaving en de meeste rokers hebben meerdere pogingen nodig voordat het ze lukt om voorgoed te stoppen met tabaksgebruik.

Zorgverleners hoeven niet zelf te behandelen, maar kunnen doorverwijzen naar een stoppen-met-rokencoach, e-health of zelfhulpprogramma's. Ook instellingen voor verslavingszorg beschikken over expertise om tabaksverslaving te behandelen. Vooral voor rokers met een ernstige tabaksverslaving wordt begeleiding door een stoppen-met-roken-coach of in de verslavingszorg aanbevolen. De effectiefste manier van stoppen met roken is een combinatie van farmacotherapeutische en gedragsmatige behandeling.

MDR Stoornissen in het gebruik van drugs

Deze multidisciplinaire richtlijn beschrijft de behandeling van patiënten die verslaafd zijn aan cannabis, cocaïne, amfetamine, GHB, ecstasy of benzodiazepinen, of een combinatie hiervan.

Uitgangspunt is de herstelbenadering die draait om het persoonlijk functioneren en om positieve gezondheid volgens de definitie van Machteld Huber. Benadrukt wordt dat herstel staat voor een proces en niet voor een uitkomst. De patiënt heeft een actieve rol, ‘eigen regie’, bijvoorbeeld in de volgorde waarin de verschillende aspecten van herstel worden opgepakt. Een belangrijke plaats is er voor zelfhulpmogelijkheden en het betrekken van het systeem rond de patiënt.

In de richtlijn komen als eerste de screening, classificatie en diagnostiek, indicatiestelling, monitoring en evaluatie van drugsverslaving aan bod. Vooral bij benzodiazepinen en ecstasy moet eerst worden vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van een verslaving en of behandeling geïndiceerd is. Per middel worden de behandeling bij intoxicatie, de detoxificatie, en de psychologische en farmacologische interventies gericht op het gebruik en het verminderen van de symptomen besproken. Ook psychiatrische comorbiditeit komt telkens aan de orde.

De meest effectieve psychologische behandeling is doorgaans cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en/of contingentie management (het belonen van succesvolle gedragsverandering). Er zijn verschillen tussen de therapeutische middelen en het stadium van de stoornis; motiverende gespreksvoering wordt bijvoorbeeld aanbevolen als eerste keuze bij vroeginterventie.

Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving

De Zorgstandaard Alcohol gaat in op vragen als ‘Waarom moet goede zorg voor mensen met (beginnende) alcoholproblemen minimaal voldoen?’ en ‘Wat kunnen zij van de zorg verwachten?’ Verder biedt de zorgstandaard een leidraad bij herstel: verminderen van de alcoholproblemen en de patiënt in staat stellen om psychisch, sociaal en maatschappelijk te functioneren. De standaard is gebaseerd op bestaande richtlijnen en standaarden, waaronder de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. Bij het verminderen van de alcoholproblemen gaat het om goede signalering en vroege interventie, diagnostiek en behandeling, waarbij altijd zowel de persoon als zijn of haar omgeving wordt betrokken. Waar mogelijk betreft de zorgverlener deze naasten bij de behandeling en begeleiding en geeft informatie over zelfhulpgroepen en informele zorg. Ook zijn er mogelijkheden om naasten te ondersteunen. Hoe eerder alcoholproblemen worden aangepakt, hoe groter de kans dat de alcoholverslaving niet chronisch wordt. Altijd moet er aandacht zijn voor somatische en psychische comorbiditeit. Een belangrijke aanbeveling is om patiënten die geen hulp (meer) willen wel thiamine (vitamine B₁) voor te schrijven. Daarmee kan veel neurologische schade worden voorkomen of beperkt. Zo mogelijk krijgt de patiënt hulp in de huisartsenpraktijk, afhankelijk van hoe bekwaam de arts zich acht en wat de

voorkeur van de patiënt is. Specialistische verslavingskennis wordt ingezet om huisarts en POH-ggz te ondersteunen. In andere gevallen verwijst de regiebehandelaar naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Bij onvoldoende resultaat in de huisartsenpraktijk of generalistische basis-ggz krijgt de patiënt een verwijzing naar de generalistische basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Dit betekent dat behandeling en begeleiding bij een verslaving en eventuele andere psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden. Op- en afschalen van zorg dienen altijd en snel te kunnen worden georganiseerd, gezien het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving.

Met dezelfde uitgangspunten en opzet als de Zorgstandaard Alcohol is ook de Zorgstandaard Opiaatverslaving ontwikkeld. Deze verschijnt gelijktijdig met de Zorgstandaard Alcohol in de loop van 2017.

Flinke inspanning

Toepassing van de zorgstandaarden en richtlijnen vergt een flinke inspanning van alle betrokkenen. Van signaleren tot aan langdurige zorg: iedere zorgprofessional heeft regelmatig te maken met (beginnende) verslaving bij patiënten. Goede preventie, signalering, behandeling en zorg kan veel leed voor hen en naastbetrokkenen voorkomen.

contact

wits@ivo.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl

RICHTLIJNEN EN ZORGSTANDAARDEN IN DE GGZ

De recente ggz-richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis en op professionele en ervaringskennis. Zorgstandaarden in de ggz zijn een nieuw fenomeen. Ze zijn gebaseerd op bestaande richtlijnen en protocollen en op professionele en ervaringskennis. Ze hebben een grotere reikwijdte dan een richtlijn: ze beschrijven het continuüm van preventie tot en met langdurige zorg, inclusief de organisatie van zorg, de uitkomsten en hoe die worden gemeten. Ook de rol van de generalistische basis-ggz wordt beschreven.

Geautoriseerde zorgstandaarden worden opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut. Alle zorgstandaarden zijn modulair opgezet. De modules zijn in de nabije toekomst online te raadplegen.