

Hulp bij verslaving

Praktische hulpmiddelen, de laatste ontwikkelingen en nieuwe inzichten

Voor huisartsen en POH-GGZ

Amersfoort, 5 juni 2015



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Een alcoholverslaving vermoeden	4
1.1 Het psychologische en neurologische ontstaan en verloop	4
1.2 Verschillende stadia van alcoholverslaving en de medische gevolgen	6
1.3 Verslaving en comorbiditeit	8
2. Van signalering naar behandeling	9
2.1. Hoe herkent u problematisch drankgebruik en verslaving?	9
2.2. Welke gesprekstechnieken kunt u inzetten om vermoedens te bespreken?	11
2.3. Welke behandelmogelijkheden zijn er?	13
3. Vergoedingen en regelgeving	19
4. Stand van zaken	20
4.1 Cijfers overige verslavingen	20
4.2 Onderzoek doseringsproblematiek	21
4.3. Update nieuwe drugs en medische consequenties	22

Voorwoord

Het bordje van de huisarts is vol. Extra inzet en bemoeienis wordt gevraagd bij ouderenzorg en chronische ziekten en ook meer GGZ-problematiek is terug bij de huisarts. Gelukkig hebben inmiddels veel huisartsen een POH-GGZ werkzaam in de praktijk. Hopelijk in de toekomst ook inzetbaar voor de verslavingsproblematiek, want dat verslavingsproblematiek een serieus probleem is, is duidelijk. Dat huisartsen maar het topje van de ijsberg te zien krijgen is ook bekend. Het ontbreekt vaak nog aan het herkennen en bespreekbaar maken van de verslaving.

De rol van de huisarts hierin is van groot belang en soms zijn wij nog de enigen tot wie een verslaafde zich wendt. Men houdt het verborgen voor familie en vrienden, of men heeft, in een verder stadium, het contact met vrienden en familie verbroken. Als de verslaafde zich ook afkeert van de huisarts, zijn er soms nog weinig mensen die tot deze persoon door kunnen dringen. Goede communicatie met de patiënt is dus van groot belang. Huisartsen zijn vaak al vele consulten kwijt om ervoor te zorgen dat patiënten hun verslaving erkennen. Pas als patiënten het probleem onderkennen kun je het over behandelen gaan hebben.

Medische zaken die onze aandacht vragen blijven dagelijks op ons afkomen. Regelmatig krijgen we extra informatie over allerlei problematiek. Dat zorgt ervoor dat je alert blijft, en de kennis up-to-date. Ook wat het signaleren van verslaving betreft moeten we eigenlijk continu alert zijn. Daarnaast is een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn en dus ook met verslavingszorg van groot belang. De drempel moet laag zijn om een casus voor te leggen of om advies te vragen. Dit rapport biedt een eerste aanzet voor een betere alertheid en kennis op het gebied van verslaving en een opstap naar een betere samenwerking tussen huisartsen en verslavingszorg. Ik heb het met veel interesse gelezen en ik hoop dat voor u hetzelfde geldt.

Emmeliën ten Hoor, huisarts

1. Een alcoholverslaving vermoeden

In Nederland is ongeveer 2 miljoen mensen verslaafd of is er sprake van misbruik¹. Misbruik houdt in dat de gebruiker zichzelf nog niet verslaafd acht maar wel nadelige gevolgen van het gebruik ondervindt. Kijkend naar alcoholverslaving zien we dat er in Nederland 82.400 alcoholverslaafden zijn, terwijl 395.600 mensen alcohol misbruiken. In totaal komt dat op 477.000 mensen met een drankprobleem.

Na tabakverslaafden is dit veruit de grootste groep verslaafden, waarvan slechts 30.345 (4%) mensen in behandeling zijn. Bij de huisarts ligt de belangrijke en vaak lastige taak verslaving te herkennen, bespreekbaar te maken en te zorgen voor passende hulp. Zowel voor de verslaafde als voor eventuele gezinsleden die hier schade van ondervinden.

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan het ontstaan en verloop van alcoholverslaving en de factoren die een alcoholverslaving beïnvloeden.

1.1 Het psychologische en neurologische ontstaan en verloop

Voor een deel is verslaving genetisch bepaald. Erfelijke factoren spelen waarschijnlijk voor 40 tot 60% een rol bij de ontwikkeling van een verslaving². De verhouding tussen genetische en omgevingsfactoren in de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van verslaving verschilt van persoon tot persoon³. De erfelijkheid is bij mannen (ongeveer 50%) hoger dan bij vrouwen (ongeveer 25%)⁴. Er spelen waarschijnlijk meerdere genen een rol bij de kwetsbaarheid voor het verslaafd raken aan middelen. Bovendien is er waarschijnlijk een aantal algemene risicogenen voor verslaving aan middelen, maar ook een aantal middel-specifieke risicogenen.

Recent is gebleken dat adolescenten die drager waren van het DRD2A1-allel, significant meer alcohol consumeerden dan adolescenten die geen drager waren. Dit verband werd echter alleen gevonden in gezinnen waar de ouders zich tolerant opstelden ten opzichte van het alcoholgebruik van hun kinderen⁵. Kennelijk is dus het samenspel tussen opvoeding en erfelijke aanleg bepalend voor alcoholmisbruik. Vaak komen binnen families verschillende vormen van verslaving of co-dependency

“Ik denk dat mijn huisarts echt niet in de gaten had dat al mijn ‘ongelukjes’ dezelfde oorzaak hadden”

Willemijn, 46 jaar

naar voren. Dat heeft niet alleen te maken met de erfelijke factor van verslaving, maar ook doordat iemand van jongs af aan bepaald (ouderlijk) gedrag te zien krijgt.

De combinatie van erfelijkheid en omgevingsfactoren heeft grote invloed op het ontwikkelen van een verslaving en verslavingsgedrag.

Andere factoren die bij kunnen dragen aan het ontwikkelen van een verslaving zijn bijvoorbeeld stress, depressiviteit, onzekerheid en sociale dwang.

Hersenziekte

In Griekenland noemde de dichter Hesiodos (700 voor Christus) druiven een geschenk van Dionysos, de God van de Wijn. Hij waarschuwde echter ook voor de gevolgen toen hij zei dat drank: “hersenen en tong van vorm verandert”. Hij had destijds waarschijnlijk geen idee hoe dicht hij bij de waarheid zat. Het American Society of Addiction Medicine beschrijft verslaving als een primair chronische ziekte van het systeem voor beloning en

¹ Nationale Drug Monitor 2013/ 2014, Trimbos Instituut

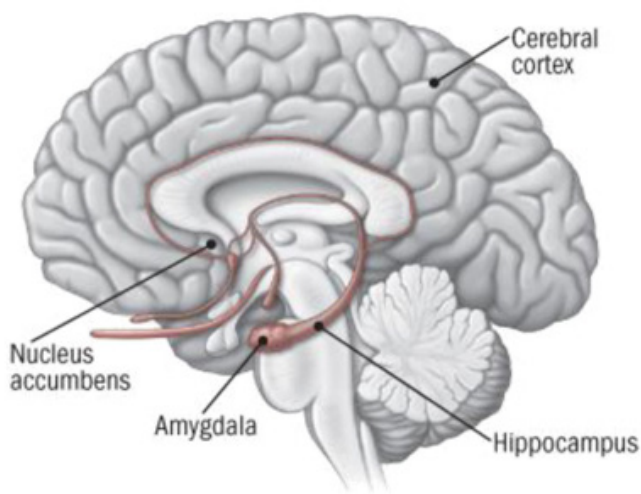
² Hersenstichting, alles over hersenen en verslaving

³ Schellekens A. Genetica. In: Franken I, Van den Brink W, editors. Handboek Verslaving. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 2009.

⁴ McGuffin P, Owen MJ, Gottesman II. Psychiatric genetics and genomics. Oxford: Oxford University Press, 2002.

⁵ C.S. van der Zwaluw et al. Molecular Psychiatry, 2009, 1-19.

motivatie, het geheugen en gerelateerde circuits in de hersenen. Dysfuncties van deze circuits leiden tot karakteristieke, biologische, psychologische, sociale en spirituele manifestaties. Dit wordt gereflecteerd in individueel pathologisch najagen van beloning en/of verlichting door gebruik van middelen en ander gedrag zoals eetstoornissen en seksverslaving. Bij het ontstaan van verslaving zijn drie verschillende delen van de hersenen betrokken, namelijk het beloningscentrum, het mesencephalon en de neocortex. Bij verslaafden of mensen in een risicogroep functioneren deze drie delen van de hersenen anders of minder goed.



FIGUUR 1. Het beloningssysteem van de hersenen

Nucleus Accumbens

Alcohol is in staat om het beloningscentrum (Nucleus Accumbens) op een zeer krachtige manier te prikkelen. Om die reden gaat iemand zich na gebruik van alcohol lekker voelen. Alcohol zorgt ervoor dat dopamine afgegeven wordt. Een bepaald gen zorgt ervoor dat er minder dopaminereceptoren zijn. Het beloningscentrum functioneert dan minder goed waardoor iemand minder goed in staat is te genieten. Bij een minder goed functionerend beloningscentrum zal het gebruik van alcohol bij de betrokken persoon een zeer krachtige en positieve ervaring opleveren. Hierdoor zijn zij vatbaarder voor verslaving. Deze genetische structuur is erfelijk bepaald. Het effect van frequent alcoholgebruik is dat het aantal dopaminereceptoren afneemt. Hierdoor zal meer gebruikt moeten worden om het oorspronkelijke effect nog te kunnen voelen. Zo kan langdurig gebruik blijvende veranderingen in het brein veroorzaken⁶.

⁶ Jellinek, waarom is verslaving een hersenziekte?

⁷ George F Koob Ph.D and Michel Le Moal MD, Ph.D, Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis, Neuropsychopharmacology 2001, 24, 97-129.

⁸ Verslavingsgeneeskunde, Hein de Haan

Mesencephalon

Het positieve gevoel na gebruik (en de omstandigheden waaronder dit gebruik plaatsvond) wordt door de middenhersenen (Mesencephalon) in het geheugen opgeslagen. Het vormt zeer krachtige herinneringen die later een sterke trek of verlangen kunnen oproepen. Hierdoor ligt terugval in gebruik op de loer. De krachtige manier waarop de herinnering aan drankgebruik door de middenhersenen wordt opgeslagen, betekent in zekere zin een verandering van de hersenen⁷. Koob en Le Moal onderzochten welke neurofarmacologische en neuro-adaptieve mechanismen een rol spelen bij de transitie van 'sociaal gecontroleerd' gebruik naar 'het verlies van controle' dat kenmerkend is voor een verslavingsproces. Na verloop van tijd treedt er bij regelmatig en voortgaand gebruik adaptatie op aan de chronische stimulus aan de betrokken dopaminerge en glutaminerge systemen in de hersenen. Het gevolg van deze aanpassing is dat er bij het acute staken van de toediening van alcohol een snelle afname van dopamine en glutamine in het GABA-systeem optreedt. Bij deze onttrekkingssystemen worden ook stresssystemen geactiveerd die een intrinsieke relatie met het beloningssysteem onderhouden⁸.

Neocortex

De neocortex vormt het rationele deel van de hersenen. Een deel van de cortex heeft tot taak de conflicten tussen verlangens (verlangen naar het effect en de roes van drugs) enerzijds en rationele overwegingen (ik moet morgen werken) anderzijds in goede banen te leiden. De middenhersenen zullen echter willen toegeven aan het verlangen. De neocortex zal dit willen voorkomen. Bij verslaafden functioneert de neocortex minder goed.

Kortom, door een minder goed functionerend belonings-systeem en neocortex zijn mensen vatbaarder voor verslavingen. Bovendien veranderen door het gebruik de hersenen. Het aantal dopamine-receptoren neemt af en het geheugen slaat de krachtige herinneringen op. Door deze veranderingen in de hersenen raakt iemand nog vatbaarder.

Veranderingen in de hersenen

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar veranderingen in de hersenen die door (overmatig) drankgebruik ontstaan. Uit deze onderzoeken blijkt dat het hersenvolume van verslaafden afneemt⁹. In een in

2001 uitgevoerd onderzoek is gekeken naar de invloed van drankgebruik op grijze stof, witte stof, sulcale cerebrospinale vloeistof (CSV) en ventriculaire CSV bij zowel mannen als vrouwen. Vrouwelijke alcoholisten hadden significant kleinere hoeveelheden witte en grijze stof en grotere volumes van sulcaal en ventriculair CSV dan andere vrouwen. Bij mannen was dit verschil kleiner. Blanco en collega's concludeerden dat chronisch alcoholgebruik kan leiden tot ontstekingsreacties in de hersenen.¹⁰ Zij dienden ratten gedurende langere tijd zo veel alcohol toe dat hun bloedalcoholconcentraties vergelijkbaar werden met die van menselijke alcoholisten. Permanente aanwezigheid van alcohol in het bloed leidde tot zowel een verhoogde activiteit van enzymen die betrokken zijn bij het immuunsysteem als de dood van andere cellen. Dit proces van celactivatie, enzymafgifte en celdood wordt ook gezien bij neurodegeneratieve aandoeningen. Aan de andere kant kan stimulatie van de hersenen juist positieve effecten hebben. Uit recent onderzoek blijkt dat stimulatie van de linker dorsolaterale prefrontale cortex het werkgeheugen versterkt en de behoefte aan alcohol vermindert. Stimulatie van de rechter inferieure frontale gyrus verbetert het remmingsmechanisme¹¹.

1.2 Verschillende stadia van alcoholverslaving en de medische gevolgen

De meeste verslaafden ontkennen dat ze verslaafd zijn, wat de diagnose bemoeilijkt. Wanneer hebben we het over een normale activiteit en wanneer is er sprake van een verslaving? Waar ligt de scheidslijn tussen een gezonde interesse en de situatie simpelweg niet meer in de hand hebben? De Amerikaanse arts E.M. Jellinek (1890 - 1963) was een pionier in het definiëren van het alcoholisme. Na een enquête onder meer dan 2000 alcoholisten kwam hij tot de conclusie dat alcoholisme een ziekte is. Hij beschreef de verschillende stadia van deze chronische degeneratieve kwaal. Hij geeft de evolutie in vier fasen weer, een soort prototype van een drinkcarrière, waarvan hieronder een samenvatting. Vaak wordt ook nog een vijfde fase, de terminale fase, toegevoegd. Dat hebben wij hier ook gedaan. De duur van deze globale evolutie is zeer verschillend, soms 5 jaar, soms 10 jaar of meer.

Fase 1: De pre alcoholistische fase

Wie alcohol gebruikt ervaart een sterke vermindering van stress en gevoelens van spanning, men leert alcohol te waarderen en te gebruiken. In een periode die uiteenloopt van zes maanden tot twee jaar gaat de toekomstige alcoholist vrijwel dagelijks drinken om dit gevoel van ontspanning te ervaren. Over het algemeen ontwikkelt hij een hogere tolerantiedrempel voor alcohol dan gemiddeld tijdens deze periode. Zijn persoonlijke psychische draagkracht wordt geleidelijk door alcohol vervangen.

Fase 2: De prodromale fase

Wanneer plotseling black-outs en geheugenverlies optreden is het tweede stadium van alcoholisme bereikt. De black-outs hebben meestal betrekking op het middellange termijn geheugen, bijvoorbeeld activiteiten of gesprekken die de dag ervoor plaatsvonden, tijdens de periode dat gedronken werd. De herinneringen aan gebeurtenissen voor en na de black-out worden niet aangetast. In dit stadium begint de betrokkene te beseffen dat zijn of haar drinkgedrag een nieuw niveau heeft bereikt en gaat het drinken steeds vaker gepaard met schuldgevoel en spanning, men probeert het gespreks-onderwerp alcohol te vermijden. Vaak gaat hij of zij stiekem drinken. Het drinken begint een vrij centrale plaats in te nemen in het denken, doen en laten. De eerste lichamelijke lasten treden op, slaap- en spijsverteringsmoeilijkheden, gebrek aan eetlust met het wegvallen van het ontbijt, potentieelstoornissen, gemakkelijke transpiratie... Men begint het gezelschap te zoeken van de zwaardere drinkers en activiteiten te mijden waar geen alcohol wordt gedronken. Men krijgt problemen op het werk, zoals laatkomen of taken niet goed uitvoeren. Vooral gevoelige personen krijgen hevige angst en spanning als ontweningsverschijnsel wat pas verdwijnt na het nuttigen van meerdere consumpties. Ook een tremor komt vaak voor, vooral als men ook niet (meer) voldoende eet.

Het kan zo zijn dat de patiënt met deze klachten zijn huisarts gaat raadplegen. Jammer genoeg zwijgt hij over zijn drinken of zal het alleszins sterk minimaliseren zodat de arts gemakkelijk de diagnose mist.

Fase 3: De kritieke fase

In de oorspronkelijke formulering van Jellinek is dit de cruciale fase, waarin de betrokkene de overgang doormaakt van een min of meer beheerste opzet naar onbeheersbaar

⁹ Hommer DW, Momenan R, Kaiser, et al., Evidence for a Gender-Related Effect of Alcoholism on Brain Volumes, Am J Psychiatry, 2001, 158, 198-204

¹⁰ Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers Results From the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions, Blanco C, Okuda M, Wright C, et al, Arch Gen Psychiatry, 2008, 65, 1429-37

¹¹ Transcranial direct current stimulation, implicit alcohol associations and craving, Tess. E. den Uyl, Thomas E. et al, Biol Psychol, 2015, 105, 37-42

gedrag. Er is controleverlies, dit betekent dat wanneer men begint, men waarschijnlijk zal doordrinken en dit ondanks goede voornemens. De verslaafde reageert nu onmiddellijk op elke spanning door te gaan drinken en kan zelfs incidenten uitlokken of verzinnen om het drinken te rechtvaardigen. Vaak begint hij de dag met een glas en wordt hij in de loop van de avond heel dronken. Dit stadium kan vele jaren duren. De verslaafde slaagt er in die tijd meestal in zijn werk te blijven doen en zich maatschappelijk te handhaven, maar intieme relaties komen onder grote druk te staan. Isolatie en eenzaamheid nemen toe. Nochtans zijn er tussenin wel eens 'droge' perioden. De alcoholist gaat met goede bedoelingen maar met onderschatting van het probleem overschakelen op andere manieren van drinken. Het verlangen naar drinken neemt echter voortdurend toe, ochtenddrinken wordt noodzakelijk, men is fysisch afhankelijk.

Fase 4: De chronische fase

Deze fase kenmerkt zich door langdurige perioden van dronkenschap met zelfverwaarlozing. Dit leidt tot ernstige gezondheidsproblemen, zowel lichamelijk als geestelijk, problemen in persoonlijke en beroepsmatige relaties, en contacten met de politie. Vroeg of laat komt de alcoholist in een totale impasse terecht. Zelfs een korte onthouding van alcohol leidt tot onaangename en beangstigende symptomen, zodat de verslaafde drinkt om de symptomen te vermijden. De tolerantie voor alcohol neemt abrupt af, zodat zelfs een geringe hoeveelheid nu tot dronkenschap leidt. In de chronische fase is gebruiken het enige dat nog telt. De verslaafde is dag en nacht in de weer om lichamelijke en geestelijke klachten, onrust- en stressgevoelens te dempen met een nieuwe dosis. Negatieve effecten van de ene drug worden 'aangepakt' met een andere.

Fase 5: De terminale fase

De verslaafde is nagenoeg alles kwijt geraakt (gezondheid, gezin, werk, woning) en heeft hoge schulden opgebouwd. In dit laatste stadium van alcoholisme is het dagelijkse leven geheel onbeheersbaar. Medische problemen zoals leveraantasting, pancreatitis, zenuw- en spierschade, hoge bloeddruk en interne bloedingen kunnen het gevolg zijn. Het hart en de hersenen worden aangetast met als resultaat hartaanvallen of beroerte. Ook is er een toename van depressie, slapeloosheid en zelfmoordneigingen. Psychische stoornissen zoals achtervolgingswaan kunnen ontstaan,

welke overigens meestal weer verdwijnen als men is afgekickt van de alcohol. Een epileptisch insult bij het plotseling staken van alcoholgebruik kan bij alcoholisten voorkomen. Sommige alcoholisten worden hevig bevend wakker en hebben 's nachts al een glas met jenever klaargezet omdat zij door het beven 's ochtends de fles niet meer open kunnen krijgen. Pas na het drinken van een tot drie glazen komt het beven weer tot rust en moet de alcoholist vaak weer op pad naar de slijterij. De volgende dag herhaalt het hele ritueel zich weer. Vaak hebben zware alcoholisten nog maar een of twee uur per dag plezier van de alcohol. De rest van de dag zijn ze bezig de ontwenningverschijnselen tegen te gaan en om zich staande te houden en het voor de buitenwereld te verbergen. Vaak is er nog maar weinig contact met familie of vrienden en zit men achter de gesloten gordijnen of in de kroeg. Soms verwaarloost de alcoholist zichzelf of komt op straat terecht. Bij hardnekkig alcoholisme eindigt het tenslotte in aandoeningen zoals levercirrose en uiteindelijk vaak eindigend met de dood. Ook het syndroom van Korsakov, ook wel bekend als alcoholdementie komt veel voor bij zware alcoholisten. Dit tast vooral het korte termijngeheugen aan.

Verslavingscirkel

Alcoholverslaving is geen statisch fenomeen. Er zijn verschillende componenten die een cirkel vormen van een continu groeiende pathologie. Vanuit de sociale psychologie wordt de verslavingscirkel beschreven aan de hand van drie componenten: preoccupatie/ anticipatie, binge/ intoxicatie en terugtrekken/ negatief effect¹². Preoccupatie/ anticipatie is het onderdeel van het proces waarin een persoon herinneringen ophaalt aan een eerdere "high", zowel fysiek als psychologisch. Terwijl het lichaam hunkert naar de effecten, gaat de geest op zoek naar mogelijkheden om te ontsnappen aan de realiteit van het moment. Binge/ intoxicatie treedt op wanneer een persoon toegeeft aan zijn verlangen en gaat gebruiken. Het negatieve effect vindt plaats wanneer de high verdwijnt. Dit wordt vervolgens weer een nieuwe trigger voor de eerste fase. Verslaafden komen door de verslavingscirkel in een neerwaartse spiraal, waarin elke keer dat de verslaafde toegeeft aan zijn verlangen, extra negatieve invloed ontstaat. De neerwaartse spiraal is ook beschreven als progressieve ontregeling van het beloningssysteem in de hersenen¹³.

¹² Koob GF, Le Moal M. Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. Science 1997, 278: 52-58

¹³ George F Koob Ph.D and Michel Le Moal MD, Ph.D, Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allotaxis, Neuropsychopharmacology 2001, 24, 97-129.

Criteria for Substance Dependence (DSM-IV)



Figuur 2

1.3 Verslaving en comorbiditeit

Een verslaving komt vaak niet alleen. Onder psychiatrische cliënten komt middelenmisbruik tweemaal zo veel voor als bij de algemene bevolking. Bij schizofrenie is 47% verslaafd en bij bipolaire stoornissen 56%. Schattingen van psychiatrische comorbiditeit onder verslaafden die in behandeling zijn variëren van 60 tot 80%¹⁴. Er kunnen vier vormen van causaliteit zijn¹⁵:

1. De psychiatrische stoornis is een gevolg van middelenmisbruik. Hierbij kan gedacht worden aan het ontstaan van psychosen door misbruik van hallucinogene middelen zoals lsd en cannabis of het ontstaan van paranoia door overmatig cocaïnegebruik. Ook kunnen depressies en angststoornissen optreden door frequent gebruik van benzodiazepinen, alcohol, heroïne of cocaïne.
2. Het middelenmisbruik is het gevolg van een psychiatrische stoornis. Zo is met name bij ernstige as II stoornissen te zien dat middelenmisbruik een van de begeleidende symptomen is. Daarnaast is ook bij schizofrenie bijna altijd sprake van middelenmisbruik.
3. De psychiatrische stoornis en de verslaving kennen een gemeenschappelijke neurobiologische basis. Er is een structuur in de persoonlijkheid die leidt tot beide vormen van problematiek. Hierbij wordt met name gedacht aan vormen van ADHD, impulscontrolestoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Uit recent onderzoek van ICASA blijkt dat het percentage van patiënten met ADHD in de verslavingszorg is verhoogd (5-22%) bij patiënten met alcoholverslaving en sterk verhoogd (12-57%) bij drugsverslaafden¹⁶.
4. De twee psychiatrische stoornissen staan naast elkaar en beïnvloeden elkaar.

¹⁴ Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Utrecht, GGZ Nederland. Posthuma, T, Vos, R, 2003.

¹⁵ Drugs en alcohol; gebruik, misbruik en verslaving, Roel Kerssemakers, Rob van Meerten, E. a. Noorlander

¹⁶ ADHD in treatment seeking patients with a substance abuse disorder, Geurt van de Glind, 2013

¹⁷ Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses, 2010

Diagnose

Het stellen van de juiste diagnose is relatief moeilijk. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat er een abstinentieperiode van drie tot vier weken nodig is om tot goede diagnostiek te komen. Een goede analyse van de levensloop en de behandelgeschiedenis zijn daarbij onontbeerlijk. Maar dan nog is een nauwkeurige diagnose moeilijk te stellen door de gelijkenissen tussen drugsgerelateerde symptomen zoals terugtrekking en die van potentieel comorbide psychische stoornissen. Het kan nodig zijn verslaafden te observeren na een periode van onthouding om onderscheid te maken tussen de effecten van intoxicatie en de symptomen van comorbide psychische stoornissen. Deze methode kan zorgen voor een meer accurate diagnose en een meer gerichte behandeling¹⁷.

Behandeling

In zijn algemeenheid geldt dat daar waar stoornissen samen voorkomen, deze gelijktijdig behandeld dienen te worden. Voortgang bij de ene stoornis heeft doorgaans een gunstig effect op de behandeling van de andere stoornis. Een geïntegreerd behandelplan waarin medische aandacht is, maar ook psychiatrische en psychologische aandacht voor beide probleemgebieden is een vereiste. Het gelijktijdig behandelen van beide stoornissen leidt tot een vermindering van de psychiatrische symptomen en het stoppen van het actieve verslavingsgedrag.

Bij angst-, stemming- en antisociale stoornissen is het aan te bevelen eerst het middelenmisbruik te behandelen. Bij comorbiditeit is het moeilijker gunstige behandelresultaten te behalen en is er meer terugval. De therapietrouw is doorgaans minder groot, er is vaker sprake van destructief gedrag, geweld, justitiecontacten, lichamelijke problematiek, zwerven en dak- en thuisloosheid.

2. Van signalering naar behandeling

2.1. Hoe herkent u problematisch drankgebruik en verslaving?

Volgens onderzoek van het Partnership Vroegsignalering Alcohol¹⁸ is ongeveer 3 tot 10% van de patiënten in een gemiddelde huisartsenpraktijk probleemdrinker. Dit komt neer op zo'n 200 mensen per praktijk. Echter, over het algemeen zal een verslaafde patiënt zijn verslaving niet uit zichzelf benoemen. Omdat zelfkritiek verdwijnt, zal iemand de alcoholverslaving vrijwel altijd ontkennen. Men denkt lange tijd dat het drinkgedrag onder controle is, zelfs al wijst de praktijk anders uit. Angst, neerslachtige stemmingen, burn-out verschijnselen en verwardheid zijn symptomen die vaak gepaard gaan met alcoholverslaving. In het algemeen wordt er vanuit gegaan dat iemand met

“Een extra beetje aftershave opdoen, zodat de huisarts geen alcoholgeur kon ruiken”

André, 55 jaar

een verslavingsprobleem zich alleen wil laten helpen als hij in vele opzichten aan de grond zit en geen enkele uitweg meer ziet. Voorbeelden van dit dieptepunt zijn: het kwijtraken van een baan, het verbreken van een relatie, het kwijtraken van je huis. Dit wordt 'hitting rock bottom' genoemd. Toch is het niet nodig te wachten tot persoonlijke of zakelijke tragedies een feit zijn. Er kan al eerder worden ingegrepen en met behandeling van de ziekte worden gestart. Gemiddeld duurt het acht tot tien jaar voordat iemand erkent dat er een verslavingsprobleem is.

Omdat alcohol een brede maatschappelijke acceptatie heeft, is de grens tussen probleemdrinken en verslaving moeilijk te duiden. Vaak wordt de kans op verslaving onderschat. Alcoholisme is een sluipende ziekte die, wanneer er niet tot een drastische verandering van levensinvulling wordt overgegaan, leidt tot lichamelijk en geestelijk verval en niet zelden tot de dood. In de

beperkte tijd dat de huisarts doorbrengt met de patiënt is alertheid dus geboden.

Verslavingsgedrag is in principe heel kenmerkend: het is obsessief, dwangmatig en grensoverschrijdend gedrag, waarvan de consequenties uiteindelijk steeds groter worden. Karakteristieken zijn onmogelijkheid van blijvende abstinentie, beperkte gedragscontrole, zucht of toenemende behoefte naar beloningservaringen, afgenomen herkenning van significante problemen met eigen gedrag en interpersoonlijke relaties en disfunctionele emotionele respons. Gedragingen worden in steeds sterkere mate door de drank beïnvloed en kunnen leiden tot onder meer plichtsverzuim, verwaarlozing, ruzie en geheugenstoornissen. Voor iedereen met een verslavingsprobleem is dit proces uiterst voorspelbaar en onherroepelijk.

Klachten

De eerste keer dat iemand op het spreekuur komt met een klacht zoals hoofdpijn of gewichtsverandering is het logisch dat dit niet meteen aan mogelijke verslavingsproblematiek verbonden wordt. Wanneer de patiënt echter veelvuldig op uw spreekuur komt met verschillende klachten is het raadzaam om in de voorgeschiedenis na te gaan welke van de klachten waarvoor de patiënt in het verleden is langsgekomen, indirecte signalen zijn die kunnen wijzen op verslaving. Soms zijn er directe signalen die de huisarts op het spoor van een verslaving brengen:

- Psychische klachten, zoals depressie en/of sociale problemen vaak gecombineerd met slaapproblemen
- Frequent gebruik van en verzoek om slaap- en/of kalmeringsmiddelen
- Alcoholgeur of de aanwezigheid van andere sterke geuren ter maskering van een alcoholgeur
- Klachten over vermoeidheid, malaise, hartkloppingen of overmatig transpireren, maag- en darmklachten
- Frequent spreekuurbezoek of frequent bezoek aan huisartsenpost of SEH in een ziekenhuis
- Aanwijzingen van derden
- Intoxicatie

¹⁴ Preventieprogramma Alcohol, Vroegsignalering en kortdurende interventies, Els Bransen, Clary van der Veen, Martijn Bool, 2007

Er zijn ook veel indirecte signalen die kunnen wijzen op verslaving. De multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen¹⁹ in het gebruik van alcohol van het Trimbos-instituut, noemt

de volgende 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
- Stemningsklachten
- Hallucinaties
- Automutilatie

Lichamelijke problemen

- Algemeen
- Maag/darmstelsel
- Hart/longen
- Zenuwstelsel
- Bewegingsstelsel
- Urogenitaal stelsel
- Huid
- Laboratoriumonderzoek

Diversen

- Veelvuldig spreekuurbezoek
- Klachtenpatroon wisselend en onverklaarbaar
- een of onverwachte reactie op behandeling
- Geneesmiddelen interactie
- Frequent ongevallen
- Overmatig gebruik van en verzoek om hypnotica en tranquillizers
- Melding door derden van alcoholgebruik
- Overmatig nicotinegebruik
- Overmatige geur van aftershave en dergelijke

Algemeen

- moeheid
- malaise
- hyperventilatie
- overmatig transpireren
- gewichtsverandering
- foetor alcoholicus

Maag/darmstelsel

- refluxklachten
- gastritisklachten
- ulcuslijden
- malabsorptie
- palpabele lever
- pancreatitis

Hart/Longen

- hypertensie
- cardiomyopathie
- ritmestoornissen
- longinfecties

Zenuwstelsel

- hoofdpijn
- tremoren
- perifere neuropathie
- spierpijnen, -zwakte en atrofie
- hyperreflexie
- insulten, epilepsie
- intoxicatie
- 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

* Lemmers, L., et al. (2007). Probleemdrinken aangepakt! Actieplan van het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Utrecht: Partnership Vroegsignalering Alcohol.

¹⁹ Richtlijn Stoornissen, Trimbos Instituut

Wanneer u vermoedt dat de klachten eventueel verband houden met alcoholproblematiek, zou u alcoholgebruik in de leefstijl anamnese kunnen meenemen bij elke klacht. Ook zou u de patiënt regelmatig kunnen vragen om terug te komen, zodat u de patiënt beter leert kennen en meer aanwijzingen kunt verzamelen die uw vermoedens bevestigen of tegenspreken. Wanneer uw vermoedens sterker worden, naar aanleiding van de antwoorden van de patiënt of de daarop volgende spreekuurbezoeken is het verstandig de patiënt zo snel mogelijk hierop aan te spreken.

2.2. Welke gesprekstechnieken kunt u inzetten om vermoedens te bespreken?

Eerstelijns professionals zoals huisartsen, thuiszorg-medewerkers, maatschappelijk werkers of fysiotherapeuten kunnen een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van overmatig alcoholgebruik onder volwassenen. Zij komen om verschillende redenen in contact met de doelgroep en zijn doorgaans goed op de hoogte van de leefomstandigheden. Andere mogelijkheden om alcoholgebruik bij volwassenen aan te kaarten zijn vaak beperkt. In tegenstelling tot jongeren, waarbij de school bijvoorbeeld een belangrijke setting is om problemen te signaleren.

“Ik wilde alleen slaappillen en geen goed gesprek. Ik bereidde me dan ook heel goed voor op zo'n spreekuurbezoek”

Olivier, 37 jaar

Wim van den Brink, hoogleraar verslavingszorg bij het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam, ziet dat veel huisartsen het moeilijk vinden om problematisch drankgebruik bespreekbaar te maken: ‘Ze weten niet goed hoe ze de verslaving moeten behandelen en hebben het er daarom liever niet over. De meeste huisartsen zijn gericht op somatische klachten.

Dus als een problematische drinker bij de dokter komt met maagklachten, zal hij daar een medicijn voor krijgen. Lang niet alle artsen durven te vragen of de pijn in de maag mogelijk te maken heeft met te veel drinken²⁰.

Ook uit onderzoek blijkt dat veel huisartsen zichzelf onvoldoende getraind vinden om de drinkgewoontes van een patiënt bespreekbaar te maken²¹.

2.2.1. Instrumenten en methoden

Er zijn verschillende instrumenten en methoden beschikbaar die helpen bij het signaleren en bespreekbaar maken van overmatig alcoholgebruik.

Openingszinnen

Veel huisartsen vinden het niet eenvoudig het alcoholgebruik ter sprake te brengen. De patiënt wil er klaar-blijkelijk niet (uit zichzelf) over praten en komt naar het spreekuur met een andere vraag (zoals maagklachten, slaapproblemen). Toch zijn veel patiënten opgelucht als de huisarts het probleem aankaart. Hieronder enkele voorbeelden van openingszinnen waarmee u het gesprek kunt aangaan.

- ‘Wat probeert u zelf tegen die slaapproblemen? Neemt u wel eens een slaapmutsje? ... Wist u dat alcohol slaapproblemen juist verergert?’
- ‘Ik kan u natuurlijk wel een maagzuurremmer voorschrijven, maar ik zie dat dit de derde keer is dat u met deze klacht op het spreekuur komt. Heeft u zelf een idee hoe dit komt? ... Wist u dat alcohol een rol kan spelen bij maagklachten? Mag ik vragen hoeveel u drinkt?’
- ‘Ik maak me wel zorgen om uw klachten, u zit echt niet goed in uw vel. Bent u wel tevreden met uw manier van leven? Zou u zeggen dat u gezond leeft? ... En hoe zit het met uw alcoholgebruik?’
- ‘Tja... als ik zo eens naar uw klachten kijk... Het is een patroon dat bij sommige mensen zou kunnen wijzen op te hoog alcoholgebruik. Zou dit een rol kunnen spelen bij u, denkt u?’

²⁰ Gezondheid en co: ‘Alcoholverslaving – met een pilletje van de drank af’

²¹ Alcohol (g)een probleem? Factsheet over preventie van overmatig alcoholgebruik vanuit de eerstelijns.

Fiveshottest

Met de Five-shottest kan een hulpverlener snel een indruk krijgen van de omvang van het alcoholprobleem.

De huisarts gaat na welke functie alcohol speelt in het leven van de patiënt, wat het alcoholgebruik in stand houdt en of de patiënt voldoet aan de DSM-5-criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol.

De volgende vijf vragen dienen gesteld te worden:

1. Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?

Aantal keer	Score
Nooit	0
1 x per maand of minder	0,5
2-4 x per maand	1
2-3 x per week	1,5
4 of meer x per week	2

2. Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?

Aantal keer	Score
1 of 2	0
3 of 4	0,5
5 of 6	1
7 to 9	1,5
10 of meer	2

3. Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maakten over uw drinkgewoonten?

Antwoord	Score
Nee	0
Ja	1

4. Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?

Antwoord	Score
Nee	0
Ja	1

5. Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?

Antwoord	Score
Nee	0
Ja	1

Bij de Fiveshottest is de maximumscore 7 punten. Bij een score van 2,5 of hoger kan alcoholmisbruik of -afhankelijkheid worden vermoed.

Aanvullende vragen

De huisarts kan nog verder vragen om een beter beeld van de situatie te krijgen. Belangrijke vragen zijn dan bijvoorbeeld²²:

- 'Kunt u een situatie beschrijven waarin u drinkt? Drinkt u dan meer dan u oorspronkelijk van plan was? Gaat u steeds meer drinken om het zelfde effect te bereiken? Drinkt u wel eens alcohol als u alleen bent?'
- 'Wat gebeurt er als u een periode geen alcohol gebruikt?'
- 'Hebt u regelmatig een sterke wens om alcohol te gebruiken?'
- 'Welke gevoelens en ideeën heeft u over uw alcoholgebruik? Drinkt u bewust (bijvoorbeeld om in te slapen), is het een gewoonte, drinkt u om te ontspannen of om zich beter te voelen? Heeft u over uw alcoholgebruik nagedacht en was u er wel eens bezorgd over?'
- 'Heeft u wel eens gedacht dat bepaalde klachten of problemen kunnen samenhangen met alcoholgebruik? Zo ja, heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden hiervoor?'
- 'Heeft u wel eens overwogen om te minderen dan wel te stoppen met het alcoholgebruik? Heeft u dat wel eens geprobeerd? Waarom probeerde u dat en hoe verliep dat?'
- 'Vermijdt u door uw alcoholgebruik wel eens bepaalde situaties of bezigheden (sociaal of beroepsmatig)?'
- 'Bent u wel eens door uw alcoholgebruik in de problemen dan wel in gevaar (school, thuis, verkeer, werk, justitie) gekomen? Zo ja, in welke mate en heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden dat u het alcoholgebruik niet hebt aangepast?'
- 'Welk deel van uw tijd besteedt u aan het drinken of aan het bijkomen van de effecten van alcohol? Heeft u wel eens de volgende dag last van onthoudingsverschijnselen? Drinkt u wel eens alcohol om de onthoudingsverschijnselen te verdrijven?'
- 'Krijgt u wel eens opmerkingen van familie en vrienden om minder te gaan gebruiken?'
- 'Heeft u wel eens cannabis gerookt of iets anders gebruikt om high te worden of om u goed te voelen?'

²² NHG Standaard problematisch alcoholgebruik

De huisarts vraagt ook naar de houding en rol van de partner. Verder gaat de huisarts na of er aanwijzingen zijn voor psychosociale of psychiatrische problematiek zoals problemen in de relationele sfeer (bijvoorbeeld huiselijk geweld), werkproblematiek, depressie of een angststoornis. Ook vraagt de huisarts naar de duur van de problemen, beginleeftijd van het problematisch alcoholgebruik, het sociale netwerk en (de aard van) een eventueel doorgemaakt life event. De huisarts vraagt bij jongeren specifiek naar de aanwezigheid van risicofactoren op ernstig problematisch alcoholgebruik:

- ziekenhuisopname vanwege acute alcoholintoxicatie;
- 'binge'-drinken, hoe vaak (elk weekend of sporadisch) en hoeveel glazen per keer;
- een doorgemaakt negatief life event en de mogelijke relatie met het alcoholgebruik;
- jonge beginleeftijd van alcoholgebruik (arbitrair 12 tot 14 jaar);
- relevante comorbiditeit zoals diabetes mellitus of psychische/psychiatrische problematiek;
- familiair voorkomen van problematisch alcoholgebruik.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is kort gezegd een patiëntgerichte, directieve gespreksstijl voor het vergroten van intrinsieke motivatie door het verkennen en verminderen van ambivalentie. Met ambivalentie wordt bedoeld dat een patiënt gemengde gevoelens heeft over veranderen. Hij of zij wil op een bepaald niveau zeker veranderen, maar ziet ook bezwaren en obstakels. Door deze gevoelens te verkennen en het maximaal aanwezige veranderingspotentieel van de patiënt aan te boren, wordt bereikt dat de patiënt zelf uitsprekt dat gedragsverandering gewenst is. Daarbij hanteert u een empathievolle, niet-oordelende, op samenwerking gerichte houding. Open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen en samenvatten en verandertaal uitlokken zijn hierbij van toepassing. Het is belangrijk zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt door de functie van het alcoholgebruik te bespreken. Wat zijn de positieve effecten (je prettig en minder geremd voelen)? Wat zijn de gevoelens, ideeën en omstandigheden rondom alcoholgebruik? Het bespreken van de voordelen van alcoholgebruik geeft een goede ingang om ook de nadelen van alcohol aan de orde te brengen. Alleen de nadelen bespreken leidt vaak tot ontkenning en kan ervoor zorgen dat de cliënt er niet (meer) over wil praten. Afkeuren, beschuldigen,

confronteren of discussiëren kan men beter niet doen. Dit zorgt meestal voor ontkenning. Als de cliënt zelf niet vindt dat hij of zij teveel drinkt, kan men een informatiebrochure over alcohol meegeven. Probeer een vervolgspraak te maken om die informatie te bespreken, of kom er anders bij een volgend contact op terug.

"Ik vond het jammer dat mijn huisarts er nooit naar vroeg. Ik wilde wel geholpen worden, maar durfde er niet over te beginnen"

José, 63 jaar

Afronding

Aan het eind van het motiverende gesprek gaat u richting een conclusie en vraagt u of de patiënt open staat voor een vervolgspraak. Dit kan bij u op het consult als de problemen niet al te groot zijn en u de patiënt in staat acht grotendeels op eigen kracht het alcoholgebruik terug te dringen. Een vervolgspraak dient dan als 'stok achter de deur' om te evalueren hoe het minderen gaat. Is er meer aandacht en tijd nodig dan u als huisarts beschikbaar heeft, dan kunt u de patiënt doorverwijzen.

"Een verslaving is moeilijk te herkennen. Mensen hebben vaak een beeld van hoe een verslaafde eruit ziet, maar in een beginnend stadium weten verslaafden hun verslaving zo goed te maskeren dat er aan het uiterlijk niets af te lezen valt."

Verslavingsarts SolutionS

2.3. Welke behandelmogelijkheden zijn er?

Het is uiterst belangrijk dat uw patiënt de verslavings- of doseringsproblematiek erkent en open staat voor een behandeling, alvorens vervolgstappen gezet worden. Steek dus allereerst uw energie in het creëren van draagvlak en start dan met inzicht geven in behandelmogelijkheden. Kies gezamenlijk een behandeling die het beste bij de individuele verslavingsproblematiek lijkt te passen om vervolgens hierover verder in gesprek te gaan.

2.3.1. Wat kan de huisarts zelf doen?

De huisarts heeft zelf enkele middelen tot zijn beschikking wanneer de patiënt nog niet toe is aan andere hulpverlening of wanneer de problematiek in een erg

²³ NHG Standaard, problematisch alcoholgebruik.

premaatuum stadium verkeert. We sommen de mogelijkheden van de huisarts en de POH-GGZ hieronder op²³:

Ondersteunende gesprekken

Kortdurende ondersteuning in de huisartsenpraktijk is mogelijk effectief in het verminderen van alcoholgebruik. Ook bij jongeren zijn hier aanwijzingen voor. Bij deze ondersteunende gesprekken streeft de huisarts er naar dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de voordelen. Daarnaast besteedt de huisarts aandacht aan de motivatie voor verandering en eventuele onderliggende sociale problematiek. Huisarts en patiënt stellen samen aan de hand van de motivatie en hulpvraag een behandelplan vast, met daarin de behandoelen (zoals erkenning van het problematisch alcoholgebruik, vermindering of staken van het alcoholgebruik en/of de problemen door het alcoholgebruik) en aanvullende behandel mogelijkheden.

E-mental health

E-mental health bestaat uit online zelftesten en zelfhulp-programma's. Deze zijn laagdrempelig en voor een deel anoniem, wat aantrekkelijk kan zijn voor patiënten die zich anders zouden onttrekken aan zorg of niet verwezen willen worden. De huisarts overweegt een verwijzing naar e-mental health specifiek bij patiënten die niet gemotiveerd zijn voor een behandeling in de huisartsenpraktijk of een verwijzing naar de verslavingszorg en wel in staat zijn tot het volgen een programma op internet. De huisarts biedt controleafspraken aan om in gesprek te blijven met de patiënt over het beloop en effect.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling bij problematisch alcoholgebruik bestaat uit thiaminesuppletie bij een insufficiënt dieet en chloordiazepoxide of lorazepam bij (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen.

Thiaminesuppletie (vitamine B1)

Een thiaminedeficiëntie kan neurologische problemen veroorzaken, zoals polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie en het syndroom van Korsakov. Dit kan zich vooral openbaren bij plotseling staken of drastisch verminderen van het alcoholgebruik. Thiaminesuppletie kan dit voorkomen en is geïndiceerd bij (een vermoeden op) een insufficiënt dieet bij problematisch alcoholgebruik en tijdens alcoholontwenning. Bij aanwijzingen voor of een verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie (zelfverwaarlozing, loopstoornissen, cognitieve stoornissen of

polyneuropathie) is verwijzing noodzakelijk voor een intraveneuze behandeling met een hoge dosis thiamine.

Behandeling van onthoudingsverschijnselen

De behandeling is primair gericht op het voorkomen van ernstige onthoudingsverschijnselen zoals een insult en daarnaast op het onderdrukken van de onthoudingsverschijnselen. De huisarts kan de behandeling zelf uitvoeren tenzij er een indicatie is voor klinische detoxificatie. Bij lichte onthoudingsverschijnselen is er geen noodzaak voor medicamenteuze behandeling. Bij (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen is er een indicatie voor medicamenteuze behandeling.

Controles:

- meet bij elke controle bloeddruk, hartritme en temperatuur;
- controleer na 1 dag het effect van de medicijnen;
- controleer dagelijks zolang de onthoudingsverschijnselen matig ernstig zijn en bij lichte verschijnselen elke 2 dagen;
- start met afbouwen van de medicatie bij voldoende onderdrukking van de onthoudingsverschijnselen (doorgaans na 2 dagen): verlaag de dosering elke 2 dagen met 1 tablet;
- overweeg een verwijzing naar een verslavingsinstelling bij onvoldoende onderdrukking van de onthoudingsverschijnselen.

Medicamenteuze terugvalpreventie

Medicamenteuze terugvalpreventie is een gangbare behandeling door een verslavingsinstelling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Voor de effectiviteit van deze behandeling is er onvoldoende bewijs om dit als gangbare behandeling in de huisartsenpraktijk toe te passen. Daarom wordt aanbevolen om patiënten die voor deze behandeling in aanmerking komen hiervoor te verwijzen naar de verslavingszorg. Bij patiënten die wel voor deze behandeling in aanmerking komen maar bij wie een verwijzing niet haalbaar is kan de huisarts in overleg met een verslavingsarts medicamenteuze terugvalpreventie starten, altijd in combinatie met ondersteunde gesprekken. Gedurende het gebruik van medicamenteuze terugvalpreventie is de begeleiding ook gericht op de mate van alcoholgebruik, bijwerkingen en therapietrouw (medicatie-inname en bereidheid te verschijnen op volgende consulten).

Controles

De behandeling is geslaagd als de patiënt zijn behandel-doelen bereikt heeft. De huisarts controleert de patiënt na een succesvolle behandeling ten minste éénmalig op een terugval en kan indien nodig laagdrempelig contact houden, bijvoorbeeld telefonisch. Vervolgens blijft de huisarts alert op signalen van terugval en wijst de huisarts de patiënt op de mogelijkheid om te allen tijde een terugval te bespreken.

2.3.2. Doorverwijzen

De huisarts oriënteert zich op de verwijsmogelijkheden in de regio vanwege de verschillen in aanbod, bijvoorbeeld de mogelijkheid van een ambulante werker van de verslavingszorg en alcoholpoliklinieken voor jongeren. Verwijzing naar een verslavingsinstelling of consultatie van een verslavingsarts gebeurt in samenspraak met de patiënt, hetzij op zijn verzoek (of zijn naasten), hetzij op initiatief van de huisarts als er meer ondersteuning nodig is bij de behandeling dan de huisarts kan bieden.

Een andere of bijkomende mogelijkheid is verwijzing naar de zelfhulporganisatie Anonieme Alcoholisten (www.aa-nederland.nl). Indien een indicatie bestaat voor verwijzing naar een verslavingsinstelling, maar de patiënt dit (nog) niet accepteert, zal de huisarts zelf de begeleiding starten en (afhankelijk van het beloop) de patiënt proberen te motiveren voor intensievere behandeling. Een andere mogelijkheid is het inschakelen van een ambulante werker van de verslavingszorg.

Indicaties voor klinische detoxificatie in een verslavingsinstelling zijn:

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) onthoudingsverschijnselen, delier en/of onttrekkings-insulten in het verleden of te verwachten ernstige ontwenningverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole of tentamen suïcide in het verleden;
- hoge leeftijd en/of slechte lichamelijke conditie;
- onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk;
- epilepsie;
- zwangerschap.

Indicaties voor verwijzing naar een verslavingsinstelling zijn:

- begeleiding/behandeling waarbij meer ondersteuning nodig is dan de huisarts kan bieden;
- een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol of een stoornis die al vóór het 25e jaar begon;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie en een andere stoornis in het gebruik van middelen;
- zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, huiselijk geweld;
- suïcidegevaar;
- een onverwerkt negatief life event als oorzaak van het problematisch alcoholgebruik;
- jongeren met ernstig problematisch alcoholgebruik;
- een vermoeden of een verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie.

Bij ernstige psychiatrische comorbiditeit verwijst de huisarts bij voorkeur naar een verslavingskliniek die zowel psychiatrische zorg als verslavingszorg biedt.

Mogelijke behandelingen

Er zijn verschillende vormen van behandeling, die vaak ook gecombineerd aangeboden worden. Zo zijn er verschillende soorten medicatie en verschillende manieren van psychosociale interventie. De behandel-mogelijkheden kunnen ingedeeld worden in drie categorieën: medicamenteuze behandeling, ambulante behandeling en klinische behandeling. De keuze voor een bepaalde behandeling is afhankelijk van de ernst en de aard van de problematiek. Het is sterk aan te raden om aanvullende programma's op individuele behoeften af te stemmen, zoals een voorprogramma, re-integratie-programma, nazorgprogramma of een behandeling gericht op het herstel van de relatie met naasten, een zogenaamd familieprogramma. Hieronder worden de behandel-mogelijkheden en de programma's kort toegelicht.

Medicamenteuze behandeling

Er zijn verschillende soorten medicatie, die met verschillende doelen worden ingezet bij een verslaving. Sommige medicijnen kunnen door de huisarts voorgeschreven worden, zoals eerder in dit hoofdstuk besproken is. Het gaat dan met name om ontwenning-medicijnen. Zuchtremmers en aversiemiddelen worden over het algemeen enkel door of in overleg met Verslavingszorg voorgeschreven.

- **Zuchtremmers**
Zuchtremmers zorgen ervoor dat de zucht naar een bepaald middel afzwakt. Hierdoor kan de patiënt mogelijk beter met die zogenoemde 'cravings' omgaan. Het zijn echter geen wondermiddelen; de verslaving wordt enkel onderdrukt door deze medicijnen en niet behandeld. Voorbeelden van zuchtremmers zijn Naltrexon en Topamax. De NHG-standaard beveelt het gebruik van deze middelen niet aan in de huisartspraktijk, tenzij er overleg wordt gepleegd met een instelling voor verslavingszorg.
- **Aversiemiddelen**
Aversiemiddelen zorgen ervoor dat gebruik van middelen weerzin opwekt, doordat er een lichamelijke reactie zoals misselijkheid of hartkloppingen, optreedt. Dit middel kan als een soort stok achter de deur dienen, omdat de patiënt weet dat er fysieke consequenties optreden wanneer hij of zij toch gebruikt. Nadeel is echter dat wanneer de verslaving niet wordt behandeld, de consequenties van gebruik voor de patiënt steeds minder een rol gaan spelen. Een aversiemiddel dat wordt gebruikt bij alcoholverslaving is Refusal. Ook het voorschrijven van aversiemiddelen zonder contact met een verslavingszorginstelling is niet aan te raden volgens de NHG-standaard.

Ambulante Behandeling

Het uitgangspunt van de behandeling is volledige onthouding. Het is geschikt voor iedereen die zich geheel van middelen wil onthouden of klaar is voor normalisering van gedrag.

Een ambulante behandeling bestaat uit frequente bezoeken aan een coach of behandelaar, individuele- en groepsessies en e-health. De meeste instanties hanteren het 12 stappen model van de AA, dat wordt aangevuld met onder andere cognitieve gedragstherapie, motiverende gesprekstechnieken, mindfulness en burn-out preventie. Fysieke en online behandeling maken een nadrukkelijk onderdeel uit van de weg naar herstel. Een ambulante behandeling maakt het mogelijk dat de patiënt tijdens de behandeling het dagelijkse leven zo goed mogelijk kan voortzetten, behandeling wordt buiten kantooruren gepland.

Klinische Behandeling

De opname begint over het algemeen met een fase waarin de patiënt op de detox-afdeling verblijft, om lichamelijk los te komen van de verslaving. Na de detox-periode, die per

verslaafde verschillend van lengte is, zal de patiënt in behandeling gaan. Tijdens de klinische behandeling wordt een fundament gelegd als basis voor het herstel.

De patiënt volgt een programma met verschillende vormen van therapie, zoals:

- Individuele therapie
- Groepstherapie
- Systeemgesprekken
- Psychiatrische consulten
- Creatieve therapie
- Dramatherapie
- Lezingen
- Sport
- Meditatie
- Spiritualiteit
- Ontspanning
- Fellowshipmeeting bezoek (bijvoorbeeld de Alcoholics Anonymous)
- Cliënten meetings

Re-integratieprogramma

Het re-integratieprogramma start al tijdens de klinische opname met het maken van een gedegen plan voor de toekomst.

Nazorgprogramma bij klinische opname

Nadat de patiënt voldoende hersteld wordt geacht om ontslagen te worden uit de kliniek, kan begonnen worden aan het re-integratie traject van de patiënt. Een intensief nazorgtraject is zeer belangrijk om niet terug te vallen. De patiënt wordt begeleidt om dat wat hij of zij tijdens het klinische traject heeft geleerd, toe te passen in het normale leven, waaronder ook in het werk. Een nazorgprogramma bestaat uit individuele en groepsessies. Met een nazorgprogramma wordt de patiënt een jaar lang (na het klinische traject) gevolgd en begeleid door een nazorgcounselor. De huisarts kan, in overleg met de patiënt, eveneens nauw betrokken worden bij het herstel en de gestelde doelen.

E-health programma

Naast e-Health programma's die de huisarts aanbiedt, bieden ook steeds meer verslavingszorginstellingen e-Health programma's aan, met name in combinatie met ambulante zorg. Dankzij deze programma's kan de patiënt actief bezig zijn met de eigen behandeling, wanneer de patiënt maar wil. Het programma bestaat uit online face to face gesprekken en opdrachten. Het geeft de patiënt de regie over de behandeling in handen en het biedt houvast op momenten dat de patiënt het moeilijk heeft.

Tevens biedt het de mogelijkheid om een eigen dossier op te bouwen. Uw patiënt kan zich verdiepen in de achtergronden van problematisch middelengebruik, de eigen ontwikkeling en voortgang volgen en het maakt de patiënt minder afhankelijk van de hulpverlener. De hulpverlener kijkt mee en kan naast de regelmatige face to face gesprekken coachen op afstand. Met een e-Health programma kan de patiënt actief met de behandeling aan de slag in de omgeving waar het leven en dus ook het probleem zich afspeelt, zowel thuis als op het werk, 24 uur per dag, 7 dagen per week.

Familieprogramma

Door doserings- of verslavingsproblemen kan de relatie met het thuisfront verstoord zijn. Met het familieprogramma dat de meeste verslavingszorginstellingen aanbieden wordt het herstel van de relatie met de omgeving ondersteund. Naast de aandacht die de patiënt krijgt, is het essentieel om de omgeving van uw patiënt in de behandeling te betrekken. Onder de omgeving vallen de familie en/of (overige) naasten zoals vrienden en collega's. Een familieprogramma kan bestaan uit: educatiemiddagen, familiedagen (waarbij de familie de hele dag meeloopt tijdens het programma en waarbij interactie tussen cliënt, partner en familie plaatsvindt), familiemeetings, systeemgesprekken, individuele sessies, kindereducatieprogramma's (waarbij jonge kinderen uitgelegd wordt wat de ziekte verslaving inhoudt) of een re-integratieprogramma.

2.3.3. Klinisch of ambulantly?

Traditioneel worden mensen met een stoornis in het gebruik van alcohol vaak klinisch behandeld²⁴. Klinische behandeling varieert daarbij van een kortdurende opname ten behoeve van ontgiftiging tot een zeer lange (>een jaar) opname in een therapeutische gemeenschap. Argumenten die genoemd worden voor een *klinische behandeling* zijn

- dat het de persoon wegneemt van een stoornisbevorderende omgeving en daarmee de abstinentie vergemakkelijkt;
- dat het een intensievere behandeling mogelijk maakt, omdat de drop out minder makkelijk is en er meer gelegenheid is voor behandeling;
- dat het de mogelijkheid biedt voor somatische en psychiatrische behandeling en de aanpak van

maatschappelijk herstel aan patiënten die dergelijke zorg op een andere wijze niet krijgen;

- dat de persoon onderdak, steun en bescherming wordt geboden.

Argumenten voor een *ambulante behandeling* zijn

- dat deze een beter zicht en betere interventiemogelijkheden biedt op de factoren die de stoornis veroorzaken of in stand houden en de behandel-effecten dus sterker doet generaliseren;
- dat de steunende factoren in de omgeving in stand kunnen worden gehouden en
- dat voorkomen wordt dat de persoon de overgang moet maken van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid.

Er bestaat echter nauwelijks onderzoek naar de validiteit van deze argumenten. Op basis van een beoordeling van de beschikbare wetenschappelijke literatuur stelt de Richtlijn Detox, Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie²⁵ vast dat er geen overtuigend verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie bestaat. Ook het Trimbos Instituut vindt geen overtuigend verschil. Wel wordt aanbevolen:

- Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten, 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.
- Intramurale detoxificatie is aangewezen indien:
 - 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;
 - alcoholgebruik wordt gecombineerd met een of meer andere psychoactieve middelen;
 - er bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden;
 - 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);
 - de zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn;

²⁴ Trimbos Richtlijn: http://www.trimbos.nl/~media/Themas/2_Alcohol%20en%20Drugs/12706-Richtlijn%20Alcohol.ashx#page=43

²⁵ Richtlijn Detox, Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. De Jong et al., 2004

- er meerdere niet-succesvolle ambulante detoxificaties zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen of er snel een terugval is opgetreden;
- er 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;
- 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;
- er een wens is van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie.

3. Vergoedingen en regelgeving

Een belangrijke vraag die rijst is of de behandeling van uw patiënt bij een doorverwijzing vergoed wordt. De mate waarin een behandeling wordt vergoed is afhankelijk van de diagnose, de betreffende zorgverzekeraar en polis, maar ook van de behandelend specialist. Er moet wel rekening gehouden worden met de wettelijke, verplichte eigen bijdrage aan de verzekeraar, daarnaast moet er vaak een deposito betaald worden.

“Zo blij dat mijn huisarts er doorheen keek en me hielp om erover te gaan praten”

Frank, 33 jaar

Zelfstandige bijdrage

Vaak wordt er voor intensieve ambulante behandeling geen zelfstandige bijdrage gevraagd. Voor klinische behandelingen (in binnen en buitenland) is vaak wel een zelfstandige bijdrage vereist. Dit is een vergoeding voor de niet-zorggebonden faciliteiten. Voor een klinische opname bedraagt de zelfstandige bijdrage gemiddeld €5000. Dit budget wordt bijvoorbeeld besteed aan een hotelkamer met verzorging, schoonmaak en eigen badkamer, maaltijden, chauffeursdiensten organisatie van reünies en herstelweekenden en educatie. De zelfstandige bijdrage kan niet gedeclareerd worden bij de verzekeraar. Deze onverzekerde zelfstandige bijdrage is wel aftrekbaar van het belastbaar inkomen als persoonsgebonden aftrek.

Deposito

Naast de zelfstandige bijdrage betaalt de cliënt een deposito. Dit deposito kan tijdens de opname gebruikt worden voor betaling van rookwaren en kosten voor persoonlijk. Het deposito ligt vaak rond de € 500,-.

Nieuwe regels 2015

Vanaf 2015 heeft de overheid nieuwe veranderingen in de zorg doorgevoerd, maar de nieuwe zorgwet heeft verder geen gevolgen voor mensen die behandeld moeten worden in een afkickkliniek. Erkende GGZ instellingen op het gebied van verslavingszorg worden voor een groot deel vergoed vanuit de zorgverzekering. De hoogte van deze vergoeding is afhankelijk van de polisvoorwaarden²⁶. Chronische verslaafden in een woonvoorziening vallen na een aaneengesloten verblijf van drie jaar niet meer onder de Zorgverzekeringswet. Na drie jaar vallen ze onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

Om voor de Wet langdurige zorg in aanmerking te komen dient het Centrum Indicatiestelling Zorg een indicatie te geven. De kliniek waar de cliënt in behandeling is kan helpen om deze indicatie te verzorgen²⁷.

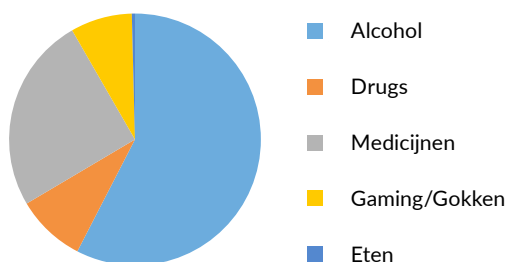
²⁶ Zorgverzekeringswijzer, zorgvergoedingen, verslaving

²⁷ <http://www.afkickkliniekwijzer.nl/kosten>

4. Stand van zaken

4.1 Cijfers overige verslavingen

Door verschillende instanties in ons land wordt onderzoek gedaan naar verslaving. Zo is er onder meer het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) waaruit jaarlijks cijfers naar buiten worden gebracht, en geven ook het Trimbos Instituut, Iriszorg, RIVM en het CBS meer inzicht in de omvang van de verslavingsproblematiek in ons land. Daarbij wordt gekeken naar middelenverslavingen, waaronder alcohol en drugs en naar gedragsverslavingen, waaronder game- en eetverslavingen.



FIGUUR 2 Aantal verslaafden in Nederland per verslaving.
Bron: Trimbos

Drugs

In Nederland zijn 176.000 harddruggebruikers bekend. Dit zijn gebruikers van xtc, cocaïne, heroïne en amfetamine/speed. Het aantal verslaafden van xtc en speed is onbekend. Het percentage cocaïneverslaafden is 36% van de gebruikers en van heroïne is dat 92%. Respectievelijk 30 en 71% van de cocaïne- en heroïnegebruikers staat onder behandeling. Kijken we naar het gebruik van softdrugs, dan schat het Trimbos instituut (Laar, van 2013) in dat er in Nederland zo'n 400.000 gebruikers van cannabis zijn in de leeftijd van 18 tot 64 jaar, 20% daarvan wordt aangemerkt als verslaafd en 4.000 verslaafden zijn daadwerkelijk onder behandeling.

Gamen en gokken

Er wordt gesteld dat Nederland ongeveer 50.000 personen telt die verslaafd zijn aan gamen en internetgebruik. Het percentage dat daarvoor onder

behandeling staat is volgens het Trimbos nihil te noemen. Kijken we naar gokverslavingen, dan is dat aantal duidelijker in kaart gebracht. Er zijn zo'n 5 miljoen actieve gokkers in ons land en 1% daarvan is ook daadwerkelijk verslaafd. Tien%, oftewel 6.000 mensen zijn onder behandeling voor hun gokverslaving.

Medicijnen

Maar liefst 1 miljoen mensen in Nederland in de leeftijd van 18 tot 64 jaar gebruiken dagelijks een 'gele-sticker-medicijn'. Deze medicijnen vallen in de categorie benzodiazepinen en het zijn veelal medicijnen die de rijvaardigheid en andere handelingen kunnen beïnvloeden. Zo'n 35% van de benzodiazepine-gebruikers is verslaafd. Het aantal probleemgebruikers dat daarvoor onder behandeling gaat is echter nihil.

Eten

Een eetstoornis of -verslaving is in vergelijking met andere vormen van verslaving erg lastig. We kunnen namelijk niet zonder eten. Er bestaan verschillende eetstoornissen, BED (binge-eating-disorder), boulimia en anorexia zijn de meest voorkomende eetstoornissen in Nederland. Hierbij zijn er veel overeenkomsten, zoals een verstoorde relatie met eten en over- of ondergewicht. Anorexia Nervosa komt voor bij 5.600 Nederlanders en daar komen jaarlijks ongeveer 1.300 anorexiapatiënten bij, 90% van hen is vrouw.

Seks

Uit cijfers van het rapport Seksuele gezondheid in Nederland, 2006, Rutgers WPF²⁸, blijkt dat 5,4 procent van de mannen in Nederland seksverslaafd is en 1,5 procent van de vrouwen een seksverslaving heeft. Een seksverslaving komt vaker voor bij jongeren. In de leeftijdscategorie van 15-24 jaar kampt 5,4 procent met een seksverslaving. In de categorie 25-39 jaar is dat 3,2 procent en in de categorie 40-54 1,4 procent. De meeste seksverslaafden zijn single (5,5 procent). Een opvallend

²⁷ Seksuele gezondheid in Nederland, 2006, Rutgers WPF

Middel	Gebruikers	Verslaafden	Behandeling
Tabak (nicotine)	4.400.000	3.700.000 (84%)	nihil
Alcohol	9.800.000	800.000 (8%)	30.000 (4%)
Benzodiazepines	1.000.000	350.000 (35%)	nihil
Cannabis	400.000	80.000 (20%)	4.000 (5%)
Xtc	70.000	onbekend	250
Cocaïne	55.000	20.000 (36%)	6.000 (30%)
Heroïne	26.000	24.000 (92%)	17.000 (71%)
Amfetamine/speed	25.000	onbekend	800
Gokken	5.000.000	60.000 (1%)	6.000 (10%)
Internet	12.000.000	50.000 (<1%)	nihil

Aantal gebruikers/verslaafden 18-64 jaar in Nederland. Bron: Trimbos, Ladis.

verschil is te zien in het verband tussen een seksverslaving en samenwonen (4,9 procent) of trouwen (2,1 procent). Volgens Miriam Diekman, verslavingsdeskundige bij SolutionS neemt het aantal seksverslaafden flink toe. 'Dit komt doordat de seksuele prikkels op dit moment veel gemakkelijker te vinden zijn. Met je mobieltje heb je zo toegang tot een ongelimiteerde hoeveelheid porno', stelt Diekman.

4.2 Onderzoek doseringsproblematiek

Uit het onderzoek van verslavingszorginstelling SolutionS waarvan de resultaten in november 2014 bekend werden blijkt dat naast de verslavingsproblematiek ook veel mensen kampen met een doseringsprobleem.

Alcohol

Uit het onderzoek blijkt dat een kwart van de Nederlanders wekelijks drinkt. Het gros (30,7%) drinkt dan 3 tot 4 glazen, 21,7% drinkt 4 tot 5 glazen en 18% drinkt zelfs meer dan 5 glazen per week. Vijftigplussers drinken het vaakst en mannen drinken vaker dagelijks dan vrouwen. De meeste dagelijkse drinkers (60%) drinken 1 tot 2 glazen per dag, een kleinere groep (26,5%) drinkt 3 tot 4 glazen per dag. Vooral diegenen die wekelijks meer dan 5 glazen drinken zijn bang om verslaafd te raken (14,6%). Voor de dagelijkse drinkers zijn de mensen die 4-5 glazen per dag nuttigen het meest bang om verslaafd te raken (50%) tegen 28,6% die meer drinkt dan 5 glazen per dag.

"Ik schaamde me verschrikkelijk, ook als ik naar de huisarts ging"

Hestien, 42 jaar

Vooral thuis

Alcohol wordt het liefst thuis genuttigd (62,2%), gevolgd door het café (12,8%). Op het werk drinkt men liever niet. Vrienden zijn de beste drinkbuddy's (45,3%) gevolgd door de partner (31,3%). Men drinkt vooral omdat het lekker is (52,7%) maar ook om te ontspannen (22,8%). Dik makende eigenschappen van alcohol vormen voor veel mensen het grootste nadeel (27,5%). 15,8% vindt het een groot nadeel dat het verslavend is of men baalt van de kater (15,7%). 39,6% drinkt wel eens meer dan is voorgenomen. Toch hebben de meeste mensen geen moeite alcohol te reguleren (96,2%). Slechts 7,5% geeft aan moeite te hebben alcohol te laten staan, maar toch vindt 30,2% het wel moeilijk alcohol te weerstaan in de kroeg of tijdens een etentje (14%). Een vijfde van de ondervraagde mensen heeft zich wel eens voorgenomen minder te drinken.

Houding

Van de ondervraagde personen zou 10,3% willen dat de partner minder alcohol dronk, 11,6% geeft zichzelf een onvoldoende als het gaat om de mate waarin wordt gedronken, 57,2% vindt dat iemand in zijn omgeving te veel drinkt en 10,7% zou overwegen hulp in te schakelen om het gebruik te reguleren als niemand in de omgeving het zou merken. Meer dagelijkse en wekelijkse drinkers zouden 'onzichtbare' hulp inschakelen als dat mogelijk was (respectievelijk 14,3 en 12,4%).

Softdrugs

Uit het SolutionS onderzoek blijkt dat 6,6% van de Nederlanders softdrugs gebruikt, 14,8% is daarmee gestopt en 78,6% heeft het nog nooit gebruikt. Van de ondervraagden is 5,5% bang geweest om verslaafd te raken. Van de mensen die wel eens softdrugs gebruikt, gebruikt bijna de helft van de mensen wel eens meer dan is voorgenomen. Slechts 6% van de mensen heeft moeite het gebruik te reguleren. Toch heeft 29,8% zich wel eens voorgenomen minder te gebruiken.

Houding

Slechts een kleine 2% van de mensen zou willen dat de partner minder softdrugs gebruikte, 17% geeft zichzelf een onvoldoende als het gaat om de mate van softdrugsgebruik. 28% vindt dat iemand in zijn omgeving te veel gebruikt. 16,6% staat open voor hulp als niemand het in de omgeving zou merken.

Harddrugs

2,8% van de Nederlanders gebruikt harddrugs, 6,2% is daarmee gestopt en 91,1% heeft nog nooit harddrugs gebruikt. Van de gebruikers is 6,3% wel eens bang geweest om verslaafd te raken, dit percentage ligt hoger dan bij alcohol en softdrugs. Van de mensen die wel eens harddrugs gebruikt, gebruikt 35,7% wel eens meer dan is voorgenomen, 3,6% heeft moeite het gebruik te reguleren, toch vindt men het moeilijk er van af te blijven (28,6%). 40% heeft zich wel eens voorgenomen minder te gebruiken.

Houding

Slechts 1% zou willen dat de partner minder harddrugs gebruikte, 16,8% geeft zichzelf een onvoldoende als het gaat om de mate van softdrugsgebruik. 14,1% vindt dat iemand in zijn omgeving te veel gebruikt en 10,7% staat open voor hulp als niemand het in de omgeving het zou merken.

***“Hij begon er ooit over,
maar dat kon ik vrij snel weg lachen”***

Paul, 67 jaar

Verslaving is volgens de ondervraagden een goede reden voor ontslag (51,7%). Bijna de helft van de Nederlanders heeft wel eens iemand op een leugen betrappt als het gaat om alcohol of drugsgebruik. Driekwart van de Nederlanders denkt dat meer mensen zich zouden laten behandelen als de omgeving daar niets van zou merken.

4.3 Update nieuwe drugs en medische consequenties

Verontrustende cijfers uit het Europees Drugsrapport 2013 : in dat jaar zijn er 73 nieuwe soorten drugs ontdekt. Allemaal stoffen waarvan de risico's nog onduidelijk zijn. De afgelopen 4 jaar komt het aantal nieuwe drugs zelfs op 250 soorten uit. Deze nieuwe psychoactieve stoffen zijn speciaal bedoeld om de effecten van illegale drugs na te bootsen. Sommige stoffen worden rechtstreeks op de illegale markt verkocht, terwijl andere stoffen, de zogenaamde 'legale psychedelica', openlijker worden verkocht. Ontwikkelingen op dit gebied voltrekken zich in een hoog tempo en er komen steeds nieuwe stoffen bij. Af en toe ontpopt een nieuwe stof zich tot een gewilde drug op de illegale markt. Het meest recente voorbeeld hiervan is mephedrone.

De laatste jaren zijn gedomineerd door nieuwe synthetische cannabinoïd receptoragonisten (CRA's), fenethylaminen en cathinonen, die in veel gevallen de meest populaire illegale drugs naar de kroon steken. Een recente ontwikkeling is echter dat een toenemende hoeveelheid middelen afkomstig is uit minder bekende, meer obscure chemische groepen. Veel van de aangeboden producten bevatten mengsels van stoffen. Door het ontbreken van farmacologische en toxicologische gegevens is het moeilijk speculeren over de gevolgen van het gebruik ervan voor de gezondheid op de lange termijn. Een toenemende hoeveelheid gegevens laat echter zien dat een aantal van deze stoffen problemen veroorzaakt die tot klinische interventies leiden, inmiddels zijn ook sterfgevallen gemeld.

De Europese Commissie werkt aan een nieuw voorstel voor het versterken van de maatregelen binnen de EU ten aanzien van nieuwe psychoactieve stoffen. Alhoewel het gebruik van nieuwe psychoactieve stoffen voornamelijk onder jonge recreatieve gebruikers wordt gemeld, is er sprake van enige verspreiding onder problematische druggebruikers. Er is geconstateerd dat opioïden hier en daar plaats maken voor synthetische stimulerende middelen in landen die tekorten aan heroïne rapporteren. Het motief voor de overgang van heroïnegebruik op cathinonen is niet duidelijk, hoewel dit wellicht verband houdt met de toegankelijkheid en vermeende hoge kwaliteit van de nieuwe drugs.

De volksgezondheid is in het geding vanwege toenemend injecterend gebruik, problemen met de geestelijke gezondheid en fysieke schade. Tot nu toe hebben landen geëxperimenteerd met een reeks controlemaatregelen om het probleem van nieuwe drugs het hoofd te bieden. Veel minder goed ontwikkeld, maar even belangrijk, is de noodzaak om adequate maatregelen vast te stellen en in te voeren voor een afname van de vraag naar deze middelen.

SolutionS Barneveld (hoofdkantoor)

Bouwheerstraat 55
3772 AL Barneveld

T 0342 - 470 930

F 0342 - 470 497

E info@solutions-center.nl

