

Implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek

Algemene handreiking voor zorgprofessionals in ziekenhuizen in Nederland



Waarom is (vroeg)signalering van alcoholproblematiek in ziekenhuizen belangrijk?

Alcoholgebruik geeft veel gezondheidsrisico's voor de patiënt, zoals...

1. BEROERTE

- ≥ 3 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 35% (t.o.v. ≤ 1 glas per dag)¹
- ≥ 10 glazen alcohol per dag geeft ruim 4 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)²

2. NEUROLOGISCHE STOORNISSEN

- Langdurig overmatig alcoholgebruik (i.c.m. ondervoeding en tekort aan vitamine B1) geeft groot risico op het syndroom van Wernicke-Korsakov (ernstige vorm van hersenschade, gekenmerkt door geheugenstoornissen)³
- Bij bijna 90% van de chronisch overmatig alcoholgebruikers komt polyneuropathie voor (spierziekte waarbij zenuwen op meerdere plaatsen in armen en benen zijn aangetast en niet meer goed functioneren)³

3. MOND- EN KEELKANKER

- ± 1 glas alcohol per dag verhoogt het risico met 13% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 1 en < 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 83% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft ruim 5 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)⁴

4. STROTENHOOFDKANKER

- ≥ 1 en < 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 44% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 5 of meer glazen alcohol per dag geeft ruim 2,5 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)⁴

5. SLOKDARMKANKER

- ± 1 glas alcohol per dag verhoogt het risico met 25% tot 32% (t.o.v. niet-drinkers)⁵
- ≥ 1 en < 5 glazen alcohol per dag geeft ruim 2 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft bijna 5 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- Voor elk extra glas alcohol per dag stijgt het risico met 33%⁵

6. HOGE BLOEDDRUK

- $\pm 2,5$ glas alcohol per dag verhoogt het risico met 43% (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft 2 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 10 glazen alcohol per dag geeft ruim 4 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)²

7. HARTZIEKTEN

- ≥ 10 glazen alcohol per dag verhoogt het risico op een kransslagaderaanandoening met 13% (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 6 glazen alcohol per gelegenheid (binge drinken) verhoogt het risico op een kransslagaderaanandoening met 45% (t.o.v. gelijkmatig gespreid alcoholgebruik van hetzelfde aantal glazen)¹
- ≥ 8 glazen alcohol per dag geeft een hoog risico op hartspierziekte (t.o.v. niet-drinkers)⁶

8. BORSTKANKER

- ± 1 glas alcohol per dag verhoogt het risico met 4% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 1 en < 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 23% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft ruim 1,5 keer zoveel risico (t.o.v. niet-drinkers)⁴

9. MAAGKANKER

- ≥ 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 21% (t.o.v. niet-drinkers)⁴

10. LEVERCIRROSE OF -KANKER

- $\pm 2,5$ glazen alcohol per dag geeft bijna 3 keer zoveel risico op levercirrose (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft ruim 7 keer zoveel risico op levercirrose (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 10 glazen alcohol per dag geeft 26,5 keer zoveel risico op levercirrose (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 5 glazen alcohol per dag geeft 2 keer zoveel risico op leverkanker (t.o.v. niet-drinkers)⁴

11. CHRONISCHE ALVLEESKLIJER-ONTSTEKING EN ALVLEESKLIJERKANKER

- $\pm 2,5$ glazen alcohol per dag verhoogt het risico op chronische alvleesklierontsteking met 34% (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico op chronische alvleesklierontsteking met 78% (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 10 glazen alcohol per dag geeft ruim 3 keer zoveel risico op chronische alvleesklierontsteking (t.o.v. niet-drinkers)²
- ≥ 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico op alvleesklierkanker met 19% (t.o.v. niet-drinkers)⁴

12. DIKKEDARMKANKER

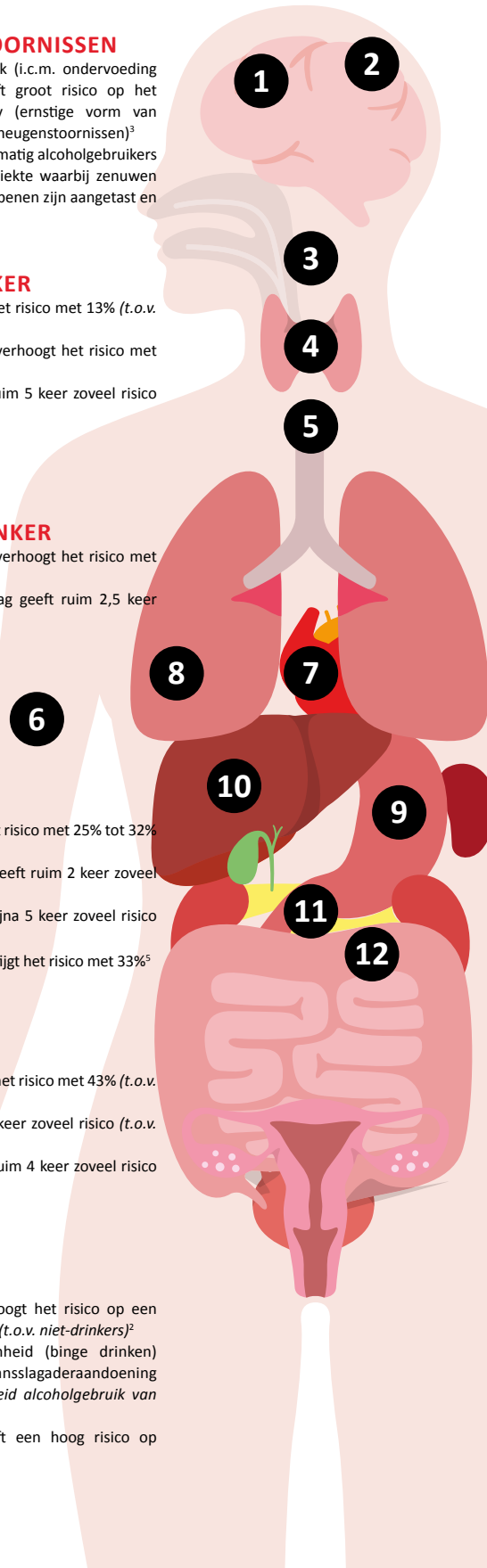
- ≥ 1 en < 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 17% (t.o.v. niet-drinkers)⁴
- ≥ 5 glazen alcohol per dag verhoogt het risico met 44% (t.o.v. niet-drinkers)⁴

13. POSTOPERATIEVE COMPLICATIES

- Alcoholgebruik voor de operatie is geassocieerd met een verhoogd risico op algemene postoperatieve complicaties, infecties, wondcomplicaties, longcomplicaties, langer verblijf in het ziekenhuis, opnames op de Intensive Care, acute verwardheid en cognitieve achteruitgang^{7,8}

14. MENTALE EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

- Alcoholgebruik hangt samen met vrijwel alle mentale stoornissen en is het sterkst geassocieerd met het ontwikkelen van een verslaving⁹
- Alcoholgebruik hangt samen met onopzettelijk en opzettelijk letsel, problemen binnen het gezin, problemen op de werkplek (inclusief werkloosheid), strafrechtelijke veroordelingen en financiële problemen¹⁰



Wist u dat...

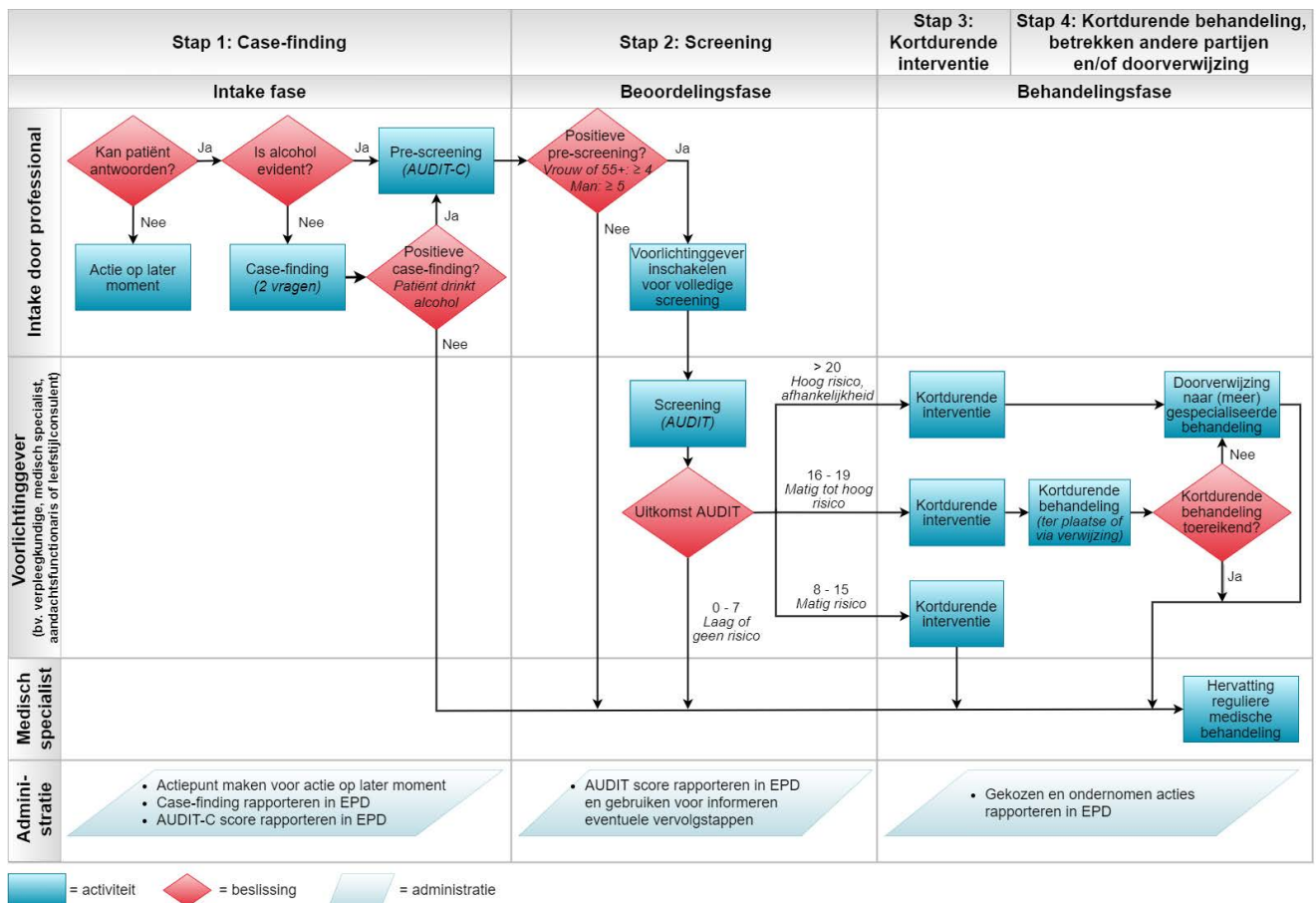
- het verminderen van alcoholgebruik samenhangt met verbetering van het leverweefsel, herstel van de hartfunctie bij alcoholische hartsperziekte, verlaging van de bloeddruk en normalisatie van biochemische parameters?¹¹
- het risico op hoofd-halskanker en leverkanker af lijkt te nemen na 10 tot 16 jaar gestopt te zijn met alcoholgebruik?^{12,13}
- het lijkt dat patiënten die stoppen met alcohol drinken een betere kwaliteit van leven ervaren, beter slapen, zich beter kunnen concentreren en minder risico lopen op het ontwikkelen van een depressie of angststoornis?

Wist u dat... de netto maatschappelijke kosten van alcohol naar schatting 2,3 tot 2,9 miljard euro bedroegen in 2013 (o.a. door aan alcohol gerelateerde gezondheidszorg, kosten van voortijdige sterfte, verkeersongevallen en verlies aan kwaliteit van leven)?¹⁴

Screenen op problematisch alcoholgebruik en het aanbieden van kortdurende interventies blijken effectief te zijn in medische settings en zorgen voor een vermindering van het alcoholgebruik van risico- en probleemdrinkers.¹⁵⁻¹⁸

HOE KUNNEN ZORGPROFESSIONALS (VROEG)SIGNALERING VAN ALCOHOLPROBLEMATIEK IMPLEMENTEREN?

In Figuur 1 presenteren we een stroomdiagram met hoe Stap 1. case-finding, Stap 2. screening, Stap 3. kortdurende interventies en Stap 4. kortdurende behandeling, betrekken van andere partijen en/of doorverwijzing zouden kunnen verlopen binnen uw ziekenhuis.



Figuur 1. Stroomdiagram implementatie (vroeg)signalering alcohol (gebaseerd op 19, 20).

*Figuur 1 is een ideale weergave van het proces. Exacte fasen en invulling kunnen verschillen per ziekenhuis en afdeling. Een belangrijke afweging is welke patiënten worden blootgesteld aan de screening en interventies, met als mogelijke opties: a) alle patiënten includeren, b) enkel risicogroepen of –afdelingen includeren, of c) enkel patiënten includeren bij vermoedens van problematiek. Hierbij stellen wij optie a, waarbij routinematig alle patiënten worden geïncludeerd, als ideale situatie, mede omdat het regelmatig voorkomt dat het niet direct duidelijk is of een patiënt alcoholproblematiek heeft.

STAP 1: CASE-FINDING

Wanneer een patiënt zich presenteert in het ziekenhuis dient eerst nagegaan te worden of de patiënt (betrouwbaar) kan antwoorden. Indien dit niet het geval is, dient de case-finding op een later moment afgenomen te worden. Aanbevolen is om hier een actiepunt voor aan te maken in het EPD.

Iemand met problematisch alcoholgebruik presenteert dit meestal niet als probleem en vaak is problematisch alcoholgebruik niet evident. De onderstaande twee vragen kunnen gebruikt worden om vermoedens van problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken:

1. Bij mensen die dezelfde klachten hebben als u, blijkt uit wetenschappelijk onderzoek, blijkt dat alcoholgebruik een rol kan spelen bij het in stand houden en verergeren van de klachten. Drinkt u weleens alcohol?
2. Heeft u zich weleens afgevraagd of deze klachten samen kunnen hangen met alcoholgebruik?

Wanneer een patiënt aangeeft alcohol te drinken en/of wanneer problematisch alcoholgebruik wél evident is (bv. door een aan alcohol-gerelateerd ziekenhuisbezoek zoals een intoxicatie of ongeval met alcohol in het spel) kan

direct de pre-screening afgenomen worden. De aanbevolen keus hiervoor is de AUDIT-C, bestaande uit drie korte vragen. De AUDIT-C en de interpretatie hiervan is weergegeven in Figuur 2 en 3.

STAP 2: SCREENING

Er bestaan diverse gevalideerde screeningsinstrumenten om een inschatting te maken van (de ernst van) het alcoholgebruik van patiënten, zoals AUDIT-C (de verkorte versie van AUDIT), AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), CAGE of Fiveshottest. Voor het opsporen van problematisch alcoholgebruik en -afhankelijkheid in de tweedelijnszorg wordt AUDIT aanbevolen als eerste keus²¹.

Een geschikte manier om screening te realiseren is om professionals die de patiënt als eerste zien te laten screenen met AUDIT-C vragen (3 items). Bij een score van ≥ 4 voor vrouwen of ≥ 5 voor mannen kan dan de voorlichtinggever ingeschakeld worden die de resterende zeven vragen van de AUDIT stelt (10 items) en een interventie aanbiedt die is afgestemd op de score van de patiënt. Screening kan face-to-face gebeuren, maar kan ook computerondersteund plaatsvinden.

Wat zijn de items van AUDIT-C en AUDIT?						
Vragen	Score	0	1	2	3	4
AUDIT-C (vraag 1 t/m 3)	1. Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	1 keer per maand of minder	2 tot 4 keer per maand	2 tot 3 keer per week	4 of meer keer per week
	2. Op een dag waarop u alcohol drinkt, hoeveel standaardglazen* drinkt u dan gewoonlijk?	1 of 2 glazen	3 of 4 glazen	5 of 6 glazen	7 tot 9 glazen	10 of meer glazen
	3. Hoe vaak zijn er gelegenheden waarop u 6 of meer standaardglazen* alcohol drinkt?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
AUDIT (vraag 1 t/m 10)	4. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar gemerkt dat u niet kon stoppen met drinken als u eenmaal begonnen was?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	5. Hoe vaak was u in het afgelopen jaar vanwege drankgebruik niet in staat om de dingen te doen die normaal van u verwacht worden?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	6. Hoe vaak had u het afgelopen jaar 's ochtends alcohol nodig gehad om weer op gang te komen nadat u veel had gedronken?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	7. Hoe vaak heeft u zich het afgelopen jaar schuldig gevoeld of spijt gehad nadat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	8. Hoe vaak kon u zich het afgelopen jaar niet herinneren wat de vorige avond gebeurd was doordat u gedronken had?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
	9. Bent uzelf, of is iemand anders ooit gewond geraakt doordat u gedronken had?	Nooit		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar
	10. Heeft een familielid, een vriend, een dokter of een andere hulpverlener zich ooit zorgen gemaakt over uw drankgebruik of u aangeraden om minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar
*Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol (een pijpje bier is 1,2 standaardglas), 100 ml wijn met 12% alcohol (een hele fles wijn is 8 standaardglazen), 40 ml likeur (bv. jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bv. cognac) met 40% alcohol.						

Figuur 2. Items van de screeningsinstrumenten AUDIT-C en AUDIT met bijbehorende scoringsmogelijkheden.

Hoe interpreteer je AUDIT-C en AUDIT scores?			
AUDIT-C (somscore vraag 1 t/m 3)		AUDIT (somscore vraag 1 t/m 10)	
Indeling	Mogelijke vervolgacties	Indeling	Mogelijke vervolgacties
Laag risico (negatief getest) • Vrouw of 55+: < 4 • Man: < 5	Geen aanwijzing voor riskant of schadelijk gebruik. Hervatting reguliere medische behandeling.	Laag of geen risico • 0 - 7	• Eventueel kort advies aanvaardbaar alcoholgebruik.
		Matig risico • 8 - 15	• Kortdurende interventie (o.a. motiverende gespreksvoering, informatiefolder, verwijzing naar huisarts).
Riskant of schadelijk alcoholgebruik (positief getest) • Vrouw of 55+-er: ≥ 4 • Man: ≥ 5	Afname volledige AUDIT door voorlichtinggever.	Matig tot hoog risico • 16 - 19	• Kortdurende interventie (o.a. motiverende gespreksvoering, informatiefolder, verwijzing naar huisarts); • Kortdurende behandeling en overweging betrekken andere partijen en/of doorverwijzing; • (Preventieve) behandeling onttrekkingsverschijnselen en thiamine suppletie, eventueel door psychiatrie.
		Hoog risico, afhankelijkheid • ≥ 20	• Kortdurende interventie (o.a. motiverende gespreksvoering, informatiefolder, verwijzing naar huisarts); • Betrekken andere partijen en/of doorverwijzing; • (Preventieve) behandeling onttrekkingsverschijnselen en thiamine suppletie, eventueel door psychiatrie.

Figuur 3. Afkappunten van de screeningsinstrumenten AUDIT-C en AUDIT met bijbehorende vervolgacties.

STAP 3. KORTDURENDE INTERVENTIE

Het aanbieden van een kortdurende interventie is een eerste stap in de behandelingsfase en richt zich op het veranderen van het gedrag van een patiënt door zijn/haar inzicht en bewustzijn over middelengebruik te verhogen. Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.²¹

Kortdurende interventies zijn adviesgesprekken van 5 tot 30 minuten en kunnen worden ondersteund met het uitreiken van informatiefolders. Tevens is het in deze fase belangrijk om te verwijzen naar de huisarts van de patiënt.

Kortdurende interventies bestaan doorgaans uit:

- Geven van feedback over overmatig alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek (bv. AUDIT score);
- Toepassen van motiverende gespreksvoeringstechnieken, waarbij in een empathische stijl de eigen regie centraal wordt gesteld (zelfmanagement);
- Ondersteunen van het vertrouwen in eigen kunnen om alcoholgebruik te verminderen of stoppen;
- Geven van duidelijk advies over de risico's die gepaard gaan met voortgezet alcoholgebruik;
- Geven van opties om het alcoholgebruik te verminderen of stoppen.

Het kan voorkomen dat patiënten in eerste instantie niet open lijken te staan voor interventies rondom hun alcoholgebruik. Toch bieden motiverende gespreksvoeringstechnieken kansen om in gesprek te gaan met de patiënt.

De voorlichtinggever

Kortdurende interventies (en eventuele behandelingen) worden gegeven door een voorlichtinggever. Afhankelijk van de mogelijkheden binnen een ziekenhuis kunnen dit o.a. verpleegkundigen, aandachtsfunctionarissen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, psychologen, maatschappelijk werkers of leefstijlconsulenten zijn. Het is noodzakelijk dat de voorlichtinggever o.a. aan onderstaande profieleisen voldoet:

- Verstand hebben van de effecten en risico's van alcohol;
- Bekend zijn met verslavingsproblematiek en het zorgaanbod kennen;
- Bezitten van basisniveau medische kennis;
- Vaardig zijn in motiverende gespreksvoering.

Taken die tevens tot de functie van een voorlichtinggever kunnen behoren zijn:

- Het uitvoeren van kortdurende interventies (en eventuele opvolgende behandeling) om patiënten met problematisch alcoholgebruik te motiveren om hun gebruik te veranderen of om in behandeling te gaan. Dit kan direct gebeuren wanneer de voorlichtinggever aanwezig is op locatie of naderhand telefonisch;
- Het motiveren en stimuleren van personeel om te screenen op mogelijk problematisch alcoholgebruik, zodat het personeel deze vervolgens doorverwijzen naar de voorlichtinggever.
- Het controleren van het percentage gescreende patiënten en, waar nodig, het personeel extra motiveren om te screenen. Daarnaast het toezien op goede registratie van incidenten zodat er ook meer inzicht komt in de problematiek op de betreffende afdeling(en);
- Het terugkoppelen van het percentage gescreende patiënten en (effecten van) ondernomen vervolgacties;

- Doorverwijzen naar juiste interventies die ondersteuning kunnen bieden en, indien nodig, doorverwijzen naar de juiste hulpverleningsinstantie voor behandeling;
- Als iemand al in zorg blijkt te zijn: indien nodig contact zoeken met betreffende behandelaar of huisarts en samenwerking tussen de twee partijen te bestendigen of te stroomlijnen waar nodig;
- Het opzetten van efficiënte communicatielijnen tussen de voorlichtinggever en verslavingszorg, ziekenhuis en GGD;
- Het eventueel aanpassen van de verschillende systemen die op dit moment gebruikt worden binnen het ziekenhuis. Dit houdt bijvoorbeeld in: het beschikbaar stellen van de juiste screeningsinstrumenten (AUDIT(-C)) in de systemen en de controle op uitvoer van screening mogelijk maken via implementeren van rapportage mogelijkheid;
- Het trainen van personeel, eventueel in samenwerking met de verslavingszorg;
- Het bijhouden van de sociale kaart omtrent verslavingszorg (preventief en behandeling);
- De ontwikkeling van een patiënten folders en posters voor in de wachtkamer;
- De uitvoer van wetenschappelijk onderzoek naar het project ondersteunen.²²

Meer weten over motiverende gespreksvoering en/of het volgen van trainingen hierin?

Via www.mintned.net vindt u alles over motiverende gespreksvoering en alle trainers die zijn aangesloten bij de Vereniging van Nederlandse trainers in Motiverende Gespreksvoering (MintNed).



STAP 4. BEHANDELING, BETREKKEN ANDERE PARTIJEN EN/OF DOORVERWIJZING

Voor patiënten die matig tot hoog risico lopen op alcoholafhankelijkheid is aanbevolen om een (kortdurende) behandeling te starten (ter plaatse of via verwijzing). Voorbeelden van kortdurende behandelingen zijn cognitieve gedragstherapeutische interventies, kortdurende dynamische therapie en interpersoonlijke therapie.

Tevens is voor deze patiëntengroep relevant om andere partijen te betrekken en eventueel naar ander hulpverleningsinstanties door te verwijzen voor een meer gespecialiseerde behandeling. Het betrekken van andere partijen kan verlopen via bijvoorbeeld een (wekelijks) multidisciplinair overleg waarbij de patiënt besproken wordt en hulp op maat wordt georganiseerd. Onderstaande partijen kunnen relevant zijn om te betrekken of naar door te verwijzen bij patiënten waar indicatie is voor riskant, schadelijk of afhankelijk alcoholgebruik.

Huisarts

- Begeleiding bij het veranderen van het gebruik of bij lichamelijke klachten;
- Ondersteuning door middel van het voorschrijven van medicatie;
- Doorverwijzing naar andere vorm van zorg, zoals een verslavingsinstelling of rook-stop-poli.

Verslavingszorg

- Behandeling voor iedereen met een lichte of ernstige verslaving;
- Zowel kortdurende behandelingen als intensieve behandelingen op maat, mogelijk via internet, individuele of groepsgesprekken en/of trainingen;
- Verschillende behandelingsmogelijkheden: ondersteuning in de vorm van medicijnen, poliklinische of ambulante behandeling waar kan, en klinische behandeling waar nodig;
- Aanbod preventieactiviteiten, zoals voorlichtingsbijeenkomsten, consultatie of praatgroepen.

Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ)

- Verheldering van en ondersteuning bij problemen in het dagelijks leven;
- Signalering;
- Voorlichting over klachten, oorzaken en mogelijke oplossingen;
- Advies over behandeling en verwijzing;
- Kortdurende behandeling of begeleiding in de huisartsenpraktijk;
- Terugvalpreventie en nazorg na behandeling in de GGZ.

Psychiatrie

- Preventie van of begeleiding bij ontrekkingsverschijnselen en thiaminesuppletie;
- Behandeling comorbide psychische problematiek;
- Voorlichting over interactie alcohol en psychofarmaca.

Maatschappelijk werk

- Ondersteuning van patiënt bij omgaan met problemen (zowel materieel als psychosociaal) in het dagelijks leven.

Thuiszorg

- Verzorging en verpleging, begeleiding en/of huishoudelijke hulp die nodig is wanneer patiënt door ziekte, handicap of ouderdom beperkt wordt in zijn handelen.

Stichting Barka

- Ondersteuning voor Oost-Europese migranten, indien sprake is van een taalbarrière of een gering sociaal vangnet.
- Mogelijkheid tot communiceren met patiënt middels tolk;
- Bereikbaar via www.barkanl.org/contact of 030 268 92 42 (landelijk telefoonnummer).

Uw patiënt kan terecht bij een van onderstaande bij Verslavingskunde Nederland aangesloten verslavingszorginstellingen:

Jellinek (provincie FL,GD,NH,UT,ZH,)	088 505 1202	www.jellinek.nl
Tactus Verslavingzorg (provincie FL,GD,OV)	088 382 2887	www.tactus.nl
Novadic-Kentron (provincie NB)	073 689 9090	www.novadic-kentron.nl
Brijder (provincie NH,ZH)	088 357 1057	www.brijder.nl
Verslavingszorg Noord Nederland (provincie DR,FR,GR)	088 234 3737	www.vnn.nl
Mondriaan (provincie LB)	088 506 6666	www.mondriaan.eu/nl
Vincent van Gogh (provincie GD,LB,NB)	0478 527 700	www.vincentverslavingszorg.nl
Iriszorg (provincie GD,OV)	088 606 1600	www.iriszorg.nl
Antes/Youz (provincie GD,LB,NB,NH,OV,UT,ZH)	088 357 1057	www.anteszorg.nl / www.youz.nl
Terwille (provincie FL,GR,NH,OV)	050 311 7200	www.terwille.nl
De Hoop (provincie UT,ZH,ZL)	078 6111 111	www.dehoop.org
Leger des Heils/De Wending (provincie GD)	088 090 1810	www.legerdesheils.nl/oost/de-wending

Meer informatie?

ALS U OP ZOEK BENT NAAR INFORMATIEFOLDERS

- Folder Trimbos instituut; “Wat iedereen over alcohol zou moeten weten” (Productnummer PFG79055)
 - www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel
- Folders over alcohol, verslaving of verslavingszorg voor verwijzers en/of patiënten kunt u bestellen via de websites van verslavingszorginstellingen

ALS U OP ZOEK BENT NAAR WEBSITES/HULPLIJNEN

- Informatieve websites voor u (of uw patiënt):
 - www.alcoholinfo.nl
 - 0900 1995 (€0,10 p/min + telefoonkosten)
 - www.thuisarts.nl/alcohol
 - www.pohverslaving.nl
- Zelfhulp/internetbehandeling voor uw patiënt:
 - www.alcoholdebaas.nl
 - www.minderdrinken.nl
 - www.zelfhulpalcohol.nl
 - www.pohverslaving.nl/test-met-en-voor-patient/middelen-meter-app

COLOFON

Auteurs

Nathalie Kools
Andrea Rozema
Rob Bovens
Rianne Kasander

M.m.w. van de landelijke Werkgroep Tweedelijn, voortgekomen en opgericht vanuit het Nationale Preventieakkoord

Citatie

Kools, J.F.R.M., Kasander, R., Bovens, R.H.L.M., & Rozema, A.D. (2020). Implementatie (vroeg) signalering alcoholproblematiek: Algemene handreiking voor zorgprofessionals in ziekenhuizen in Nederland. Uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek.

Uitgave

Deze uitgave is mogelijk gemaakt door financiering vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en uitgevoerd door Tranzo, Tilburg University in opdracht van Verslavingskunde Nederland.

Over Verslavingskunde Nederland

Verslavingskunde Nederland is een netwerk waarin instellingen voor verslavingszorg, cliëntenvertegenwoordigers, kenniscentra en brancheorganisatie de Nederlandse GGZ samenwerken om het behandelbereik van de verslavingskunde te vergroten, het stigma rondom verslaving te doorbreken en de kwaliteit van herstelondersteunende zorg verder te verbeteren.

Verslavingskunde Nederland

Postbus 830. 3800AV Amersfoort
info@verslavingskundenederland.nl
www.verslavingskundenederland.nl

© 2020, Verslavingskunde Nederland, Amersfoort.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van Verslavingskunde Nederland.

REFERENTIES

- ¹ Gezondheidsraad (2015). *Alcohol. Achtergronddocument bij Richtlijnen goede voeding 2015*. Publicatienr. A15/05. Den Haag: Gezondheidsraad.
- ² Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive medicine, 38*(5), 613-619.
- ³ Noble, J. M., & Weimer, L. H. (2014). Neurologic complications of alcoholism. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 20*(3), 624-641.
- ⁴ Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., . . . Pelucchi, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British journal of cancer, 112*(3), 580-593.
- ⁵ Yu, X., Chen, J., Jiang, W., & Zhang, D. (2020). Alcohol, Alcoholic Beverages and Risk of Esophageal Cancer by Histological Type: A Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. *Alcohol and Alcoholism*.
- ⁶ Rehm, J., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., & Neufeld, M. (2017). Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: A systematic review. *Alcohol, 61*, 9-15.
- ⁷ Eliassen, M., Grønkrjær, M., Skov-Ettrup, L. S., Mikkelsen, S. S., Becker, U., Tolstrup, J. S., & Flensborg-Madsen, T. (2013). Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery, 258*(6), 930-942.
- ⁸ Harris, A. H., Frey, M. S., DeBenedetti, A. F., & Bradley, K. A. (2008). Alcohol misuse prevalence and associations with post-operative complications in US surgical patients: a review. *The Open Surgery Journal, 2*(1).
- ⁹ Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 54*(4), 313-321.
- ¹⁰ Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health, 34*(2), 135.
- ¹¹ Charlet, K., & Heinz, A. (2017). Harm reduction—a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction biology, 22*(5), 1119-1159.
- ¹² Heckley, G.A., Jarl, J., Asamoah, B.O., & Gerdtam, U.G. (2011). How the risk of liver cancer changes after alcohol cessation: A review and meta-analysis of the current literature. *BMC Cancer, 11*: 446.
- ¹³ Marron, M., Boffetta, P., Zhang, Z. F., Zaridze, D., Wunsch-Filho, V., Winn, D. M., ... & Smith, E. (2010). Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *International journal of epidemiology, 39*(1), 182-196.
- ¹⁴ De Wit, G. A., Van Gils, P. F., Over, E. A. B., Suijkerbuijk, A. W. M., Lokkerbol, J., Smit, F., ... & de Kinderen, R. J. A. (2019). *Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen*.
- ¹⁵ Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., ... & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism, 54*(4), 417-427.
- ¹⁶ Freyer-Adam, J., Baumann, S., Haberecht, K., Bischof, G., Meyer, C., Rumpf, H. J., ... & Gaertner, B. (2019). Can brief alcohol interventions in general hospital inpatients improve mental and general health over 2 years? Results from a randomized controlled trial. *Psychological medicine, 49*(10), 1722-1730.
- ¹⁷ McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D., & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane database of systematic reviews, (8)*.
- ¹⁸ O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism, 49*(1), 66-78.
- ¹⁹ Laurant, M., van der Schrieck-de Loos, E., van Gaalen, A., & Bredie, B. (2011). Aan de slag in het ziekenhuis. *Verslaving, 7*(3), 25.
- ²⁰ Kaiser, D. J., & Karuntzos, G. (2016). An examination of the workflow processes of the screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) program in health care settings. *Journal of substance abuse treatment, 60*, 21-26.
- ²¹ Van den Brink, W., Van Bueren, L., Drenthen, E., Fischer, E., Van de Glind, G., Noorlander, E., . . . Wolters, E. (2009). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*.
- ²² Tekst afkomstig van het plan *Aandachtsfunctionaris drugs SEH/arrestantenzorg* van Jellinek, OLVG en GGD Amsterdam.