Terugval reduceren na detoxificatie van alcohol

Henry Hermsen

Samenvatting

Na behandeling in de verslavingszorg heeft 50 tot 70% van de patiënten binnen een jaar een terugval. Het voorkomen van terugval bij een alcoholstoornis kent vaak meerdere aspecten waarbij naast farmacotherapie ook psychosociale interventies nodig zijn. Daarnaast moet er aandacht zijn voor comorbide psychiatrische stoornissen, stress, de thuissituatie en leefstijl.

Deze gevalsbeschrijving laat zien wat de rol is van de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) ggz bij het voorkomen van terugval bij een alcoholstoornis. De verpleegkundig specialist combineert medische, psychologische en verpleegkundige kennis en behandelingsmogelijkheden. Beargumenteerd wordt dat de patiënt er baat bij heeft als de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar het voorkomen van terugval na detoxificatie behandelt.

Trefwoorden: alcoholstoornis, terugval

Inleiding

Alcoholgebruik is wijdverbreid onder de Nederlandse bevolking (prevalentie 80%) en meestal zonder problemen. Naar schatting heeft 5% van de volwassen Nederlanders echter een alcoholstoornis. Van deze groep zoekt ongeveer 7-8% hulp bij de verslavingszorg (Nationale Drug Monitor, 2017).

Verslaving kent vaak een chronisch beloop. Na behandeling in de verslavingszorg heeft 50 tot 70% van de patiënten binnen een jaar een terugval (GGZ Nederland, 2013). Engel et al. (2016) vonden dat stress een belangrijke factor was voor terugval. Patiënten die terugvielen hadden significant meer last van stress direct na detoxificatie en patiënten die niet terugvielen lieten een duidelijke daling zien van het stressniveau na vijf maanden. Ook insomnie geeft een grotere kans op terugval (Brower, Aldrich, Robinson, Zucker, & Greden, 2001). Vijf maanden na de behandeling was 60% van de patiënten die aan insomnie leden teruggevallen, tegen 30% van de groep die niet aan insomnie leed.

Comorbide angststoornissen en depressie leiden eveneens tot een grotere kans op terugval. Driessen et al. (2001) vonden dat 60% van de patiënten zonder comorbide stoornissen abstinent bleef, tegen 26% met comorbiditeit. Ook Simioni, Cottencin, Guardia & Rolland (2012) zagen veel patiënten terugvallen omdat ze angst ervoeren na detoxificatie.

Rupert (2015) concludeerde in haar onderzoek naar de oorzaken van terugval na een behandeling van alcoholverslaving dat er bij iedere patiënt verschillende risicofactoren kunnen spelen, waarbij eenzaamheid, stress en coping het meest voorkwamen.

Naast onderzoek naar de oorzaken vinden er eveneens onderzoeken plaats naar het voorkomen van terugval met farmacotherapie. Een Randomized Controlled Trial (RCT) naar het gebruik van baclofen liet zien dat dit geen effect had op het risico op terugval (Beraha et al., 2016). Simioni, Labreuche, Behal, Cottencin en Rolland (2017) hebben gekeken of dertig dagen diazepam toedienen minder terugval gaf dan tien dagen. Bij dertig dagen diazepam rapporteerden gebruikers significant minder vaak zwaar alcoholgebruik, een lager gemiddeld gebruik en een significant lagere ratio tussen gebruik en zwaar gebruik. Bovendien hadden zij significant minder last van *craving* en angstklachten. Ook Kattimani, Bharadwaj en Arun (2017) vonden in een case-study een positief effect van langer toedienen van benzodiazepinen.

In de multidisciplinaire richtlijn (MDR) *Stoornissen in het gebruik van alcohol* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008) worden respectievelijk acamprosaat, naltrexon en disulfiram genoemd als farmacotherapeutische interventie bij alcoholverslaving.

Daarnaast wordt topiramaat genoemd als mogelijk effectief. Toedienen van langwerkende benzodiazepinen wordt alleen tijdens de detoxificatie aanbevolen (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017).

Ook niet-farmacologische behandelingen werden onderzocht. Saitz et al. (2013) onderzochten Chronic Care Management (CCM, een model voor ondersteuning van chronisch zieken). Dit lijkt een beperkt effect te hebben op terugval bij alcohol, opiaten en stimulantia. Na twaalf maanden werd er geen verschil gevonden in terugval tussen de groep die CCM had ontvangen en de groep die gebruikelijke zorg had ontvangen. Wel waren er in de groep die CCM kreeg en alcohol gebruikte minder alcohol-gerelateerde problemen.

Cognitive Bias Modification training (CBM, met een joystick plaatjes van alcoholhoudende dranken wegduwen of plaatjes van niet-alcoholhoudende dranken dichterbij halen) lijkt veelbelovend. Een RCT liet zien dat het inzetten van vier sessies CBM tijdens de klinische detoxificatie-fase abstinentie bij follow up na twee weken significant deed toenemen vergeleken met de controlegroep (Manning et al., 2016).

Ook is onderzocht wat de bijdrage was van de organisatie van zorg. Termorshuizen et al. (2012) onderzochten of poliklinische contacten leidden tot verminderen van het aantal heropnames (bij diverse vormen van verslaving). Zij vonden daadwerkelijk een afname van heropnames na het openen van een polikliniek, maar na correctie voor de psychiatrische problematiek verdween dit effect. Lee et al. (2014) deden onderzoek in vijf staten in Amerika naar het effect van een vervolgcontact binnen veertien dagen na een ontslag uit de detoxificatie (diverse vormen van verslaving). Uit het onderzoek bleek de continuïteit van zorg niet altijd te leiden tot een lagere kans op een heropname. In Connecticut en Washington leidde ambulante vervolgbehandeling zelfs tot een toegenomen kans op een heropname voor detoxificatie.

Bovenstaande laat zien dat het voorkomen van terugval bij een alcoholverslaving vaak meerdere aspecten kent waarbij naast farmacotherapie ook psychosociale interventies nodig zijn en er aandacht moet zijn voor comorbide psychiatrische stoornissen, stress, continuïteit en leefstijl. Volgens de afdeling Verpleegkundig Specialisten van V&VN combineert de verpleegkundig specialist “geprotocolleerde medische zorg met aandacht voor preventie, leefstijlmanagement, en ondersteuning en coaching van patiënten bij hun zelfmanagement” (V&VN VS, 2018). Dit leidt tot de vraag wat de rol is van de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) ggz bij het voorkomen van terugval bij alcoholverslaving na detoxificatie. In deze gevalsbeschrijving laat ik zien hoe dit in de praktijk gestalte kan krijgen.

Casusbeschrijving

Arie* is een 50-jarige, alleenstaande man. Hij heeft een probleem met het gebruik van alcohol en had in het verleden ook problemen met cocaïne, heroïne en speed. Hij zei dat dit te maken heeft met trauma's die hij opgelopen heeft bij de vuurwerkramp in 2000 in Enschede, waar hij getuige van was. Hij heeft brandende mensen gezien en vrienden verloren. Hij zocht daarom zijn toevlucht in verdovende middelen.

Arie woont in een beschermde woonvorm; een "droge voorziening" waar geen alcohol of drugs mag worden gebruikt. Arie was recent zeven weken opgenomen voor detoxificatie bij een andere instelling, maar is bij terugkomst direct weer teruggevallen in gebruik. Naar eigen zeggen omdat er anderen waren in de woonvoorziening die gebruikten. Omdat hij daarbij grensoverschrijdend (seksueel) gedrag vertoonde naar personeel van de woonvoorziening, had hij een time-out gekregen. Tevens werd hij aangemeld voor een crisisopname detoxificatie. In afwachting van opname in de kliniek heeft Arie een week op straat doorgebracht omdat hij bang was in de nachtopvang een grotere kans te lopen om ook terug te vallen in drugsgebruik. Bij opname gaf hij aan dat hij was teruggevallen in zijn patroon van zo'n 24 halve liters bier per dag en regelmatig een fles rum of whisky. Hij vertelde dat hij onder invloed ook verviel in crimineel gedrag (stelen).

Onderzoek bij opname

Tijdens het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2014) zien we een matig verzorgde man met een sterke lichaamsgeur. Hij maakt weinig oogcontact. In het contact is hij vriendelijk en breedsprakig. Hij stottert enigszins. Het bewustzijn is helder, maar enigszins beneveld door alcoholgebruik. De aandacht is goed te trekken, maar matig te behouden. Er zijn geen stoornissen in oriëntatie en geheugen. Verder is de waarneming ongestoord tijdens het opnamegesprek, maar Arie geeft wel aan regelmatig stemmen te horen die hem verkeerde dingen (diefstal) laten doen. De stemming is neutraal met een mat affect, mogelijk onder invloed van alcohol.

Bij het lichamelijk onderzoek wordt een lichte hypertensie gevonden, geen afwijkingen bij hart- en longauscultatie en de lever is niet palpabel. Bij het oriënterend neurologisch onderzoek wordt, afgezien van uitstap bij de koorddansersgang, geen afwijkingen gevonden.

* Arie is een gefingeerde naam. Hij heeft toestemming gegeven voor het anonieme gebruik van zijn gegevens.

In de voorgeschiedenis is er sprake van astma/COPD, gastro-oesofageale reflux en chronische pijnklachten als gevolg van slijtage aan nek en knie. Arie is delier- en insultgevoelig bij onthouding. Bij aanvullend onderzoek was gamma-GT verhoogd waarbij overige leverwaarden normaal waren.

Voor het verpleegkundig onderzoek werd gebruik gemaakt van de ICF (WHO-FIC Collaborating centre, 2007) om het huidig functioneren in kaart te brengen. Dat leverde de volgende stoornissen en beperkingen in het functioneren op, evenals een aantal bevorderende en belemmerende factoren voor het functioneren:

FUNCTIES	
b1303.3	Hunkering, ernstige stoornis
b440.1	Ademhaling, lichte stoornis
b535.1	Gewaarwordingen verband houden met het spijsverteringsstelsel, lichte stoornis
b710.1	Mobiliteit van gewrichten, lichte stoornis
ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN	
s7109.2	Anatomische eigenschappen van hoofd en hals, niet gespecificeerd, matige stoornis, kwalitatieve verandering
s75011.2	Anatomische eigenschappen van kniegewricht, matige stoornis, kwalitatieve verandering
ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE	
d7203.2	Zich gedragen volgens sociale regels in gezelschap, matige stoornis
d859.2	Beroep en werk, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd, matige stoornis
EXTERNE FACTOREN	
e355+3	Hulpverleners in de gezondheidszorg, aanzienlijk ondersteunende factor
e325.3	Kennissen, leeftijds- en seksegenoten, collega's, buren en stad- of dorpsgenoten, aanzienlijk belemmerende factor

Gekeken werd op welke manier deze factoren met elkaar en andere aspecten samenhingen en welke verpleegkundige diagnoses gesteld konden worden.

Het klinisch redeneren leidde tot de volgende gevalideerde en gepersonaliseerde diagnose:

Het betreft een 50-jarige man die wordt opgenomen voor detoxificatie van alcohol. Psychiatrisch gezien is er volgens de DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) sprake van een matige/ernstige stoornis in alcoholgebruik (303.90). Tijdens de vuurwerkramp (in 2000) in Enschede heeft patiënt traumatische gebeurtenissen meegemaakt, maar hij voldoet niet aan de criteria voor een posttraumatische-stressstoornis (309.81), met name door het ontbreken van intrusieve symptomen. Somatisch gezien is er sprake van astma/COPD, gastro-

oesofageale reflux en pijnklachten als gevolg van slijtage aan nek en knie. Verpleegkundig gezien is er volgens de NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2014) sprake van de diagnose ineffectieve coping (00069), die zich kenmerkt door het overmatig gebruik van alcohol. De ineffectieve coping wordt in stand gehouden door de ervaring van hunkering en stress als gevolg van het gedrag van medebewoners. Daarnaast is er sprake van de diagnose risicovol gedrag voor de gezondheid (00188), waarbij het alcoholgebruik en de verwaarlozing van inname van medicatie de risicofactoren zijn waardoor zijn chronische somatische aandoeningen verslechteren. Tot slot kan de diagnose risico op geweld jegens anderen (00138) worden gesteld. Risicofactoren daarbij zijn grensoverschrijdend gedrag naar hulpverleners. Arie ziet zichzelf als iemand die graag zijn eigen keuzes maakt maar ook beseft dat hij soms ondersteuning nodig heeft. Hij heeft als hulpvraag dat hij zodanig gesteund wordt in het abstinent blijven van alcohol na de detoxificatie, dat hij in de beschermde woonvorm kan blijven wonen.

Behandeling

Voor Arie stond voorop dat hij weer in de beschermde woonvorm wilde kunnen wonen. Hij besefte dat daarvoor enkele stappen gezet moesten worden. Hij gaf aan dat hij dit niet alleen kon en hulp nodig had van de medewerkers van de woonvorm. Daarbij zei hij ook dat het voor hem moeilijk was om abstinent te blijven als hij merkte dat andere bewoners wel alcohol of andere middelen gebruikten.

Samen met de patiënt zijn behandeldoelen bepaald. Voorop stond het stoppen met alcohol, gevolgd door voorkomen van terugval en risicovol gedrag. Met behulp van de Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016) zijn de beoogde resultaten bij het behandeldoel omschreven: stopgedrag alcoholmisbruik (1629), risicobeheersing (1902), persoonlijke impulsbeheersing (1405) en zelfmanagement chronische aandoeningen (3102). Dit werd uitgewerkt in de volgende meetbare resultaten: ‘uit vertrouwen in het eigen vermogen te stoppen met alcoholgebruik’ (162902), ‘kan de nadelige gevolgen van alcoholgebruik aangeven’ (162904), ‘schakelt een professionele zorgverlener in’ (162915), ‘is alert op eigen risicofactoren’ (190203), ‘past zijn leefstijl aan om de risico’s te beperken’ (190208), ‘kan aangeven welke impulsieve gedragingen schadelijk zijn’ (140501) en ‘gebruikt medicijnen volgens voorschrift’ (310323).

Vervolgens heeft de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz interventies ingezet die zich vooral richten op de risicofactoren bij de risicodiagnoses en op de etiologische

factoren van de ineffectieve coping. Het betrof de volgende interventies volgens de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Bucher, Dochterman, & Wagner, 2016):

- gericht op ontwikkelen therapeutische relatie: therapeutische relatie, opbouw (5000), emotionele ondersteuning (5270);
- gericht op de etiologische factoren: middelenmisbruik, behandeling: ontwenning of onttrekking (4514), middelenmisbruik, behandeling (4510), probleemhantering, verbetering (5230);
- gericht op verminderen van de risico's: gedragsmodificatie (4360) en gedragsregulering: seksueel (4356).

In de behandeling stond eerst de detoxificatie van alcohol op de voorgrond. Daarbij wordt aanbevolen om gebruik te maken van langwerkende benzodiazepinen; bij risico op insult en delier heeft een vast schema de voorkeur (Dijkstra et al., 2017). Er werd gestart met diazepam 10 mg 4dd 2 tabletten, welke na twee dagen geleidelijk werd afgebouwd. Om gezondheidsrisico's te voorkomen werden verder vitamines gegeven volgens de *Richtlijnen Psychofarmaca* (Geneesmiddelencommissie Parnassia Groep, 2014). Gezien de somatische voorgeschiedenis van Arie werd de thuismedicatie gecontinueerd. Verpleegkundigen van de afdeling monitorden vitale parameters en gedrag.

Na de ontwenningsfase was Arie voldoende gestabiliseerd en kwam de nadruk in de gesprekken meer te liggen op de beheersing van de risico's op terugval en de gevolgen van zijn gedrag bij alcoholmisbruik. Door middel van psycho-educatie en motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2016) werden met Arie de effecten van het alcoholgebruik besproken. Arie kwam zelf met voorstellen voor verandering.

Arie wilde graag terug naar de beschermde woonvorm. Hij besefte dat zijn gedrag daarvoor zou moeten veranderen. Stoppen met alcoholgebruik stond daarbij voorop. Het seksueel lastigvallen van medewerkers en riskant gedrag, zoals diefstal en verwaarlozen van de medicatie-inname, waren een direct gevolg van het alcoholmisbruik. Met Arie werd afgesproken om de kans op terugval te verminderen, enerzijds door farmacotherapie en anderzijds door aanpassingen in zijn thuissituatie.

Arie wilde graag starten met disulfiram omdat hij last had van trekmomenten. In de MDR *Stoornissen in het gebruik van alcohol* (2008) wordt gesteld dat disulfiram effectief kan zijn mits er toezicht is op inname. Het laboratoriumonderzoek werd herhaald en toen de gamma-GT voldoende was gedaald, kon hij starten. Op verzoek van Arie werd het ontslag een week uitgesteld tot na instelling op disulfiram, omdat hij uit ervaring wist dat dit een goede stok

achter de deur was. Hij wilde zelf ook inname onder toezicht omdat hij anders mogelijk zou sjoemelen met de medicatie. Na drie weken opname ging Arie terug naar de beschermde woonvorm.

Arie had zelf ideeën over aanpassingen in zijn thuissituatie. Ten eerste wilde hij dagbesteding. Afgesproken werd dat hij twee dagen per week naar een zorgboerderij zou gaan en twee dagen zou schoonmaken binnen de woonvorm. Verder wilde hij dat zijn leefgeld beperkt zou worden zodat hij niet de mogelijkheid had om veel drank te kopen. Mocht hij ondanks alles toch alcohol gebruiken, dan mocht de woonbegeleider hem daarop streng aanspreken. Omdat Arie zelf had aangegeven dat het middelengebruik van andere bewoners voor hem een bron van spanning was, zou hij voortaan naar de begeleiding gaan als hij dit merkte. In een overleg met de ambulante casemanager en de woonbegeleiders werden deze afspraken vastgelegd om de continuïteit te waarborgen.

Twee weken na zijn ontslag uit de kliniek zocht de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz Arie op in de beschermde woonvorm. Deze periode was goed verlopen. Arie zag er goed verzorgd uit en zijn kamer was netjes. Hij was blij met zijn dagbesteding. Hij gaf aan dat er nog wel momenten van spanning waren als hij merkte dat anderen gebruikten, maar hij kon dat hanteren en meldde dit bij de begeleiding. Hierdoor is er een aanzienlijke verbetering opgetreden ten aanzien van de NOC-doelen. Hij had vertrouwen in zijn vermogen om te stoppen met alcohol en wist wat de nadelige gevolgen waren van alcoholgebruik. Hij wist wat zijn risicofactoren waren en welk gedrag schadelijk was, en schakelde zo nodig een hulpverlener in. Verder had hij zijn leefstijl aangepast en nam hij zijn medicatie in volgens voorschrift. Hiermee was de coping effectiever en waren de risico’s verminderd, waarmee de kans op terugval kleiner is geworden.

Discussie

In deze casus laat ik zien welke meerwaarde de verpleegkundig specialist ggz kan hebben bij het voorkomen van terugval bij een alcoholverslaving na detoxificatie. Zo werd in deze casus, naast verpleegkundig onderzoek, ook psychiatrisch en somatisch onderzoek gedaan en aanvullend onderzoek geïndiceerd door de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz. Een verpleegkundig specialist ggz integreert deze deskundigheid in het klinisch redeneren en handelen. Op basis van het onderzoek kon gestart worden met een integrale behandeling met medische en verpleegkundige interventies. Door in de behandeling vooral ook aandacht te

schenken aan de behandeling van de verpleegkundige diagnoses en interventies gericht op het dagelijks functioneren werd de coping verbeterd en werden de risico's verkleind.

In de *Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen* (Dijkstra et al., 2017) wordt een combinatie van farmacologische en psychosociale behandeling geadviseerd bij detoxificatie. Er is weinig bekend over psychosociale behandeling bij detoxificatie zelf maar dit wordt wel als belangrijk gezien voor de therapietrouw en vervolgbehandeling. De verpleegkundig specialist is door de unieke combinatie van medische, psychologische en verpleegkundige kennis bij uitstek geschikt om deze behandeling uit te voeren.

Sterk in deze casus was dat de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz door middel van motiverende gespreksvoering de patiënt kon helpen zijn veranderdoelen te benoemen. De patiënt kon tevens aangeven wat hij daarbij nodig had. De patiënt koos als medicatie voor disulfiram omdat hij daarmee eerdere ervaringen had. De verpleegkundige in opleiding tot specialist heeft enkele keren met hem gesproken over alternatieven, maar vanwege de duidelijke voorkeur van de patiënt is dit slechts beperkt gebeurd. Gezien de risico's op ernstige bijwerkingen bij disulfiram (Luijkx, 2018) was het beter geweest om dit uitgebreider te doen.

Positief was ook dat de patiënt zijn leefstijl kon veranderen door met een voor hem zinvolle dagbesteding te starten. Uit onderzoek van Roos, Kirouac, Pearson, Fink en Witkiewitz, (2015) bleek dat patiënten die zin kunnen geven aan hun leven minder neiging hebben om te gaan drinken.

Normaal gesproken is er een duidelijke scheiding tussen klinische en ambulante behandelaren. De opleidingspositie als verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz maakte het mogelijk om de patiënt na zijn ontslag uit de kliniek ook ambulant te zien. Hierdoor kon het herstelproces van patiënt ook beter gevolgd worden en was er meer continuïteit.

De patiënt gaf zelf aan dat het beginpunt van de verslaving lag bij een doorgemaakt trauma. Het is bekend dat comorbide psychiatrische stoornissen een grotere kans op terugval geven. De patiënt voldeed niet aan alle criteria voor een posttraumatische stressstoornis. Dit punt had mogelijk meer geëxploreerd kunnen worden.

Conclusie

Deze gevalsbeschrijving begon met de vraag naar de rol van de verpleegkundig specialist bij het voorkomen van terugval na detoxificatie van alcohol. Uit de gevalsbeschrijving is duidelijk geworden dat de verpleegkundig specialist zeer geschikt is om regiebehandelaar te

zijn in deze situatie vanwege de unieke combinatie van medische, psychologische en verpleegkundige kennis. Daardoor heeft de verpleegkundig specialist de mogelijkheid om zowel het detoxificatieproces als het werken aan herstel te begeleiden.

Wat binnen de huidige organisatie van zorg nog een probleem is, is de scheiding tussen klinische en ambulante zorg. Hierdoor was het maar beperkt mogelijk om de patiënt ook na ontslag uit de kliniek te blijven volgen. Het zou een toegevoegde waarde hebben als er continuïteit van behandelaar zou zijn tijdens het hele traject. De verpleegkundig specialist zou die rol goed kunnen vervullen. Aanbevolen wordt om hiernaar meer onderzoek te doen.

Literatuur

American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom.

Beraha, E.M., Salemink, E., Goudriaan, A.E., Bakker, A., De Jong, D., Smits, N., … Wiers, R.W. (2016). Efficacy and safety of high-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence: A multicentre, randomised, double-blind controlled trial. *European Neuropsychopharmacology, 26,* 1950-1959.

Brower, K.J., Aldrich, M.S., Robinson, E.A.R., Zucker, R.A., & Greden, J.F. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *The Americon Journal of Psychiatry. 158,* 399-404.

Bulechek, G.M., Bucher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (red.) (2016). *Verpleegkundige interventies. Vertaling van Nursing Interventions Classification (NIC)* (4e, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and alcoholism, 36,* 249-255.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (red.) (2017). *Richtlijn detoxificatie van psychoactieve middelen: verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren.* Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Engel, K., Schaefer, M., Stickel, A., Binder, H., Heinz, A., & Richter, C. (2016). The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. Can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol and Alcoholism, 51,* 27-31.

Geneesmiddelencommissie Parnassia Groep (2014). *Richtlijnen Psychofarmaca 2014.* (Interne publicatie; Eigenaar: prof. dr. Erik Hoencamp). Parnassia Groep, Den Haag.

GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel* (Publicatienummer: 2013/392). Verkregen op 17-09-2018 van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf.

Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2014). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e, geheel herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2015-2017* (10th edition). Oxford: Wiley Blackwell.

Kattimani, S., Bharadwaj, B., Arun A.B. (2017). Benzodiazepine maintenance for alcohol dependence: a case series. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 6,* 431-433.

Lee, M.T., Horgan, C.M., Garnick, D.W., Acevedo, A., Panas, L., Ritter, G.A., … Reynolds, M. (2014). A performance measure for continuity of care after detoxification: relationship with outcomes. *Journal for Substance Use Treatment, 47,* 130-139.

Luijkx, H. (2018). *Medicatie voor terugvalpreventie bij alcoholverslaving: concept voor een update van de Multi-Disciplinaire Richtlijn (MDR) Alcohol uit 2009.* Verkregen op 08-08-2018 van https://www.vvgn.nl/wp-content/uploads/2018/02/Anti-Relaps-medicatie-bij-AGS-2018-2.pdf.

Manning, V., Staiger, P.K., Hall, K., Garfield, J.B.B., Flaks, G., Leung, D., … Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive Bias Modification training during inpatient alcohol detoxification reduces early relapse: a randomized controlled trial. *Alcoholism: clinical and experimental research, 40,* 2011-2019.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2016). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen* (3e editie). z.p.: Ekklesia.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. (red.) (2016). *Verpleegkundige zorgresultaten. Vertaling van Nursing Outcomes Classification (NOC)* (3e, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol versie 0.1. (2008). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Roos, C.R., Kirouac, M., Pearson, M.R., Fink, B.C., & Witkiewitz, K. (2015). Examining temptation to drink from an existential perspective: associations among temptation, purpose in life, and drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 29,* 716-724.

Rupert, P. (2015). *Factoren van terugval na een alcoholverslavingsbehandeling*. (Bachelorthese) Universiteit Twente, Enschede (i.s.m. Tactus Verslavingszorg).

Saitz, R., Cheng, D.M., Winter, M., Kim, T.W., Meli, S.M., Allensworth-Davies, D., … Samet, J.H. (2013). Chronic Care Management for dependence on alcohol and other drugs: the AHEAD randomized trial. *JAMA, 310,* 1156-1167.

Simioni, N., Cottencin, O., Guardia, D., & Rolland, B. (2012). Early relapse in alcohol dependence may result from late withdrawal symptoms. *Medical Hypotheses, 79,* 894-895.

Simioni, N., Labreuche, J., Behal, H., Cottencin, O, & Rolland, B. (2017). Thirty- versus ten-day diazepam treatment for alcohol detoxification and a comparison of drinking patterns, craving, and anxiety for up to 12 Weeks: a “proof-of-concept” open-label randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 37,* 722-728.

Termorshuizen, F., Van der Hoorn, B.E.A., Blanken, P., Van Hemert, A.M., Hoek, H.W., & Hendriks, V.M. (2012). Continuity of care and risk of hospital readmission among dual diagnosis patients. *Mental Health and Substance Use, 5,* 20-30.

Van Laar, M.W., Van Gestel, B., Cruts, A.A.N, Van der Pol, P.M., Ketelaars, A.P.M., Beenakkers, B.M.T., …Brunt, T.M. (red.). (2017). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut/Den Haag: WODC. Verkregen op 17-09-2018 van https://assets.trimbos.nl/docs/f8502344-4a38-4a87-9740-bc408805e2fa.pdf.

V&VN Verpleegkundig Specialisten (2018). Folder 'Samenwerken met de Verpleegkundig Specialist'. Verkregen op 07-10-2018 van https://venvnvs.nl/wp-content/uploads/sites/164/2018/06/2018-06-01-Folder-Verpleegkundig-Specialist-samenwerkingspartners.pdf.

WHO-FIC Collaborating centre. (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health* (2e, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Reducing relapse after detoxification from alcohol

Summary

50 to 70% of the patients experience relapse within a year after treatment in addiction care. There are frequently multiple aspects in the prevention of relapse in the case of an alcohol use disorder whereby psychosocial interventions are necessary alongside pharmacotherapy. Also, attention has to be given to comorbid psychiatric disorders, stress and lifestyle.

This case study demonstrates the role of the nurse practitioner mental healthcare (in training) in the prevention of relapse of an alcohol use disorder. The nurse practitioner is skilled to combine medical, psychological and nursing knowledge and treatment alternatives. It is argued that it is to the benefit of the patient when the (student) nurse practitioner psychiatry is the principal caregiver in the prevention of relapse after detoxification.

Key words: alcohol use disorder, relapse