

PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

AANPAK DOOR DE HUISARTS

Gevalideerd door CEBAM in februari 2011

AUTEURS

J. MICHELS, S. HOECK, G. DOM,
M. GOOSSENS, G. VAN HAL, P. VAN ROYEN

INLEIDING	S137
Epidemiologie	S137
Motivatie voor de aanbeveling	S137
Doel van deze aanbeveling, setting en patiëntenpopulatie	S138
KLINISCHE VRAGEN	S138
DEFINITIES EN BEGRIPPEN	S138
Standaardglas alcohol	S138
Problematisch alcoholgebruik	S138
Alcoholafhankelijkheid (alcohol dependence)	S139
Kortdurende interventies	S139
AANBEVELING	S140
Problematisch alcoholgebruik opsporen	S140
Therapeutische aanpak	S143
Opvolgbeleid door de huisarts en korte interventie	S144
Verwijzing	S145
KERNBOODSCHAPPEN	S146
GRADE-CLASSIFICATIE	S147
INFORMATIE VOOR DE PATIËNT & PATIËNTBETROKKENHEID	S147
HULPMIDDELEN VOOR DE HUISARTS	S147
ELEMENTEN VOOR EVALUATIE	S147
RANDVOORWAARDEN	S147
RESEARCHAGENDA	S147
ECONOMISCHE BESCHOUWINGEN	S147
TOTSTANDKOMING	S148
NOTEN	S150

PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: AANPAK DOOR DE HUISARTS

Gevalideerd door CEBAM in februari 2011

J. MICHELS, S. HOECK, G. DOM, M. GOOSSENS, G. VAN HAL, P. VAN ROYEN

OMSCHRIJVING

Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu* 2011;40:S137-S160.

AUTEURS

J. Michels, huisarts in Tielt en senior richtlijnontwikkelaar Domus Medica;
S. Hoeck, medisch sociologe, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen;
G. Dom, verbonden aan de vakgroep CAPRI Universiteit Antwerpen, Radboud Universiteit Nijmegen en hoofdgeneesheer PC Broeders Alexianen in Boechout;
M. Goossens, wetenschappelijk medewerker project aanbevelingen;
G. Van Hal, medisch socioloog, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen;
P. Van Royen, huisarts in Antwerpen en verbonden aan de vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen, voorzitter Commissie Aanbevelingen.

INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsgeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan bod, maar wordt het hier expliciet vermeld.

INLEIDING

Epidemiologie

Tien procent van de Vlaamse bevolking (13% mannen en 6% vrouwen) heeft problemen die verband houden met alcoholgebruik. Mannen in de leeftijdscategorieën 25-34 jaar (16%) en 45-64 jaar (17%) vertonen meer problematisch drinkgedrag

dan vrouwen. Vrouwen in de leeftijdscategorie van 45-54 jaar vertonen het hoogste percentage problematisch alcoholgebruik, namelijk 9%. Bij ouderen (>75 jaar) kampt 3% met problematisch alcoholgebruik¹.

Problematisch alcoholgebruik is in Vlaanderen het laatste decennium significant gestegen: van 9% in 2001-2004 tot 12% in 2008, na controle voor leeftijd en geslacht. Deze cijfers zijn wellicht nog een onderschatting, omdat ze zijn verkregen op basis van vragenlijstgegevens waarin respondenten vaak sociaal wenselijk antwoorden².

De grenswaarden volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) waarboven een risico bestaat op schadelijke lichamelijke of psychologische effecten, zijn 21 glazen voor mannen en 14 glazen voor vrouwen per week³. Acht procent van de Belgen consumeert wekelijks meer dan deze aanbevolen grenswaarden. Problematisch alcoholgebruik komt in alle leeftijdscategorieën meer voor bij mannen, behalve in de leeftijdscategorie van 55-65 jaar waar vrouwen een iets hoger percentage problematisch alcoholgebruik vertonen (14% versus 13%)⁴.

De Intego (Integrated computerised network)-databank toont aan dat de incidentie van chronisch alcoholmisbruik (ICPC-code P15) per duizend patiënten in Vlaanderen varieert naargelang de leeftijd: van 0,44 (15-24 jaar) tot 1,43 (45-64 jaar) (in totaal 1,00: waarvan 1,28 voor mannen en 0,70 voor vrouwen)⁵. Voor acuut alcoholmisbruik (ICPC-code P16) varieert de incidentie per duizend patiënten van 0,02 (15-24 jaar) tot 0,11 (45-64 jaar) (in totaal 0,04, waarvan 0,03 voor mannen en 0,05 voor vrouwen)⁶. Gegevens over de prevalentie van problematisch alcoholgebruik in de Vlaamse huisartsenpraktijk zijn beperkt beschikbaar; de cijfers variëren tussen 5 en 15%, naargelang de studies en de gehanteerde normen⁷.

Motivatie voor de aanbeveling

Een alcoholgebruik hoger dan de WGO-grenswaarden is, na roken en verhoogde bloeddruk, de derde risicofactor voor ziekte en voortijdige mortaliteit. Het houdt het risico in op alcoholafhankelijkheid, op een zestigtal gezondheidsproblemen en

Disclaimer Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie. De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerd door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

op sociale schade⁸. Verminderen tot 'aanvaardbaar' gebruik of stoppen van het alcoholgebruik heeft positieve effecten op de gezondheid. Interventies waarbij een duidelijk en gestructureerd advies met een aanbod van veranderingsstrategieën wordt gegeven, kan leiden tot een positieve invloed op het alcoholgebruik: de consumptie daalt, evenals de alcoholgerelateerde problemen⁹ en vermoedelijk ook de alcoholgerelateerde sterfte¹⁰.

De huisarts is goed geplaatst om problematisch alcoholgebruik vroegtijdig te identificeren, zelf te behandelen of de patiënt door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening¹¹. Hij is immers vrijwel continu bereikbaar en toegankelijk en heeft in de loop der jaren vaak een solide vertrouwensrelatie opgebouwd met zijn patiënten. Hoe vroegtijdiger men personen met een alcoholprobleem kan identificeren en overtuigen er iets aan te doen, hoe groter de kans op het voorkomen van alcoholafhankelijkheid¹². Zoniet zal ongeveer 16% van de problematische drinkers alcoholafhankelijkheid ontwikkelen¹³. Vroegtijdig signaleren van problematisch alcoholgebruik vermindert ook de lichamelijke, psychologische en maatschappelijke gevolgen van het problematisch alcoholgebruik, zoals verkeersongevallen, geweldplegingen, verlies van arbeidsproductiviteit¹⁴.

Hoewel huisartsen zich bewust zijn van alcohol als gezondheidsprobleem wordt, problematisch alcoholgebruik niet altijd herkend¹⁵ of bevraagd¹⁶. Ook de kennis en vaardigheid van de huisarts omtrent effectieve interventies voor problematisch alcoholgebruik kan nog verhoogd worden.

Doel van deze aanbeveling, setting en patiëntenpopulatie

Het doel van deze aanbeveling is de Vlaamse huisarts wetenschappelijk te ondersteunen bij het opsporen van problematisch alcoholgebruik en bij het aanbieden van een kort advies. Deze aanbeveling is van toepassing op volwassenen vanaf 18 jaar, inclusief de ouderen (65-plussers). Volgende aspecten vallen buiten het bestek van deze aanbeveling:

- kinderen, adolescenten en zwangeren;
- alcoholafhankelijkheid en -verslaving;
- gecombineerd gebruik van alcohol en andere drugs (medicatie¹⁷ of illegale middelen);
- alcoholgebruik gecombineerd met zwaardere psychiatrische problematiek, zoals angst en depressie.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) stelt dat kinderen en jonge adolescenten beter geen alcohol drinken en dat oudere adolescenten het drinken van alcohol beter zo lang mogelijk uitstellen¹⁸. De Hoge Gezondheidsraad beveelt volledige alcoholabstinentie tijdens de zwangerschap¹⁹. Bij de drie laatste aspecten wordt een verwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening vooropgesteld.

KLINISCHE VRAGEN

De aanbeveling wil een antwoord geven op onderstaande klinische vragen m.b.t. problematisch alcoholgebruik:

- Wanneer problematisch alcoholgebruik opsporen?

- Hoe problematisch alcoholgebruik opsporen?
- Hoe de AUDIT gebruiken?
- Wat doen bij vermoeden van problematisch alcoholgebruik op basis van de AUDIT?
- Hoe een kort advies geven? Wat houdt het in?
- Wanneer follow-up voorzien? Wat houdt dat in?
- Hoe een korte interventie doen?
- Wanneer en naar wie doorverwijzen?

DEFINITIES EN BEGRIPPEN

Standaardglas alcohol

Een eenheid of standaardglas alcohol bevat steeds dezelfde hoeveelheid alcohol, ongeacht de grootte van het glas of het soort alcohol. In Europa bevat een standaardglas gemiddeld 10 g of ongeveer 12,7 ml pure alcohol²⁰. Dit komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.

Sommige dranken zijn beschikbaar in hoeveelheden die verschillen van een standaardglas, bijvoorbeeld een blikje bier van 33 cl, streekbieren met een hoger alcoholgehalte (tot 2,5 keer meer) en een groter standaardglas. Een glas geschonken in de privésfeer bevat meestal meer alcohol dan een standaardglas. Zo bevat een standaardglas wijn 100 ml wijn, terwijl een gemiddeld geschonken glas wijn vaak 130 ml bevat²¹.

Het standaardglas alcohol per soort alcoholhoudende drank²¹.



Problematisch alcoholgebruik

Problematisch alcoholgebruik is een complex gegeven dat kan evolueren naar alcoholafhankelijkheid. Problemen die gepaard gaan met het alcoholgebruik, kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn. Deze worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van het alcoholgebruik, de combinatie met andere producten, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. We spreken ook van problematisch alcoholgebruik wanneer men alcohol drinkt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld bij het ontbijt). Vaak wordt bij problematisch alcoholgebruik een onderscheid gemaakt tussen 'occasioneel overmatig alcoholgebruik' (Engels: hazardous drinking) en 'langdurig overmatig alcoholgebruik' (Engels: harmful drinking).

Occasioneel overmatig alcoholgebruik (hazardous drinking)

Occasioneel overmatig alcoholgebruik is een drinkpatroon met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen. In tegenstelling tot 'langdurig overmatig alcoholgebruik' verwijst 'occasioneel overmatig alcoholgebruik' – ondanks de afwezigheid van een aandoening – naar alcoholgebruik dat enige bezorgdheid kan wekken op vlak van volksgezondheid. Deze categorie is van toepassing op alle personen die de aanbevolen grenswaarden (21 eenheden of standaardglazen alcohol per week voor mannen en 14 voor vrouwen) overschrijden²², maar geen alcoholgerelateerde problemen vertonen.

Mannen die zes of meer standaardglazen drinken en vrouwen vier of meer in een periode van twee uur vallen onder de definitie van piekdrinken of 'binge drinken' en lopen eveneens een risico op schade.

Piekdrinken (bingedrinken)

Deze term verwijst naar drinkgedrag (vaak bij jongeren) waarbij in één drinkgelegenheid een grote hoeveelheid alcohol wordt gedronken. Er bestaan verschillende definities van piekdrinken met telkens andere eenheden en tijdsperiodes. Een werkbare definitie voor piekdrinken is zeer moeilijk, aangezien factoren zoals geslacht, leeftijd en gewicht in rekening moeten worden gebracht.

In de Gezondheidsenquête van 2008 wordt piekdrinken gedefinieerd als het drinken van zes of meer glazen alcohol tijdens eenzelfde gelegenheid en dit minstens één keer per week. Volgens deze definitie doet 8% van de Belgische bevolking aan piekdrinken²³. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) opteert voor de definitie van Anderson en Baumberg: *'Bingedrinken is de consumptie van zes of meer (mannen) en vier of meer (vrouwen) standaardglazen alcohol in twee uur tijd, ook al is het wekelijkse gebruik als aanvaardbaar te beschouwen'*²⁴.

Langdurig overmatig alcoholgebruik (harmful drinking)

Langdurig overmatig alcoholgebruik is een drinkpatroon dat gezondheidsschade veroorzaakt op fysiek (bijvoorbeeld lever schade) of op psychisch vlak (bijvoorbeeld depressieve episode). Langdurig overmatig alcoholgebruik kan ook nadelige gevolgen hebben op sociaal vlak. Men spreekt van langdurig overmatig alcoholgebruik bij personen die de aanbevolen grenswaarden (21 eenheden of standaardglazen alcohol per week voor mannen en 14 voor vrouwen) verder overschrijden dan de occasioneel overmatige alcoholgebruikers en bovendien al alcoholgerelateerde problemen ondervinden.

Alcoholafhankelijkheid (alcohol dependence)

De definitie van alcoholafhankelijkheid volgens de ICD-10 is: *'Een cluster van psychologische, gedragsmatige en cognitieve fenomenen waarbij alcoholgebruik voor het individu een belangrijkere plaats inneemt dan andere handelingen of gedrag waaraan hij/zij vroeger meer waarde hechtte'*²⁵.

Volgens de DSM-IV-TR is *'er afhankelijkheid in geval van een onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen'*²⁶.

Kortdurende interventies

'Brief interventions' of kortdurende interventies is een verzamelaar voor een heterogene groep van interventies die variëren in doelstelling, doelgroep, lengte, structuur en intensiteit²⁷. *'Kortdurende interventies zijn korte sessies waarin duidelijk en gestructureerd advies wordt gegeven, met feedback op maat van de patiënt over diens individuele verantwoordelijkheid om zijn gewoonten te veranderen. Daarbij worden veranderingsstrategieën aangeboden en wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van het zelfvertrouwen van de patiënt in zijn slaagkansen om te veranderen'*²⁸.

In deze aanbeveling wordt een onderscheid gemaakt tussen kort advies ('simple brief intervention of brief advice') en een korte interventie ('extended brief intervention')²⁹.

Kort advies (simple brief intervention, brief advice)

Kort advies is een kort gestructureerd adviesgesprek dat slechts enkele minuten duurt en vaak wordt toegepast in de eerstelijnszorg, ook door huisartsen. Kort advies (vijf minuten) blijkt niet minder doeltreffend dan de langer durende korte interventie, die vanuit logistiek oogpunt niet bij alle probleemdrinkers kan worden toegepast.

Kort advies bevat feedback en informatie. De feedback heeft betrekking op het alcoholgebruik dat de huisarts heeft vastgesteld. De informatie omvat enerzijds uitleg over de potentiële gezondheidsproblemen en risico's van het alcoholgebruik en anderzijds worden de grenzen van aanvaardbaar alcoholgebruik aangehaald en/of wordt de vergelijking gemaakt tussen het drinkpatroon van de patiënt en de consumptieniveaus in de algemene bevolking. Het kort advies eindigt met het afspreken van enkele doelstellingen om het drinkgedrag van de patiënt te veranderen. Het kort advies wordt in een motiverende interactiestijl gebracht, op een niet-moraliserende en niet-veroordelende manier. Ter ondersteuning van het kort advies krijgt de patiënt een folder mee met daarin informatie over wat 'aanvaardbaar' alcoholgebruik is, de risico's verbonden aan problematisch alcoholgebruik en de mogelijkheden om deze risico's te verminderen.

Het kort advies is relatief gemakkelijk uit te voeren, er is slechts minimale training voor nodig en het is goedkoop. Kort advies in de eerstelijnszorg implementeren heeft heel wat voordelen: de eerste lijn is per definitie laagdrempelig, de huisarts kan het onderwerp, gezien zijn positie en geloofwaardigheid, steeds aanbrengen bij alcoholgerelateerde klachten of ziekten en er is geen stigmatisering van de patiënt³⁰. Bovendien staan patiënten meestal open voor advies van hun huisarts over hun alcoholgebruik³¹. Dit alles maakt de huisarts de aangewezen persoon om een kort

advies toe te passen bij patiënten met mogelijk problematisch alcoholgebruik.

Korte interventie (extended brief intervention)

De korte interventie is een vorm van 'brief intervention' die gebruikmaakt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken³², een advies en vaak ook het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. De korte interventie duurt 20 à 30 minuten en houdt een reeks gesprekken in. De korte interventie bevat de elementen van het kort advies, met daarnaast³³:

- het in kaart brengen van het lichamelijke, psychologische (psychische) en sociale welbevinden van de patiënt, evenals de impact van het alcoholgebruik op de relatie met de directe en bredere omgeving;
- het duidelijk krijgen van de motivatie en de wil van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen.

Een korte interventie is een alternatief voor het kort advies indien tijdens het follow-upconsult vastgesteld wordt dat het alcoholgebruik ongewijzigd gebleven is. Een korte interventie wordt vooral aangeboden bij langdurig overmatig drinken, bij alcoholgerelateerde problemen of wanneer de patiënt zelf om hulp vraagt. Niet iedere huisarts kan een korte interventie doen. Deze techniek is weggelegd voor huisartsen die hier voldoende ervaring mee hebben of die zich hebben bekwaamd in een meer motivationeel gerichte aanpak³⁴.

Een korte interventie bevat meer dan het kort advies een aantal consistente elementen die bijdragen tot de effectiviteit. Deze elementen worden samengevat met het acroniem FRAMES³⁵ (tabel 1).

Tabel 1: Korte interventie – FRAMES³⁵.

- **Feedback (feedback):** de arts geeft, na beoordeling van het alcoholgebruik en de daarmee samenhangende problemen, feedback aan de patiënt over de gezondheidsrisico's als gevolg van het overmatige alcoholgebruik.
- **Responsability (verantwoordelijkheid):** de huisarts kent de verantwoordelijkheid voor verandering expliciet toe aan de patiënt, met respect voor diens recht om eigen keuzes te maken.
- **Advice about changing (advies):** de huisarts adviseert de patiënt over veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik op een duidelijke en niet-oordelende manier.
- **Menus (keuzemogelijkheden):** de huisarts biedt de patiënt verschillende opties en behandelingswijzen aan met betrekking tot veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik.
- **Empathic counselling (empathie):** de huisarts biedt een empathische begeleiding, toont warmte, respect en begrip.
- **Self-efficacy (persoonlijke effectiviteit, vertrouwen):** de huisarts ondersteunt het geloof van de patiënt in zijn eigen kunnen om verandering in het alcoholgebruik te bevorderen.

AANBEVELING

Problematisch alcoholgebruik opsporen

Wanneer problematisch gebruik opsporen?

Aanbeveling

- Spoor problematisch alcoholgebruik op bij één of meerdere signalen (Grade 2C):
 - psychische of sociale problemen, vaak gecombineerd met slaapproblemen;
 - veelvuldig gebruik van en vraag naar kalmeringsmiddelen en/of slaappillen;
 - diverse lichamelijke klachten;
 - veelvuldig consulteren met wisselend onduidelijk klachtenpatroon.
- Spoor problematisch alcoholgebruik op naar aanleiding van (Grade 2C):
 - consultaties waar signalen worden opgemerkt die kunnen wijzen op problematisch alcoholgebruik;
 - opvolgconsultaties van grotere medische problemen (bijvoorbeeld arteriële hypertensie, diabetes, obesitas,...);
 - een algemeen preventief gezondheidsonderzoek.

Toelichting

Er zijn geen specifieke symptomen of klachten die met zekerheid wijzen op problematisch alcoholgebruik. Toch kunnen bepaalde signalen bij de huisarts het vermoeden van problematisch alcoholgebruik doen rijzen of versterken, zeker wanneer deze gecombineerd voorkomen. De huisarts komt problematisch alcoholgebruik op het spoor door *directe* signalen (zoals een alcoholgeur, alcoholintoxicatie), doordat mensen uit de omgeving van de patiënt de huisarts signaleren dat de patiënt te veel drinkt of door *indirecte* signalen³⁶.

Indirecte signalen kunnen zijn:

- psychische of sociale problemen³⁷:
 - job-, financiële of relationele problemen,
 - depressie,
 - angst,
 - huiselijk geweld;
- veelvuldig gebruik van en vraag naar kalmeringsmiddelen en slaappillen;
- lichamelijke klachten: moeheid, malaise, tremor, hartkloppingen, overmatig transpireren, maar ook maag-darmproblemen (refluxklachten, gastritis, diarree, pancreatitis), verhoogde bloeddruk, bloeddorlopen ogen en cognitieve problemen³⁸;
- vaak op het spreekuur komen met een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon; regelmatig ongevallen en fractures; jicht; seksuele problemen; spider naevi; een erythemateus en oedemateus gezicht; black-outs of verhoogde laboratoriumwaarden van bijvoorbeeld gamma-GT naar aanleiding van een preoperatief onderzoek.

Let op: bij ouderen zijn de signalen van problematisch alcoholgebruik niet altijd eenduidig en kunnen ze gemaskeerd worden door andere gezondheidsproblemen³⁹. De signalen worden

daardoor vaak onterecht beschouwd als een normaal gevolg van het ouder worden ⁴⁰.

Het alcoholgebruik wordt opgespoord in een aantal klinische situaties. We denken hierbij zeker aan de consultaties voor de 'grote' medische problemen als hypertensie, obesitas, diabetes en andere ⁴¹.

De auteurs bevelen gericht opsporen aan ⁴²:

- wanneer de huisarts signalen van mogelijk problematisch alcoholgebruik opmerkt;
- wanneer algemeen preventief onderzoek plaatsvindt (het bevragen van rookgewoonten én alcoholgebruik maakt hiervan steeds deel uit);
- wanneer er formele contacten zijn (bijvoorbeeld bij inschrijving van een nieuwe patiënt, afsluiten of verlenging van het globaal medisch dossier ⁴³).

Waarom een gerichte screening?

Een onderzoek bij Britse huisartsen gaf aan dat wanneer huisartsen zich baseerden op anamnese en klinisch onderzoek alleen, tot 98% van de personen met problematisch alcoholgebruik werd gemist ⁴⁴.

De lijst met signalen (zie hierboven) werd in consensus door de auteurs opgesteld en is gebaseerd op de richtlijn van het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ⁴⁵ en de NHG-Standaard ⁴⁶. Conform de review van het National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) en de richtlijnen van de Clinical Knowledge Summaries (voorheen PRODIGY) (CKS) ⁴⁷ bevelen we een gerichte screening aan. Deze aanbeveling berust op een consensus. Er zijn geen gegevens bekend over het effect van een gerichte screening gevolgd door een korte interventie ⁴⁸. De doeltreffendheid van systematische screening om patiënten te selecteren voor een kortdurende interventie om het alcoholgebruik te verminderen, wordt betwist ⁴⁹.

Wij menen dat systematisch screenen naar problematisch alcoholgebruik een aanzienlijke bijkomende werkbelasting met zich meebrengt en moeilijk haalbaar is tijdens een gewone consultatie. Bovendien worden de patiënten dan afgeleid van hun ware contactredenen. Om deze redenen bevelen we, in navolging van de richtlijnen van de CKS, gericht screenen aan. Deze aanbeveling strookt tevens met resultaten van focusgroepdiscussies met Britse eerstelijns werkers en patiënten ⁵⁰.

Hoe problematisch alcoholgebruik opsporen?

Aanbeveling

- Ga stapsgewijs te werk om problematisch alcoholgebruik op te sporen (Grade 2C).
- Stap 1: stel vraag 1 tot en met 3 van de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (zie steekkaart). Kruis telkens één van de vijf mogelijke antwoorden aan. Tel de scores (0 tot en met 4) op die horen bij elk antwoord en bereken de totaalscore (Grade 1C):

- hoe vaak drink je alcohol?
- wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?
- hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?

- Stap 2: stel nadien vraag 4 tot en met 10 van de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bij (Grade 1B):
 - mannen <65 jaar indien de score op de eerste drie vragen ≥ 5 bedraagt;
 - vrouwen en 65-plussers indien de score op de eerste drie vragen ≥ 4 bedraagt.
- Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd om problematisch alcoholgebruik op te sporen (Grade 2C).

Toelichting

In de drukke praktijkvoering van de huisarts suggereren we stapsgewijs te werken en te starten met de eerste drie AUDIT-vragen (= de AUDIT-C) ⁵¹, waarbij enkel gepeild wordt naar de alcoholconsumptie (zie steekkaart). Een score van minder dan vijf voor mannen jonger dan 65 jaar of minder dan vier voor vrouwen en 65-plussers sluit problematisch alcoholgebruik wellicht uit. Het is bijgevolg niet nodig om de overige AUDIT-vragen te stellen. Een score van vijf of meer voor mannen jonger dan 65 jaar of vier of meer voor vrouwen en 65-plussers kan wijzen op problematisch alcoholgebruik. Het is dan aangewezen de overige zeven AUDIT-vragen te stellen. De AUDIT bestaat uit tien vragen: drie over alcoholconsumptie (AUDIT-C), vier over alcoholgerelateerde problemen en drie over afhankelijkheidssymptomen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer tien minuten. De mogelijke antwoorden op de vragen staan horizontaal weergegeven in de vragenlijst. De antwoorden krijgen telkens een score van 0 tot 4. Het meest linkse antwoord krijgt score 0 en het uiterst rechtse antwoord score 4. Bij vraag 9 en 10 is het scoren anders: het linkse antwoord krijgt 0, het middelste 2 en het rechtse 4. Onderaan worden de scores verzameld en opgeteld tot de AUDIT-score. Deze score ligt dus tussen 0 en 40 en bepaalt de verdere aanpak ⁵².

Ook als de huisarts al bijna overtuigd is van het bestaan van problematisch alcoholgebruik op basis van signalen, klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt, bevelen we toch aan de AUDIT af te nemen vooraleer met kort advies te starten. Het resultaat van de AUDIT biedt immers een bredere kijk op de problematiek én is een aanleiding om hierover een gesprek aan te gaan. De AUDIT kan ook helpen om de patiënt het besef bij te brengen over de normen van een redelijk en aanvaardbaar alcoholgebruik ⁵³. Ten slotte maakt de AUDIT het ook mogelijk om alcoholafhankelijkheid te detecteren, wat doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening vereist.

Bij het afnemen van de AUDIT (ook van de AUDIT-C) is een empathische en niet-moraliserende gesprekshouding uitermate belangrijk ⁵⁴. Kies het juiste moment en wees hierbij

flexibel. Een goed vertrekpunt is een klacht van de patiënt, die de huisarts in verband brengt met diens alcoholgebruik. Enkele voorbeelden van vragen:

- *Sommige mensen komen naar mij met dezelfde klachten als u en deze hebben soms te maken met het alcoholgebruik. Hoe staat het met uw alcoholgebruik?*
- *Hebt u er zelf al eens over nagedacht dat de klachten zouden kunnen samenhangen met een reactie van uw lichaam op het gebruik van alcohol? Zullen we eens kijken naar uw alcoholgebruik?*

Het antwoord op deze vragen zal bepalen of de AUDIT-(C) wordt aangeboden.

Ook bij 65-plussers suggereren we de AUDIT te gebruiken⁵⁵. Dit is vooral uit pragmatisch oogpunt. Andere, eventueel specifiek ontwikkelde vragenlijsten voor ouderen, zijn misschien meer geschikt (zoals de MAST-G, SMAST-G, ARPS, CAGE)⁵⁶, maar het lijkt ons niet haalbaar om voor verschillende bevolkingsgroepen verschillende screeningsinstrumenten te hantieren in de huisartsenpraktijk.

Om problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk op te sporen heeft de bepaling van gamma-GT (gamma glutamyl transpeptidase), MCV (mean corpuscular volume), CDT (koolhydraat deficiënt transferrine), AST/GOT (aspartaat aminotransferase/ glutamaat oxalaat transaminase), ALT/GPT (Alanine-Aminotransferase/ Glutaminezuur Pyrodruivenzuur Transaminase) en urinezuur een minder goede sensitiviteit en specificiteit dan vragenlijsten⁵⁷. De geringe sensitiviteit zorgt ervoor dat slechts een klein deel van patiënten met problematisch alcoholgebruik gedetecteerd worden. Mogelijk is het zinvol deze laboratoriumtests uit te voeren om leverbeschadiging vast te stellen of om vermindering of stoppen van alcoholgebruik te monitoren.

Waarom AUDIT en AUDIT-C?

In deze aanbeveling wordt het gebruik van de AUDIT en AUDIT-C als eerste keus aanbevolen omwille van volgende argumenten:

- De AUDIT is een gevalideerde vragenlijst om problematisch alcoholgebruik op te sporen⁵⁸. De indeling 'occasioneel overmatig alcoholgebruik' (hazardous drinking), 'langdurig overmatig alcoholgebruik' (harmful drinking) en 'alcoholafhankelijkheid' (alcohol dependence), evenals de indicatie voor de kortdurende interventie zijn internationaal op de AUDIT gebaseerd.
- Bijna alle online-applicaties van de alcoholzelftests zijn op de AUDIT gebaseerd.
- De AUDIT-vragenlijst werd door de WGO speciaal ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, maar wordt vandaag ook in andere settings gebruikt. Zowel de review van het NTA als de richtlijnen van de CKS maken van de AUDIT de eerste keuze⁵⁹. Het is de internationale standaard en wereldwijd is met AUDIT de meeste ervaring opgebouwd.

Andere vragenlijsten bevelen we niet aan. De internationale literatuur over de CAGE en de Five-Shot is beperkter. Deze

twee vragenlijsten bevragen het alcoholgebruik in het verleden en combineren problematisch alcoholgebruik + alcoholafhankelijkheid, terwijl de huisarts geïnteresseerd is in het huidige alcoholgebruik en de aanbeveling enkel gaat over problematisch alcoholgebruik.

De AUDIT is een screeningsinstrument met een goede sensitiviteit en specificiteit om problematisch alcoholgebruik op te sporen^{60,61}. De AUDIT-C blijkt in validiteit weinig te verschillen van de AUDIT⁶².

Als de huisarts honderd *mannen* aanspreekt voor een AUDIT-C zal hij bij 36 van hen een volledige AUDIT moeten laten invullen⁶³. Ongeveer tien van hen zullen beantwoorden aan 'problematisch alcoholgebruik' en een kort advies krijgen. Slechts bij twee van deze laatste tien was het advies niet echt nodig (vals-positief). Als de huisarts honderd *vrouwen* aanspreekt, zal hij bij 35 van hen een volledige AUDIT moeten laten invullen. Ongeveer vier van hen zullen een kort advies krijgen. Slechts bij één van deze laatste vier was het advies niet echt nodig (vals-positief). Het aantal mannen en vrouwen dat 'onterecht' bestempeld wordt als 'problematisch alcoholgebruik' zal nog lager liggen als de huisarts screent op basis van signalen. Op basis van diezelfde sensitiviteit- en specificiteitsgegevens zal de huisarts bij ongeveer zeven (mannen) en drie (vrouwen) op honderd het problematisch alcoholgebruik 'missen' en geen kort advies geven (vals-negatief).

Onderzoek toont dat de AUDIT beter is dan andere vragenlijsten om problematisch alcoholgebruik op te sporen^{64,65}.

De aanbeveling om problematisch alcoholgebruik op te sporen met de AUDIT en niet met laboratoriumtests is gebaseerd op de review van het NTA en op de richtlijnen van de CKS.

Hoe de AUDIT gebruiken?

Aanbeveling (Grade 2C)

- Zorg voor een veilig kader en een empathische gesprekshouding opdat de AUDIT zorgvuldig en zo waarheidsgetrouw mogelijk ingevuld zou worden.
- Kruis bij elke vraag één van de vijf mogelijke antwoorden aan en bereken op het einde de totale AUDIT-score en geef aan of de patiënt behoort tot de categorie 'aanvaardbaar alcoholgebruik', 'problematisch alcoholgebruik' of 'alcoholafhankelijkheid'.
- Moedig de patiënt aan zijn 'aanvaardbaar' alcoholgebruik niet te veranderen bij een score van **0 t.e.m. 7** voor mannen jonger dan 65 jaar en van **0 t.e.m. 6** voor vrouwen en alle 65-plussers.
- Geef een kort advies (zie verder) bij een score van **8 t.e.m. 19** bij mannen <65 jaar en van **7 t.e.m. 19** bij vrouwen en alle 65-plussers.
- Verwijs naar gespecialiseerde hulpverlening bij een score **vanaf 20**.

Toelichting

Om betrouwbare antwoorden te bekomen is het belangrijk om voor een veilig kader te zorgen. Naast een empathische

en niet-moraliserende gesprekshouding is het goed (nog) eens te benadrukken dat de antwoorden vertrouwelijk zijn, dat ze bedoeld zijn om te helpen, niet om te straffen en dat de antwoorden de patiënt een beter zicht kunnen geven op zijn gebruik en de daaraan verbonden risico's.

De AUDIT is ontworpen om door de patiënt zelf te worden ingevuld, maar dit kan ook samen met de huisarts gebeuren⁶⁶. Bespreek de verschillende manieren van invullen met de patiënt:

- Tijdens de consultatie overloopt de huisarts samen met de patiënt de AUDIT. Bij klinische signalen van problematisch alcoholgebruik (bijvoorbeeld bij een leveraandoening) is het soms gemakkelijker om de AUDIT mondeling af te nemen. Dit is, zeker bij een oudere populatie, te verkiezen wanneer de patiënt liever niet met een schriftelijke vragenlijst wordt geconfronteerd.
- De patiënt vult de AUDIT in de wachtkamer in.
- De patiënt vult de AUDIT thuis in. Spreek dan wel direct een vervolgesprek af tijdens een consultatie waarbij de huisarts samen met de patiënt de antwoorden op de AUDIT als onderdeel van een uitgebreidere gezondheidsvragenlijst (bijvoorbeeld de Gezondheidsgids⁶⁷) overloopt.
- De patiënt vult de AUDIT thuis in via een online-applicatie. Meerdere organisaties bieden immers de AUDIT aan onder de vorm van een laagdrempelige, anonieme en gratis zelftest en dit met stijgend succes⁶⁸. Spreek ook hier direct een vervolgesprek af.

De AUDIT kan zonder verlies van efficiëntie worden geïntegreerd in een algemene vragenlijst⁶⁹ over de levensstijl of in een bevraging van de medische voorgeschiedenis als 'check-up'. Door de AUDIT af te nemen in een breder kader zal de patiënt dit makkelijker kunnen plaatsen.

Wanneer de AUDIT-score bij mannen jonger dan 65 jaar binnen het interval 0 t.e.m. 7 valt en bij vrouwen of alle 65-plussers 0 t.e.m. 6, spreekt men van 'aanvaardbaar gebruik'⁷⁰. Het is belangrijk dat de huisarts deze patiënten aanmoedigt hun huidige 'aanvaardbaar' alcoholgebruik niet te veranderen. Het geven van algemene informatie over alcohol is zeker zinvol. Een kort advies is aanbevolen bij de categorie 'problematisch alcoholgebruik'. Dit is het geval bij patiënten met een score van 8 t.e.m. 19 (mannen onder de 65 jaar) en een score van 7 t.e.m. 19 (vrouwen en alle 65-plussers). Patiënten met een score vanaf 20 behoren tot de categorie 'alcoholafhankelijkheid'. Verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening is dan aanbevolen (zie verder).

Therapeutische aanpak

Wat doen bij vermoeden van problematisch alcoholgebruik op basis van de AUDIT?

Aanbeveling

Geef een kort advies (Grade 1A). Dit is een kort gestructureerd adviesgesprek dat meestal niet langer dan vijf minuten duurt. Het bevat feedback en informatie over het alcoholgebruik.

Toelichting

Een kort advies wordt aanbevolen bij een AUDIT-score tussen ≥ 8 en 19 voor mannen of ≥ 7 en 19 voor vrouwen en 65-plussers^{71,72}. De reden voor het lagere afkappunt van 7 bij vrouwen⁷³ en 65-plussers⁷⁴ is de grotere impact van alcohol op hun gezondheid. In de literatuur worden soms nog lagere afkappunten gehanteerd⁷⁵. Wij pleiten er echter voor om het afkappunt (en dus de specificiteit) eerder hoog te leggen om op die manier het aantal vals-positieven zo laag mogelijk te houden⁷⁶. Het kort advies volstaat vaak om het alcoholgebruik te verminderen of te stoppen⁷⁷. De meeste kans op succes wordt geboekt als het problematisch alcoholgebruik nog maar enkele maanden bestaat of niet ernstig is. De patiënt heeft dan voldoende inzicht om zelf een beslissing te nemen om meer verantwoord te gaan drinken. Een duidelijke en eenvoudige aanpak is in die gevallen het meest aangewezen⁷⁸. Een kort advies is ook zinvol wanneer de patiënt zich (nog) niet bewust is dat er een probleem is of er niet van overtuigd is dat hij moet veranderen^{79,80}. Een kort advies kan zelfs resultaat hebben bij die patiënten die verwonderd of defensief reageren, als ze worden aangesproken over hun alcoholgebruik en als de huisarts pleit voor verandering.

De basis voor deze aanbeveling wordt gebundeld weergegeven bij het punt 'Waarom kort advies en korte interventie?' op blz. 145.

Hoe een kort advies geven en wat houdt het in?

Aanbeveling (Grade 2C)

- Deel de AUDIT-score mee en bespreek de betekenis van de daarbijhorende categorie.
- Geef het kort advies op een empathische en niet-verooradelende manier:
 - geef aan wat de persoonlijke risico's van problematisch alcoholgebruik zijn en breng de nood aan verandering ter sprake;
 - geef aan wat de aanvaardbare hoeveelheden alcohol kunnen zijn.
- Laat weten dat het geven van dit kort advies in het medisch dossier wordt genoteerd.
- Geef ter ondersteuning van dit mondeling kort advies een folder mee met de informatie over wat 'aanvaardbaar' alcoholgebruik is, over de risico's verbonden aan problematisch alcoholgebruik en de mogelijkheden om deze risico's te verminderen.

Toelichting

De huisarts legt aan de patiënt uit dat de hoogte van de AUDIT-score aangeeft of de patiënt behoort tot de categorie 'aanvaardbaar alcoholgebruik', 'problematisch alcoholgebruik' of 'alcoholafhankelijkheid'. Het geven van feedback en informatie over de risico's van alcoholgebruik en over de 'aanvaardbare grenzen' gebeurt steeds met de nodige empathie en op een neutrale en niet-beschuldigende manier, net zoals dit het geval

was bij het afnemen van de AUDIT. De huisarts kan bij het sensibiliseren van de patiënt om alcoholgebruik te veranderen een oplijsting maken van de risico's (tabel 2).

De eerste drie vragen van de AUDIT laten toe te spreken over de aanvaardbare hoeveelheden alcoholgebruik. Belangrijk is aan te geven dat er niet zoiets bestaat als een 'veilige ondergrens' (tabel 3). Deze term is enigszins misleidend⁸¹. Het zijn eerder aanvaardbare grenswaarden voor alcoholconsumptie waarbij de risico's op ongevallen en verwondingen of de kans op ontwikkeling van alcoholgerelateerde aandoeningen aanvaardbaar laag zijn in vergelijking met niet drinken⁸². Hoe hoger het alcoholgebruik, hoe hoger de risico's. De keuze voor twee alcoholvrije dagen is gemaakt om gewoontevorming tegen te gaan⁸³.

Het is aangetoond dat alcoholgebruik verminderen tot 'aanvaardbaar gebruik' of volledig stoppen de risico's vermindert⁸⁴. Bij het maken van afspraken ondersteunt de huisarts ook het zelfvertrouwen en zelfbeeld van de patiënt en bereidt hem/haar voor om de verantwoordelijkheid voor verandering op te nemen. Concrete adviezen om te stoppen of te minderen staan in tabel 4.

Het is bekend dat vergelijking van het drinkpatroon van de patiënt met de norm binnen de algemene bevolking stimulerend werkt om het gedrag te veranderen⁸⁵. In Vlaanderen heeft 13% van de mannen en 5% van de vrouwen een hogere alcoholconsumptie dan de WGO-grenswaarden (>14 glazen per week voor vrouwen en >21 glazen per week voor mannen)⁸⁶. De basis voor deze aanbeveling wordt gebundeld weergegeven bij het punt 'Waarom kort advies en korte interventie?' op blz. 145.

Opvolgbeleid door de huisarts en korte interventie

Wanneer follow-up voorzien? Wat houdt dit in?

Aanbeveling (Grade 2C)

- Herhaal het kort advies wanneer er nieuwe signalen zijn in de situatie van de AUDIT-score ≤ 15 .
- Neem zelf het initiatief om een vervolgggesprek vast te leggen in de situatie van de AUDIT-score 16-19. Herhaal in dit vervolgggesprek het kort advies of overweeg een korte interventie, als hierin blijkt dat het alcoholgebruik ongewijzigd gebleven is.
- Spreek een opvolgstrategie af met de gespecialiseerde hulpverlening.

Toelichting

Na een kort advies moet niet meer op het alcoholgebruik teruggekomen worden bij een volgende consultatie, als het problematisch alcoholgebruik relatief beperkt is (AUDIT-score ≤ 15)⁸⁷. Kaart het alcoholgebruik wel aan bij een nieuw signaal of gebeurtenis. Is het problematisch alcoholgebruik daarentegen ernstiger (AUDIT-score 16-19), neem dan zélf het initiatief om een vervolgggesprek met de patiënt binnen de zes maanden vast te leggen. De precieze termijn hangt af van het klinisch oordeel van de huisarts en van de mogelijkheden en de voorkeur van de patiënt. Deze aanpak laat de huisarts toe de patiënt niet uit het oog te verliezen, de veranderingen in het

Tabel 2: Risico's van problematisch alcoholgebruik.

Lichamelijke risico's⁸⁸

- leverschade;
- hart- en vaatziekten (bloeddrukstijging, coronaire aandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen, cardiomyopathie en hart-ritmestoornissen);
- overgewicht;
- kanker (spijsverteringsstelsel, borst);
- andere aandoeningen zoals jicht, gastro-intestinale bloedingen, pancreatitis, neurologische problemen, vallen bij bejaarden⁸⁹, impotentie en vruchtbaarheidsproblemen;
- ontwenningsverschijnselen (beven, misselijkheid, braken, zweten, stuipen, delirium tremens);
- slaapstoornissen.

Psychiatrische, psychische en mentale risico's⁹⁰

- depressie en angst;
- zelfmoord(pogingen), seksuele problemen, hallucinaties, amnesie (= black-out of geheugenstoornissen);
- achteruitgang van de intellectuele capaciteiten, vroegtijdige dementie;
- karakterveranderingen.

Maatschappelijke risico's

- echtscheidingen, huiselijk geweld en andere vormen van agressie, kinderverwaarlozing en -mishandeling;
- werkverzuim, verminderde werkprestaties, financiële problemen, dakloosheid, crimineel gedrag, onveilig seksueel gedrag;
- verkeersongevallen.

Tabel 3: Aanvaardbare hoeveelheid alcoholgebruik⁹¹.

Mannen

- gemiddeld niet meer dan 21 standaardglazen per week,
- nooit meer dan 5 standaardglazen per keer,
- minimum 2 alcoholvrije dagen per week.

Vrouwen

- gemiddeld niet meer dan 14 standaardglazen per week,
- nooit meer dan 3 standaardglazen per keer,
- minimum 2 alcoholvrije dagen per week.

65-plussers

- bij voorkeur minder drinken dan wat als aanvaardbaar wordt beschouwd voor volwassenen,
- opletten voor de combinatie van alcohol en medicatie.

Tabel 4: Concrete adviezen voor stoppen of minderen.

Afhankelijk van de door de patiënt aangebrachte informatie kan de huisarts de volgende adviezen geven⁹²:

- Vervang enkele van de alcohol drankjes door niet-alcoholische drankjes of door drankjes met weinig alcohol.
- Als je meestal drinkt als je uitgaat, probeer dan later op de avond uit te gaan of je eerste glas alcohol later op de avond te drinken.
- Als je meestal thuis drinkt, haal dan niet-alcoholische alternatieven in huis.
- Koop kleinere glazen en schenk niet te veel drank in.
- Als je alcohol drinkt om te ontspannen na een zware dag, zoek alternatieven zoals lichaamsbeweging of relaxatietechnieken.
- Vermijd drinken op een lege maag.
- Vermijd het drinken van verschillende alcoholische dranken door elkaar.

Bied steeds ondersteuning aan. Naargelang de verbale/non-verbale reactie van de patiënt kan dit bestaan uit het aangeven dat hij altijd voor alle vragen bij de huisarts terecht kan, het maken van een afspraak (voor een korte interventie) of een verwijzing.

alcoholgebruik aan te moedigen en een tijds kader te bieden, waarbinnen de gestelde doelen kunnen worden bereikt.

Tijdens het follow-upconsult wordt nagegaan hoe het alcoholgebruik geëvolueerd is. Als de huisarts vaststelt dat het alcoholgebruik niet verminderd is of als de patiënt dit zelf aangeeft, wordt het kort advies herhaald of wordt een korte interventie gedaan. Het kan zinvol zijn de AUDIT te herhalen indien de huisarts of de patiënt dit nuttig vindt. Het is goed mogelijk dat tijdens een korte interventie ernstige onderliggende problemen aan het licht komen die aangepakt moeten worden.

Als er bovendien lichamelijke, psychiatrische of sociale problemen zijn waarvoor werd doorverwezen, zal de follow-up van de huisarts erop gericht zijn na te gaan of de doorverwijzing effectief is plaatsgevonden, of de daar gemaakte afspraken worden nagekomen en of de patiënt het verminderen of stoppen van het alcoholgebruik volhoudt. Het is de taak van de huisarts om blijvend aandacht te hebben voor mensen die ooit een alcoholprobleem hebben gehad⁹³. Deze patiënten blijven heel vatbaar voor herval.

Hoe een korte interventie doen?

Aanbeveling (Grade 2C)

Gebruik het Anamnese-Begeleiding-Continuïteit (ABC)-model voor begeleiding van alcoholmisbruik, ontwikkeld door Domus Medica als vorm van korte interventie. Er wordt gepeild naar de motivatie om te veranderen en gezocht naar een gepaste interventie en opvolging.

Toelichting

In consensus wordt het ABC-model voor begeleiding van alcoholgebruik, dat Domus Medica enige tijd geleden ontwikkeld heeft, hier vooropgesteld (zie www.domusmedica.be/aanbevelingen)⁹⁴. De huisarts kaart het drinkgedrag van de patiënt aan, peilt naar diens motivatie om te veranderen, helpt de patiënt een gepaste interventie te kiezen en zorgt voor een gepaste opvolging.

Waarom kort advies en korte interventie?

Kortdurende interventies in verschillende vormen en in verschillende settings zijn effectief om problematisch alcoholgebruik te herleiden tot een 'laagrisiconiveau'. Dit wordt bevestigd in de review van het NTA⁹⁵, de richtlijnen van de CKS⁹⁶ en een Cochrane review uit 2009⁹⁷. Deze Cochrane review met meta-analyse omvat 22 randomised clinical trials (met in totaal 7619 deelnemers) en toonde na één jaar of langer een significante reductie van het wekelijkse alcoholgebruik in vergelijking met de controlegroep. De reductie bedroeg 38 gram alcohol, wat overeenkomt met vier à vijf standaardglazen per week per persoon⁹⁸. Deze reductie werd ook vastgesteld in 'normale' huisartsenpraktijken en voornamelijk bij mannelijke patiënten.

Een systematische review uit 2004 vergeleek drie soorten interventies in de eerste lijn, waaronder het kort advies met eventueel vervolgspraken met gewone zorg (usual care)⁹⁹. Na een

follow-upperiode van zes à twaalf maanden merkte men een significante reductie van het percentage overmatige drinkers in vergelijking met de groep die gewone zorg kreeg. Een andere systematische review uit 2005 toont na een follow-upperiode van zes à twaalf maanden dat kortdurende interventies in de eerste lijn effectief zijn in het verminderen van het alcoholgebruik bij mannen en vrouwen¹⁰⁰.

De Number Needed to Treat (NNT) voor kortdurende interventies bij problematisch alcoholgebruik is acht¹⁰¹. Dit ligt zelfs iets gunstiger dan bij rookstopadvies¹⁰². Kortdurende interventies zijn eveneens effectief bij piekdrinken om het alcoholgebruik en de frequentie ervan te verminderen¹⁰³. Ook bij 65-plussers zijn kortdurende interventies zinvol. Uit verschillende studies is immers gebleken dat ouderen significant minder alcohol gaan drinken nadat ze gepersonaliseerde informatie en voorlichting kregen van hun huisarts¹⁰⁴. Kortdurende interventies brengen een reductie mee van alcoholgerelateerde problemen¹⁰⁵ en mogelijk ook van de alcoholgerelateerde mortaliteit¹⁰⁶.

De meeste studies hebben het over kortdurende interventies en maken geen duidelijk onderscheid tussen kort advies en korte interventie. Studies die dit wel doen, geven ook aan dat een kort advies helpt het alcoholgebruik te verminderen, zowel bij mannen¹⁰⁷ als vrouwen¹⁰⁸. We stippen aan dat het (nog) niet uitgemakt is of korte interventie effectiever is dan kort advies¹⁰⁹.

Het ABC-model van Domus Medica is niet gevalideerd. Het lijkt echter wel een goede leidraad te zijn voor de huisarts om op basis van zijn persoonlijke relatie met de patiënt het problematisch alcoholgebruik gestructureerd aan te pakken¹¹⁰.

Verwijzing

Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Aanbeveling (Grade 2C)

- Verwijs de patiënt door naar gespecialiseerde hulpverlening:
 - bij een AUDIT-score van ≥ 20 of wanneer een vermoeden bestaat van alcoholafhankelijkheid voor verdere diagnostiek en gespecialiseerde aanpak;
 - bij psychiatrische comorbiditeit, aangezien deze een complexe diagnostiek en behandeling vereist;
 - bij lichamelijke comorbiditeit die niet in de eerste lijn kan worden verholpen (Grade 1B);
 - als patiënt en huisarts kiezen voor doorverwijzing;
 - als bij follow-up na (herhaald) kort advies blijkt dat het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft;
 - als er een indicatie is voor een korte interventie en de huisarts dit zelf niet opneemt.
- Verwijs zo gericht mogelijk door. Maak gebruik van bestaande samenwerkingsvormen, waaronder de klassieke verwijzing naar de psychiater.

Toelichting

Bij een AUDIT-score ≥ 20 bestaat een sterk vermoeden van alcoholafhankelijkheid. Een doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulpverlening voor meer zekerheid hierover is nodig¹¹¹. Anderzijds kan de huisarts een vermoeden hebben van alcoholafhankelijkheid bij een AUDIT-score < 20 ; ook dit is een indicatie voor verwijzing.

Bij alcoholgerelateerde psychiatrische comorbiditeit (bijvoorbeeld angst, depressie) is de aanpak van het alcoholprobleem een absolute prioriteit, inclusief de verwijzing naar gespecialiseerde diensten ¹¹².

De huisarts neemt de behandeling van alcoholgerelateerde lichamelijke problemen meestal op zich, maar sommige meer ernstige lichamelijke verwickelingen (zoals leveraantasting, alcoholische cardiomyopathie, neuropathie) vereisen een verwijzing naar of opname in gespecialiseerde diensten.

Doorverwijzing ligt voor de hand indien de patiënt hierom expliciet vraagt. Patiënten kunnen echter ook gekant zijn tegen doorverwijzing, dikwijls omdat de motivatie om hun alcoholprobleem aan te pakken nog moet groeien. Het welslagen van een doorverwijzing is vaak een combinatie van de autoriteit van de doorverwijzer en de mate waarin de patiënt erin slaagt de weerstanden waar hij of zij mee kampt, te overwinnen. Deze weerstanden kunnen zijn: niet beseffen of geloven dat hun alcoholgebruik risico's inhoudt, het verband niet leggen tussen hun alcoholgebruik en de problemen, de voordelen van het alcoholgebruik niet willen of kunnen opgeven, de oorzaak van het overmatige alcoholgebruik bij anderen leggen, de tijd en de energie niet willen opbrengen om in behandeling te gaan. Doorverwijzing heeft een grotere slaagkans als de huisarts de personen naar wie hij verwijst, kent en omgekeerd.

Wanneer na (herhaald) kort advies tijdens de follow-up blijkt dat het alcoholgebruik ongewijzigd blijft, kan er naast een korte interventie door de huisarts zelf ook een doorverwijzing plaatsvinden naar meer gespecialiseerde hulpverleningsvormen. Cognitieve gedragstherapie behoort, met de motiverende gespreksvoering, tot de psychosociale interventies met de grootste effectiviteit. Cognitieve gedragstherapie omvat een reeks interventies die erop gericht zijn de gewoonte van het drinken te doorbreken en de patiënt cognitieve en gedragsvaardigheden bij te brengen die hem kunnen helpen om beter om te gaan met levensproblemen in het algemeen ^{113,114}. Huisartsen die zich willen toeleggen op of expertise hebben in motivationele gespreksvoering en gedragsverandering, kunnen deze uiteraard zelf toepassen ¹¹⁵.

Bij verwijzing kan het stepped care-model worden toegepast ¹¹⁶. Dit betekent dat aanvullend een meer intensieve en geïntegreerde aanpak door en met gespecialiseerde hulpverlening wordt geleverd. Bij het verwijzen zullen ook pragmatische overwegingen een rol spelen: de eigen mogelijkheden van de huisarts, de bereidheid van de patiënt om naar een gespecialiseerde hulpverlening te gaan, de beschikbaarheid ervan in de regio, het bestaan van wachtlijsten. De doorverwijsgids van de VAD is een goede leidraad voor verwijzingen ¹¹⁷.

Waarom doorverwijzen?

De meeste wetenschappelijke bewijsvoering met betrekking tot doorverwijzing naar meer gespecialiseerde instanties is van toepassing op alcoholafhankelijkheid. Nochtans staat de ernst van de alcoholgerelateerde problemen niet steeds in rechtstreekse verhouding tot de graad van alcoholafhankelijkheid. Ook bij iemand zonder alcoholafhankelijkheid kunnen de

alcoholgerelateerde problemen zodanig erg zijn dat doorverwijzing nodig is.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op consensus en op de richtlijnen van de CKS ¹¹⁸ die op hun beurt gebaseerd zijn op de richtlijnen van het SIGN ¹¹⁹ en de review van het NTA ¹²⁰. Ook andere richtlijnen geven vergelijkbare aanbevelingen ¹²¹. Het stepped care-model is in principe kosteneffectief en effectiviteitsverhogend. Het lijkt een rationele en kostenbesparende manier van werken. Verder onderzoek in de huisartsenpraktijk zal moeten aangeven welke aanpak/behandeling voor problematisch alcoholgebruik, in welke volgorde, op welk moment en bij welke patiëntenpopulatie aangewezen is.

KERNBOODSCHAPPEN

Opsporen problematisch alcoholgebruik

- Neem de AUDIT af bij signalen die wijzen op problematisch alcoholgebruik en ter gelegenheid van een algemeen gezondheidsonderzoek (Grade 2C).
- Ga bij het opsporen stapsgewijs te werk (Grade 2C).
 - Stap 1: stel vraag 1 tot en met 3 van de AUDIT.
 - Stap 2: stel nadien vraag 4 tot en met 10 van de AUDIT (Grade 1B) bij mannen <65 jaar als de score op de eerste drie vragen ≥ 5 bedraagt en bij vrouwen en 65-plussers indien de score hierop ≥ 4 bedraagt.
- Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd om problematisch alcoholgebruik op te sporen (Grade 2C).
- Moedig de patiënt aan zijn 'aanvaardbaar' alcoholgebruik niet te veranderen bij een score van 0 t.e.m. 7 voor mannen <65 jaar en van 0 t.e.m. 6 voor vrouwen en alle 65-plussers.
- Geef een kort advies bij een AUDIT-score van 8 t.e.m. 19 bij mannen <65 jaar en van 7 t.e.m. 19 bij vrouwen en alle 65-plussers.
- Verwijs naar de gespecialiseerde hulpverlening bij een score vanaf 20.

Therapeutische aanpak bij problematisch alcoholgebruik

Kort advies

- Geef een kort advies (Grade 1A).
- Kort advies houdt in (Grade 2C):
 - bespreek de AUDIT-score;
 - geef aan wat de persoonlijke risico's van problematisch alcoholgebruik zijn en breng de nood aan verandering ter sprake;
 - geef aan wat de aanvaardbare hoeveelheden alcohol kunnen zijn;
 - geef een folder mee ter ondersteuning van dit kort advies.

Follow-up en korte interventie (Grade 2C)

- Herhaal het kort advies wanneer er nieuwe signalen zijn in de situatie van de AUDIT-score ≤ 15 .
- Neem zelf het initiatief om een vervolggesprek vast te leggen in de situatie van de AUDIT-score 16-19. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of overweeg het gebruik van het ABC-model voor begeleiding van alcoholmisbruik (ontwikkeld door Domus Medica), als het alcoholgebruik onverminderd is gebleven.

Verwijzing (Grade 2C)

- Verwijs de patiënt door naar gespecialiseerde hulpverlening bij een AUDIT-score van ≥ 20 , bij psychiatrische comorbiditeit en als na herhaald kort advies blijkt dat het problematisch alcoholgebruik onverminderd blijft.

GRADE-CLASSIFICATIE

In deze tekst wordt de Grade-classificatie aangehouden om de sterkte en dus ook de zwakte van een aanbeveling aan te duiden¹²². Wanneer de voordelen van een aanbeveling ('recommendation') de nadelen of risico's duidelijk overtreffen, spreken we van een 'sterke' aanbeveling en wordt het cijfer 1 toegekend. Wanneer er daarentegen een (twijfelachtig) evenwicht is tussen voor- en nadelen of risico's van de kernboodschap, spreken we van een 'zwakke' aanbeveling en wordt het cijfer 2 toegekend. Afhankelijk van de kwaliteit van de onderbouwende studies krijgt de aanbeveling ook nog een letter A, B of C. Bij wijze van voorbeeld:

- 1A betekent: de voordelen overtreffen duidelijk de nadelen en de kernboodschap is onderbouwd met goede randomised clinical trials of overtuigende observationele studies.
- 2C betekent: er is onzekerheid over de voor- en nadelen en de kernboodschap is 'slechts' onderbouwd met gewone observationele studies of case studies.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT & PATIËNTBETROKKENHEID

- Afdrukbare AUDIT-vragenlijst (zie steekkaart en www.domusmedica.be/aanbevelingen).
- Patiëntenfolder ter ondersteuning van het kort advies (zie www.domusmedica.be/aanbevelingen).
- De patiënt dient geïnformeerd te worden over het bestaan van online-applicaties⁶⁸.
- Bij de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) zijn een aantal zelfhulpboekjes beschikbaar: Tijd om na te denken, Matig drinken, Maak uw keuze
- www.druglijn.be/info_druglijn/index.html
- www.hoeveelsteveel.be/
- www.vad.be/doelgroepen/partners-van-gebruikers/materiaal.aspx
- www.vad.be/doelgroepen/kinderen-van-gebruikers/materiaal.aspx
- www.vad.be/doelgroepen/ouders-/info-voor-ouders/materiaal.aspx

HULPMIDDELEN VOOR DE HUISARTS

- Steekkaart i.v.m. de aanpak van problematisch alcoholgebruik door de huisarts.
- Domus Medica en de VAD hebben in het kader van de aanpak van alcoholproblematiek ondersteunend materiaal voor huisartsen ontwikkeld:
 - www.domusmedica.be/onderzoek/psychosociale-problematieken/alcoholproblematiek/inleiding.html
 - www.vad.be/sectoren/eerstelings--gezondheidszorg/in-de-kijker.aspx

ELEMENTEN VOOR EVALUATIE

Om in de praktijk te kunnen beoordelen of er ook volgens de aanbeveling wordt gewerkt, is het noodzakelijk om te komen tot een set van valide indicatoren. Voor het ontwikkelen van indicatoren vormen de kernboodschappen het uitgangspunt.

Het opstellen van kwaliteitsvolle en in de praktijk haalbare indicatoren is een proces apart. We beperken ons hier tot het aanreiken van elementen die tot evaluatie kunnen leiden:

- het afnemen van de AUDIT-C en de AUDIT bij de patiënten uit de doelgroep;
- het geven van het kort advies bij de patiënten met een 'positieve' AUDIT;
- het noteren in het medisch dossier van de AUDIT-score en of het kort advies werd gegeven;
- het nagaan van het effect van het kort advies en het noteren ervan in het medisch dossier.

RANDVOORWAARDEN

- Elke huisarts dient op een zo gebruiksvriendelijk en toegankelijk mogelijke manier te kunnen beschikken over deze aanbeveling, de bijbehorende steekkaart en patiëntenfolder.
- De huisarts moet voldoende tijd hebben (10 à 15 min) om de AUDIT af te nemen en het kort advies te geven.
- Aangepaste opleidingsmogelijkheden voor de huisarts zijn nodig i.v.m. het herkennen van indicaties om alcoholgebruik te bevragen, het gebruik van de AUDIT en het geven van een kort advies. Hiertegenover moet een financiële compensatie staan.
- De huisarts moet op de hoogte zijn van de lokaal-regionale doorverwijsmogelijkheden (sociale kaart die continu wordt bijgewerkt).
- Er is nood aan een extra aanbod aan opleiding in motiverende gespreksvoering voor geïnteresseerde huisartsen. Ook hiertegenover moet een financiële compensatie staan.
- Er is vraag naar een vervolg op deze aanbeveling in verband met de taak van de huisarts bij alcoholafhankelijkheid of zeer ernstig problematisch alcoholgebruik.

RESEARCHAGENDA

- Onderzoek naar de haalbaarheid van de tweestapsbenadering (AUDIT-C gevolgd door de volledige AUDIT) en het kort advies in de Vlaamse huisartsenpraktijk met inbegrip van effectiviteitsstudies in 'real-life conditions'.
- Haalbaarheid van de korte interventie als alternatief voor het kort advies in meer huisartsenpraktijken.
- Effecten van kort advies op de korte, middellange en lange termijn in nog te bepalen specifieke patiëntengroepen.
- Implementatieonderzoek i.v.m. screening en korte interventies in de Vlaamse huisartsenpraktijken.

ECONOMISCHE BESCHOUWINGEN

De kostprijs verbonden aan de schade veroorzaakt door alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, ligt hoog. Ook de impact ervan op de maatschappij is aanzienlijk (ongevallen, huiselijk geweld,...). Geschat wordt dat op 1000 patiënten in de huisartsenpraktijk, gemiddeld 2200 euro per jaar nodig is om in de Europese Unie een identificatie- en kortinterventieprogramma op te zetten. De kosten om één jaar doorgebracht in slechte gezondheid of om één jaar vroegtijdige sterfte te voorkomen worden geschat op 1900 euro per DALY (Disability Adjusted

Life Years). Dit maakt korte interventies voor overmatig en schadelijk alcoholgebruik tot de goedkoopste van alle medische interventies die leiden tot gezondheidswinst¹²³. Wat dit in Vlaanderen zou kosten, is niet duidelijk.

TOTSTANDKOMING

Auteurs

De auteurs van deze aanbeveling zijn prof. dr. Geert Dom (Universiteit Antwerpen vakgroep CAPRI; Radboud Universiteit, Nijmegen, Master in Addiction Medicine; hoofdgeneesheer PC Broeders Alexianen, Boechout), mevrouw Martine Goossens (wetenschappelijk medewerker project aanbevelingen), Sarah Hoeck (medisch sociologe, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen), dr. Jan Michels (huisarts in Tielt, senior richtlijnontwikkelaar Domus Medica), prof. dr. Guido Van Hal (medisch socioloog, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen), prof. dr. Paul Van Royen (huisarts, diensthoofd, vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Universiteit Antwerpen, covoorzitter Commissie Aanbevelingen Domus Medica). Deze auteursgroep stelde de aanbeveling op volgens de vastgelegde procedure van de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw¹²⁴. De groep kwam twintig keer samen van januari 2007 tot september 2010.

Methodologie

Deze aanbeveling werd opgesteld volgens de Adapte-procedure¹²⁵. Adaptatie omvat een aantal specifieke stappen: zoeken naar richtlijnen en de methodologische kwaliteit ervan beoordelen; nagaan of de inhoud (kernboodschappen) overeenstemt met de gestelde klinische vragen; nagaan of er voldoende methodologische en klinische consistentie is tussen de onderbouwende evidentie en de kernboodschappen; nagaan of de kernboodschappen naar de Belgische setting toe aanvaardbaar en toepasbaar zijn en ten slotte relevante kernboodschappen selectief adapteren. Andere stappen (selectie van klinische vragen, update van de literatuur, toetsing bij experts en gebruikers en patiënten, implementatie) verlopen overeenkomstig de procedure voor ontwikkeling van de novo richtlijnen.

De auteursgroep formuleerde een beperkt aantal klinische vragen op basis van eigen ervaring en van de ingeschatte verwachtingen van de doelgroep en de patiënten.

De zoektermen werden door de leden van de werkgroep vastgelegd op basis van reeds gelezen artikels over alcohol: "Alcoholism" (MeSH), "Alcoholic Intoxication" (MeSH), "Alcohol", "Hazardous Drinking", "Alcohol Abuse", "Harmful Drinking", "Problem Drinking", "Alcohol Dependence", "Dependence/Substance-Related Disorders" (MeSH), "Alcohol-Related Disorders" (MeSH).

Het literatuuronderzoek was gericht op het vinden van internationale richtlijnen die een antwoord konden geven op de klinische vragen van deze aanbeveling. Met bovenstaande zoektermen werd in drie grote onlinerichtlijnzoekers en -bronnen (GIN, NEHL, National Clearinghouse) naar relevante richtlijnen gezocht gepubliceerd in de periode van 1 januari 2009 tot 31 augustus 2009.

Op basis van hun kennis op het terrein beslisten de auteurs ook volgende publicatie in aanmerking te nemen: Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Departement of Health of the Government of

Catalonia, (2005). Resultaat van 'Primary Health Care European Project on Alcohol'(PHEPA)-network.

De richtlijnen werden een eerste maal gescreend op basis van relevantie van het land (vergelijkbare cultuur), de taal (Nederlands, Frans, Engels, Duits en andere talen als er een uitgebreide Engelse samenvatting beschikbaar was), de publicatiedatum (minstens een update na 2000), abstract (indien te verwachten was dat een antwoord kon gevonden worden op – een deel van de – klinische vragen). Uiteindelijk werden in consensus de volgende richtlijnen geselecteerd voor verdere beoordeling:

- NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik M10. Tweede herziening 2005;
- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care (SIGN 74) 2003 en update december 2004;
- Alcohol - Problem drinking (CKS) 2007. Deze CKS-guideline vervangt de versie 2004 en is een combinatie (update) van twee documenten:
 - The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care (September 2003). Guideline by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
 - The review of the effectiveness of treatment for alcohol problems (November 2006) by the National Treatment Agency for Substance Misuse. Deze review is gebaseerd op het 'Mesa Grande'-project (dit is een systematische review die een classificatie maakt van de effectiviteit van interventies voor de behandeling van alcoholproblemen), drie recente systematische reviews en twee grote multicenter trials i.v.m. de behandeling van alcoholproblematiek (Project MATCH en UKATT).
- Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care (NZGG) 1999;
- Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse (US Preventive Services Task Force) 2004;
- Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and co-morbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology (BAP) 2004;
- Substance misuse and alcohol use disorders. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (Naegle. NGC, 2008);
- Screening, diagnosis and referral for substance use disorders (Michigan Quality Improvement Consortium, 2007);
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Departement of Health of the Government of Catalonia: Barcelona, 2005 (PHEPA). Deze guidelines werden door twee auteurs, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld aan de hand van AGREE-I criteria¹²⁶. Voor iedere richtlijn werd gezamenlijk een beoordeling gemaakt en een besluit geformuleerd. Voor de beoordeling van de inhoud van de geselecteerde richtlijnen werd in Microsoft Excel™ een matrix opgesteld met de klinische vragen. Uit alle geselecteerde richtlijnen werden, indien beschikbaar, per klinische vraag sleutelboodschappen geëxtraheerd en in de matrix gezet. Voor elk van de sleutelboodschappen werd nagegaan of:
 - de vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar is om ze in de Vlaamse huisartsenpraktijk uit te voeren;
 - de nodige organisatorische randvoorwaarden (o.a. praktijkvoering) aanwezig zijn om ze in de Vlaamse huisartsenpraktijk toe te passen;
 - de economische of financiële randvoorwaarden aanwezig zijn om ze in de Vlaamse huisartsenpraktijk toe te passen;

- de kernboodschap extrapolieerbaar is naar Vlaamse (Belgische) patiëntendoelgroep.

Opdat de sleutelboodschappen zo uniform mogelijk op hun waarde beoordeeld zouden kunnen worden, werden daarbij, indien mogelijk, ook de toegekende niveaus van evidentie/graden van de oorspronkelijke aanbevelingen 'vertaald' naar het evidentieschema zoals aangeboden door de Grade Working Group en aangepast volgens het Gradingssysteem¹²⁷. Diezelfde Grade-classificatie werd eveneens toegepast op de kernboodschappen van de *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts*.

De auteurs beslisten in consensus om de Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance) Alcohol problem drinking 2007 als basisrichtlijn te nemen voor het maken van deze aanbeveling. Deze kwam de beste uit AGREE + Step 14 (Assess guideline consistency) en step 15 (Assess acceptability and applicability of the recommendations) uit de Adapte-procedure. De NHG-Standaard, de Schotse en de Nieuw-Zeelandse richtlijnen die ook een goede AGREE-score hadden, werden eveneens behouden en waar nodig gebruikt.

Na de searchperiode verschenen enkele uitstekende nieuwe richtlijnen waaronder de Nederlandse *Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*¹²⁸, de nieuwe CKS september 2010¹²⁹ gebaseerd op de NICE gepubliceerd in 2010¹³⁰ en de Australian Guidelines To Reduce Health Risks Drinking Alcohol¹³¹. Ook werd een beroep gedaan op het dossier vroeginterventie uit 2007 en de Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en de definitie bingedrinken, beide uitgegeven door de VAD.

Voor de vragen waarop de richtlijnen geen afdoend antwoord boden, werd een aanvullende search verricht. Dit was bijvoorbeeld het geval voor de vraag welke screeningsinstrumenten het meest geschikt zijn om problematisch alcoholgebruik bij ouderen op te sporen. Dit gaf aanleiding tot een verdere zoektocht met volgende zoektermen: Alcohol / Substance use / Consumption / Misuse / Abuse / Dependence / Disorder / At risk drinking; Elderly / Older adults / Older people / Ageing / Aged; Primary Care / GP; Screening / Assessment / Treatment; (Early) Intervention. Er werd gezocht in PubMed/Medline, searchperiode: 22/7/2009 – 31/3/2010. Ook werd gebruikgemaakt van de literatuur aangebracht door de experts.

De aanbevelingstekst werd redactioneel zo opgebouwd dat een gemakkelijke onlinetoepassing mogelijk is. Naar het voorbeeld van Clinical Knowledge Summaries werd gewerkt met een vraag-antwoordstructuur.

Experttoetsing

De ontwerptekst werd door de volgende onafhankelijke experts nagekeken: dr. H. Peuskens (psychiater verbonden aan de psychiatrische kliniek Ter Dennen in Tienen), dr. G. van de Glind (arts verbonden aan het Trimbos-instituut in Nederland), dr. G. Bosma (psychiater verbonden aan de psychiatrische kliniek Ter Dennen in Tienen), dr. B. Aertgeerts (huisarts en diensthoofd Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U.Leuven), dr. B. Garmyn (arbeidsgeneesheer), dr. L. Pas (huisarts, expert in psychosociale problematiek), dr. T. Drenthen en dr. L. Boonsma (huisartsen verbonden aan het Nederlands Huisartsen-Genootschap), de heer M. Tack (psycholoog, verbonden aan het CAT preventiehuis CCG Eclips in Gent), dr. R. Verrando (huisarts met interesse in psychosociale thema's), drs. K. Smets en G. Thijs (huisartsen, experts in gedragsverandering en motivationele gespreksvoering). Aan

hen werd gevraagd om ons met wetenschappelijke literatuur onderbouwde opmerkingen te bezorgen op de ontwerpaanbeveling.

Alle commentaren werden binnen de auteursgroep systematisch besproken. Bij consensus werd de aanbevelingstekst aangepast volgens de gegeven commentaren. Vermelding als expert betekent niet dat iedere expert de aanbeveling op elk detail onderschrijft. Als prioritaire partner in de aanpak van alcoholproblematiek in Vlaanderen werd aan de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) gevraagd de tekst kritisch te beoordelen. De Commissie Aanbevelingen Domus Medica wenst alle experts te danken voor hun bijdrage aan de aanbeveling.

Veldtoetsing

De herwerkte tekst werd getoetst op praktische haalbaarheid en toepasbaarheid in vier Vlaamse Lok's Morsel (2), Deinze en Oudenaarde. De resultaten van de Lok-toetsingen zijn op vraag beschikbaar. De tekst werd tevens voor commentaar ingediend bij de redactie van *Huisarts Nu*. Deze besprak de ontwerpaanbeveling en gaf vooral suggesties om de leesbaarheid van de tekst te verhogen.

De ontwerptekst werd herwerkt volgens de opmerkingen van de Lok's en de redactie van *Huisarts Nu* en verder gefinaliseerd voor validatie.

Validatie

De tekst werd op 9 september 2010 een laatste maal aangeboden aan de Commissie Aanbevelingen Domus Medica ter goedkeuring en op 5 oktober 2010 ingediend bij het Centre of Evidence Based Medicine (CEBAM) ter validatie. De aanbeveling werd door CEBAM gevalideerd op 14 februari 2011.

Herziening, opvolgrapporten en financiering

Na vijf jaar is een volledige herziening gepland. Tussentijdse opvolgrapporten worden ter beschikking gesteld via www.domusmedica.be/aanbevelingen.

Bij deze updates wordt nagegaan of de kernboodschappen geldig blijven.

De auteurs werden vergoed door gelden afkomstig uit het convenant van Domus Medica (2005-2010) met de Vlaamse Gemeenschap, waarvan de opdrachten geregeld zijn door het Ministerieel Besluit van 11 april 2007 van minister Vervotte. De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze aanbeveling kadert in het *Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015*¹³² en is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie. De auteurs en de externe experts hebben de belangenverklaring ondertekend. Deze zijn op vraag beschikbaar bij de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw.

Deze aanbeveling kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw (dr. Marijke Avonts, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicolas Delvaux, prof. dr. An De Sutter, dr. Frans Govaerts, dr. Philip Koeck, dr. Peter Leysen, dr. Jan Michels, dr. Lieve Peremans, dr. Hilde Philips, Sanne Vandenbosch, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Esther van Leeuwen en prof. dr. Paul Van Royen) en met de steun van Vlaamse gemeenschap.

Opmerkingen in verband met deze aanbeveling kunnen per e-mail gericht worden aan Sanne Vandenbosch, secretariaat Aanbevelingen: sanne.vandenbosch@domusmedica.be.

Noten

noot 1

• Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI REPORTS N° 2010/004. www.iph.fgov.be/epidemiologie/epin/CROSPNL/HISNL/his08nl/r2/7.het%20gebruik%20van%20alcohol_r2.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 2

Men vermoedt dat dit percentage twee tot drie keer hoger ligt.
• Middelengebruik in Vlaanderen: een stand van zaken. Rapport in het kader van de gezondheidsconferentie tabak, alcohol en drugs op initiatief van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Inge Vervotte. Brussel: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2006:26.

noot 3

De keuze van de WGO voor deze grenswaarden is gebaseerd op het statistisch risico op sociale, psychologische en andere aandoeningen en het feit dat door alles samen te tellen de mortaliteit stijgt boven die van de doorsnee populatie bij een bepaald gebruik.
• Anderson P, Kaner E, Wutzke S, et al. WHO Brief Intervention Study Group. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol* 2004;39:351-6.

noot 4

• Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI REPORTS N° 2010/004. www.iph.fgov.be/epidemiologie/epin/CROSPNL/HISNL/his08nl/r2/7.het%20gebruik%20van%20alcohol_r2.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 5

Intego is een databank waarin gegevens worden verzameld over ziekten zoals deze zich voordoen in de huisartsenpraktijk. Hiervoor worden bij huisartsen die werken met het elektronisch dossier Medicoc, alle diagnoses, laboresultaten, medicatievoorschriften en geanonimiseerde patiëntgegevens via elektronische weg opgehaald en ingevoerd in een databank in een Microsoft® SQL Server 2005™. Daarin kunnen dan verschillende types bevragingen gebeuren. Bedoeling is om epidemiologische gegevens te bekomen over ziekten zoals incidentie, prevalentie, comorbiditeit, seizoensvariatie e.d., samen met diagnostische informatie (voorlopig enkel laboresultaten) en medicatievoorschriften. Momenteel bevat de databank gegevens van de periode 1994-2005 (ongeveer 1 000 000 patiëntjaren).
• www.intego.be (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 6

ICPC-codes P15 en P16 komen echter niet overeen met wat in de aanbeveling onder problematisch alcoholgebruik verstaan wordt. ICPC-code P15 heeft als criteria 'een stoornis ten gevolge van alcoholgebruik resulterend in ernstige klinisch relevante gezondheidsschade, afhankelijkheidsyndroom, ontwenningverschijnselen en/of psychose'. ICPC-code P16 heeft als criteria 'een stoornis ten gevolge van alcoholgebruik, resulterend in een acute intoxicatie, met/zonder een achtergrond van chronisch alcoholmisbruik'.

noot 7

• Aertgeerts B, Buntinx F, Fevery J, Ansoms S. De prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. *Tijdschr Geneeskd* 2000;56:3:177-86.

noot 8

• www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir353/doc7638.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 9

• Berglund G, Nilsson P, Eriksson KF, et al. Longterm outcome of the Malmö preventive project: mortality and cardiovascular morbidity. *J Intern Med* 2000;247:19-29.
• Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med* 1997;13:464-70.
• Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.

noot 10

• Cuijpers P, Riper H, Lemmens L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004;99:839-45.
• Kristenson H, Ohlin MB, Hultin-Nossin E, et al. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomised controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983;7:203-9.

noot 11

• Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *Br J Addict* 1986;81:23-46.

noot 12

Alcoholgebruik, alcoholgerelateerde schade en alcoholafhankelijkheid vormen een continuüm. Sommige overmatige drinkers verminderen hun gebruik tot veilige niveaus zonder interventie, terwijl anderen hun hele leven door verschillende drinkpatronen aan de dag leggen.
• Fillmore KM. Alcohol use across the life course: review of seventy years of international longitudinal research. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988.

noot 13

• Drummond C, Oyefeso A, Phillips T, et al. Alcohol needs assessment research project. London: Department of Health, 2005.

noot 14

De maatschappelijke kosten ten gevolge van problematisch drinken liggen hoger dan die ten gevolge van alcoholafhankelijkheid.
• Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict* 1986;81:353-63.

noot 15

Het percentage mensen dat overmatig drinkt en door de huisarts wordt herkend, ligt tussen 10 en 30%.
• Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [proefschrift]. Amsterdam: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.

noot 16

Uit de veldtoetsing blijkt dat huisartsen ervan uitgaan wel te weten of hun patiënt al dan niet drinkt. Ze vinden het nogal omslachtig en soms bedreigend om het alcoholgebruik van hun patiënten te bevragen. Sommige huisartsen zijn van oordeel dat 'beperkt' maar toch problematisch alcoholgebruik geen of bijna geen risico's inhoudt. Zij stellen zich vragen bij de doeltreffendheid en haalbaarheid van korte interventies.

noot 17

Alcohol in combinatie met geneesmiddelen is wel een belangrijk aandachtspunt. Alcohol kan het effect van geneesmiddelen immers beïnvloeden, wat schadelijk kan zijn.
• Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4:380-94.

Ook bij ouderen is het van belang na te gaan of ze bepaalde geneesmiddelen in combinatie met alcohol gebruiken, aangezien deze een interactie kunnen vertonen, afhankelijk van hun drinkpatroon.
• Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005;26:176-83.

noot 18

• www.vad.be/over-vad/visie/visie-alcohol-en-jongeren.aspx (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 19

• Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode. Adviezen nr 8462. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, 4 maart 2009. https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/page/internet_pg/homepage_menu/aboutus1_menu/institutionsapparentees1_menu/hogegezondheidsraad1_menu/adviezenenaanbevelingen1_menu/adviezenenaanbevelingen1_docs/hgr_8462_nl.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 20

• Turner C. How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *Br J Addict* 1990;85:1171-6.

De Europese normen zijn niet helemaal identiek aan die van de WGO.
• Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.

- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. **Primary Health Care European Project on Alcohol**, 2005. www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 21

- Dossier Alcohol. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. www.vad.be/media/50669/dossier_alcohol_met_titelblad.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 22

De hier voorgestelde definities voor occasioneel en langdurig overmatig alcoholgebruik zijn gebaseerd op de definities van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), een review van het National Treatment Agency for Substance Misuse en de Europese PHEPA-richtlijnen en werden aangepast aan het doel van deze aanbeveling.

Belangrijke opmerking hierbij is dat de verschillende categorieën geen betrekking hebben op types van mensen, maar wel op verschillende niveaus van alcoholgebruik. Deze zijn, binnen het continuüm van alcoholgebruik, alcoholproblemen en -afhankelijkheid, pragmatisch onderverdeeld op basis van geschikt geachte afkappunten; het zijn dus geen hokjes waarin men patiënten permanent plaatst, maar ruwe indicaties over hun huidige drinkpatroon, dat uiteraard verandert in de tijd.

- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. **Primary Health Care European Project on Alcohol**, 2005. www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)
- Babor T, Campbell R, Room R, Saunders J [eds]. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization, 1994.
- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. **Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems**. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 1 februari 2011)

noot 23

- Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI REPORTS N° 2010/004. www.iph.fgov.be/epidemiologie/epi/CROSPNL/HISNL/his08n1/r2/7.het%20gebruik%20van%20alcohol_r2.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 24

- Anderson P, Baumberg B. **Alcohol in Europe. A report for the European Commission**. Londen: Institute of Alcohol Studies, 2006.

noot 25

- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.

noot 26

Criteria om te kunnen spreken van afhankelijkheid:

- (1) Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
 - a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
 - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
- (2) Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
 - a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom (verwijs naar criteria A en B van de criteria voor onthouding van een specifiek middel);
 - b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
- (3) Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
- (4) Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
- (5) Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld ketteren), of aan het herstel van de effecten ervan.
- (6) Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
- (7) Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch

probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïnegebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik).

- DSM-IV-TR uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

noot 27

Kaner et al. pleiten ervoor om kortdurende interventies in een gespecialiseerde context te benoemen als 'less intensive treatment' of minder intensieve behandeling.

- Miller P [ed.]. *Evidence-based addiction treatment*. Academic Press, 2009: 189-213.

noot 28

- Heather N. Brief intervention strategies. In: Hester R, Miller W. *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Massachusetts: Allen & Baker, 1995.

noot 29

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 30

- Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ. Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *Br J Addict* 1986;81:23-46.

noot 31

- Aalto M, Seppä K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: The exit poll survey. *Alcohol Alcohol* 2004;39:532-5.
- Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health* 2005;15:615-20.
- Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patients attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol* 2006;41:306-10.

noot 32

- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd edition). New York: Guilford Press, 2002.

noot 33

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol-problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 34

Op de websites van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) en informatie over Drugs en Alcohol (IDA) vindt men informatie over vormen met betrekking tot motivationele gespreksvoering:

- www.vad.be/vormingen.aspx (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)
- www.ida-web.be/vormingen.asp (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)
- Online leertraject alcoholproblematiek: www.vad.be/e-learning/het-huis.aspx (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 35

De FRAMES-methode blijkt een effectieve manier om mensen te helpen en te motiveren om hun drinkgedrag te veranderen.

- Miller W, Sanchez V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G [ed.]. *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1994:55-82.
- Miller W. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Treatment Improvement Protocol Series 35. U.S. Publication No. (SMA) 99-3354. Rockville: Department of Health and Human Services, 1999.

noot 36

Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-95.

- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003. www.sign.ac.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 37

- Yang MS. Assessment for brief intervention and treatment. In: Heather N, Stockwell S [eds]. *Essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. Chichester: Wiley, 2004:21-34.

noot 38

- Saunders JC. Early identification of alcohol problems. *Can Med Assoc J* 1990;143:1060-8.

noot 39

- Beullens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging Ment Health* 2004;8:76-82.
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *BMJ* 2003;327:664-7.

noot 40

Er is sprake van een onderdiagnose van problematisch alcoholgebruik bij ouderen omwille van het verborgen houden uit schaamte of schuldgevoel, maar voornamelijk omwille van symptomen van verouderen (lichamelijke en cognitieve veranderingen) die problematisch alcoholgebruik kunnen maskeren/overschaduwen, zoals geheugenverlies, zelfverwaarlozing, slaapproblemen, gastro-intestinale klachten, onbehandelbare hypertensie, evenwichtsverlies, depressie, angststoornissen, valpartijen,... Huisartsen kunnen ook een foute diagnose van depressie of dementie stellen door het verkeerd interpreteren van de symptomen.

- Sim MG, Hulse G, Khong E. Alcohol and other drug use in later life. *Aust Fam Physician* 2004;33:820-4.
- Bowman PT, Gerber S. Alcohol in the older population part 1: grandma has a drinking problem? *Case Manager* 2006;17:44-8.
- McInnes E, Powell J. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ* 1994;308:444-6.

noot 41

- De Cort P, Christiaens T, Philips H, Goossens M, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Hypertensie. *Huisarts Nu* 2009;38:340-61.
- Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2. *Huisarts Nu* 2005;34 (supplement).
- Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A, Provoost C, Van Der Borgh W. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Obesitas. *Huisarts Nu* 2006;35:118-140.

noot 42

Men spreekt in deze context ook van geïndiceerde preventie. Deze is gericht op individuen die wel tekenen, klachten of symptomen vertonen van potentieel problematisch alcoholgebruik, maar die (nog) niet voldoen aan diagnostische criteria zoals beschreven in de DSM-4 criteria.

noot 43

Uit de veldtoetsing blijkt dat screenen naar aanleiding van signalen voor huisartsen het meest haalbaar is. Huisartsen deinzen er toch wat voor terug om dit onderwerp aan te snijden bij een nieuwe patiënt, dus wanneer er nog geen wederzijds vertrouwen is opgebouwd.

noot 44

- Kaner E, Heather N, McAcoy B, et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English General practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999;34:559-66.

noot 45

- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003. www.sign.ac.uk (laatst geraadpleegd op 10 mei 2010)

noot 46

- Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-95.

noot 47

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.
- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 48

- Coulton S. Alcohol misuse. *Clin Evid* 2009;10:1017.

noot 49

Een meta-analyse van acht onderzoeken waaruit (ondanks de heterogeniteit) wel een significant effect berekend werd, vat de opbrengst van

screening en interventies in verband met problematisch alcoholgebruik samen. Screening van duizend patiënten in de eerste lijn levert negentig patiënten op voor verdere evaluatie met betrekking tot alcoholgebruik. Hiervan komen 25 patiënten in aanmerking voor een korte interventie, die bij twee tot drie (gemiddeld 2,6; 95%-BI 1,7-3,4) na een jaar nog effect had.

- Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;327:536-42.

Op dit onderzoek is nogal wat methodologische kritiek geweest, zodat de effectiviteit van systematische screening voor problematisch alcoholgebruik nog onduidelijk is.

- Aertgeerts B. Screenen en kort behandelen van overmatig alcoholgebruik. *Minerva* 2004;3:114-6.
- Whitlock EP, Polen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:558-69.

noot 50

- Hutchings D, Cassidy P, Dallolio E, et al. Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: Views from both sides of the desk. *Prim Health Care Res Dev* 2006;7:221-9.

noot 51

Uit de veldtoetsing blijkt dat huisartsen een korte vragenlijst (AUDIT-C) haalbaar vinden. Het afnemen van de volledige AUDIT ligt veel moeilijker. Als reden geeft men aan dat dit te veel tijd in beslag neemt tijdens de consultatie en dat de patiënt vooral eerst zijn klachten behandeld wil zien. Huisartsen menen daarenboven dat de overige zeven vragen van de AUDIT al een stukje verder gaan in de persoonlijke sfeer van de patiënt, indiscreter zijn en misschien bedreigend overkomen. Men wil de patiënt niet lastig vallen over zijn privéleven.

noot 52

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care (2nd edition). Geneva: World Health Organization, 2001.

noot 53

Uit de veldtoetsing blijkt dat sommige huisartsen, wanneer ze er (bijna) van overtuigd zijn dat er een problematisch alcoholgebruik is, de AUDIT zouden overslaan en meteen een korte interventie zouden doen. Dit wordt echter niet aanbevolen, omdat het vermoeden van een problematisch alcoholgebruik onterecht kan zijn.

noot 54

Uit de veldtoetsing blijkt dat huisartsen soms moeite hebben om het onderwerp aan te brengen, zelfs wanneer er signalen zijn die op problematisch alcoholgebruik kunnen wijzen. Huisartsen zijn terughoudend om in te breken in de privacy of de autonomie van hun patiënt. Het ter sprake brengen van het onderwerp wordt daarom vaak geschuwd, vooral om de relatie met de patiënt niet te schaden. Vaak menen huisartsen ook dat ze aan een alcoholprobleem niet veel kunnen doen. Maar hier denken ze dan vooral aan de zware alcoholicus, die qua behandeling en begeleiding heel veel tijd vraagt, met slechts matige effecten en een uitermate hoge kans op herval. Sommige huisartsen geven aan dat een korte opleiding/training nuttig zou zijn.

noot 55

Toch tonen verschillende onderzoeken aan dat de AUDIT wel een nuttig screeningsinstrument is voor alcoholgebruik bij ouderen in de eerstelijnszorg.

- Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13:106-14.
- Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: A systematic literature review. (review). *International Psychogeriatrics* 2008;20:1090-1103.
- Clay SW. Comparison of AUDIT and CAGE questionnaires in screening for alcohol use disorders in elderly primary care outpatients. *JAOA* 1997;97:588.
- Roberts AM, Marshall EJ, Macdonald AJD. Which screening test for alcohol consumption is best associated with 'at risk' drinking in older primary care attenders? *Primary Care Mental Health* 2005;3:131-8.

noot 56

De AUDIT lijkt niet geschikt voor screening van problematisch alcoholgebruik bij ouderen aangezien er een aantal items bevestigd worden die minder geschikt blijken te zijn voor de ouderenpopulatie, zoals de hoeveelheid alcohol die wordt geconsumeerd. Op oudere leeftijd verdraagt het lichaam immers minder goed alcohol. Eenzelfde hoeveelheid alcohol heeft een groter effect op oudere dan op een jongere leeftijd.

noot 57

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.
- Coulton S, Drummond C, James D, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: a comparative study. *BMJ* 2006; 332:511.

noot 58

De AUDIT-vragenlijst werd door de WGO speciaal ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, maar wordt vandaag ook in andere settings gebruikt.

- Babor TF, Kranzler HR, Lauerman RJ. Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures. *Addict Behav* 1989;14:139-57.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.

noot 59

- Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995;56:423-32.
- Wittchen H. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnosis Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
- Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, et al. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: A validity study. *BMJ* 1997;314:420-4.
- Hays RD, Merz JF, Nicholas R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST and AUDIT alcohol screening measures. *Behav Res Meth Instrum Comput* 1995;27:277-80.

noot 60

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 61

Bij systematische screening bedraagt de sensitiviteit van de AUDIT in de Vlaamse huisartsenpraktijk bij mannen 60,6% en de specificiteit 90,3% bij een score of afkappunt van 8, en bij vrouwen respectievelijk 56,5% en 97,6% bij een afkappunt van 7.

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.

In de oorspronkelijke studie bedroegen de sensitiviteit en specificiteit van de AUDIT respectievelijk 92% en 94% (bij vrouwen lagen deze iets hoger dan bij mannen) bij een afkappunt of score 8.

- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.

Bij een score of afkappunt van 5 voor mannen bedraagt de sensitiviteit van de AUDIT-C 92% en de specificiteit 74% bij een algemene screening. Voor vrouwen geeft een afkappunt van 4 de beste waarden, respectievelijk een sensitiviteit van 91% en een specificiteit van 68%.

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.
- Gual A, Segura L, Contel M, et al. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:591-6.
- Bush K, Kivlahan D, McDonell M, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 1998;158:1789-95.

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol-problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 62

- Kriston L, Hölzel M, Weiser AK, et al. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med* 2008;149: 879-88.

noot 63

Berekening bij een prevalentie in de algemene bevolking van problematisch alcoholgebruik voor mannen gelijk aan 15% en voor vrouwen gelijk aan 6%.

noot 64

MAST (Michigan Alcohol Screening Test) werd ontwikkeld om (ernstige) alcoholafhankelijkheid vroegtijdig op te sporen.

- Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971;127:1653-8.

CAGE (Cut-down, Annoy, Guilty, Eye-opener)

- Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *J Am Med Assoc* 1984;252:1905-7.

noot 65

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.

- Gual A, Segura L, Contel M, et al. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:591-6.

- Bush K, Kivlahan D, McDonell M, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 1998;158:1789-95.

noot 66

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol-problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 67

- www.domusmedica.be/gezondheidsgids

noot 68

Nederlandstalige onlinezelftests (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011):

- www.alcoholhulp.be/alcoholtest.html (zelftest ontwikkeld door CAD Limburg)
- www.hoeveelsteveel.be/zelftest.html (zelftest ontwikkeld door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, VAD)
- www.drinktest.nl/ (zelftest ontwikkeld door het Nederlandse Trimbos-instituut)

noot 69

- Daeppen J-B, Yersin B, Landry U, et al. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) embedded within a general health risk screening questionnaire: Results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:659-65.

noot 70

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care (2nd edition). Geneva: World Health Organization, 2001.

noot 71

Zowel bij een AUDIT-score van 7 (of 8) t.e.m. 15 als bij een AUDIT-score van 16 t.e.m. 19 bevelen we de huisarts aan een kortadviesgesprek te doen. We volgen hiermee de richtlijnen van de Clinical Knowledge Summaries (CKS).

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care (2nd edition). Geneva: World Health Organization, 2001.
- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol-problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 72

Het kan erg ongewoon lijken om meteen van een screeningsuitslag over te gaan tot een behandeling, zonder formele diagnostiek. Hiermee volgen we echter de richtlijnen van de Clinical Knowledge Summaries (CKS)

en de review van het National Treatment Agency for Substance Misuse, die op basis van een score van 8 of meer (bij mannen) en 7 of meer (bij vrouwen) concluderen tot riskant of schadelijk alcoholgebruik en dan meteen een korte interventie aanbevelen. Wij zijn ook van oordeel dat bij elke AUDIT-score vanaf 8 een uitgebreide taxatie [i.e. bepaling van iemands fysiek, psychologisch en sociaal welbevinden, van de impact van diens drinkgedrag op anderen (familie, vrienden, kinderen, en omgeving) en de bepaling van diens motivatie en bereidheid om zijn drinkgewoonten te veranderen] niet haalbaar is in de huisartsenpraktijk.

noot 73

- Bradley K, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women. *J Am Med Assoc* 1998;280:166-71.

noot 74

De effecten van alcoholgebruik nemen toe bij leeftijdsgebonden veranderingen van het lichaam waardoor er een hogere gevoeligheid optreedt voor alcoholtoxiciteit. Ouderen ondervinden door deze kwetsbaarheid dus meer negatieve gevolgen van alcoholgebruik in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen en dit reeds bij lagere consumptieniveaus [1,8,12-13].

- Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005;26:176-83.
- Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *Am Fam Physician* 2000;61:1710-6,1883-4,1887-8 passim.
- Wetterling T, Veltrup C, John U, et al. Late onset alcoholism. *Eur Psychiatry* 2003;18:112-8.
- Knauer C. Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatr Nurs* 2003;24:152-4.

Problematisch alcoholgebruik kan ook de eventuele huidige ziekte-toestand progressief verergeren of zelfs nieuwe aandoeningen veroorzaken, terwijl patiënten deze nieuwe symptomen niet zullen toewijzen aan hun alcoholgebruik aangezien het drinkpatroon vaak niet gewijzigd is ten opzichte van vroeger [1-2,13-14].

- Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005;26:176-83.
- Stevenson JS, Masters JA. Predictors of alcohol misuse and abuse in older women. *J Nurs Scholarsh* 2005;37:329-35.
- Knauer C. Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatr Nurs* 2003;24:152-4.
- Kaempf G, O'Donnell C, Oslin DW. The BRENDA model: a psychosocial addiction model to identify and treat alcohol disorders in elders. *Geriatr Nurs* 1999;20:302-4.

noot 75

Sommige richtlijnen hanteren voor vrouwen nog lagere afkappunten dan 7. Zo spreekt de WGO van 7 of 6 en de richtlijn van het Nederlandse Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), op basis van de publicatie van Reinert, van 5 of 6.

- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:272-9.

noot 76

Bij deze afkappunten vonden Aertgeerts et al. een specificiteit van 90,3% bij mannen en 97,6% bij vrouwen bij algemene screening in Vlaamse huisartsenpraktijken. Dit betekent dat er nog een aantal vals-positieven zijn, vooral bij mannen. Er worden dus een aantal mannen en vrouwen onterecht geïdentificeerd met een alcoholprobleem.

- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.

Uit de veldtoetsing blijkt dat huisartsen het minder erg vinden om een alcoholprobleem te missen dan een patiënt 'vals te beschuldigen' van alcoholmisbruik. Voor hen hoeft het afkappunt dus niet te laag te zijn.

noot 77

- Guidelines for recognising, assessing and treating alcohol and cannabis abuse in primary care. Wellington (NZ): National Health Committee, 1999.
- Sobell LC, Cunningham J, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health* 1996;86:966-72.

- Center for Substance Abuse Treatment. A guide to substance abuse services for primary care clinicians. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 24. Rockville (MD): US Dept of Health and Human Services, 1997.

noot 78

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 79

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 80

Dit zijn de kenmerken van de precontemplatiefase van het veranderingsmodel van Prochaska en Di Clemente.

- Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.

noot 81

Ook bij alcoholgebruik beneden de WGO-norm is er een negatief effect op de gezondheid en het sociaal functioneren. Er is geen bewijs voor een drempelwaarde-effect: de gezondheidsproblemen nemen toe naarmate het alcoholgebruik toeneemt en aanhoudt. Er is dus sprake van een lineair verband tussen alcoholgebruik, schadelijke gevolgen en mortaliteit.

noot 82

- Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/ds10-alcohol.pdf (laatst geraadpleegd op 1 februari 2011)

noot 83

Deze keuze is op consensus gebaseerd. Dit wordt niet teruggevonden in de Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol problem drinking, wel in andere bronnen:

- WHO: www.whoguidemhpccuk.org/downloads/primary_care/03-1_responsible_drinking_guidelines.pdf
- NIGZ (Gezondheidsraad 2005 Publicatie nr. 2004/22)
- Trimbos instituut (www.alcoholinfo.nl)
- Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA)
- Australian Alcoholguidelines 2001

noot 84

Toumbourow JW, Williams IR, White VM, et al. Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. *Addiction* 2004;99:498-508.

- Cook PJ, Tauchen G. The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Addiction* 1982;13:379-90.
- Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation Vol. 2. Paris : Presses Universitaires de France, 1964.

noot 85

Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students (review). *Cochrane database of systematic reviews* 2009;4:1-100.

- McAlaney J, Bewick B, Hughes C. The international development of the 'Social Norms' approach to drug education and prevention. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 2011;18:81-9.

noot 86

- www.zorggezondheid.be/Cijfers/Gezond-leven-en-milieu/Tabak-alcohol-drugs/Middelengebruik-in-Vlaanderen/ en doorklikken op *Middelengebruik in Vlaanderen, een stand van zaken*

noot 87

De auteurs beslisten in consensus om de richtlijnen van de Clinical Knowledge Summaries (CKS) niet volledig te volgen. Deze adviseert immers om ook bij een AUDIT-score ≤ 15 reeds in een volgend consult terug te komen op het alcoholgebruik. Dit lijkt echter niet verenigbaar met het eerder vrijblijvend karakter van een kort advies.

noot 88

- Academy of Medical Sciences. Calling time: the nation's drinking as a major health issue. London: AMS, 2004.

noot 89

- Bell AJ, Talbot-Stern JK, Hennessy A. Characteristics and outcomes of

older patients presenting to the emergency department after a fall: a retrospective analysis. *Med J Aust* 2000;173:179-82.

noot 90

- Ashworth M, Gerada C. ABC of mental health. Addiction and dependence - II: alcohol. *BMJ* 1997;315:358-60.

noot 91

Gebaseerd op internationale richtlijnen:

- Babor TF, Higgings-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: WHO, 2001.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. The AUDIT: guidelines for use in primary care, 2nd edition. Geneva: WHO, 2001.

noot 92

- www.nhs.uk/Conditions/Alcohol-misuse/Pages/Treatment.aspx (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 93

- Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 2003;98:1043-51.

noot 94

- www2.domusmedica.be/files/Alcohol_steekkaart.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 95

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 96

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 97

- Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;Update 2009:Issue 4. www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004148/frame.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 98

In Europa wordt onder een standaardglas verstaan gemiddeld 10 g pure alcohol of ongeveer 12,7 ml pure alcohol.

- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Primary Health Care European Project on Alcohol, 2005. www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 99

- Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: **systematic review and meta-analyses**. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:608-18.

noot 100

- Bertholet N, Daeppen J-B, Wietlisbach V, et al. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165:986-95.

noot 101

De Number Needed to Treat (NNT) is hier het aantal alcoholgebruikers (occasioneel overmatig en langdurig overmatig) bij wie een interventie vereist is om bijvoorbeeld het alcoholgebruik te herleiden tot laagrisiconiveaus.

- Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. Brief Interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.

noot 102

- Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. *Huisarts Nu* 2006;35:395-434.

noot 103

- Fleming MF, Mundt MP, French MT, et al. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:36-43.
- Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:728-33.

noot 104

- Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, et al. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 1999;48:378-84.
- Blow FC, Barry KL. Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments in brief interventions. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2002;13:115-23.
- Flink A, Elliott MN, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc* 2005;43:1937-43.

noot 105

- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.
- Richmond R, Heather N, Wodak A, et al. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;90:119-32.
- Berglund G, Nilsson P, Eriksson KF, et al. Longterm outcome of the Malmö preventive project: mortality and cardiovascular morbidity. *J Intern Med* 2000;247:19-29.
- Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med* 1997;13:464-70.

noot 106

- Kort advies aan 282 patiënten in het kader van problematisch alcoholgebruik kan 1 overlijden per jaar voorkomen.
- Cuijpers P, Riper H, Lemmens L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004;99:839-45.

noot 107

- Babor TF, Grant MG. Programme on substance abuse: project on identification and management of alcohol related problems. Report on Phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992. www.who.int

noot 108

- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *J Am Med Assoc* 1997;277:1039-45.

noot 109

- Richmond R, Heather N, Wodak A, et al. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;90:119-32.
- Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, et al. Screening for problem drinking and counselling by the primary care physician nurse team. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:1443-50.
- Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999;28:503-9.
- Babor TF, Grant MG. Programme on substance abuse: project on identification and management of alcohol related problems. Report on Phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992. www.who.int
- Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, et al. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:608-18.

noot 110

- www2.domusmedica.be/files/ABC_basistekst_april_04.pdf (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 111

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. Guidelines for use in primary care (2nd edition). Geneva: World Health Organization, 2001.

noot 112

- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:807-16.
- Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1887-96.

- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1097-106.

noot 113

- Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Res Health* 1999;23:78-85.

noot 114

Cognitieve gedragstherapie is inmiddels een soortnaam geworden voor alle gedragsgeoriënteerde interventies. Tot die interventies behoren onder andere sociale vaardigheidstraining, zelfcontrolevaardigheden, gedragsgerichte partnerrelatie en gezinstherapie, groepstherapie, zelfhulpmaterialen, 'community reinforcement approach' (CRA).

Voor een uitgebreide beschrijving van deze vormen van psychosociale interventies, zie:

- Multidisciplinaire richtlijn. Stoomissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoomis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbosinstituut, 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/ (laatst geraadpleegd op 27 mei 2010)

noot 115

- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg: werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten tijd hebt. Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia, 2009.

noot 116

- Sobell MB, Sobell L, Tucker JA, et al. Changing addictive behaviour: Bridging clinical and public health strategies. New York: Guilford Press, 1999: 331-343, 387. http://books.google.be/books?id=JjXdaAsOsiYC&pg=PA331&lpg=PA331&dq=stepped+care+Sobell&source=bl&ots=Ft67VwTY_R&sig=d5yOVQQEZ1P8arT1YDt9KydStqM&hl=nl&ei=GeucS7uNH87s-AbE6f8AQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CBcQ6AEwAQ#v=onepage&q=stepped%20care%20Sobell&f=false (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)
- Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:573-9.

noot 117

- De Verenging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)-doorverwijsgids. www.ida-web.be/ (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 118

- Clinical Knowledge Summaries (voorheen Prodigy Guidance). Alcohol-problem drinking. www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 119

- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2003. www.sign.ac.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 120

- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. www.nta.nhs.uk (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 121

- Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-95.
- Guidelines for recognising, assessing and treating alcohol and cannabis abuse in primary care. Wellington (NZ): National Health Committee, 1999.

noot 122

- Van Royen P. GRADE. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;37:505-9.

noot 123

- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Primary Health Care European Project on Alcohol, 2005. www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir361/doc13210.html (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol* 2004;65:782-93.

noot 124

- Chevalier P, De Sutter A, Dirven K, et al. Algemeen stramien voor de ontwikkeling van aanbevelingen van goede medische praktijkvoering. Berchem/Brussel: Domus Medica/SSMG, september 2007.

noot 125

- De ADAPTE-procedure is een internationaal stapsgewijze en gestructureerde procedure voor het adapteren van richtlijnen naar de lokale context. De werkgroep koos om deze procedure toe te passen aangezien deze internationaal almaar meer opgang kent, en als gevalideerd 'framework' wordt beschouwd door tal van grote richtlijnontwikkelaars. Deze procedure werd uitgewerkt door de ADAPTE Working Group:
- Burger J. Guideline adaptation: a new approach to guideline development. Budapest, 11 October 2006.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006;18:167-76.
- Manual for Guideline Adaptation Version 1.0 - 2007. www.adapte.org (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 126

- Het AGREE-instrument is een 'checklist' die een systematisch kader biedt om de kwaliteit van richtlijnen te beoordelen, waaronder het ontwikkelingsproces en de verslaglegging. Dit instrument is tot stand gekomen via een internationaal samenwerkingsverband van onderzoekers uit dertien landen met als doel de methodologie van richtlijnontwikkeling en implementatie te onderzoeken en op elkaar af te stemmen.
- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 127

- www.gradeworkinggroup.org/index.htm (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 128

- Multidisciplinaire richtlijn. Stoomissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoomis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbosinstituut, 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/ (laatst geraadpleegd op 27 mei 2010)

noot 129

- CKS raadpleegbaar via www.cks.nhs.uk/alcohol_problem_drinking/evidence/references#-450455 (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 130

- Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. NICE, 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG100/Guidance/pdf/English> (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 131

- www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/ds10syn.htm (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

noot 132

- www.zorg-en-gezondheid.be:80/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-tabak,-alcohol-en-drugs-2009-2015/ (laatst geraadpleegd op 25 januari 2011)

LIJST VAN AFKORTINGEN

- ABC-model: Anamnese-Begeleiding-Continuïteit
- ALT-GPT: Alanine-Aminotransferase / Glutaminezuur Pyrodruivenzuur Transaminase
- ARPS: Alcohol-Related Problems Survey
- AST/GOT: Aspartaat aminotransferase / Glutamaat Oxalaat Transaminase
- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
- CAGE: (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener)
- CDT: Koolhydraat Deficiënt Transferrine
- CKS: NHS Clinical Knowledge Summaries (formerly PRODIGY)
- FRAMES: Feedback (feedback), Responsibility (verantwoordelijkheid), Advice about changing (advies), Menus (keuzemogelijkheden), Empathic counselling (empathie), Self-efficacy (persoonlijke effectiviteit, vertrouwen)
- Gamma-GT: Gamma Glutamyl Transpeptidase
- ICD-10: International Classification of Diseases
- ICPC: International Classification of Primary Care
- ICPC-code P15: Chronisch alcoholmisbruik (≠ problematisch alcoholgebruik)
- ICPC-code P16: Acut alcoholmisbruik (≠ problematisch alcoholgebruik)
- Intego: Integrated Computerised Network
- MAST-G: Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatrische versie
- MCV: Mean Corpuscular Volume
- NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap
- NNT: Number-Needed-to Treat
- NTA: National Treatment Agency for Substance Misuse
- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- SMAST-G: Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatrische versie
- VAD: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
- WGO: Wereldgezondheidsorganisatie

Deze aanbeveling kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw (dr. Marijke Avonts, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicolas Delvaux, prof. dr. An De Sutter, dr. Frans Govaerts, dr. Philip Koeck, dr. Peter Leysen, dr. Jan Michels, dr. Lieve Peremans, dr. Hilde Philips, Sanne Vandenbosch, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Esther van Leeuwen en prof. dr. Paul Van Royen) en met de steun van Vlaamse gemeenschap.

© **Domus Medica vzw**
Sint-Hubertusstraat 58
2600 Berchem

Tel. 03 425 76 76
Fax 03 218 51 84
E-mail: info@domusmedica.be

www.domusmedica.be

Met steun van de
Vlaamse overheid

