KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

SCREENING EN AANPAK VAN PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

Promotor

Prof. Dr. Cathy Matheï, KULeuven

Co-promotor
Marie-Claire Lambrechts, VAD

Masterproef Huisartsgeneeskunde

door

Hadewijch Pecceu

2016-2018

Dankwoord

In de eerste plaats wil ik Ezra Wynants bedanken. De ontwikkeling van de leermodule is het resultaat van onderling overleg en een goede samenwerking.

We bedanken uitdrukkelijk onze promotor professor Cathy Matheï. Zij stond altijd klaar om ons te begeleiden tijdens het volledige traject. We willen haar ook bedanken voor het herhaaldelijk nalezen van onze teksten en het geven van vele nuttige suggesties.

Daarnaast konden we ook altijd rekenen op de inbreng van onze co-promoter, Marie-Claire Lambrechts. Vanuit haar positie in de VAD sprak ze altijd met veel kennis van zaken en stond ze ons met raad en daad bij. Haar tips en aanmoedigingen hielpen ons vooruit om deze leermodule te ontwikkelen. Daarnaast willen we ook andere experten uit de VAD bedanken voor het nalezen van de scripts.

Dit project kon enkel maar tot stand komen door de steun van verschillende medewerkers. We bedanken de vrijwilligers, die met veel overtuiging een rol van patiënt opnamen tijdens de verfilming van de casussen. We konden altijd rekenen op het Leuvens Instituut voor Media en Leren, Limel, voor de technische ondersteuning. Voor praktische hulp en goede raad kon ik ook altijd terecht bij mijn praktijkopleider en collega's.

Ten slotte een grote dankjewel aan alle vrienden en familieleden voor hun duwtjes in de rug. Een speciale dank is er voor mijn ouders, die mij de kans hebben gegeven om mijn studies geneeskunde te volbrengen.

Abstract

Inleiding

Problematisch alcoholgebruik is een belangrijk gezondheidsprobleem. Hoewel alcohol een belangrijke risicofactor is voor ziekte en vroegtijdige dood en de gezondheidseffecten van alcohol grondig bestudeerd zijn, ontbreekt het vaak aan kennis en kunde bij de Vlaamse huisartsen om problematisch alcoholgebruik aan te pakken. Het doel van deze E-learning module is om de kennis en vaardigheid van de aanpak voor problematisch alcoholgebruik te verhogen.

Methodologie

Met behulp van het elektronisch en interactief leerplatform 'Sofia' werd een leermodule ontwikkeld. Deze is gebaseerd op de beschikbare evidentie, waarbij de literatuurstudie zich vooral toespitst op de Belgische richtlijnen voor de eerste lijn. Dit vormt een theoretische achtergrond en wordt aangevuld door eigen beeldmateriaal, waarin de screening en aanpak geïllustreerd wordt.

Resultaten

De leermodule bestaat uit vier theoretische hoofdstukken, waarbij het probleem van problematisch alcoholgebruik wordt geschetst en de door ons gekozen aanpak wordt toegelicht. De gerichte screening van problematisch alcoholgebruik, gevolgd door een korte interventie waarbij advies gegeven wordt en getracht wordt om de motivatie tot een gedragsverandering te verhogen, is bewezen effectief bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik. Dit wordt geïllustreerd door videofragmenten, waarbij vijf concrete casussen worden uitgewerkt.

Discussie

Vlaamse huisartsen ervaren nog verschillende barrières bij de screening en aanpak van problematisch alcoholgebruik. De beschikbare literatuur is tevens niet éénduidig. Tot op heden is er bovendien weinig kwalitatief beeldmateriaal beschikbaar, die korte interventies binnen een Vlaamse huisartsenpraktijk illustreert. Deze leermodule tracht de toegankelijkheid en haalbaarheid om vroege detectie en korte interventies toe te passen in de praktijk te verhogen. Door het gebruik van deze leermodule in de praktijk kan het bereiken van de vooropgestelde doelen in de toekomst geëvalueerd worden.

Inhoudsopgave

Dankwoord 2

Abstract 3

Inleiding 5

Methodologie 5

Literatuurstudie 5

Ontwikkeling E-learningmodule 6

Resultaten 7

Introductie en definities 7

Screening 8

Aanpak 9

Discussie 10

Conclusie 11

Referenties 13

Bijlagen 15

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol 15

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie 16

Bijlage 3: enkele impressies uit de leermodule 17

Bijlage 4: AUDIT[3] 20

Bijlage 5: screening adhv AUDIT[1] 22

Bijlage 6: overzicht screeningsmethodes 23

Inleiding

Overmatig en schadelijk alcoholgebruik is de derde grootste risicofactor voor ziekte en vroegtijdige dood na roken en verhoogde bloeddruk. Het is voor onze regio een belangrijkere risicofactor dan een verhoogd cholesterolgehalte en overgewicht. Daarnaast is alcoholgebruik een belangrijke risicofactor voor ongevallen en verwondingen. Er wordt geschat dat ongeveer tien procent van de Vlaamse bevolking problemen heeft ten gevolge van hun alcoholgebruik.[1] Alcoholgebruik minderen heeft positieve effecten op de gezondheid.

Korte interventies waarbij een gestructureerd advies wordt gegeven en waarbij getracht wordt om de patiënt te motiveren tot een gedragsverandering heeft een bewezen positief effect op de alcoholconsumptie.[13] Vroegtijdige detectie van problematisch alcoholgebruik, kan voorkomen dat er alcoholafhankelijkheid ontstaat. De huisarts is erg geschikt om problematisch alcoholgebruik te identificeren en een gepaste interventie te starten. Eerstelijnszorg is laagdrempelig en altijd toegankelijk. De vroegtijdige detectie van problematisch alcoholgebruik aan de hand van een gericht gevalideerde screening, gevolgd door een kort gezondheidsadvies is bewezen effectief voor een reductie in alcoholconsumptie.[3]

Hoewel de mogelijke effecten van alcohol op de gezondheid goed bestudeerd en gekend zijn, wordt problematisch alcoholgebruik maar weinig bevraagd en herkend door de Vlaamse huisarts. Vele huisartsen ervaren verschillende drempels om problematisch alcoholgebruik aan te pakken. De huisarts wordt frequent geconfronteerd met een gebrek aan motivatie om een gedragsverandering door te voeren of herval in ongezond gedrag. Dit wordt samen met het gebrek aan tijd als een belangrijke drempel beschouwd. Ze voelen schroom om alcoholgebruik ter sprake te brengen, omdat ze niet weten hoe ze dit op een neutrale manier moeten doen. De kennis en vaardigheid omtrent effectieve interventies voor problematisch alcoholgebruik is vaak te beperkt. Ook in de opleiding geneeskunde komt de aanpak van problematisch alcoholgebruik of de training in interventietechnieken slechts beperkt aan bod.

Om huisartsen te trainen in het herkennen en behandelen van problematisch alcoholgebruik, werd een E-learning module ontwikkeld. De leermodule heeft als doel de kennis en vaardigheden bij huisartsen en studenten omtrent deze problematiek te verhogen. Het omvat een kort theoretisch kader en illustratief beeldmateriaal. Deze leermodule werd samen ontwikkeld met Ezra Wynants. In deze masterproef wordt vooral het screenen van problematisch alcoholgebruik besproken, terwijl de masterproef van Ezra Wynants zich vooral focust op de verdere aanpak.

Methodologie

Literatuurstudie

Voor onze literatuurstudie met betrekking tot het screenen en de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de eerste lijn maakten we gebruik van de watervalmetafoor. In eerste instantie zochten we quaternaire bronnen zoals de richtlijnen van Domus Medica, VAD en Duodecim. Hiervoor werd de zoekmachine van CEBAM geraadpleegd. Daarnaast maakten we ook gebruik van de Cochrane database en MEDLINE/PUBMED. De volgende zoektermen werden gehanteerd in Pubmed: ‘general practicioner’, ‘primary health care’, ‘alcohol use disorder’, ‘alcohol abuse’, ‘alcohol screening’ en ‘brief intervention’.

Ontwikkeling E-learningmodule

De E-learning module werd ontwikkeld in een elektronisch, interactief leerplatform 'Sofia'. Het platform werd ontwikkeld door ACCO-uitgeverij in nauwe samenwerking met het ACHG (Birgitte Schoenmakers) en is toegankelijk voor de student en huisarts.

De leermodule werd opgebouwd rond tekst- en beeldmateriaal. Het doel van de E-learning module is om de kennis en vaardigheid van de Vlaamse huisarts over de screening en aanpak van problematisch alcoholgebruik te vergroten. De theorie wordt kort en schematisch voorgesteld. De achtergrondinformatie wordt onderverdeeld in vier hoofdstukken (Introductie en definities – gevolgen van alcoholgebruik – screening – aanpak). Aan de hand van een inhoudstabel kan naar het gewenste onderwerp genavigeerd worden door op de titel te klikken. Het bevat ook verwijzingen naar de beschikbare literatuur en ondersteunde websites. Ter illustratie werden enkele screenshots van de leermodule toegevoegd als bijlage.

Daarnaast bestaat de leermodule vooral uit beeldmateriaal om de screening naar alcoholgebruik en korte interventies te illustreren. Het gebruik van beeldmateriaal is een effectieve methode om klinische en communicatieve vaardigheden bij huisartsen te trainen, wat reeds werd aangetoond in de geestelijke gezondheidszorg.[14] De literatuurstudie toonde dat er weinig beeldmateriaal beschikbaar is om korte interventies te illustreren binnen de setting van een Vlaamse huisarts.

Er werden vijf verschillende scenario's ontwikkeld naar aanleiding van concrete praktijkvoorbeelden. De casussen werden op die manier gekozen zodat ze aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Ze belichten frequent voorkomende problemen (afwijkende bloedresultaten, suggestieve lichamelijke klachten, ongewettigde vraag voor een afwezigheidsattest). Voor het uitschrijven van de scrips werd feedback gevraagd aan het VAD. De opnames tonen een consultatie tussen een huisarts en een patiënt, waarbij gescreend wordt naar alcoholgebruik met behulp van de AUDIT-C en waarbij een interventie wordt uitgevoerd afhankelijk van de behaalde score. In elke casus wordt een aspect van de problematiek naar voor gebracht. Naast het illustreren van een korte interventie, komt onder andere ook piekdrinken en de verwijzing naar gespecialiseerde hulp aan bod. Een consultatie duurt maximaal tien minuten. Dit illustreert de haalbaarheid om het probleem aan te kaarten binnen de huisartsenpraktijk. Het beeldmateriaal werd opgenomen en verwerkt in het Leuvens Instituut voor Media en Leren (Limel). De rollen van patiënt werden vertolkt door vrijwilligers. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de opgenomen casussen.

Het laatste hoofdstuk van de leermodule bestaat uit een vragenlijst, die peilt naar de opgedane kennis. Er zijn zowel meerkeuze- als invulvragen.

Tabel 1 : overzicht casuïstiek E-learning module.

CASUS	SCREENING	AANPAK
1. Marc, 52 jaar, werkt als vrachtwagenchauffeur. Hij wordt gezien op consultatie na doorverwijzing van de arbeidsgeneesheer naar aanleiding van een ongeval op het werk, waarna hij een positieve blaastest aflegde.	Score AUDIT-c bedraagt ≥ 5, namelijk 10 op 12. Afname volledige AUDIT is aangewezen. Score AUDIT is 22 op 40. Dit wijst op problematisch alcoholgebruik.	Score AUDIT ≥ 20 op 40: problematisch alcoholgebruik De huisarts start een korte interventie, waarbij hij externe begeleiding adviseert.

2. Mevrouw De Leeuw, 38 jaar, komt op consultatie omwille van maagklachten. De huisarts exploreert aansluitend haar drank- en eetgewoontes.	Score AUDIT-c bedraagt ≥4, namelijk 6 op 12. Afname volledige AUDIT is aangewezen. Score AUDIT is 6 op 40. Dit wijst op laag risicogebruik.	Score AUDIT ≤ 6 op 40: laag risicogebruik. Huisarts geeft preventieve richtlijn mee.
3. Meneer Smets, 35 jaar, komt op consultatie voor het bespreken van zijn bloedresultaten na opstart ACE-inhibitor. Het labo toont een verhoogd MCV en gamma-GT.	Score AUDIT-c bedraagt ≥ 5, namelijk 9 op 12. Afname volledige AUDIT is aangewezen. Score AUDIT is 14 op 40. Dit wijst op problematisch alcoholgebruik.	Score AUDIT ≥ 8 op 40: problematisch alcoholgebruik. Huisarts start een korte interventie
4. Sara, 20 jaar, is een studente. Ze komt langs voor een afwezigheidsattest omwille van vage klachten. Ze geeft aan dat ze de voorbije avond te veel alcohol gedronken heeft.	Score AUDIT-c bedraagt ≥ 4, namelijk 5 op 12. Afname volledige AUDIT is aangewezen. Score AUDIT is 6 op 40. Dit wijst op laag risicogebruik.	Score AUDIT is ≤ 6 op 40: laag risicogebruik. Huisarts geeft preventieve richtlijn mee.
5. Meneer Vandenbrande, 32 jaar, komt op consultatie op vraag van zijn echtgenote, die zich zorgen maakt om zijn alcoholgebruik. Hij drinkt dagelijks bier na het werk om zich te ontspannen. Verder ervaart hij weinig problemen.	Score AUDIT-C bedraagt ≤5, namelijk 4 op 12. Screening stopt hier. Er is geen indicatie voor problematisch alcoholgebruik.	De huisarts raadt aan alcoholgebruik niet te veranderen en heeft gezondheidsadvies mee.

Resultaten

De E-learning module bestaat uit een theoretische achtergrond, gebaseerd op de beschikbare evidentie. Deze is opgebouwd rond vier hoofdstukken, waarvan de belangrijkste theoretische elementen hieronder worden opgesomd. Daarnaast zijn er vijf uitgewerkte en verfilmde casussen cfr tabel 1. Het laatste hoofdstuk bestaat uit tien kennisvragen.

Introductie en definities

Een eenheid of standaardglas bevat steeds dezelfde hoeveelheid alcohol, ongeacht de grootte van het glas of het soort alcohol. Hoeveel alcohol een standaardglas bevat kan verschillen van land tot land, maar in Vlaanderen bevat een standaardglas gemiddeld 10 g of ongeveer 12,7 ml pure alcohol, cfr bijlage 1. Sommige dranken kunnen verschillen van een standaardglas gezien ze in grotere hoeveelheid verkrijgbaar zijn (bijvoorbeeld een blikje bier van 33cl of een glas wijn geschonken in privésfeer) of een hoger alcoholpercentage bevatten (bijvoorbeeld zware bieren).[1]

Alcoholgebruik, alcoholgerelateerde problemen en alcoholafhankelijkheid vormen een continuüm. Er bestaat geen ondergrens waarbij alcoholgebruik veilig is, want alcohol is een toxische stof. De mate

waarin alcoholgebruik aanleiding geeft toch psychische, lichamelijke of sociale problemen is afhankelijk van verschillende situatie- en persoonsgebonden factoren (leeftijd, geslacht, omstandigheden, co-morbiditeit). Zo is alcoholgebruik in een verkeerde omstandigheden (bv op het werk of in het verkeer) ook problematisch. Er bestaan verschillende manieren om alcoholgebruik te definiëren.[1,5]

In Vlaanderen werd de aanvaardbare hoeveelheden alcoholgebruik door het VAD (Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs) aangepast naar maximaal tien eenheden per week voor zowel mannen als vrouwen.[2] Deze aanbeveling verschilt met internationale richtlijnen waar maximaal drie tot vier eenheden per dag (of maximaal 21 eenheden per week) voor mannen, en twee tot drie eenheden per dag (of maximaal veertien eenheden per week) voor vrouwen met daarnaast ook enkele alcoholvrije dagen als aanbeveling gebruikt wordt.[1]

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.[4,5]

Wanneer er in één drinkgelegenheid een grote hoeveelheid alcohol wordt gedronken, dan spreekt men over piekdrinken of 'binge drinken'.[5]

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vijfde editie) spreekt niet langer van de diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' zoals in de DSM-IV, maar worden nu onder dezelfde noemer gebracht. De nieuwe diagnose die gebruikt wordt is 'stoornis in het gebruik van middelen' met drie verschillende subcategorieën: beperkt, matig en ernstig. Deze diagnose valt onder de categorie 'verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen'.[6]

De definitie van alcoholafhankelijkheid volgens de WHO 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'.[5,7] Dit betekent een geestelijke en/of lichamelijke afhankelijkheid van alcohol. Bij lichamelijke afhankelijkheid treden er ontwenningsverschijnselen, wanneer een nieuwe inname van alcohol noodzakelijk is om ziekteverschijnselen te voorkomen. Geestelijk afhankelijkheid veronderstelt dat de patiënt niet meer kan functioneren zonder alcohol.

Screening

Er zijn verschillende gestandaardiseerde screeningsinstrumenten voor de detectie van problematisch alcoholgebruik. Deze maken het alcoholgebruik bespreekbaar, geven een inschatting over de ernst en bieden een gestructureerde verdere aanpak. In gerandomiseerde onderzoeken hebben deze een vergelijkbaar hoog niveau van sensitiviteit en specificiteit.[11] De keuze van het juiste screeninginstrument is dan ook niet alleen afhankelijk van de aantonende en uitsluitende kracht, maar ook van de setting (bv ziekenhuis versus huisartsenpraktijk) en het gebruiksgemak.[1,3,6]

De meest gebruikte vragenlijsten voor detectie van alcohol- of andere middelengebruik in de eerstelijn zijn AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), AUDIT-C (de verkorte versie van AUDIT), CAGE (een acroniem voor 'Cut', 'Annoyed', 'Guilty' en 'Eye-opener, de kernbegrippen van de vier vragen) en ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).[2]

Van alle beschikbare screening tests naar problematisch alcoholgebruik in de eerstelijns gezondheidszorg, is de AUDIT de meest bestudeerde en gebruikte. De AUDIT is een eenvoudig screeningsinstrument, die werd ontwikkeld door de WHO voor de detectie van problematisch alcoholgebruik. De AUDIT bestaat uit tien vragen: drie over alcoholconsumptie (AUDIT-C), vier over alcoholgerelateerde problemen en drie over afhankelijkheidssymptomen. Het invullen van de vragenlijst is eenvoudig en duurt twee tot vijf minuten. De volledige AUDIT overlopen vraagt echter een inspanning, waardoor hij in de praktijk ondergebruikt is. Hierom werden een korte versie ontwikkeld. De AUDIT-C omvat de eerste drie vragen van de AUDIT en peilt naar het consumptiegedrag van de patiënt om het risico op problematisch drankgebruik in te schatten. Enkel wanneer het risico verhoogd is, moeten de volgende zeven vragen gesteld worden.[7,8] Dit wordt stapsgewijs uitgewerkt in bijlage 3.[1]

Laboratoriumonderzoeken hebben een lagere sensitiviteit dan gestandaardiseerde vragenlijsten en hebben dan ook geen plaats bij de screening naar alcoholgebruik.[8]

Een systematische screening naar problematisch alcoholgebruik om patiënten voor een kortdurende interventie te selecteren wordt niet aanbevolen. Systematisch screening is praktisch niet haalbaar in een drukke huisartspraktijk, waarbij extra consultatietijd wordt gebruikt naast de oorspronkelijke contactreden. Bovendien wordt de doeltreffendheid betwist.[9,10] De huidige Belgische richtlijnen (Domus medica) bevelen dan ook een gerichte screening aan.[1]

Er zijn geen specifieke symptomen of klachten die met zekerheid wijzen op problematisch alcoholgebruik. Problematisch alcoholgebruik kan vermoed worden door directe signalen (alcoholgeur, alcoholintoxicatie), doordat het probleem door derden wordt gesignaleerd of door indirecte signalen (oa psychische of sociale problemen, veelvuldige consultaties met vage klachten, frequente vraag voor slaap- of kalmeringsmiddelen). Alcoholgebruik wordt best ook nagevraagd bij een preventief gezondheidsonderzoek of bij andere chronische pathologiën (arteriële hypertensie, obesitas, diabetes mellitus).[1]

Aanpak

Vroege detectie van alcohol, gevolgd door kort advies, zijn bewezen effectief voor de reductie van alcoholconsumptie.[3]

De AUDIT-score maakt onderscheid tussen ‘aanvaardbaar alcoholgebruik’, ‘problematisch alcoholgebruik’ of ‘alcoholafhankelijkheid’. Afhankelijk van deze AUDIT-score wordt de verdere aan pak bepaald.[1,7]

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’. De verschillende afkapwaarde wordt verklaard door de hogere impact op de gezondheid van alcohol bij vrouwen en 65-plussers. Het meegeven van preventieve richtlijnen en informatie over alcoholgebruik moedigt patiënten aan om hun gebruik niet te veranderen.[1,7]

Er is sprake van problematisch alcoholgebruik bij een AUDIT-score tussen ≥8 en 19 voor mannen of ≥7 en 19 voor vrouwen en 65-plussers. Bij een dergelijke score is een korte interventie aangewezen. Aan de hand van een kort gestructureerd adviesgesprek wordt getracht de patiënt te motiveren om zijn alcoholgebruik te verminderen.[1,7]

Patiënten met een score vanaf 20 behoren tot de categorie ‘alcoholafhankelijkheid’. Verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening is dan aanbevolen. Na het meedelen van de AUDIT-score wordt een

korte interventie gedaan, waarbij de huisarts de score meedeelt en feedback meegeeft. De korte interventie is er vooral op gericht om een de patiënt te motiveren gespecialiseerde hulp te aanvaarden.[1,7] De gespecialiseerde hulp kan bestaan uit ambulante zorg bij een specialist, kortdurende en langdurige opnames, en psychiatrische thuiszorg. Daarnaast bestaan er ook (online) zelfhulpgroepen, zoals de Anonieme Alcoholisten (AA), www.alcoholhulp.be of www.druglijn.be. De hulp die kan aangeboden worden is afhankelijk van de sociale kaart van de praktijk. De huisarts kan de verschillende opties met de patiënt overlopen en dan in samenspraken de beste optie kiezen. Het is aan de huisarts om mogelijke barrières naar hulpverlening bloot te leggen en te verhelpen.

Na de gevalideerde screening, deelt de huisarts de score mee en kaart alcoholgebruik op een niet-veroordelende manier aan bij de patiënt. Er wordt op een korte en gestructureerde manier advies en feedback gegeven om een de patiënt tot een potentiële gedragsverandering te motiveren. Kortdurende interventies zijn een gevalideerde manier om alcoholgebruik te minderen. De huisarts is gezien zijn positie laagdrempelig en erg geschikt om alcoholgerelateerde – vaak vage – klachten te detecteren. Voor uitgebreide uitleg over korte interventies bij problematisch alcoholgebruik verwijs ik naar de masterproef van Ezra Wynants.

Om de patiënt te motiveren tot een bepaalde gedragsverandering kan gebruik gemaakt worden uit technieken uit de motiverende gespreksvoering. Hiervoor kan gedacht worden aan het acroniem FRAMES (Feedback - feedback, Responsibility - verantwoordelijkheid, Advice - advies, Menus - keuzemogelijkheden, Empathic counselling – empathie, Self-efficiancy – eigen verantwoordelijkheid). Korte interventies is erg geschikt om toe te passen in de eerstelijnszorg.[1] Voor verdere informatie verwijzen we hiervoor naar het boek ‘Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg’, van Rollnick ea[17].

Discussie

Het doel van de E-learning module is om de kennis en vaardigheid van Vlaamse huisartsen te verhogen bij de screening en aanpak van problematisch alcoholgebruik. Om dit te bereiken hebben we gekozen voor een module die een kort theoretisch kader bevat, gebaseerd op de beschikbare evidentie en die geïllustreerd wordt met eigen beeldmateriaal. Onze literatuurstudie leerde dat er een tekort is aan kwalitatief Vlaams beeldmateriaal om de korte interventies te illustreren. Nochtans zijn wij van mening dat beeldmateriaal een effectieve strategie is om klinische vaardigheden aan te leren.

De richtlijnen in verband met de aanpak van problematisch alcoholgebruik zijn niet éénduidig. Zo zijn er verschillende gestandaardiseerde en gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar.[8] Daarnaast is er een grote variatie tussen de gehanteerde definities van een korte interventie, variërend van een kort gezondheidsadvies tot volledige gestructureerde gesprekken van een dertigtal minuten. De interpretatie van kortdurende interventies zijn erg breed. Voor de ontwikkeling van de E-learning module hebben we dan ook een aantal keuzes gemaakt.

Als screeningsmethode maakten we gebruik van de AUDIT(-C). De keuze van de juiste screeningstest is niet enkel afhankelijk van de statistische kenmerken van een test, maar ook van de bruikbaarheid in de praktijk. Hoewel verschillende screeningsinstrumenten een vergelijkbaar niveau van sensitiviteit en specificiteit hebben, zijn de meeste richtlijnen op de AUDIT gebaseerd. De AUDIT(-c) is een gevalideerde vragenlijst om problematisch alcoholgebruik op te sporen. Hij is de meest bestudeerde en gebruikte screeningstest, waardoor er wereldwijd veel ervaring werd opgebouwd. Hij werd specifiek ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijn, maar kan ook gebruikt worden in andere settings. De AUDIT-score maakt onderscheid tussen ‘aanvaardbaar alcoholgebruik’, ‘problematisch

alcoholgebruik' of 'alcoholafhankelijkheid' en biedt op die manier het kader, waarop de juiste interventie kan worden toegepast.

Andere vragenlijsten, zoals de CAGE, worden niet aanbevolen voor de vroege detectie van alcoholgebruik. De CAGE bevraagt alcoholgebruik in het verleden, bv de afgelopen twaalf maanden terwijl de huisarts vooral geïnteresseerd is in het actuele gebruik. De CAGE en AUDIT-c peilen naar een andere doelgroep. De CAGE werd specifiek ontwikkeld voor de detectie van problematisch alcoholgebruik, terwijl de AUDIT-c ook mogelijks riskant gebruik detecteert. Hierdoor is de AUDIT-c geschikter voor vroeginterventie bij alcoholgebruik. Hoe vroeger men alcoholgebruik kan detecteren, hoe groter de kans dat alcoholafhankelijkheid en schadelijke gevolgen vermeden kunnen worden.

Omwille van de drukke praktijkvoering, gebeurt screening het best stapsgewijs. Bij elke patiënt waarbij het alcoholgebruik wil nagevraagd worden, worden de eerste drie vragen van de AUDIT (=AUDIT-C) gesteld. Afhankelijk van de behaalde score eindigt hier de screening of worden de zeven andere vragen van de AUDIT gesteld. De aangewezen volgende stap is afhankelijk van de behaalde AUDIT-score.[1]

Kortdurende interventies zijn een heterogene groep van gestructureerde adviesgesprekken, die variëren in duur en intensiteit. Wij opteren voor korte interventies van enkele minuten, waarbij op een neutrale en niet-veroordelende manier wordt gepeild naar de motivatie om een gedragsverandering uit te voeren. Deze is gericht op het meegeven van de nieuwe preventieve richtlijnen en gezondheidsadvies op maat van de patiënt. Er wordt op een neutrale en niet-veroordelende manier gepeild naar de motivatie om een gedragsverandering door te voeren. Het gesprek bevat feedback en informatie, op maat van het alcoholgebruik die de huisarts tijdens de gestandaardiseerde screening heeft vastgesteld. Deze strategie kan gemakkelijk toegepast worden in de praktijk, waar tijdsgebrek vaak wordt gezien als barrière om problematisch alcoholgebruik te bevragen. Langere interventies hebben geen bijkomstig voordeel.[13]

De internationale literatuur is vaak niet implementeerbaar in de Vlaamse huisartspraktijk, waarbij het aansporen tot een gedragsverandering nog steeds de taak is van de huisarts. Dit is verschillend van de Nederlandse setting, waarbij dit vaak gebeurt door een praktijkassistent of een eerstelijns psycholoog. Er is dan ook weinig Nederlandstalig beeldmateriaal beschikbaar om korte interventies te illustreren, die ook toepasbaar zijn in een Vlaamse setting. Door eigen gefilmde consultatie te gebruiken, hopen we de herkenbaarheid en de toegankelijkheid voor de Vlaamse huisartsen te vergroten.

De E-learning module werd ontwikkeld aan de hand van een bestaand leerplatform, waar ook andere medische scholingen werden ontwikkeld. De effectiviteit van deze vorm van leren werd reeds aangetoond in het verleden.[14,16] Daarnaast zijn wij van mening dat ze nog andere voordelen bevat. De E-learning is laagdrempelig. Elke arts kan deze training doorlopen op zijn/haar eigen tempo en op een eigen gekozen moment. Men kan ook gemakkelijk teruggrijpen naar een E-learning module om de theorie te herhalen.

Deze module werd ontwikkeld in het kader van een masterproef en beoogt de vaardigheid van de Vlaamse huisarts bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik te vergroten. Tot op heden werden deze beoogde doelen echter nog niet geëvalueerd. Om de kwaliteit te beoordelen wordt in de toekomst best feedback gevraagd aan de Vlaamse huisartsen en vooropgestelde gebruikers. De module werd ontwikkeld in samenspraak met de VAD en zal daar ook in de praktijk gebruikt worden. Op die manier hopen we de kwaliteit de verhogen en het gebruik ervan te evalueren.

Conclusie

De aanpak van problematisch alcoholgebruik is een belangrijke uitdaging voor de huisarts. De effecten van alcoholgebruik zijn grondig bestudeerd en bekend. Toch ontbreekt vaak de kennis en vaardigheid

om alcoholgebruik te bevragen en aan te pakken. Vroege detectie van alcohol, gevolgd door een korte interventie, zijn bewezen effectief voor de reductie van alcoholconsumptie. Screening gevolgd door feedback en het meegeven van een informatiebrochure zou een goede strategie kunnen zijn om het drinkgedrag te beïnvloeden.[3]

Deze leermodule tracht de vroege detectie en aanpak van problematisch alcoholgebruik bij te brengen en te illustreren. Ze bestaat uit theoretische achtergrond en vijf uitgewerkte casussen op beeld. Door het gebruik van deze leermodule in de praktijk kan het bereiken van de vooropgestelde doelen in de toekomst geëvalueerd worden.

Referenties

1. J. Michiels, S. Hoeck, G. Dom, M. Goossens, G. Van Hal, P. Van Royen. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*. 2011;40(5):137-160.

2. Defillet T., Popelier K.De nieuwe alcoholrichtlijn versus screeningsinstrumenten. VAD, 2017.

3. Babor TF, Kadden RM (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 59(Supplement), S80-S87.

4. Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening).*Huisarts Wet*. 2014;57(12):638-46

5. Babor TF, Higgins-Biddle JC . Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. WHO/MSD/MSB/01.6b, 2001.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

7. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. The AUDIT: guidelines for use in primary care, 2nd edition. WHO:Geneva, 2001.

8. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, et al. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. British Journal of General Practice. 2001; 51(464): 206-217.

9. Aertgeerts B.(2004) Screenen en kort behandelen van overmatig alcoholgebruik. Minerva,3(7):114-116.

10. Beich A, Thorsen T, Rollnick S.(2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ,327:536–540. SYST

11. Canagasaby A & Vinson DC (2005). Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quanitiy-frequency questions. Alcohol Alcohol, 40(3), 208-213.

12. Amy O'Donnell, Peter Anderson, Dorothy Newbury-Birch, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism Vol. 49*, No. 1. 2014; 66–78.

13. Kaner EF , Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;1-93.

14. Xie H, Liu L, Wang J, et al. The effectiveness of using non-traditional teaching methods to prepare student health care professionals for the delivery of mental state examination: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Aug 14;13(7):177-212.

15. Rollnick S., Miller W. en Butler C. 2009. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Ekklesia, Gorinchem, 253p.

16. Dankbaar MEW. De effectiviteit van e-learning en de implementatie in het medisch onderwijs. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. October 2009, Volume 28, Issue 5, 212–222.

Bijlagen

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol

Gunstig advies van OBC

2017-06-30 10:56:53

Bekijk status geschiedenis

Student(en): Hadewijch Pecceu
Ezra Wynants

Promotor: Cathy Matheï (catharina.mathei@kuleuven.be - u0009104 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Overige.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond: De geschatte prevalentie van problematisch alcoholgebruik onder de Belgische bevolking bedraagt 10% en is na roken en hypertensie de derde belangrijkste risicofactor bij ziekte en vroegtijdige mortaliteit. Tijdige detectie en aanpak van deze problematiek is aldus uitermate belangrijk en de huisarts kan in dit verhaal een belangrijke rol spelen.
Korte interventies door de huisarts zijn reeds nuttig gebleken in de aanpak van alcoholmisbruik. Hierbij wordt op maat van de patiënt beoogt motivatie tot gedragsverandering te verhogen, advies en feedback gegeven. Ondanks de relevantie van het thema wordt tijdens de opleiding weinig aandacht besteed aan het aanleren van deze technieken aan huisartsen (in opleiding) en voelt een deel van de huisartsen zich niet vertrouwd met dit onderwerp.

Vraagstelling: Hoe kunnen we de kennis en vaardigheden van studenten huisartsgeneeskunde en HAIO's omtrent de aanpak van problematisch alcoholgebruik verhogen?

Methodologie: Het ontwikkelen van een e-learning module aan de hand van de sofia leerplatform op basis van huidige bestaande richtlijnen uit de literatuur (voornamelijk Nederlandstalige,maar ook buitenlandse richtlijnen).
Het opzet van de masterproef is aldus het ontwikkelen van een methode om de kennis en vaardigheden omtrent detrectie van problematsch alchoholgebruik in de huisartspraktijk en korte interventies als verdere aanpak te verhogen aan de hand van bestaande theoretisch modellen.
Bij de ontwikkeling van de e-learning module zullen wij gebruik maken van fictieve gegevens en zelf instaan voor de ontwikkeling van beeldmateriaal. Hierbij worden geen patiënten noch patiëntgegevens uit de praktijk gebruikt en zullen wij geen patiënten onderwerpen aan een interventie.

Referenties:

Michels J, Hoeck S, Dom G, et al. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts.Domus Medica. Huisarts Nu2011;137-161
Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, et al.NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruikHuisarts Wet2014;57(12): 638-46
Klimas J, Tobin H, Field CA, et al.Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problemalcohol and illicit drug users. Review.Cochrane Library2014;1-73.
Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al.Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Review.Cochrane Library2009;1-93.
Kaner EF, Beyer FR, Brown J, et al.Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. Protocol.Cochrane Library2015;1-14.
The Guideline Development Group and National Collaborating Centre; Drummond C, et al.Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful dri nking and alcohol dependence. Clinical guideline.National Institute for Health and Care Excellence2011;1-50.
The Topic Expert Group and NICE project team. Brown A, et al.Alcohol-use disorders: diagnosis and management. Quality standard.National Institute for Health and Care Excellence2011;1-70.
The Guideline Development Group and NICE project team. Rudd A, et al.Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Clinical guideline.National Institute for Health and Care Excellence2010;1-34.
Kaarne T.Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruikDuodecim Medical Publications Ltd2014;
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid deel 1: de alcoholontwenning.Folia Pharmacotherapeutica maart 2016;19-22.
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid deel 2: de terugvalpreventie.Folia Pharmacotherapeutica april 2016;28-31.
Scott S, Parkinson K, Kaner E, et al.Non-pharmacological interventions designed to reduce health risks due to unhealthy eating behaviour and linked risky or excessive drining in adults aged 18-25 years: a systematic review protocol.BioMed Central2017;1-7.
Joseph J, Basu Debasish.Efficacy of brief interventions in reducing hazardous or harmful alcohol use in middle-income countries: systematic review of randomiez controlled trials.Alcohol and Alcoholism2017;52(1): 56-64.
Reho K, Agley J, DeSalle M, et al.Are we there yet? A review of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT). Implementation Fidelity tools and proficiency checklists.J Primary Prevent2016;37: 377-388.

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Detectie van problematisch alcoholgebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

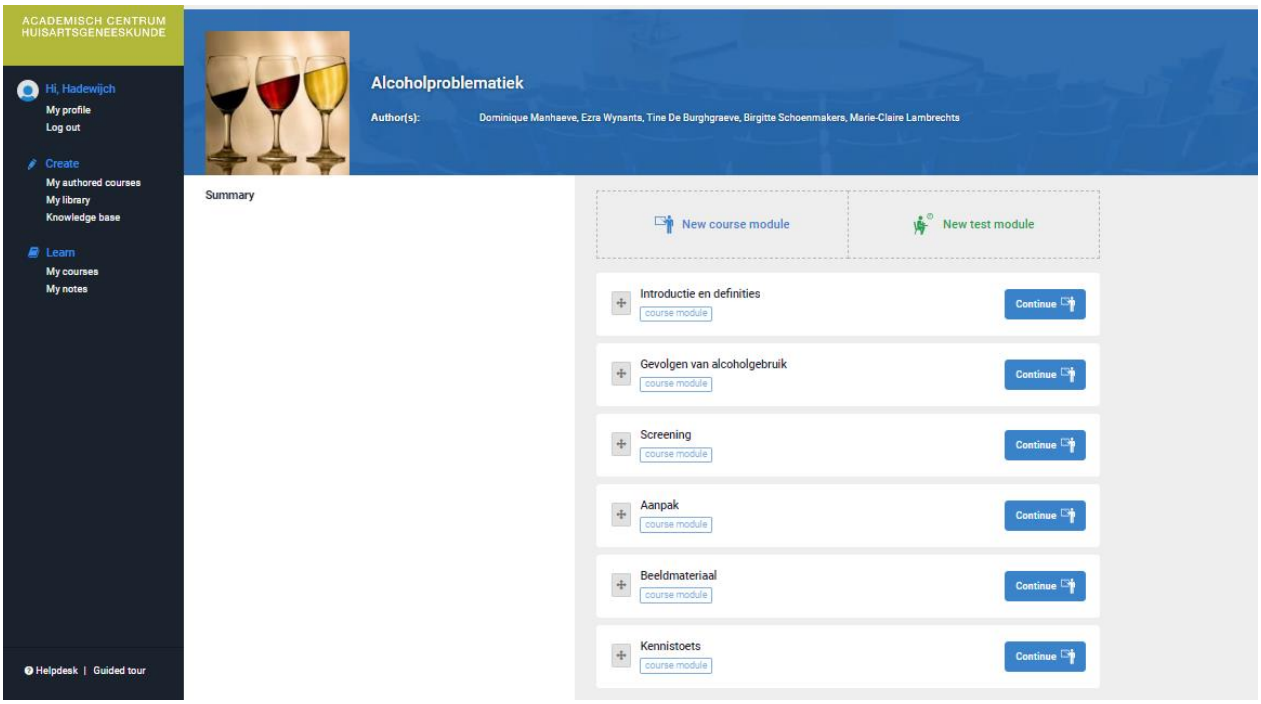
Dear Mr/Ms

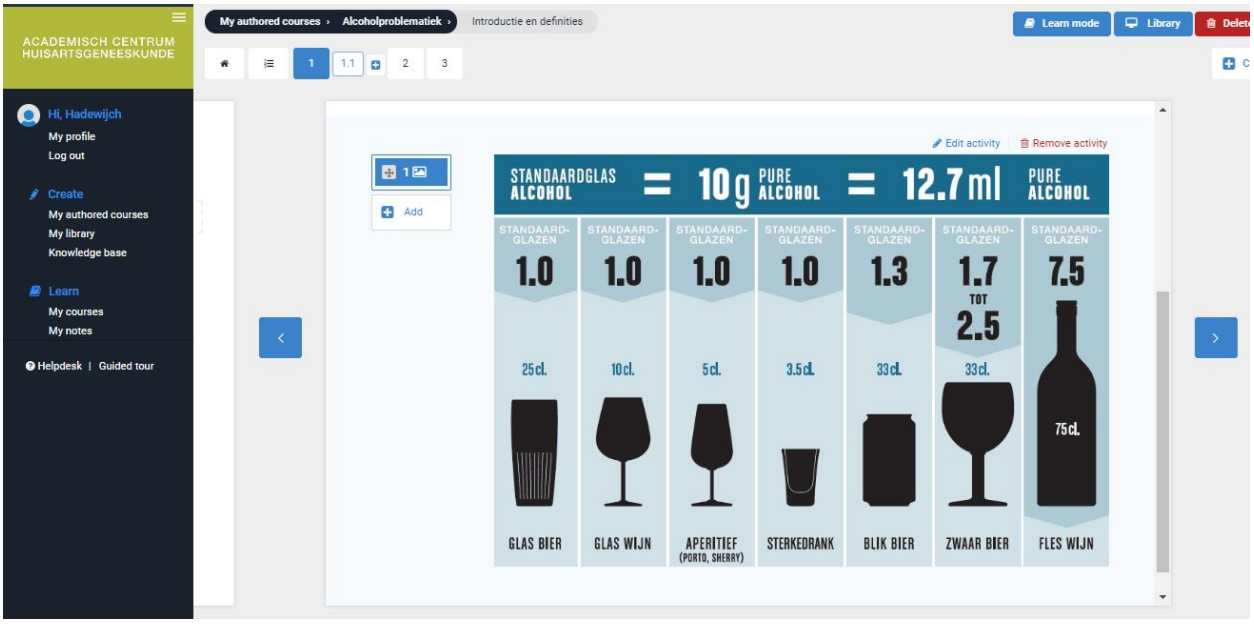
The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Detectie van problematisch alcoholgebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

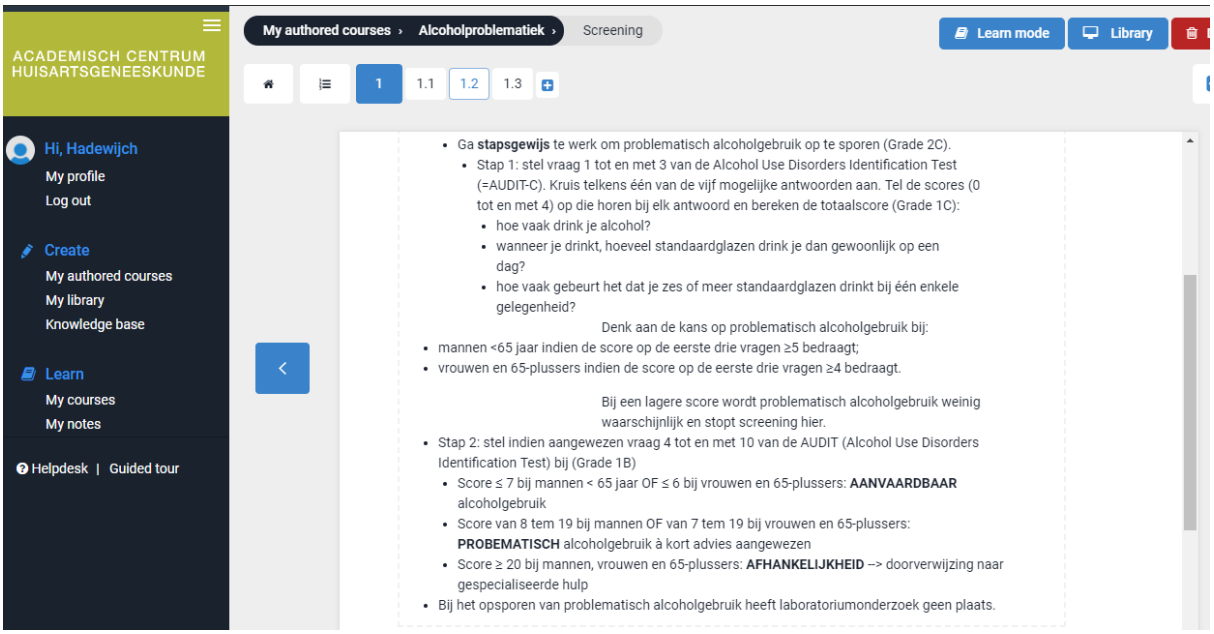
Met vriendelijke groeten

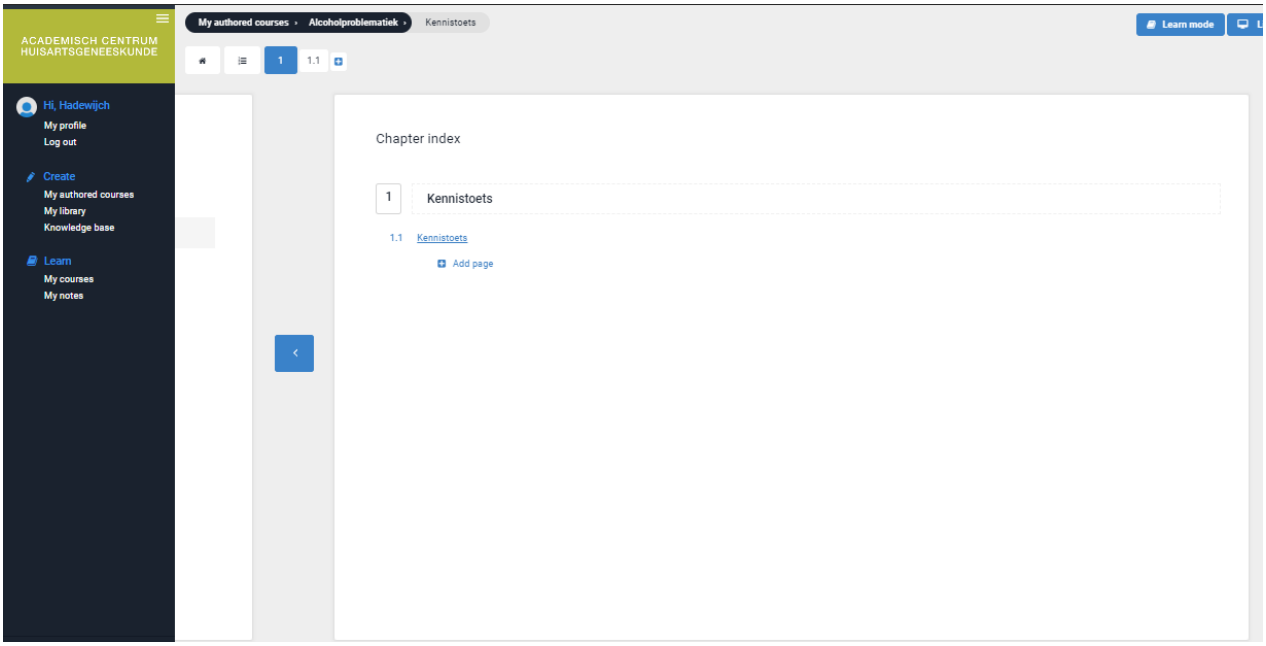
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

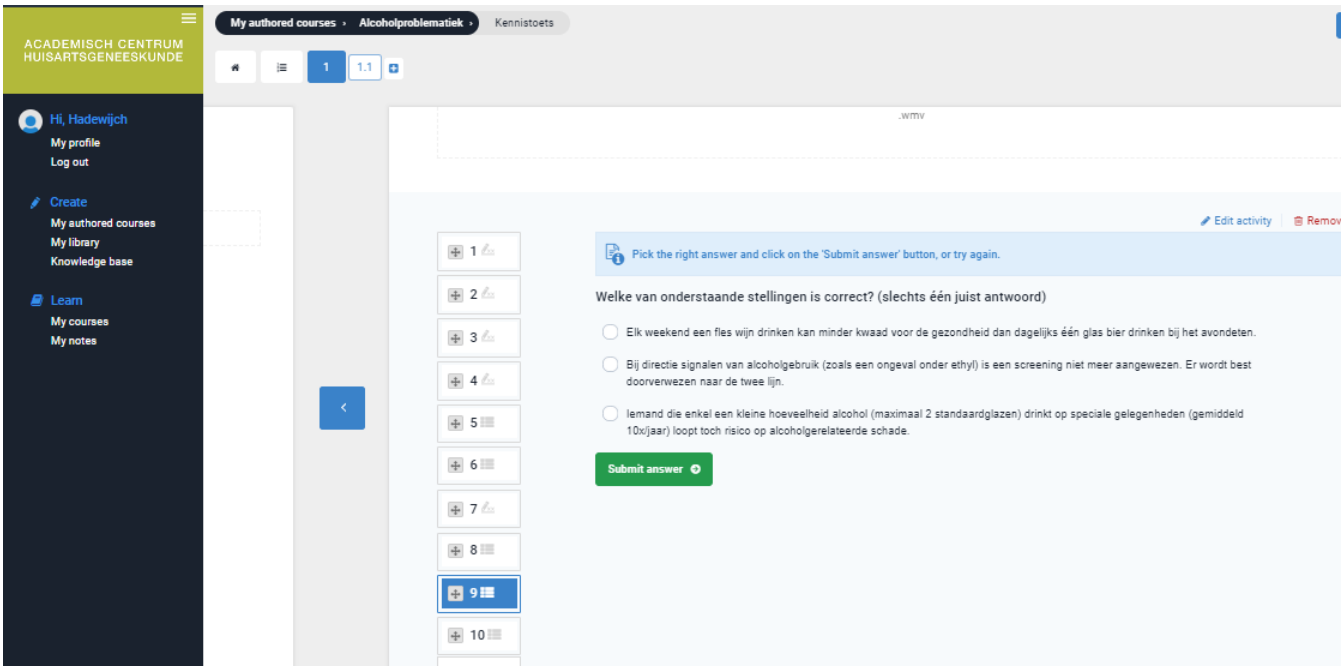
Bijlage 3: enkele impressies uit de leermodule






ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE
Hi, Hadewijch
My profile
Log out
Create
My authored courses
My library
Knowledge base
Learn
My courses
My notes
Helpdesk | Guided tour
My authored courses › Alcoholproblematiek › Screening
Learn mode
Library
1
1.1
1.2
1.3
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-C). 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?
Denk aan de kans op problematisch alcoholgebruik bij:
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.
Bij een lagere score wordt problematisch alcoholgebruik weinig waarschijnlijk en stopt screening hier.
Stap 2: stel indien aangewezen vraag 4 tot en met 10 van de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) bij (Grade 1B)
Score ≤ 7 bij mannen < 65 jaar OF ≤ 6 bij vrouwen en 65-plussers: AANVAARDBAAR alcoholgebruik
Score van 8 tem 19 bij mannen OF van 7 tem 19 bij vrouwen en 65-plussers: PROBEMATISCH alcoholgebruik à kort advies aangewezen
Score ≥ 20 bij mannen, vrouwen en 65-plussers: AFHANKELIJKHEID –> doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp
Bij het opsporen van problematisch alcoholgebruik heeft laboratoriumonderzoek geen plaats.


ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE
Hi, Hadewijch
My profile
Log out
Create
My authored courses
My library
Knowledge base
Learn
My courses
My notes
My authored courses › Alcoholproblematiek › Kennistoets
Learn mode
1
1.1
Chapter index
1
Kennistoets
1.1 Kennistoets
Add page

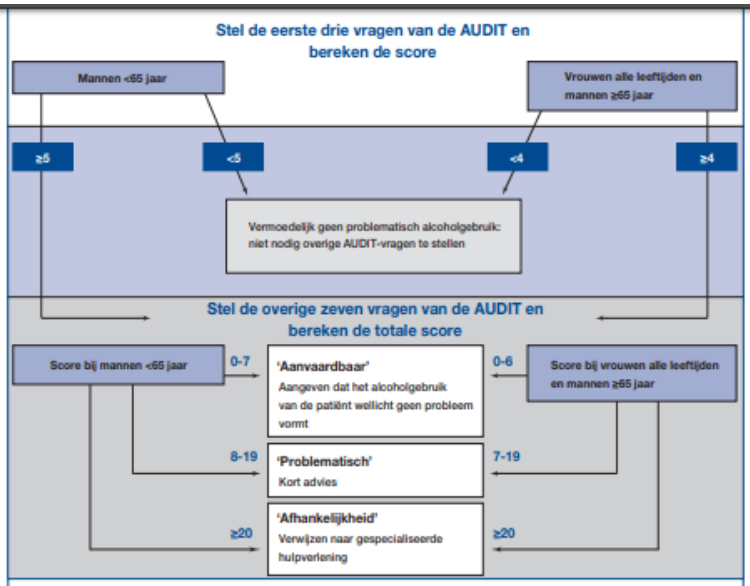

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE
Hi, Hadewijch
My profile
Log out
Create
My authored courses
My library
Knowledge base
Learn
My courses
My notes
My authored courses › Alcoholproblematiek › Kennistoets
1
1.1
.wmv
Edit activity
Remov
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
Pick the right answer and click on the 'Submit answer' button, or try again.
Welke van onderstaande stellingen is correct? (slechts één juist antwoord)
Elk weekend een fles wijn drinken kan minder kwaad voor de gezondheid dan dagelijks één glas bier drinken bij het avondeten.
Bij directie signalen van alcoholgebruik (zoals een ongeval onder ethyl) is een screening niet meer aangewezen. Er wordt best doorverwezen naar de twee lijn.
Iemand die enkel een kleine hoeveelheid alcohol (maximaal 2 standaardglazen) drinkt op speciale gelegenheden (gemiddeld 10x/jaar) loopt toch risico op alcoholgerelateerde schade.
Submit answer

Bijlage 4: AUDIT[3]

STAP 1: peil naar alcoholconsumptie adhv AUDIT-C						
AUDIT-vragen	0	1	2	3	4	Score
1. Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	……..
2. Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	……..
3. Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..
STAP 2: Bij een score ≥5 (mannen <65 jaar) of ≥4 (vrouwen alle leeftijden en mannen ≥65 jaar): stel vraag 4 tem 10						
4. Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..
5. Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..

niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?						
6. Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..
7. Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..
8. Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	……..
9. Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?		Nooit	Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	……..
10. Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?		Nooit	Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	……..
TOTAALSCORE AUDIT						……..

Bijlage 5: screening adhv AUDIT[1]



KORT ADVIES

- Deel de AUDIT-score mee en geef aan 'aanvaardbaar', 'problematisch' of 'afhankelijk' .
- Bespreek op een empathische en niet-veroordelende manier de persoonlijke risico's én de nood aan verandering. Risico's kunnen zich situeren op lichamelijk, psychiatrisch, psychisch, mentaal of maatschappelijk vlak.
- Geef aan wat aanvaardbare hoeveelheden zijn. Mannen: ≤21 standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer. Vrouwen: ≤14 standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer. Voor mannen én vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week. Lagere aanvaardbare hoeveelheden voor ouderen.
- Geef een folder mee ter ondersteuning van het mondeling kort advies.

FOLLOW-UP na kort advies

- Bij relatief beperkt problematisch alcoholgebruik (AUDIT ≤15): herhaal het kort advies bij nieuwe signalen.
- Bij ernstiger problematisch alcoholgebruik (AUDIT 16-19): plan zelf een vervolggesprek binnen de 6 maanden. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of maak gebruik van het ABC-model voor begeleiding van alcoholmisbruik ontwikkeld door Domus Medica.

VERWIJZING naar gespecialiseerde hulpverlening

- AUDIT-score van ≥20 of bij vermoeden van alcoholafhankelijkheid.
- Psychiatrische comorbiditeit, ernstige lichamelijke comorbiditeit, keuze voor verwijzing door patiënt en huisarts, (herhaald) falen kort advies, bij indicatie voor een korte interventie en wanneer de huisarts dit niet zelf opneemt.

Bijlage 6: overzicht screeningsmethodes

CAGE

1. Heeft u weleens het gevoel gehad het alcoholgebruik te moeten minderen? (cutdown)
2. Heeft u zich weleens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw drankgebruik? (annoyed)
3. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u heeft gedaan toen u had gedronken? (guilty)
4. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (eye-opener)

De CAGE-test omvat vier vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van problematisch alcoholgebruik of mogelijkse afhankelijkheid. De CAGE vragenlijst is minder sensitief voor de vroege detectie van problematisch alcoholgebruik en is dus minder geschikt om te gebruiken in een preventieve setting, zoals de huisartspraktijk.[8]

ASSIST

De ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) is een screeningsinstrument voor alcohol, roken en ander middelengebruik. De test bestaat uit acht vragen, waarmee je eenvoudig en snel een inschatting kan maken van de ernst van middelengebruik bij volwassenen. Het resultaat van de screening geeft ook aan welke verdere opvolging aangewezen is: informatie, kortdurende interventie of intensievere hulpverlening.[8]