De aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk

Dr. Wynants Ezra, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. C. Matheï, KU Leuven

Co-promotor: Marie-Claire Lambrechts, KU Leuven (Centrum omgeving en Gezondheid) en Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, prof. Dr. C. Matheï bedanken voor de begeleiding bij het ontwikkelen en neerschrijven van deze masterproef. Daarnaast bedank ik ook Marie-Claire Lambrechts en haar collega's van het VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) voor de ondersteuning bij het uitwerken van de casuïstiek en voor hun suggesties omtrent de theoretische onderbouwing ervan.

Ten slotte ook een dankwoord voor Maarten Timmermans en Johan Willems van het LIMEL (Leuvens Instituut voor Media En Leren) en voor de acteurs. Zonder hen was de ontwikkeling van het beeldmateriaal niet mogelijk geweest.

Abstract

Huisarts in opleiding: Ezra Wynants, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. C. Matheï, Katholieke Universiteit Leuven, ACHG
Co-promotor: M.C. Lambrechts, KU Leuven (Centrum Omgeving en Gezondheid) en Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Praktijkopleider: Dr K. Van Haver

Achtergrond: Alcoholgebruik vormt wereldwijd een belangrijke risicofactor voor ziekte, invaliditeit en vroegtijdige sterfte. Artsen zijn zich bewust van de gezondheidsproblemen die alcoholconsumptie met zich mee kan brengen, maar herkennen of bevragen de problematiek onvoldoende. Er is tot op heden ook een gebrek aan online Nederlandstalig studiemateriaal omtrent de screening en aanpak van problematisch alcoholgebruik. Het doel van deze masterproef is om dit materiaal ter beschikking te stellen aan huisartsen en hen te sensibiliseren patiënten met problematisch alcoholgebruik adequaat te begeleiden. **Methoden:** Er werd een interactief leerplatform met videomateriaal ontwikkeld, gebaseerd op bestaande modellen uit de literatuur. In de literatuurstudie werd voornamelijk gekeken naar de definities omtrent problematisch alcoholgebruik, bestaande richtlijnen omtrent de detectie en aanpak ervan en werden motiverende gesprekstechnieken onderzocht. **Resultaten:** Belangrijke definities zoals ‘problematisch alcoholgebruik’, ‘binge drinken’ en ‘standaardeenheden’ worden uitgelegd. Ter detectie van problematisch alcoholgebruik raden wij het gebruik van de AUDIT-C vragenlijst aan. De aanpak wordt vervolgens geënt op de uitkomst van deze vragenlijst. Verscheidene studies tonen aan dat ‘brief interventions’ of kortdurende interventies effectief blijken in het reduceren van alcoholconsumptie, het veranderen van problematische drinkpatronen, het voorkomen van verdere alcoholgerelateerde problemen en het bevorderen van de algemene gezondheid. **Conclusie:** De huisarts is de ideale persoon om vroegtijdige interventies voor problematisch alcoholgebruik te voorzien. Door het ontwikkelen van een e-learning module met interactief leermateriaal kunnen deze inzichten en technieken aangeleerd worden aan huisartsen (in opleiding) in Vlaanderen.

Inhoudstafel

Dankwoord I

Abstract II

Inhoudstafel III

1. Inleiding 1

2. Methoden 2
2.1. Literatuurstudie 2
2.2. E-learning module 2

3. Resultaten 4
3.1. Introductie en definities 4
3.1.1. Eenheid alcohol 4
3.1.2. Definities 4
3.1.3. Documentatie 5
3.2. Gevolgen van alcoholgebruik 5
3.2.1. Laag risico gebruik 5
3.2.2. Gezondheidsrisico's 5
3.3. Screening 5
3.4. Aanpak 6
3.4.1. Kortdurende interventies of 'brief interventions' 6
3.4.1.1. Kort advies 6
3.4.1.2. Korte interventie 7
3.4.2. Motivationele gespreksvoering 7
3.4.3. Concrete adviezen 8
3.4.4. Follow-up 8
3.4.5. Doorverwijzing 8
3.5. Beeldmateriaal 9
3.6. Kennistoets 9

4. Discussie 10

5. Besluit 12

Bijlagen i
Bijlage 1: afbeeldingen i
Bijlage 2: screenshots van het beginscherm van de onderdelen van de e-learning module iii
Bijlage 3: tabellen vi
Bijlage 4: verplichte bijlagen viii

1. Inleiding

Alcoholgebruik is wereldwijd één van de grootste risicofactoren voor ziekte, invaliditeit en vroegtijdige sterfte (1) (2). De geschatte prevalentie van problematisch alcoholgebruik onder de Vlaamse bevolking bedraagt ongeveer 12% (3). België stond in 2014 vijfde in de Europese rangschikking van totale alcoholconsumptie (rekening gehouden met de officiële alcoholconsumptie van jongeren vanaf 15 jaar en volwassenen). De totale alcoholconsumptie bedroeg toen 12,6 liter pure alcohol per capita. Een stoornis in het gebruik van alcohol begint bij twee derde van de patiënten voor het 25ste levensjaar (4). De meeste artsen zijn zich bewust van de gezondheidsproblemen die alcoholconsumptie met zich mee kan brengen, maar herkennen of bevragen de problematiek onvoldoende. Minderen of stopzetten van alcoholgebruik heeft gunstige effecten op de gezondheid en de huisarts kan hier een belangrijke rol in spelen (3) (5) (6). Ondanks deze kennis blijkt dat vele zorgverleners zich niet voldoende getraind vinden om alcoholproblemen systematisch te screenen en zo nodig aan te pakken. Een ander struikelblok schuilt in de opvatting dat patiënten weerspannig of misnoegd zouden reageren op het bevragen van hun alcoholgebruik. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten met een problematisch alcoholgebruik zich zelden weigerachtig opstellen (6). Hoe eerder men patiënten kan motiveren hun problematisch alcoholgebruik aan te pakken, hoe kleiner de kans op het ontwikkelen van afhankelijkheid en op andere negatieve gevolgen op lange termijn (2) (3) (6).

Het algemene doel van deze masterproef is de vaardigheden en kennis omtrent de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Dit door middel van het ontwikkelen van een elektronisch interactief leerplatform (7).

In deze masterproef wordt voornamelijk de aanpak van problematisch alcoholgebruik besproken. Voor meer informatie omtrent de detectie verwijs ik naar de masterproef van Hadewijch Pecceu. Samen ontwikkelden wij de e-learning module.

2. Methoden

2.1. Literatuurstudie

De bestaande theorie omtrent de aanpak van problematisch alcoholgebruik was het vertrekpunt van de ontwikkeling van het teaching kader. De literatuurstudie werd stapsgewijs uitgevoerd en volgende aspecten werden onderzocht:

a) Definiëring problematisch alcoholgebruik.
b) Richtlijnen omtrent detectie en aanpak van problematisch alcoholgebruik. Daarvoor werden bestaande richtlijnen en reviews geïnventariseerd en bestudeerd. Bij de extractie van bruikbare gegevens werd voornamelijk gekeken naar Vlaamse en Nederlandstalige richtlijnen, waaronder de richtlijn van Domus Medica (een vzw die de belangen van huisartsen in Brussel en Vlaanderen behartigt) en aanbevelingen van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD).
c) Het belang van motiverende gespreksvoering bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik van patiënten in de eerstelijnszorg.

Deze evidence-based informatie werd gefilterd en vormde de basis voor de ontwikkeling van de e-learning module.

2.2. E-learning module

Het doel van het interactief leerplatform is het aanreiken van een handige tool om de aanpak van problematisch alcoholgebruik door huisartsen te verbeteren, gebaseerd op bestaande modellen uit de literatuur.

De e-learning module is gecreëerd op het Sofia leerplatform (product van uitgeverij Acco). Dit is een eenvoudige, online methode om interactief studiemateriaal te delen. De inhoud van de module omvat zowel tekst- als beeldmateriaal. Aangezien het doelpubliek Vlaamse huisartsen zijn, is de module opgesteld in het Nederlands. De ‘alcoholmodule’ zal deel uitmaken van het pakket dat door het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde ter beschikking wordt gesteld.

De inhoud van deze module werd opgedeeld in zes delen: introductie en definities, gevolgen van alcoholgebruik, screening, aanpak, beeldmateriaal en een kennistoets.

In de eerste vier modules wordt theoretische uitleg gegeven. De vijfde module omvat vijf beeldfragmenten ter ondersteuning en illustratie van de theorie. De zesde en laatste module omvat een kennistoets en geeft de gebruiker de kans om feedback te krijgen.

Voor het vijfde deel werden herkenbare casussen uitgeschreven. Met behulp van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en het Leuvens Instituut voor Media En Leren (LIMEL) werden vijf beeldfragmenten ontwikkeld. Elk fragment toont een gesprek

tussen arts en patiënt waarbij telkens andere elementen omtrent de detectie en aanpak van alcoholproblematiek aan bod komen.

3. Resultaten

3.1. Introductie en definities

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 1.*

3.1.1. Eenheid alcohol

Een eenheid of standaardglas alcohol bevat steeds dezelfde hoeveelheid alcohol, ongeacht de grootte van het glas of het soort alcohol. De hoeveelheid alcohol per standaardglas varieert in elk land maar in Vlaanderen bevat een standaardglas gemiddeld 10 g of ongeveer 12,7 ml pure alcohol. Een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld fruitjenever) met 25% alcohol en 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol komen zo allen overeen met “één standaardglas” (zie afbeelding 1 in bijlage) (3) (8).

Sommige dranken kunnen verschillen van een standaardglas aangezien ze in grotere hoeveelheid verkrijgbaar zijn (bijvoorbeeld een blikje bier van 33cl of een royaler glas wijn geschonken in privésfeer) of een hoger alcoholpercentage bevatten (bijvoorbeeld zware bieren) (3) (8).

3.1.2. Definities

Als het om (problematisch) alcoholgebruik gaat, kunnen we spreken van een **continuüm** gaande van niet-problematisch naar riskant tot problematisch gebruik met een progressief verloop (8).

Bij meer dan 10 standaardglazen (per week) lopen mensen meer gezondheidsrisico’s en spreken we van ‘**riskant**’ gebruik. Deze term wordt ook gehanteerd wanneer men in verkeerde situaties drinkt (bijvoorbeeld alcohol nuttigen bij het ontbijt of wanneer men nog met de auto moet rijden). De nieuwe Vlaamse aanbeveling pleit voor een maximum van 10 standaardglazen alcohol per week. Wie geen risico wil lopen, drinkt best geen alcohol. Deze richtlijn is strenger dan de grenswaarden die tot nog toe gedefinieerd werden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO): een maximum van 21 glazen voor mannen en 12 glazen voor vrouwen per week (8).

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 (3) (8) (9).

Binge drinken wordt bij voorkeur beschreven aan de hand van de definitie van *Anderson en Baumberg (2006)*: ‘Binge drinken 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' (3) (5) (8).

De **DSM-V** (vijfde editie van het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen) spreekt niet langer van de diagnosen 'misbruik' en 'afhankelijkheid' zoals vermeld in de DSM-IV. De nieuwe diagnose die gebruikt wordt is 'stoornis in het gebruik van middelen' waarbij drie subcategorieën onderscheiden worden dewelke op bovenbeschreven continuüm geplaatst kunnen worden: beperkt, matig en ernstig. Deze diagnose valt onder de categorie 'verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen' (10).

3.1.3. Documentatie

We verwijzen op het einde van dit deel naar de '*Vlaamse richtlijn voor laag risico alcoholgebruik'* en '*factsheet alcohol*' van het VAD (5) (11).

3.2. Gevolgen van alcoholgebruik

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 2.*

3.2.1. Laag risico gebruik

De Vlaamse preventieve gezondheidsboodschap is, zoals reeds vermeld, veranderd naar een maximum van 10 standaardglazen per week. Om geen enkel risico te lopen drinkt men best helemaal niets. Indien men toch alcohol drinkt, wordt dit best gespreid over meerdere dagen in de week en drinkt men minimum twee dagen niets (8).

3.2.2. Gezondheidsrisico's

Wie overmatig alcohol gebruikt, loopt het risico op afhankelijkheid maar ook op een uitgebreide waaier aan fysieke, psychosociale en maatschappelijke problemen. Er zijn een zestigtal verschillende ziekten en aandoeningen in verband gebracht met alcohol. Lichamelijke risico's omvatten onder andere valproblematiek, leverschade, hart- en vaatziekten, overgewicht, kanker, neurologische problemen en fertiliteitsproblematiek (5) (9) (zie afbeelding 2 in bijlage ter illustratie).

Onder psychische risico's horen depressies en angsten, hallucinaties, episodes van amnesie, vroegtijdige dementie en karakterveranderingen. Maatschappelijk loopt men een verhoogd risico op familiale en financiële problemen, professioneel disfunctioneren en verkeersongevallen (3) (4). In het algemeen geldt er een dosis-effectrelatie tussen alcoholconsumptie en de impact op gezondheid. Hoe groter de individuele consumptie van alcohol, hoe groter het risico op bovengenoemde gezondheidsproblemen (6).

3.3. Screening

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 3.*

Voor de detectie van problematisch alcoholgebruik raadt onder andere Domus Medica het gebruik van de AUDIT aan (bijlage 1). De AUDIT-vragenlijst is een gevalideerde vragenlijst voor de opsporing van een stoornis in het gebruik van alcohol (4) (9). In de huisartsenpraktijk gaat men best van start met de eerste drie AUDIT-vragen (= AUDIT-C) en wordt afhankelijk van de uitkomst de hele AUDIT afgenomen (3).

3.4. Aanpak

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 4.*

De te hanteren aanpak wordt bepaald door de uitkomst van de AUDIT(-C). Indien uit de vragenlijst blijkt dat het gaat om 'aanvaardbaar' gebruik, met name gebruik met laag risico, is het voldoende dit mee te delen en kort de nieuwe preventieve richtlijn toe te lichten.
Bijkomende psychosociale problemen, de motivatie van de patiënt (zie infra), eerdere pogingen tot verandering in gebruik en ernst van eventuele schadelijke gevolgen van het alcoholgebruik dienen mee in acht genomen te worden en zorgen voor nuances in de aanpak (4).

3.4.1. Kortdurende interventies of 'brief interventions'

Verscheidene studies tonen aan dat 'brief interventions' effectief blijken in het reduceren van alcoholconsumptie, het veranderen van problematische drinkpatronen, het voorkomen van alcoholgerelateerde problemen en het bevorderen van de algemene gezondheid (3) (4) (6) (12). Tevens ziet men een reductie van alcoholgerelateerde problemen en mortaliteit na het toepassen van deze interventies (3) (13).
Het is belangrijk om een adequate risico-inschatting te maken en te proberen verschillende drinkpatronen te herkennen om zo een interventie op maat te kunnen bieden (6). Een kortdurende interventie wordt toegepast bij een AUDIT-score van 8 t.e.m. 19 bij mannen < 65 jaar en van 7 t.e.m. 19 bij vrouwen en 75-plussers (3).
Kortdurende interventies kunnen verschillende vormen aannemen en zijn toepasbaar in verschillende settings. Men geeft op een gestructureerde manier de patiënt adviezen en feedback in de hoop dat deze zijn gewoonten zal veranderen (3) (6). We maken een onderscheid tussen twee interventies, namelijk 'kort advies' en 'korte interventie', waarbij de duur en de inhoud het verschil maken.

3.4.1.1. Kort advies

Indien de AUDIT-score ≤ 15 bedraagt volstaat een kort advies (3). Vaak volstaat het kort advies om het alcoholgebruik te verminderen of te stoppen, zeker wanneer het problematisch alcoholgebruik niet ernstig is of nog maar kort bestaande. Ook kan het zinvol

zijn dit advies te geven wanneer de patiënt zich (nog) niet bewust is van het probleem of wanneer er defensief gereageerd wordt (3).

Een kort advies of 'brief advice' duurt slecht enkele minuten (niet langer dan vijf) en is gemakkelijk implementeerbaar in de huisartsenpraktijk. Het is een kort gestructureerd adviesgesprek waarbij feedback en informatie gegeven wordt (3) (6). Men deelt de score van de AUDIT mee en geeft zo feedback op het alcoholgebruik dat men heeft vastgesteld. Als informatie geeft de huisarts potentiële gezondheidsrisico's en de normen van laag risico alcoholgebruik mee. Het kan ook nuttig zijn de definitie van 'een standaardglas' mee te delen. De nood aan verandering mag benadrukt worden en een vergelijking van het drinkpatroon van de patiënt met de norm binnen de algemene bevolking kan stimulerend werken (3) (4) (6). Men sluit af met het stellen van enkele concrete doelstellingen en het aanreiken van een informatieve folder ter ondersteuning van wat besproken werd (3) (4) (6).

3.4.1.2. Korte interventie

Bij een AUDIT-score tussen 16 en 19 kan men opteren voor een meer uitgebreide korte interventie. Ook heeft deze korte interventie haar nut bewezen wanneer volledige abstinentie (tijdelijk) wenselijk is (zoals tijdens de zwangerschap of bij inname van bepaalde medicatie), als tijdens follow-up blijkt dat er weinig tot geen verandering is opgetreden, bij lang bestaande overmatige consumptie, bij het ontstaan van alcoholgerelateerde problemen of wanneer de patiënt zelf om hulp komt vragen (3) (6) (14). Meer dan bij het kort advies wordt er rekening gehouden met het welbevinden van de patiënt, zowel op lichamelijk als psychosociaal vlak. Men hecht belang aan de impact van het alcoholgebruik op de relaties van de patiënt en probeert een duidelijk beeld te vormen van de staat van motivatie waarin de patiënt zich bevindt (3) (6). Hierbij probeert men het zelfvertrouwen van de patiënt te stimuleren en strategieën aan te bieden om verandering teweeg te brengen in de hoop de slaagkansen te vergroten (3). In de literatuur is er geen unanimiteit over de duur van een korte interventie. Enkele richtlijnen, waaronder Domus Medica, halen een duur van 20 à 30 minuten aan terwijl ook interventies van hooguit 15 minuten beschreven worden (3) (6). De inhoud van een korte interventie wordt geënt op enkele essentiële elementen die worden samengevat met het acroniem 'FRAMES' (Miller en Sanchez, 1994) (zie tabel 1 in bijlage) (3) (15).

3.4.2. Motivationele gespreksvoering

Bij het uitvoeren van kortdurende interventies, in het bijzonder bij een korte interventie, is het aangewezen rekening te houden met de mate van motivatie waarin de patiënt zich bevindt en moet men trachten de principes van motivationele gespreksvoering toe te passen (16) (17). Het toepassen van het 'FRAMES-model' is daar een voorbeeld van (13). Bij het

inschatten van de staat van motivatie helpt het transtheoretisch model van *Prochaska en DiClemente (1983)* om zo de perceptie van eventuele ongemotiveerde patiënten te kaderen (zie afbeelding 3 in bijlage) (16). Motivatie voor gedragsverandering is niet constant en wordt niet bevorderd door de patiënt onder druk te zetten (4). Het advies dient op een motiverende manier te gebeuren, waarbij men op een niet-moraliserende noch veroordelende manier met de patiënt in interactie gaat (3) (9).

3.4.3. Concrete adviezen

De arts kan verschillende adviezen geven. Op basis van de anamnese en antwoorden uit de AUDIT kan gepersonaliseerd advies gegeven worden. Voorbeelden van concrete adviezen zijn: het vervangen van alcoholische dranken door niet-alcoholische varianten en eventueel voldoende van deze niet-alcoholische dranken in huis halen, bij het uitgaan pas later op de avond het eerste glas alcohol nuttigen, het vermijden van het drinken van verschillende soorten alcoholische dranken door elkaar, het vermijden van drinken op een lege maag, het minderen in grootte van zelf-ingeschonken glazen, het zoeken van alternatieve methoden van ontspanning indien men alcohol drinkt ter ontspanning, enzovoort (3).

3.4.4. Follow-up

Bij een AUDIT-score ≤ 15 gaat het om een relatief beperkt alcoholprobleem en moet men niet noodzakelijk op het alcoholgebruik terugkomen bij een volgende consultatie. Dit kan echter wel aangewezen zijn bij nieuwe signalen of gebeurtenissen die alcoholgerelateerd (kunnen) zijn. Wanneer de score 16-19 bedraagt en er duidelijke aanwijzingen zijn dat het gaat om ernstiger problematisch alcoholgebruik dient de arts zelf het initiatief te nemen om een follow-upgesprek vast te leggen. Dit gebeurt bij voorkeur binnen de periode van zes maanden. Het tijdstip wordt mede bepaald door het klinisch oordeel van de huisarts en de voorkeur van de patiënt (3). De bedoeling van een follow-upconsult is de evolutie van het alcoholgebruik in kaart te brengen en de verdere aanpak daarop af te stemmen. Zo kan men de AUDIT herhalen, het kort advies herhalen of overgaan tot een korte interventie. Elke patiënt die in aanraking kwam met een alcoholprobleem blijft vatbaar voor herval en daarom is het ten zeerste aan te raden dat de huisarts blijvend aandacht heeft voor deze groep (3).

3.4.5. Doorverwijzing

Als er op basis van vermoedens van de arts of de score van de AUDIT (≥ 20) mogelijks sprake is van afhankelijkheid, dient men de patiënt aan te raden gespecialiseerde hulp te zoeken. Ook kan men deze hulp aanreiken wanneer een patiënt na (herhaald) kort advies nog geen wijzigingen in zijn of haar drinkgedrag heeft doorgevoerd (3) (6). Indien er weet is

van een psychiatrische comorbiditeit verwijst men de patiënt ook best door gezien dit een complexe diagnostiek en behandeling vraagt. Andere redenen om door te verwijzen zijn het bestaan van een lichamelijke comorbiditeit of leeftijd (jongeren en ouderen). Sommige alcoholgerelateerde lichamelijke problemen kunnen behandeld worden door de huisarts maar andere, meer ernstige fysieke verwikkelingen (zoals alcoholische cardiomyopathie, neuro- of encefalopathie, leverschade) vereisen een verwijzing of een opname (3) (4) (6) (8) (14).

In de keuze van doorverwijzen spelen meerdere factoren een rol, zoals de ervaring van de huisarts met alcoholproblematiek, de beschikbaarheid van gespecialiseerde hulpverlening, de wachtlijsten en de motivatie van de patiënt. Via de doorverwijsgids van het VAD kan de huisarts eventueel meer informatie vergaren (zie *http://www.vad.be/doorverwijsgids*).

3.5. Beeldmateriaal

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 5.*

De e-learning module bevat vijf beeldfragmenten ter ondersteuning van de theorie. Het zijn vijf herkenbare casussen met elk een andere klemtoon en uitkomst. Op die manier werd geprobeerd zo veel mogelijk aspecten van de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk te illustreren (zie tabel 2 in bijlage).

3.6. Kennistoets

Ter illustratie zie: *bijlage 2, screenshot 6.*

Een korte kennistoets van uit 10 vragen (bestaande uit invul- en meerkeuzevragen) met betrekking tot de theoretische achtergrond, de detectie en de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk werd opgesteld. Zo krijgt de e-learning-gebruiker de kans zijn kennis te testen en zo nodig te optimaliseren (7).

4. Discussie

Voor het eerst is er een Nederlandstalig e-learning platform omtrent de aanpak van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk ontwikkeld. Bij de keuze van de te gebruiken elementen werd rekening gehouden met de graad van evidence, de taal van de richtlijnen (bij voorkeur informatie uit Nederlandstalige richtlijnen gezien internationale literatuur niet altijd gemakkelijk implementeerbaar is in de Vlaamse praktijk) en de relevantie voor de huisartsenpraktijk.

De theoretische achtergrond omtrent definities en gevolgen van alcoholconsumptie worden toegelicht. Dit is belangrijke basisinformatie die men als huisarts moet begrijpen alvorens gerelateerde problemen aan te pakken. De AUDIT-C wordt aangeraden als screeningsinstrument omwille van zijn eenvoud en omdat het de voorkeur krijgt volgens de richtlijnen van Domus Medica en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (3) (9). Het is een gevalideerde vragenlijst, speciaal ontwikkeld door het WGO voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg, die frequent gebruikt wordt in gerandomiseerde studies (3) (13). De interventie die men toepast wordt bepaald door de score die behaald wordt op de AUDIT(-C) vragenlijst. Kortdurende interventies bestaan in verschillende vormen en maten. In dit werkstuk worden twee haalbare vormen onderscheiden: kort advies (hooguit twee minuten) en korte interventie (hooguit 15 minuten). Deze interventies zijn bewezen effectief in de aanpak van alcoholgebruik en worden wereldwijd door verschillende gezondheidswerkers toegepast (9) (13) (18). Zo kon een recente Cochrane review een reductie van de wekelijkse alcoholconsumptie met 20 g alcohol aantonen, dit één jaar na het toepassen van een kortdurende interventie (12).

De huisarts speelt een belangrijke rol in de behandeling van problematisch alcoholgebruik omdat patiënten vaak vertrouwen hebben in hun huisarts en omdat de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg continu en toegankelijk is (3). Daarom zou een huisarts kortdurende interventies moeten kunnen toepassen. Deze interventies zijn goed implementeerbaar in eerste lijn want ze vragen weinig middelen, training en tijd. Het onderwerp kan telkens aangekaart worden bij alcoholgerelateerde klachten of ziekten zonder dat er stigmatisering van de patiënt hoeft te zijn (3) (5).

Uitgewerkte voorbeelden van kortdurende interventies bestaan, maar er zijn slechts weinig beelden beschikbaar. Omwille van het tekort aan Nederlandstalige beeldfragmenten (en de illustratie van kortdurende interventies) werden deze zelf ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken. Online beeldmateriaal met herkenbare casuïstiek heeft een educatief effect, waarmee een verhoging van de toegankelijkheid en de verlaging van de drempel tot leren wordt beoogd (7). Verschillende elementen die belangrijk zijn bij de aanpak van

problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk komen in de fragmenten aan bod, waaronder de screening, het toelichten van terminologie (standaardeenheid, binge drinken,…), het meedelen van de preventieve richtlijn, een voorbeeld van een kort advies en een doorverwijzing.

Een grote meerwaarde is dat het platform aangereikt zal worden in de opleiding huisartsgeneeskunde (pre-specialisatiejaar aan de KU Leuven) en dat de beeldfragmenten ondersteund werden maar ook gebruikt zullen worden door het VAD. Omwille van praktische redenen kon geen fragment ter illustratie van een korte interventie gemaakt worden, aangezien dit het beeldfragment te langdradig zou maken en mogelijks de aandacht van de gebruikers zou verliezen. Een andere tekortkoming van het online leerplatform is dat het door tijdsgebrek voorafgaand niet uitgetest werd door potentiële gebruikers.

5. Besluit

Ondanks het feit dat alcoholconsumptie gezondheidsproblemen met zich mee kan brengen, is de vroegtijdige aanpak en behandeling ervan nog aan verbetering toe. De huisarts is de ideale persoon om vroegtijde interventies voor problematisch alcoholgebruik te voorzien. Men beoogt verhoging van motivatie tot gedragsverandering door gestructureerd advies en feedback te geven om zo alcoholgerelateerde problemen te voorkomen. Met het ontwikkelen van een e-learning module met interactief leermateriaal wordt getracht deze inzichten en technieken aan te leren aan huisartsen (in opleiding) in Vlaanderen.

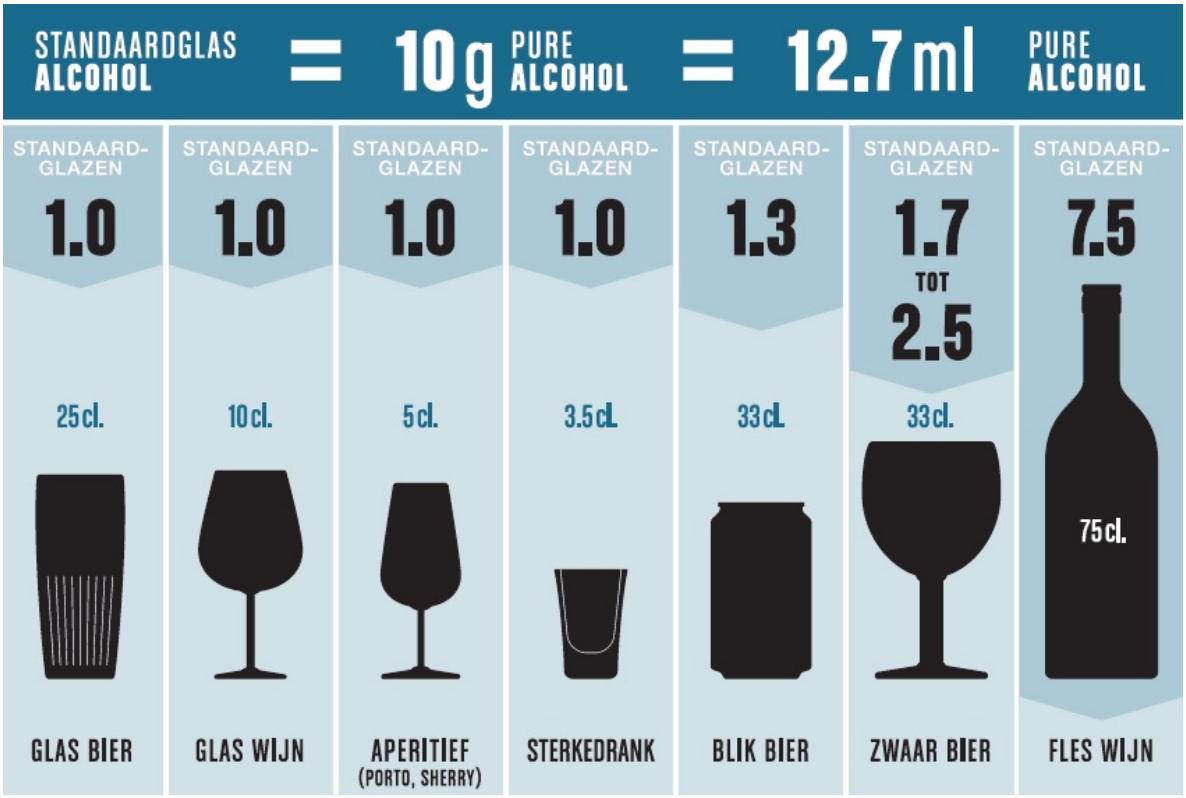
Bibliografie

1. Lim S, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 december; 380(9859): p. 2224–60.
2. World Health Organization. World Health Organization. [Online]; 2009 (cited 2018 April 2010). Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
3. Michels J, Hoeck S, Dom G, et al. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011 September; 5(40): p. 137-161.
4. Boomsma L, Drost I, Larsen I, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. Huisarts en Wetenschap. 2014; 57(12): p. 638-46.
5. Möbius D DDE. VAD is het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. [Online]; 2016 (cited 2018 April 10). Available from: http://www.vad.be/assets/factsheet_alcohol_dec2017_finaal-1.
6. Babor T, Higgins-Biddle J. Brief Intervention For Hazardous And Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization: Department of Mental Health and Substance Dependence. 2001.
7. VanNieuwenborg L, Goossens M, De Lepeleire J, Schoenmakers B. Continuing medical education for general practitioners: a practice format. Postgraduate Medical Journal. 2016 April; 92(1086): p. 217-22.
8. De Doncker , De Donder , Möbius D. Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. [Online]; 2016 (cited 2018 April 10). Available from: http://www.vad.be/assets/dossier-alcohol.
9. The Guideline Development Group and NICE project team. National Institute for Health and Excellence. [Online]: National Institute for Health and Care Excellence; 2010 (cited 2018 April 10). Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg100.
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM–IV and DSM–5. NIH. 2016 Juli; 13(7999).
11. VAD. Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. [Online]; 2016 (cited 2018 April 10). Available from: http://www.vad.be/assets/2281.
12. Kaner E, Beyer F, Muirhead C, al e. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary carepopulations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018; 2: p. 1-248.
13. Joseph J, Basu D. Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful ALcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Alcohol and Alcoholism. 2017 Januari 1; 52(1): p. 56-64.
14. Drummond C, Pilling S. National Institute for Health and Care Excellence. [Online]: National Institute for Health and Care Excellence; 2011 (cited 2018 April 10). Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg115.
15. Miller W. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [Online]; 1999 (cited 2018 April 10). Available from: https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA13-4212/SMA13-4212.pdf.
16. Verstuyf G. Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. [Online]; 2007 (cited 2018 April 10). Available from: http://internal.vad.be/media/37487/dossier_vroeginterventie_met_cover.pdf.
17. Rollnick S, Miller W, Butler C, et al. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. In Rollnick S..: Ekklesia; 2009.
18. Reho K, Agley J, DeSalle M, Gassman R. Are We There Yet? A Review of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) Implementation Fidelity Tools And Proficiency Checklists. The Journal of Primary Prevention. 2016;(37): p. 377-388.

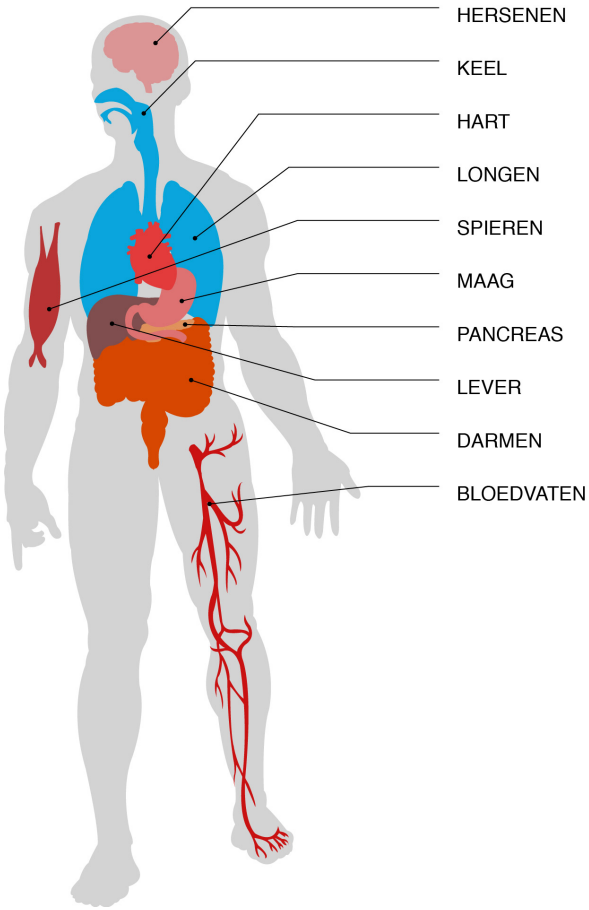
19. Klimas J, Tobin H, Field C, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problemalcohol and illicit drug users. Review. 2014 December; 3(12): p. 1-73.

Bijlagen

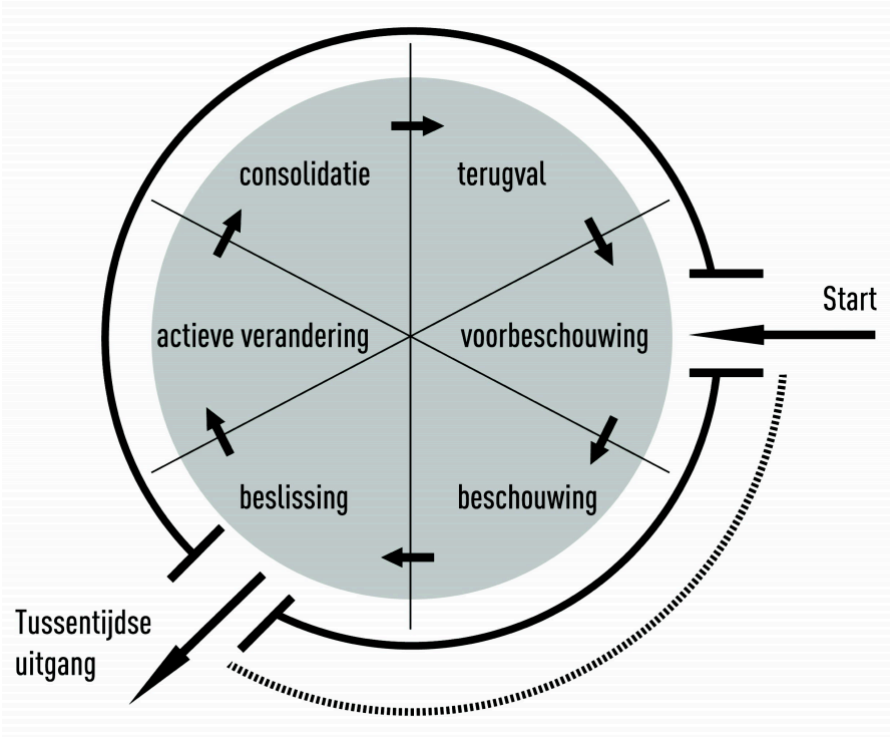
Bijlage 1: afbeeldingen



Afbeelding 1 - standaardglas alcohol (VAD) (8)

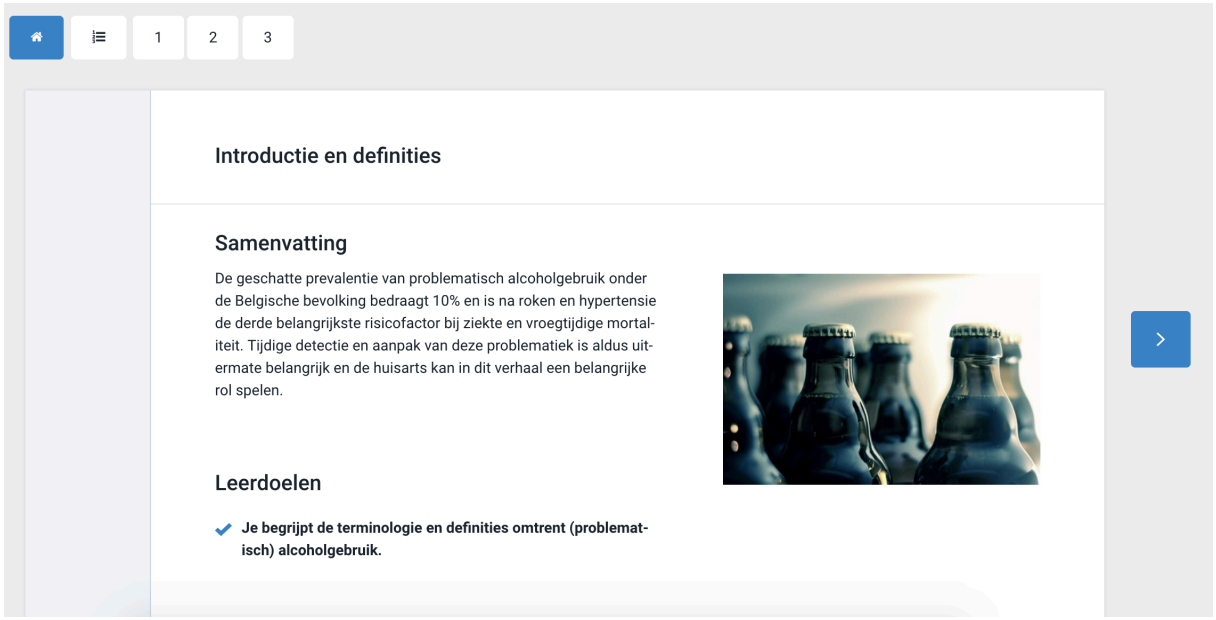


Afbeelding 2 - illustratie fysieke risico's van alcoholgebruik (© Yoran Schildermans)



Afbeelding 3 - stadia van gedragsverandering *(Prochaska en DiClemente)*

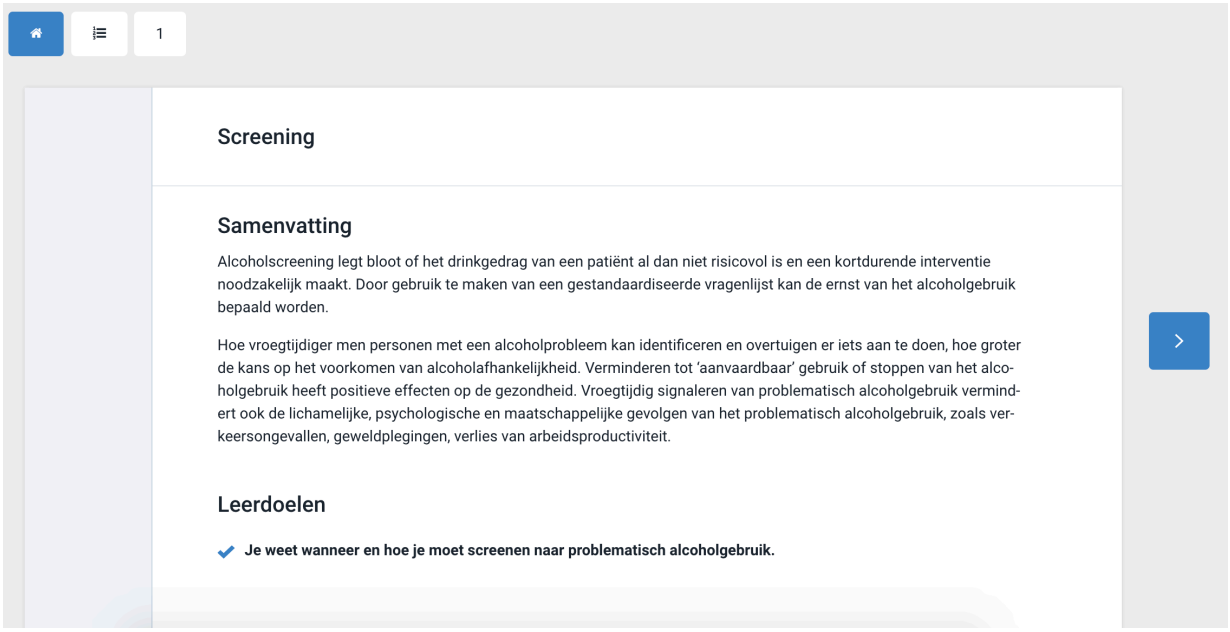
Bijlage 2: screenshots van het beginscherm van de onderdelen van de e-learning module



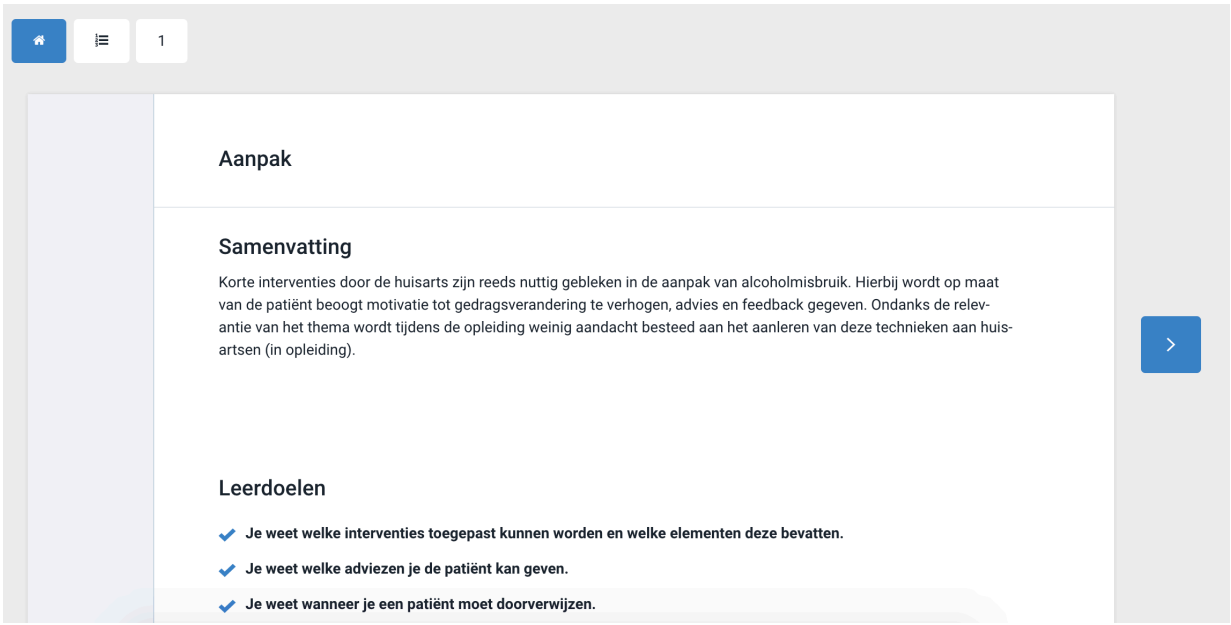
Screenshot 1 - introductie en definities



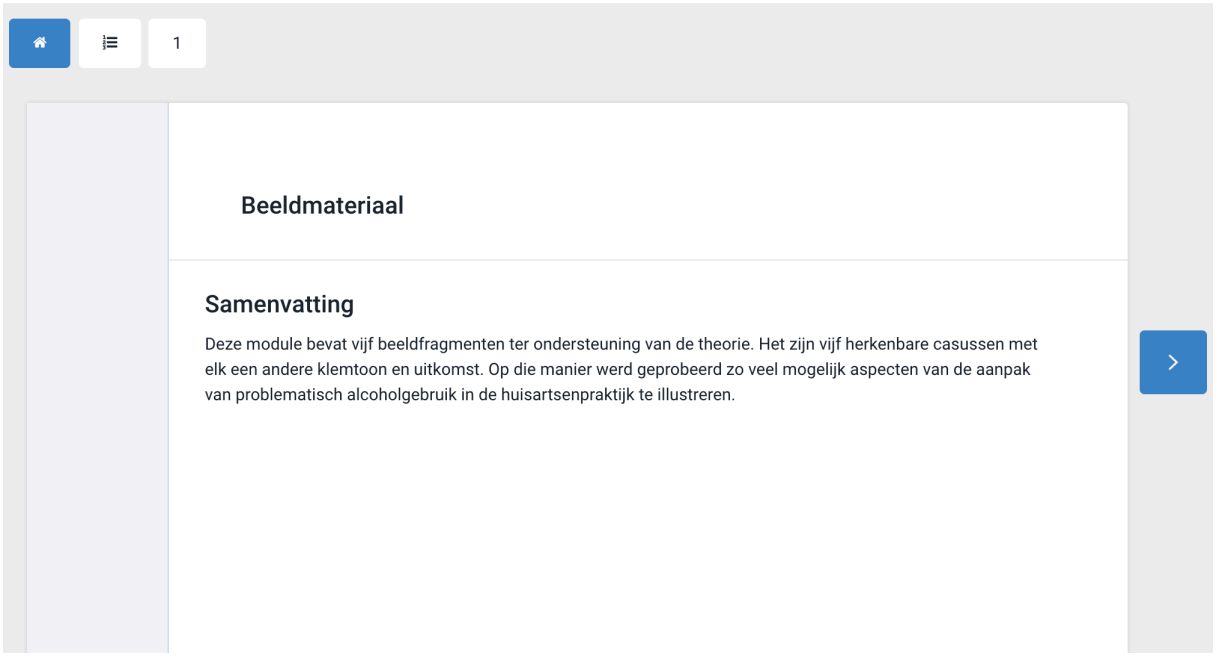
Screenshot 2 - gevolgen van alcoholgebruik



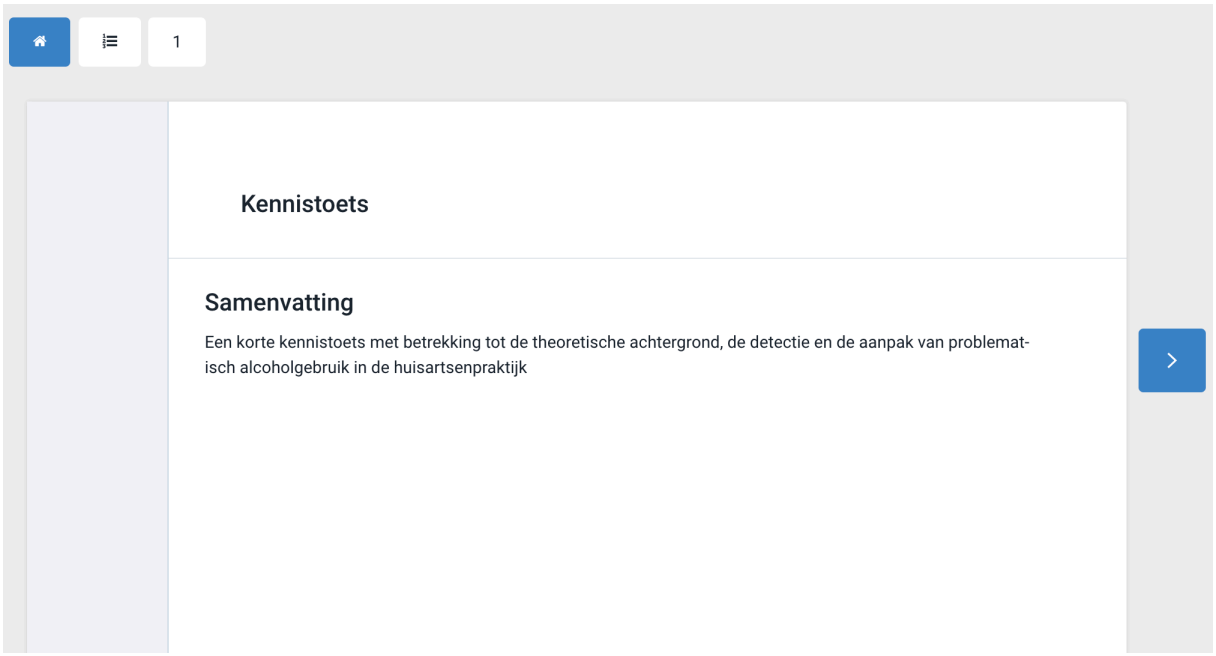
Screenshot 3 – screening



Screenshot 4 – aanpak



Screenshot 5 – beeldmateriaal



Screenshot 6 – kennistoets

Bijlage 3: tabellen

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 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.

Tabel 1 – FRAMES

	Casus	AUDIT-score	Interventie
1	Marc, 42 jaar, vrachtwagenchauffeur. Hij werd doorverwezen door de arbeidsgeneesheer na een ongeval op het werk.	Score van 22 op 40. Deze score wijst op problematisch alcoholgebruik.	Huisarts adviseert externe begeleiding.
2	Mevrouw De Leeuw, 32 jaar. Zij komt op consultatie wegens maagklachten. Het klinisch onderzoek toont een drukgevoelig epigastrium. De huisarts exploreert aansluitend haar eet- en drinkgewoontes.	Score van 6 op 40. Deze score wijst op laag risicogebruik.	Huisarts geeft preventieve richtlijn mee. Autorijden onder invloed van alcohol wordt afgeraden.
3	Meneer Smets, 35 jaar. Hij komt ter bespreking van een bloedafname na opstart van een ACE-inhibitor ter behandeling van hoge bloeddruk. Een bloedname toont een verhoogd MCV (Mean corpuscular volume) en gamma-GT (gamma-glutamyltransferase).	Score van 14 op 40. Deze score wijst op problematisch gebruik.	Huisarts geeft kort advies.
4	Sara, 20 jaar, studente. Zij komt voor een afwezigheidsattest omwille van vage klachten. Ze geeft aan dat ze de voorbije avond te veel alcohol heeft gedronken.	Score van 6 op 40. Deze score wijst op laag risicogebruik.	Huisarts geeft preventieve richtlijn mee. Bingedrinken wordt toegelicht en afgeraden.
5	Meneer Vandenbrande, 32 jaar. Hij komt op vraag van zijn echtgenote. Zij maakt zich zorgen over zijn alcoholgebruik.	Score van 4 op de AUDIT-C en dus is de afname van de volledige AUDIT niet aangewezen. Er is geen indicatie voor problematisch alcoholgebruik.	Geen interventie nodig. Huisarts is vrij om basisinformatie mee te delen.

Tabel 2 – casuïstiek

Bijlage 4: verplichte bijlagen

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp19834	Brief interventions als strategie voor de aanpak van problematisch alcoholgebruik

Student(en):
Ezra Wynants
Hadewijch Pecceu
Promotor:
Cathy Matheï (catharina.mathei@kuleuven.be - u0009104 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
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).

Vraagstelling:

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

Methodologie:

Extractie van bestaande gegevens uit de literatuur (voornamelijk Nederlandstalige maar ook buitenlandse richtlijnen) dewelke vervolgens verwerkt worden in een e-learning module via sofia leerplatform. Het opzet van de masterproef is aldus het ontwikkelen van een methode om de kennis en vaardigheden omtrent korte interventies bij huisartsen 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.

Ter controle van de relevantie en kwaliteit van onze e-learning module zullen wij deze wel voorleggen aan mede-HAIO's en/of huisartsen.

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 drinking and alcohol dependence. Clinical

English version below

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.)

Verplichte bijlage 2 - gunstig advies Ethisch Comité