Korte interventies bij risicovol alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk

Een adaptatie van de DUODECIM richtlijn naar de Belgische zorgcontext

Liesbeth De Volder, Universiteit Gent

In samenwerking met Sam Depypere, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Tom Poelman, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2023

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, wend 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

Graag wil ik de tijd nemen om enkele mensen te bedanken. In de eerste plaats mijn collega Sam voor de aangename samenwerking en beschikbaarheid tijdens het hele proces van deze masterproef. Ook bedank ik graag prof. dr. Nicolas Delvaux voor de verschillende begeleidingsmomenten en dr. Tom Poelman en dr. Diego Schrans voor hun begeleiding als copromotor en promotor.

Met deze masterproef Huisartsgeneeskunde wordt het hoofdstuk student na negen intensieve opleidingsjaren afgerond. Ik kijk terug op negen enorm leerrijke jaren.
Een grote dankjewel aan mijn ouders die me de kans gaven de opleiding Geneeskunde te starten en mij de nodige ondersteuning gaven tijdens al deze jaren.
Als laatste bedank ik graag mijn 2 broers Emiel en Arthur, mijn partner Liberato en mijn dichte vrienden voor de vele aanmoedigingen en het geloof in mij tijdens mijn volledige opleiding tot arts en huisarts.

Liesbeth De Volder,

Maart 2023

Abstract

Inleiding - Deze masterproef is het resultaat van een proces waarin de aanbevelingen van de Finse Duodecim richtlijn 'Kortdurende interventie voor risicovol alcoholgebruik' werden geadapteerd aan de Belgische context. Collega Sam Depypere bekeek het luik 'screening' naar en 'verwijzing' bij risicovol alcoholgebruik terwijl in deze masterproef ingegaan werd op de 'korte interventies'.

Klinische vragen -

1. Bij welke patiënten screenen voor risicovol alcoholgebruik?
2. Hoe screenen voor risicovol alcoholgebruik?
3. Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?
4. Welke online tools/ digitale interventies bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?
5. Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Methode - In de screeningsfase werden andere richtlijnen gezocht die de klinische vragen beantwoorden. Deze richtlijnen werden gescreend en gescoord met de AGREE II-methode. Daarna werd elke aanbeveling beoordeeld op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. In de adaptatiefase werd beslist of de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn dienden geadapteerd te worden en werd een GRADE bepaald. Als laatste stap werd de duidelijkheid en toepasbaarheid getoetst bij experten en in 2 seminariegroepen.

Resultaten - De screeningsfase leverde 2 richtlijnen (NICE en Domus Medica) op die na het scoren met AGREE II van goede methodologische kwaliteit bleken te zijn. De adaptatiefase resulteerde in geadapteerde aanbevelingen dewelke na toetsing bij de experten en seminariegroepen nog aangepast werden. In de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werd geen onderscheid gemaakt tussen 'kort advies' en 'korte interventie', in de geadapteerde versie wordt dit wel opgesplitst. De aanbeveling om de FRAMES (*Feedback, Responsibility, Advise, Menu for change, Empathy, and Self-efficacy*) principes te gebruiken, werd behouden en deze werden verduidelijkt. Het maken van een vergelijking van de alcoholconsumptie van de patiënt met het gemiddeld gebruik en met dat van vrienden werd geschrapt. Het onderwerp laboresulaten werd geschrapt. De overige te bespreken onderwerpen uit de oorspronkelijke richtlijn werden behouden en verder aangevuld met volgende vragen 'Wat is de functie van alcohol'? en 'Welke redenen en drempels tot gedragsverandering?'. Daarnaast werden drie specifieke interventies voorgesteld: balansopdracht (voor- en nadelen), registratieopdracht en analyse van risicosituaties. In de geadapteerde richtlijn wordt gesuggereerd een folder mee te geven ter ondersteuning van de mondelinge informatie en altijd een vervolgafspraak te plannen.
De aanbeveling over digitale tools werd uitgebreid en gespecifieerd naar de Belgische context.

Conclusie - De Duodecim richtlijn 'Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruik' werd geadapteerd aan de Belgische context. De geadapteerde aanbevelingen zijn echter gebaseerd op weinig evidentie. Verder onderzoek is dus zeker aangewezen.

Inhoud

Abstract ... **3**

1. Inleiding ... **5**

2. Methode ... **6**

FASE 1 - Screeningsfase ... *6*
Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen ... 6
Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen ... 6
Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen ... 6
Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen ... 6
Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing ... 7

FASE 2 – Adaptatiefase ... *7*
Stap 7 – Eerste versie opmaken ... 7

FASE 3 – Implementatiefase ... *8*
Stap 8 - Consensusprocedure ... 8

3. Resultaten ... **8**

FASE 1 - Screeningsfase ... *8*
Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen ... 8
Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen ... 9
Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen ... 9
Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen ... 10
Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing ... 15

FASE 2 – Adaptatiefase ... *17*
Stap 7 – Eerste versie opmaken ... 17

FASE 3 – Implementatiefase ... *18*
Stap 8 – Consensusprocedure ... 18

4. Finale richtlijn ... **19**

5. Discussie ... **21**

6. Besluit ... **23**

7. Referenties ... **23**

8. Bijlagen ... **24**

- Bijlage 1: GRADE Samenvattende tabel ... *24*

- Bijlage 2: evaluatie met AGREE II ... *25*

- Bijlage 3 – Ethisch comité ... *29*

1. Inleiding

Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) raadt aan om geen alcohol te drinken. Wanneer men kiest om dit toch te doen, is de richtlijn voor volwassenen om maximum tien standaardglazen van 10 g alcohol (bijvoorbeeld een glas bier van 25 cl, een glas wijn van 10 cl of een glas sterke drank van 3,5 cl) per week te drinken. Dit gespreid over meerdere dagen in een week waarvan er op enkele dagen geen gebruik is (1).

In 2010 ontstond er op initiatief van het RIZIV een samenwerking tussen verschillende Belgische organisaties die begaan zijn met *evidence based medicine* (EBM). Dit initiatief, ebpracticenet genoemd, voorziet in een elektronisch platform waarop de deelnemende organisaties hun ebp-materiaal op een vlotte manier beschikbaar stellen voor de Belgische zorgverlener. Daarnaast is er ook gratis toegang tot de internationale databank met de door de Finse artsenvereniging Duodecim ontwikkelde *EBM Guidelines*. Er is een koppeling voorzien tussen deze databank en het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts. De Duodecim-richtlijnen werden internationaal geaccrediteerd, maar waren niet allemaal aangepast aan de Belgische context. Ebpracticenet selecteerde deze richtlijnen waarvoor een herziening noodzakelijk was en gaf huisartsen-in-opleiding (haio's) de kans om ze te herzien in kader van hun masterproef (2). In 2022 kondigde ebpracticenet aan dat de samenwerking met Duodecim werd stopgezet omdat er onvoldoende transparantie in methodologie kon worden aangetoond.

Voor deze herziening werd samengewerkt met collega Sam Depypere. Wij kozen voor de richtlijn 'Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruik' omdat het over een maatschappelijk heel relevante problematiek gaat. Alcohol is een deel van de Belgische cultuur en zeer maatschappelijk aanvaaard. Al is het geen ongevaarlijk product. Naast fysieke en psychische schade heeft ongezond alcoholgebruik een niet te miskennen negatieve impact op het individu zelf, op zijn of haar familie en op de gehele samenleving (1). We vinden bewustwording met betrekking tot alcoholgebruik en de risico's ervan in de eerste lijn belangrijk om te voorkomen dat er alcohol-gerelateerde problemen ontstaan of een vroegtijdig aanpak te kunnen bieden. De masterproef werd opgesplitst waarbij Sam zijn focus lag op screening en doorverwijzing en ik ging verder in op de korte interventies.

In België drinkt 21% van de mannen en 7% van de vrouwen meer dan wat de VAD richtlijn aangeeft. Vooral volwassenen tussen 55 en 64 jaar drinken meer dan wat door de richtlijn wordt aanbevolen (3). Uit de gezondheidsenquête 2018 bleek dat 10% van de bevolking dagelijks alcohol drinkt, een gewoonte die aan belang afneemt in vergelijking met 2013 (14%) (4).
Studies hebben aangetoond dat korte interventies het risico- en schadelijk alcoholgebruik kan verminderen. Een langere duur van interventies heeft waarschijnlijk weinig extra effect (5). Ondanks wetenschappelijk bewijs over het belang en de effectiviteit van vroegtijdige screening wordt het in de huisartsenpraktijk weinig toegepast (6).

Het doel van deze masterproef is om de Vlaamse huisarts te voorzien van een praktische richtlijn bij de detectie en aanpak van risicovol alcoholgebruik.

2. Methode

Het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' beschrijft de methode om Duodecim-richtlijnen te adapteren aan de Belgische context. Deze handleiding is gebaseerd op de "ADAPTE manual en Resource Toolkit" en beschrijft de procedure om inhoudelijke en contextuele aanpassingen te doen aan de Duodecim-richtlijnen (2). Het proces bestaat uit drie opeenvolgende fasen, die hieronder worden toegelicht. Er werd een matrix in Excel ter beschikking gesteld om de verschillende stappen in het proces zorgvuldig bij te houden.

FASE 1 - Screeningsfase

Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen

In deze eerste stap werden thema's geselecteerd waarvoor het zinvol is om een vergelijking te maken met andere richtlijnen. De thema's werden vertaald in klinische vragen aan de hand van het PIPOH-principe. Hiermee konden de zoektermen eenvoudig gedefinieerd worden.

- P: patiëntenpopulatie
- I: over welke interventie (of diagnostische test) gaat de klinische vraag
- P: professionals op wie de richtlijn gericht is
- O: uitkomsten (*outcomes*)
- H: zorginstelling en context (*healthcare setting*)

De respectievelijke PIPOH's kunnen teruggevonden worden bij de resultaten.

Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen

Op basis van de gedefinieerde klinische vragen werd een zoekstrategie bepaald. Hierbij werd er gebruik gemaakt van MeSH-termen (*Medical Subject Heading*) en in- en exclusiecriteria. Met deze strategie werd dan systematisch gezocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM publicaties. De zoektocht werd gestart op de database van GIN (*Guidelines International Network*) en werd uitgebreid met andere databanken (NHS, Trip Database, NICE, cdlh, KCE, HGR, Minerva, CEBAM, nhg).

Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen

In deze stap werden de richtlijnen geselecteerd die een doorgedreven beoordeling zouden ondergaan. Er werd eerst nagegaan of de gevonden richtlijnen een antwoord bieden op de klinische vragen. Vervolgens werd in de verdere selectie voorkeur gegeven aan de richtlijnen van organisaties met een gekende hogere kwaliteit. Er werd ook nagegaan of er voor de uiteindelijk geselecteerde richtlijnen geen update voorhanden was.

Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen

Evaluatie richtlijnen met AGREE II

Een doorgedreven beoordeling van de geselecteerde richtlijnen gebeurde met behulp van het AGREE II scoringssysteem (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* II) (7). Dit instrument evalueert de methodologie en transparantie van richtlijnen. 23 items uit volgende 6 domeinen werden hierbij afgetoetst: 'onderwerp en doel', 'betrokkenheid van belanghebbenden', 'methodologie', 'helderheid en presentatie', 'toepassing' en 'onafhankelijkheid van de opsteller'. Op een schaal van 7 punten werd

een score per item toegekend. Elk richtlijn kreeg zo een totaalscore waarna een algemeen oordeel geformuleerd kon worden. Deze evaluatie gebeurde door Sam en ik onafhankelijk. In geval van discrepantie kon door consensus de score aangepast worden.

Inventarisatie inhoud van de aanbevelingen

Per klinische vraag werden de aanbevelingen van zowel de weerhouden richtlijnen als van de Duodecim richtlijn geïnventariseerd in de matrix. Deze werden aangevuld met hun onderliggende evidentie en hun gegeven graad van aanbeveling.

Waardering aanbevelingen op samenhang

De beoordeling van de samenhang van een aanbeveling omvatte 3 stappen:
1. nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag,
2. evaluatie van de samenhang tussen de geselecteerde evidence en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd
3. evaluatie van de samenhang tussen de interpretatie van de evidence en de geformuleerde aanbeveling.

Waardering aanbeveling op courantheid

Nadien werd nagegaan of de literatuur waarop de aanbevelingen zich baseren nog up-to-date was. Er werd naar recente informatie gezocht, de zoektocht werd gestart in de database van Cochrane en aangevuld met deze van MEDLINE (pubmed). Voor elk klinische vraag werd een PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*) opgesteld en MeSH-termen bepaald. De selectie werd verfijnd op gebied van publicatiedatum en publicatietype (*random controlled trials, systematic reviews*).

Waardering aanbevelingen op toepasbaarheid

Vervolgens werd voor elke aanbeveling nagegaan of deze toepasbaar is in de Belgische context. Aandachtspunten waren: controleren van de doelgroep en patiëntengroep, beoordelen of de richtlijn tegemoet komt aan de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, beoordelen of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (kostprijs/ terugbetaling/ beschikbaarheid van testen, behandelingen) en nagaan of er geen culturele conflicten zijn die de implementatie van de aanbeveling bemoeilijken.
In de implementatiefase werd deze stap verder afgetoetst bij de eindgebruikers.

Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing

In deze cruciale stap van de screeningsfase werden de verschillende evaluatiebronnen (geselecteerde richtlijnen, nieuwe evidentie) overlopen om te bepalen of de Duodecim aanbevelingen al dan niet geadapteerd moeten worden. Het adaptatieproces staat hieronder beschreven.

Dit jaar werd stap 6 ‘Nazicht door de leescommissie’ verplaatst naar het einde van het proces.

FASE 2 – Adaptatiefase

Stap 7 – Eerste versie opmaken

De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix. Zo deze aanbevelingen met hun toelichting onderling overeenkomen bleef de tekst van Duodecim ongewijzigd. In geval van belangrijke afwijkingen werd de tekst herschreven.

Tevens kregen de aanbevelingen die nog geen GRADE hadden en de nieuwe toegevoegde aanbevelingen een GRADE toegekend. Hiermee werd op een overzichtelijke wijze en met een uniforme codering een uitspraak gedaan over de sterkte van aanbeveling (cijfercode 1 of 2) en de kwaliteit van evidentie (lettercode A, B of C) zie samenvattende tabel in bijlag 1. Daarna werd eerste versie van de geadapteerde richtlijn opgemaakt.

FASE 3 – Implementatiefase

Stap 8 - Consensusprocedure

De richtlijn werd ter beoordeling voorgelegd aan een groep eindgebruikers (doelgroep van de richtlijn) tijdens het seminarie en aan inhoudelijke experts. We contacteerden de experts via mail en kregen ofwel via mail ofwel tijdens een vergadering feedback van hen. Zo werd nagegaan of we bij de herformulering van de aanbeveling alle mogelijke relevante aspecten mee in rekening hadden gebracht. De implementatie barrières, waardoor de aanbeveling niet toepasbaar wordt, werden ook besproken. Alle feedback (aanvullingen, onduidelijkheden, formulering) gegeven door de experten werden geïnventariseerd en hiermee werden enkele aanbevelingen herschreven.

Elke voorgestelde aanbeveling werd voorgelegd met een beschrijving van het onderliggend bewijs en de aspecten die een rol speelden in de precieze formulering ervan.

3. Resultaten

FASE 1 - Screeningsfase

Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen

Samen met mijn collega haio Sam Depypere werden, op basis van de Finse Duodecim richtlijn ‘Kortdurende interventies bij risicovol alcoholgebruik’, de thema’s ‘screening’, ‘interventie’ en ‘verwijzing’ weerhouden.
De volgende exclusiecriteria werden gebruikt.

- Patiënten met probleemdrinken die reeds duidelijke symptomen of afhankelijkheid vertonen
- Patiënten jonger dan 18 jaar
- Zwangere vrouwen, vrouwen die borstvoeding geven

Deze keuze werd in navolging van de scope van de Duodecim richtlijn gemaakt gezien er een groot verschil is in aanpak tussen patiënten met risicovol alcoholgebruik en patiënten met alcoholafhankelijkheid of schadelijk gebruik. Bij jongeren en zwangere vrouwen wordt het sterk afgeraden om alcohol te drinken.

Hieruit werden de volgende klinische vragen met hun respectievelijke PIPOH opgemaakt. Zoals hoger vermeld gaat deze masterproef over de korte interventies. Hier zullen dan ook klinische vraag 3 en 4 verder uitgewerkt worden. De andere vragen worden beschreven in de masterproef van Sam Depypere.

Klinische vraag 1: Welke patiënten screenen voor risicovol alcoholgebruik?
Klinische vraag 2: Hoe screenen voor risicovol alcoholgebruik?

Klinische vraag 3: Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

- P: Patiënten met risicovol alcoholgebruik
- I: Motivationele gespreksvoering, FRAMES (*Feedback, Responsibility, Advise, Menu for change, Empathy, Self-efficacy*), vragen, informeren en praktische begeleiding
- P: Eerstelijnsmedewerkers, psychiater
- O:
    - Aantonen en bewustwording van risicovol alcoholgebruik
    - Kennis aanvaardbare hoeveelheden alcohol en gezondheidsrisico's alcohol
    - Geen risicovol alcoholgebruik
- H: Eerstelijn, tweedelijn psychiater

De klinische vraag 'welke follow-up' werd geschrapt gezien deze reeds beantwoord wordt in vraag 3.

Klinische vraag 4: Welke online tools bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

- P: Patiënten met risicovol alcoholgebruik
- I:
    - Online vragenlijst zelftest, logboek, online zelfhulp
    - Informatie over sites, apps
    - Online interventie (chat of video-consultatie)
- P: Soms geen (zelfhulp), eerstelijnsmedewerkers, psychiater
- O:
    - Aantonen en bewustwording van risicovol alcoholgebruik
    - Kennis aanvaardbare hoeveelheden alcohol en gezondheidsrisico's alcohol
    - Geen risicovol alcoholgebruik
- H: Online thuis, informatie over sites en apps in de huisartsenpraktijk of bij psychiater, video-consultatie

Klinische vraag 6: Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen

'Alcoholism' is de MESH-term passend bij de PIPOH elementen. De scope van deze masterproef is risicovol alcoholgebruik daarom werd gekozen om breder te zoeken met de volgende termen: 'Alcoholism', 'Alcohol', 'Alcohol-use disorder', 'Screening' en 'brief intervention' De zoekterm 'AUDIT' werd ook gebruikt gezien dit in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn de aanbevolen screeningsmethode was.
Met de voorgaande termen werden de volgende databases geraadpleegd tussen 5 en 10 april 2021: Guidelines International Network (g-i-n.net), Agency for Healthcare Research and Quality (guideline.gov) , NHS guideline finder (evidence.nhs.uk) en TRIP Database. Op de websites van NICE, HAS en SIGN en ook op een aantal Belgische websites werd naar publicaties en richtlijnen over alcohol gezocht: KCE, HGR-CSS, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI, FOD Volksgezondheid en CDLH.

Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen

Er werden 38 publicaties geselecteerd op basis van titel en abstract. Na verdere evaluatie werden 35 publicaties uitgesloten omwille van diverse redenen: primaire scope niet risicovol alcoholgebruik, populatie beperkt (bv. alleen jongeren), niet gericht op eerstelijnszorg, geen duidelijke beschrijving van methodologie of van conflicterende belangen.
Er werden zo 3 richtlijnen weerhouden om verder te beoordelen met de AGREE II procedure:

1. Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts (Domus Medica) (8)
2. Alcohol-use disorders: prevention (NICE, *National Institute for health and Care Excellence*) (9)

3. Problematisch alcoholgebruik. (NHG, Nederlandse Huisartsen Genootschap)(10)

Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen

Evaluatie richtlijnen met AGREE II

De 3 weerhouden richtlijnen werden door ons beide onafhankelijk beoordeeld. Domus Medica werd gecontacteerd met de vraag een evidence tabel te kunnen krijgen, deze was niet beschikbaar. We kregen wel een excel document die gebruikt werd tijdens de ADAPT procedure.
Deze stap liet toe om de NHG richtlijn alsnog uit te sluiten. Na de evaluatie werd duidelijk dat de NHG richtlijn veel lager scoorde (65 tenopzichte van 114 en 124). De lagere score kwam voornamelijk door weinig vermelding over de methodologie (bezocht databanken? inclusiecriteria? richtlijn ontwikkelingsproces?, …). Voor de tabellen met scores zie bijlage 2.

Inventarisatie inhoud van de aanbevelingen

De aanbevelingen per klinische vraag werden opgelijst van de Duodecim richtlijn en de twee weerhouden richtlijnen (Domus Medica en NICE).

Duodecim	**Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling**	
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline
Geselecteerde klinische vraag 3 voor review: **Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?**	- The essential elements of a brief intervention comprise **questioning, discussion and counselling** to help the patient to become aware of the risk consumption. Risk users are motivated to moderate consumption. - If the patient is not willing to discuss his/her alcohol consumption right then, he/she is informed that he/she may very well contact later on a more suitable time.	/
	The principles of a brief intervention are condensed in the acronym FRAMES Feedback – provide individualized information Responsibility – emphasize that the patient him-/herself is responsible for the change Advice – provide support for the change Menu – provide alternative strategies to be used instead of drinking Empathy – show understanding and interest Self-efficacy – provide encouragement and confidence on the possibility of change.	/
	During the (usually 1–3) sessions the following subjects may be discussed: -how does the patient feel about his or her drinking	/
	-analysis of the situation (amount of alcohol consumed weekly, impact on health, alcohol-related problems at home and at work, development of possible tolerance)	
	-results of the laboratory tests that are taken at discretion	

	-The patient's consumption of alcohol compared with average consumption -the patient's consumption of alcohol compared with that of his/her friends	
	-health impacts of alcohol, increased risk of diseases (obesity, hypertension , liver diseases, headache, hangover, seizures , insomnia, sexual dysfunction, accidents).	-obesity, hypertension: A -seizures: B -accidents: B
bij wie? (who benifits from brief intervention?)	- Risky drinkers (and those approaching the limits of risky drinking) who do not yet have severe problems caused by alcohol abuse. They may not yet have noticed their excessive use of alcohol, or looked for help to reduce their drinking.	
Geselecteerde klinische vraag 4 voor review: **Welke online tools zijn mogelijk bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?**	The patient may also be advised to visit web services that provide tools for self-assessment of drinking habits.	
Geselecteerde klinische vraag 5 voor review: **Welke follow-up bij risicovol alcoholgebruik?**	Follow-up visits increase the effect of a brief intervention. The amount and frequency of the visits are assessed individually according to the patient's need of support.	B

Domus medica	**Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling**	
	Aanbevelingen uit de bronguideline	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline
Geselecteerde klinische vraag 3 voor review: **Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?**	(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. (zie infra))	Grade 1A
	(HOE)- Deel de AUDIT-score mee en bespreek de betekenis van de daarbijhorende categorie	Grade 2C
	- Geef het kort advies op een empathische en niet-veroordelende manier: --geef aan wat de persoonlijke risico's (tabel2 S144) van problematisch alcoholgebruik zijn en breng de nood aan verandering ter sprake; --geef aan wat de aanvaardbare hoeveelheden (tabel3 S144) alcohol kunnen zijn.	Grade 2C
	- Laat weten dat het geven van dit kort advies in het medisch dossier wordt genoteerd.	Grade 2C

	- 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 (tabel 4, alternatieven) om deze risico's te verminderen.	Grade 2C
	Bij wie: 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.	geen Grade vermeld
Geselecteerde klinische vraag 4 voor review: **Welke online tools bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?**	geen aanbeveling met antwoord hierop	geen aanbeveling
Geselecteerde klinische vraag 5 voor review: **Wanneer en welke follow-up bij risicovol alcoholgebruik?**	- Herhaal het kort advies wanneer er nieuwe signalen zijn in de situatie van de AUDIT-score ≤15.	Grade 2C
	- Neem zelf het initiatief om een vervolggesprek vast te leggen (binnen de 6m) in de situatie van de AUDIT-score 16-19. Herhaal in dit vervolggesprek het kort advies of overweeg een korte interventie, als hierin blijkt dat het alcoholgebruik ongewijzigd gebleven is.	Grade 2C
	- Spreek een opvolgstrategie af met de gespecialiseerde hulpverlening.	Grade 2C

NICE	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling
	Aanbevelingen uit de bronguideline (geen GRADE vermelding)
Geselecteerde klinische vraag 3 voor review: Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?	- Offer a session of structured brief advice on alcohol. If this cannot be offered immediately, offer an appointment as soon as possible thereafter.
	Use a recognised, evidence-based resource that is based on FRAMES principles (feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy). It should take 5–15 minutes and should: - cover the potential harm caused by their level of drinking and reasons for changing the behaviour, including the health and wellbeing benefits - cover the barriers to change - outline practical strategies to help reduce alcohol consumption (to address the 'menu' component of FRAMES) - lead to a set of goals.

Geselecteerde klinische vraag 4 voor review: Welke online tools zijn mogelijk bij patiënten met risicovol alcoholgebruik en bij wie?	/ niets vermeld
Geselecteerde klinische vraag 5 voor review: Wanneer en welke follow-up door huisarts voorzien en bij wie (bij risicovol alcoholgebruik)?	Where there is an ongoing relationship with the patient or client, routinely monitor their progress in reducing their alcohol consumption to a low-risk level. Where required, offer an additional session of structured brief advice or, if there has been no response, offer an extended brief intervention.
	Offer an extended brief intervention to help people address their alcohol use. This could take the form of motivational interviewing or motivational-enhancement therapy. Sessions should last from 20 to 30 minutes. They should aim to help people to reduce the amount they drink to low risk levels, reduce risk-taking behaviour as a result of drinking alcohol or to consider abstinence. ->Follow up and assess people who have received an extended brief intervention. Where necessary, offer up to 4 additional sessions or referral to a specialist alcohol treatment service (see recommendation 12).

Waardering aanbevelingen op samenhang

Een graad van aanbeveling werd gevonden in de Domus Medica richtlijn bij elke aanbeveling en in de Duodecim richtlijn alleen bij de beschrijving van de gezondheidsrisico's van alcohol en de aanbeveling over opvolging. In de NICE richtlijn werd geen enkele vermelding van graad van aanbeveling gevonden. In de Duodecim richtlijn wordt geen zoekstrategie vermeld. Bij doorklikken naar de evidentie is voor het risico op hypertensie een toelichting te vinden. Er worden 3 systematic reviews beschreven (2002, 2004, 2017). De conclusies zijn dat verminderen van excessief alcoholgebruik effectief is om de bloeddruk te verlagen, en dit vermoedelijk vanaf een gebruik van 3 of meer eenheden per dag. Verder werd geen enkele vermelding gevonden van de gebruikte bronnen. Ook voor de aanbeveling om de patiënt te adviseren een website met zelftest te bezoeken, is er geen bron vermeld.

In de Domus medica richtlijn werd gezocht naar richtlijnen met algemene zoektermen (*alcohol, alcoholism, hazardous drinking,...*) en werd enkel gezocht in de volgende drie online richtlijnbronnen: GIN, NeHL en NGC. Als exclusiecriteria werd alleen de periode (vanaf 01/2000) gebruikt. Een eerste screening gebeurde op basis van relevantie van het land (vergelijkbare cultuur) en de taal (Nederlands, Frans, Engels, Duits en andere talen als er een uitgebreide Engelse samenvatting beschikbaar was). De geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld aan de hand van AGREE-I criteria. Er gebeurde een experttoetsing met 12 experts en een veldtoetsing in 4 LOK's.

In de NICE richtlijn werd geen duidelijke vermelding van de zoekstrategie gevonden. Wel staat er dat studietype en publicatiejaar niet ingebouwd werden en dat er in de volgende databases gezocht werd: ASSIA, Cochrane Library, EconLit , MEDLINE, NHS, Social Science Citation Index. Als exclusiecriteria gebruikte de NICE richtlijn: niet engelstalige studies, studiepopulatie onder de leeftijd van 10 jaar en bewijs niet afkomstig van economisch ontwikkelde landen (niet van een land lid van de *Organisation for Economic Cooperation and Development* [OECD]). Voor de effectiviteit van een korte interventie

worden talrijke studies vermeld en deze werden kritisch bestudeerd. De geformuleerde aanbeveling heeft een goede samenhang met de evidentie.
Klinische vraag 4 (digitale interventie) werd niet behandeld in NICE en Domus medica.

Waardering aanbeveling op courantheid

De Duodecim richtlijn werd de laatste keer in 2019 herzien, de laatste aanpassingen zijn van in 2017. De evidentie voor enkele gezondheidsrisico's bestaat uit verschillende studies van 2002-2017.
De richtlijn van Domus Medica dateert van 2011. Er is een opvolgrapport beschikbaar van in 2019. Voor klinische vraag 3 worden enkele aanbevelingen uit de Domus toegevoegd aan de oorspronkelijke richtlijn, bijvoorbeeld 'geef een folder mee ter ondersteuning van het mondeling advies'.
De richtlijn van NICE dateert van 2010. Er is een opvolgrapport beschikbaar van in 2019.

Klinische vraag 3:
De volgende PICO's termen werden opgesteld om een zoekopdracht te formuleren voor de Medline en Cochrane database.

- P: adults with risky alcohol use
- I: brief intervention/motivational interview
- C: no or extended (brief) intervention
- O: (less) risky alcohol use

De zoekopdracht werd verfijnd door beperkingen op publicatiedatum (artikels na 2010), publicatie type (richtlijnen, systematic reviews en RCT's). De volgende relevante studies werden gevonden:

- Richtlijn 'Alcohol use disorder' op Dynamed: ook telefonische korte interventie opvolging is zinvol (11)
- Systematic review van Spithoff en Kahan: zij suggereren dat het behandeldoel de hoeveelheid op elke drinkdag en de omstandigheden moet specifiëren (bv niet meer dan 3 eenheden op donderderdag, vrijdag en zaterdag en niet alleen drinken), daarnaast beschrijven ze enkele praktische adviezen: aankomen en vertrekken op plaatsen waar alcohol gedronken wordt op voorafbepaalde tijdstippen en 20 min *time-out* nemen tussen de beslissing alcohol te drinken en effectief beginnen drinken (12).

Daarnaast werden geen studies gevonden met extra evidentie die een relevante impact hebben op de aanbevelingen gevormd in de Domus Medica, de NICE richtlijn en hun opvolgrapporten.

Klinische vraag 4:

- P: adults with risky alcohol use
- I: online tool / digital intervention
- C: face-to-face intervention
- O: (less) risky alcohol use

De zoekopdracht werd verfijnd door beperkingen op publicatiedatum (artikels na 2010), publicatie type (richtlijnen, systematic reviews en RCT's). De volgende relevante studies werden gevonden:

- Review van Spithoff en Kahan: Registreer aantal alcoholische dranken in een kalender of smartphone applicatie (12).
- Systematic review van Kaner et al.: Geen verschil in resultaat gevonden tussen *online en face-to-face* interventie, waarschijnlijk wel verschil in groep die men kan bereiken (13).
- RCT van Hamamura T, et al.: *Web-based* interventie voor Japanse volwassenen met risicovol alcoholgebruik was op 2 en 6 maand effectief op de hoeveelheid alcohol consumptie (14)
- Opvolgrapport van de Domus richtlijn: E-mental health bestaat uit online zelftesten en zelfhulpprogramma's. Deze zijn laagdrempelig en voor een deel anoniem, wat aantrekkelijk kan zijn voor patiënten die zich anders zouden onttrekken aan zorg of niet verwezen willen

worden. De huisarts overweegt een verwijzing naar e-mental health specifiek bij patiënten die niet gemotiveerd zijn voor een behandeling in de huisartsenpraktijk of een verwijzing naar de verslavingszorg en wel in staat zijn tot het volgen een programma op internet. De huisarts biedt controleafspraken aan om in gesprek te blijven met de patiënt over het beloop en effect (15) . Deze aanbeveling komt uit de richtlijn 'problematisch alcoholgebruik' van NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap).

- Systematic review van Tansil et al.: Elektronische screening en interventies zijn effectieve methodes om risicovol alcoholgebruik te verminderen. Echter deze studie bekeek vooral het effect op verminderen van *binge*-drinken (16).

De volgende Nederlandstalige websites werden gevonden:

- Via thuisarts.nl, tabblad 'meer informatie' https://www.thuisarts.nl/alcohol/ik-vraag-me-af-of-ik-te-veel-drink#meer-informatie-over-alcohol
  - https://www.alcoholinfo.nl/hulp/hulp-via-internet een overzicht van verschillende online advies, zelfhulp en behandelingen met persoonlijke begeleiding
  - https://minderdrinken.nl/
  - https://www.allesoverdrinken.nl/apps/
  - https://moti55.nl/ voor mensen vanaf 55 jaar
  - Middelen meter app (Tactus)

- https://www.alcoholhulp.be/ met 3 tabbladen : info en zelftest, online zelfhulp en online begeleiding

Waardering aanbevelingen op toepasbaarheid

De Domus Medica richtlijn is een Belgische richtlijn, deze werd reeds getoetst in de Belgische zorgcontext. Dezelfde doelgroep en patiëntenpopulatie.
De NICE richtlijnen zijn opgemaakt voor een gelijkaardige doelgroep en patiëntenpopulatie. Er zijn geen culturele conflicten. Deze zijn dus ook toepasbaar in België.
Er werd geen vermelding gevonden van nagaan verwachtingen van de patiënt.

Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing

Klinische vraag 3

Zowel de Domus Medica als de NICE richtlijn vormden de basis voor de geadapteerde aanbeveling. In de Duodecim richtlijn is geen vermelding over de duur van de interventie. De Domus Medica richtlijn zegt dat een 'kort advies' niet langer dan vijf minuten duurt. Terwijl in NICE men 5 tot 15 minuten aanbeveelt. Volgens de systematic review Kaner et al. naar effectiviteit van een korte alcoholinterventie in de eerste lijn creëren langer durende adviezen waarschijnlijk weinig toegevoegd effect (5). De duur van het advies heeft minder impact, herhalen is de boodschap (5min). De duur werd daarom opnieuw niet vermeld in de geadapteerde aanbeveling.
In de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werd enkel vermeld dat de hoeveelheid en frequentie van de sessies individueel beoordeeld dient te worden. In de Domus richtlijn staat obv de AUDIT-score wanneer opvolging te voorzien echter deze drempelwaardes zijn mogelijks te hoog want toen waren de aanbevolen grenswaarden (21 E per week voor mannen en 14 voor vrouwen) hoger dan de huidige grenswaarden (10 E per week zowel voor mannen als vrouwen). In de NICE richtlijn suggereert men steeds opvolging te voorzien na een korte interventie, gelet op het belang van herhaling werd deze aanbeveling overgenomen.

In de NICE richtlijn raadt men aan de redenen en drempels tot verandering te bevragen, ook de experten vonden dit belangrijk daarom werd ook dit opgenomen in de geadapteerde richtlijn.
Naar aanleiding van de richtlijn van Dynamed werd toegevoegd dat opvolging eventueel telefonisch kan. Twee praktische adviezen uit de systematic review van Spithoff werden toegevoegd aan de advies component van FRAMES.
Na overleg met de experten werd de toelichting bij het 'menu' en 'empathie' principe uitgebreid, werden enkele specifieke interventies voorgesteld, werd 'kanker' toegevoegd als belangrijk gezondheidsrisico en werd de functie van het gebruik ook in de vragen opgenomen.

Klinische vraag 4

Na lezen van literatuur, de richtlijnen en overleg met experten werd besloten geen opsplitsing te maken in interventie en opvolging gezien de aanbeveling uit NICE om steeds opvolging te voorzien, werd overgenomen. Zoals hierboven beschreven werd wel een onderscheid gemaakt in 'kort advies' en 'korte interventie', dit laatste is een uitbreiding op het 'kort advies' indien dit niet volstond om een verandering teweeg te brengen.

Klinische vraag 5

De NICE (appendix a2) surveillance van 2019, het opvolgrapport (2019) van de Domus richtlijn, literatuuronderzoek naar andere evidentie en de feedback van experten vormden de basis voor de geadapteerde aanbeveling. Zo kon de oorspronkelijke aanbeveling 'adviseer de patiënt om een website voor zelftesting' uitgebreid worden. Hier wordt een GRADE 2C aan toegekend.

- NICE surveillance: Kaner et al. systematic review (13): 5 studies waar men geen verschil vond in resultaat (alcoholconsumptie) tussen online en face-to-face interventies. Waarschijnlijk is er wel een verschil in de groep die men kan bereiken op basis van enthousiasme voor technologie. Globaal noteren zij dat er bewijsmateriaal van matige kwaliteit is dat in vergelijking met controle, digitale interventies de alcoholconsumptie kunnen verlagen met een gemiddelde reductie van 2.4 (Europese) alcoholeenheden per week. Conclusie: gepubliceerd bewijs suggereert dat digitale interventies een rol kunnen spelen in het reduceren van alcoholconsumptie.
- Domus opvolgrapport(3): Overweeg een verwijzing naar e-mental health specifiek bij patiënten die niet gemotiveerd zijn voor een behandeling in de huisartsenpraktijk (of een verwijzing naar de verslavingszorg) en wel in staat zijn tot het volgen een programma op internet. De huisarts biedt controleafspraken aan om in gesprek te blijven met de patiënt over het beloop en effect.
- Literatuuronderzoek:
    - Hamamura T, et al. vonden dat digitale interventie na 2 en 6 maand effectief is op de hoeveelheid alcohol consumptie (14).
    - Tansil KA et al. vonden dat (electronic screening and brief intervention) e-SBI een effectieve methode is voor het reduceren van risicovol alcoholgebruik en geassocieerde schade (16).
- Met feedback van expert dokter Aertgeerts werd een studie van Mertens ea. gevonden waarin men vond dat een e-health tool, begeleid door een hulpverlener, de gezondheid geletterdheid in de eerstelijnsgezondheidszorg kan verhogen (in het bijzonder de vaardigheid om goede gezondheidsinformatie te vinden en deze informatie goed genoeg te begrijpen om te weten wat te doen) (17).

Er werd uiteindelijk besloten om de Belgische website www.alcoholhulp.be in de geadapteerde richtlijn op te nemen omdat deze makkelijk toegankelijk is, uitgebreid informatie bevat en zowel een zelftest als online zelfhulp en online begeleiding aanbiedt.

FASE 2 – Adaptatiefase

Stap 7 – Eerste versie opmaken

Klinische vraag 3: Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

<u>Geadapteerde aanbeveling</u>

- Er wordt in de verdere tekstopbouw onderscheid gemaakt tussen 'kort advies' en 'korte interventie'. Start met een '**kort advies**', dit bevat volgende elementen:
    - AUDIT-score: herhaal de betekenis van de categorie (5-14= risicovol) (GRADE 2C)
    - "Het wordt aangeraden om niet meer dan 10 E per week te drinken, gespreid over meerdere dagen en een aantal dagen niet drinken." (GRADE 2C)
    - Geef een folder (bv. VAD) mee met aanvullende informatie (GRADE 2C)
    - Neem zelf het initiatief om een vervolggesprek vast te leggen. Follow-up consulten verhogen het effect (GRADE 2B). Dit kan eventueel telefonisch. (GRADE 2C)
- Herhaal (tot 3 keer) het kort advies' of overweeg een '**korte interventie'** als hierin blijkt dat het alcoholgebruik ongewijzigd is. Deze bevat volgende elementen: vragen, feedback, informeren en begeleiding om de patiënt te helpen zich bewust te worden van het risicovol gebruik
    - vragen: (GRADE 2C)
        - "Hoe voelt u zich bij uw alcoholgebruik?" (Is er bewustzijn dat er een probleem is?) Wat denkt u zelf van uw alcoholgebruik?
        - Waarom drinkt u alcohol (functie van gebruik)?
        - Welke redenen en drempels tot gedragsverandering zijn er voor u?
        - Situatie analyse: invloed op uw gezondheid?, alcoholgerelateerde problemen thuis of op het werk (conflicten of afwezigheid)?
    - feedback en informeren (GRADE 1A):
        - Herhaal wat aanvaardbare hoeveelheden alcohol zijn: 10E/week, gespreid over meerdere dagen/week
        - Gezondheidseffecten van alcohol: hoger risico op ziekten zoals obesitas, hypertensie (GRADE 1A), leverziekten, slapeloosheid, seksuele disfunctie en kanker.
        - Geef nogmaals folder (bv. VAD) mee
    - begeleiden (GRADE 2C)
        - Schets praktische strategieën om de alcoholconsumptie te verminderen ('menu' component FRAMES, zie infra). Dit moet leiden tot een reeks gepersonaliseerde doelen.
        - Specifieke interventies:
            - Registratie opdracht (bijhouden alcoholgebruik)
            - Balans opdracht (voor en nadelen gebruik/geen gebruik)
            - Stilstaan bij hoge risicosituaties (+ actieplan)
- Gebruik de principes samengevat in het acroniem FRAMES (GRADE 2C)
    - Feedback - gepersonaliseerde informatie
    - Verantwoordelijkheid - benadruk dat hij/zij zelf verantwoordelijk is voor de verandering
    - Advies - voorzie ondersteuning voor de verandering, twee praktische adviezen:
        - vooraf bepalen hoe laat je aankomt en vertrekt op plaatsen waar je alcohol zal drinken
        - 20 minuten bedenktijd nemen tussen het willen alcohol drinken en de beslissing effectief iets te drinken
    - Menu - voorzie alternatieve strategieën voor alcohol drinken, geef opties naar behandeling toe (huisarts, psycholoog, etc.)

- Empathie - toon begrip en belangstelling, op niet-veroordelende manier
- Zelf-efficiëntie - geef aanmoediging en versterk het vertrouwen in eigen verandering

Klinische vraag 5: Welke online tools/ digitale interventies zijn mogelijk bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

Geadapteerde aanbeveling

Bij specifieke patiënten kunnen online tools ingezet worden op verschillende manieren (GRADE 2C):

- www.alcoholhulp.be
  - zelfbeoordeling van drinkgewoonten (op advies zorgverlener / eerste anonieme stap, kan de toegankelijkheid vergroten om zorgverlener te raadplegen)
  - online zelfhulpprogramma (volledig door patiënt zelf)
  - online begeleiding (begeleid online programma + wekelijks contact via chat)
- combinatie van face-to-face en via videoconferentie adviesgesprekken (blended-care)
- specifieke korte interventies als toevoeging aan het face-to-face adviesgesprek, bijvoorbeeld registratie opdracht (logboek) via smartphone (app)

FASE 3 – Implementatiefase

Stap 8 – Consensusprocedure

De eerste versie werd gebruikt voor de consensusprocedure.

Een aantal experten werd gecontacteerd. De keuze werd gegeven om een online of fysiek overleg te plannen of om ons feedback via mail te bezorgen. Met Marc Tack (psycholoog met specialiteit in de verslavingszorg, verbonden aan het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Adentro) en Prof. Dr. Bert Aertgeerts (Huisarts en diensthoofd academisch centrum voor huisartsgeneeskunde KU Leuven) werd afzonderlijk online overlegd. Via mail kregen we ook feedback van Bram Pussig (doctoraatsstudent KU Leuven met als onderwerp *Addressing alcohol use in general practice - a community-oriented approach*) en Pieter Impe (psycholoog Therapiehuis Sint-Denijs-Westrem). Met Piet Snoeck (psychiater AZ Delta) en Miek Wyseure (liaisonverpleegkundige zorgpad alcohol AZ Delta) werd fysiek overlegd.

De aanbevelingen werden als haalbaar ervaren. De doelgroep en definitie van risicovol alcoholgebruik werden in de eerste versie niet toegelicht. De formulering bij klinische vraag 3 werd verduidelijkt naar ‘kort advies’ (ipv adviesgesprek) en ‘korte interventie’. De gezondheidseffecten werden aangevuld. Specifieke interventies werden toegevoegd. Voor klinische vraag 4 vond men de website alcholhulp.be belangrijk om te vermelden.

Daarnaast werden op 21 maart 2023 de aanbevelingen gepresenteerd in 2 seminariegroepen met 22 haio’s en 2 staco’s. Algemeen waren ook zij enthousiast en werden de aanbevelingen als duidelijk en praktisch haalbaar ervaren. Men vond dat de FRAMES principes beter als eerste in de aanbeveling geplaatst zouden worden. Ook werd naar meer uitleg gevraagd bij FRAMES. Bij de aanbeveling over online tools kwam de vraag of deze online begeleiding gratis is, deze informatie werd dan ook toegevoegd.

4. Finale richtlijn

Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk

Wat is risicovol alcoholgebruik?

Alcoholgebruik dat de kans op lichamelijke, psychische en sociale problemen verhoogt. De richtlijn van de Belgische Hoge Gezondheidsraad en het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en Drugs (VAD) is "Niet meer dan 10 standaardeenheden per week te drinken, gespreid over meerdere dagen en een aantal dagen niet drinken." Er moet rekening gehouden worden met het feit dat alcoholconsumptie altijd een impact heeft op de gezondheid dus drinkt men beter geen alcohol.

Gezien het advies bij zwangere vrouwen, vrouwen die borstvoeding geven en personen jonger dan 18 jaar is om geen alcohol te drinken, worden deze niet in deze richtlijn behandeld. Ook alcoholafhankelijkheid en schadelijk alcoholgebruik (bv. binge drinken) vallen buiten deze richtlijn.

Klinische vraag 1: Bij welke patiënten screenen voor risicovol alcoholgebruik?

Spoor risicovol alcoholgebruik op naar aanleiding van

- intakegesprek van een nieuwe patiënt
- opvolgconsultaties van relevante medische aandoeningen (bijvoorbeeld arteriële hypertensie, diabetes, obesitas, leveraandoeningen…)
- een algemeen preventief gezondheidsonderzoek
- consultatie omwille van zwangerschapswens

Spoor risicovol alcoholgebruik op bij één of meerdere signalen:

- psychosociale problemen
- slaapproblemen
- ingrijpende levensveranderingen (verliessituaties, trauma's,...)
- veelvuldig gebruik van en vraag naar kalmeringsmiddelen en/of slaappillen
- veelvuldig meemaken van ongelukken of kleine traumata
- veelvuldig consulteren met wisselend onduidelijk klachtenpatroon.
- veelvuldig consulteren met wens voor noodanticonceptie
- voorgeschiedenis van misbruik

(GRADE 2C)

Klinische vraag 2: Hoe screenen voor risicovol alcoholgebruik?

Risicovol drinken wordt herkend door de patiënt te vragen naar zijn/haar alcoholgebruik, hetzij rechtstreeks, hetzij door gebruik te maken van de AUDIT vragenlijst. (GRADE 1C) Aanbevolen drempelwaardes voor risicovol alcoholgebruik zijn AUDIT-score 5 bij mannen en 4 bij vrouwen.
Eventueel kan gekozen worden om enkel de AUDIT-C (eerste 3 vragen van AUDIT) te gebruiken en bij de drempelwaarde vraag 4 tot 10 van AUDIT te volbrengen om verder te screenen naar alcoholafhankelijkheid en schadelijk alcoholgebruik (GRADE 2C).

Het gebruik van labotests is niet aangeraden gezien het noch voldoende specifiek, noch voldoende sensitief is voor het opsporen van risicovol alcoholgebruik (GRADE 2C).

Klinische vraag 3: Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

- Gebruik de principes samengevat in het acroniem FRAMES (GRADE 2C)

- Feedback - gepersonaliseerde informatie
- Verantwoordelijkheid - benadruk dat hij/zij zelf verantwoordelijk is voor de verandering
- Advies - voorzie ondersteuning voor de verandering, , twee praktische adviezen:
  - vooraf bepalen hoe laat je aankomt en vertrekt op plaatsen waar je alcohol zal drinken
  - 20 minuten bedenktijd nemen tussen het willen alcohol drinken en de beslissing effectief iets te drinken
- Menu - voorzie alternatieve strategieën voor alcohol drinken, geef opties naar behandeling toe (huisarts, psycholoog, etc.)
- Empathie - toon begrip en belangstelling, op een niet-veroordelende manier
- Zelf-effectiviteit - geef aanmoediging en versterk het vertrouwen in eigen verandering

Hieronder een beschrijving van hoe deze in praktijk gebracht kunnen worden:

- Er wordt in de verdere tekstopbouw onderscheid gemaakt tussen 'kort advies' en 'korte interventie'. Start met een '**kort advies**', dit bevat volgende elementen:
  - AUDIT-score: herhaal de betekenis van de categorie (GRADE 2C)
  - "Het wordt aangeraden om niet meer dan 10 E per week te drinken, gespreid over meerdere dagen en een aantal dagen niet drinken." (GRADE 2C)
  - Geef een folder (bv. VAD) mee met aanvullende informatie (GRADE 2C)
  - Neem zelf het initiatief om een vervolggesprek vast te leggen. Follow-up consulten verhogen het effect. (Grade 2B) Dit kan eventueel telefonisch. (GRADE 2C)

- Herhaal (tot 3 keer) het kort advies' of overweeg een '**korte interventie'** als hierin blijkt dat het alcoholgebruik ongewijzigd is.
  - vragen: (GRADE 2C)
    - Hoe voelt u zich bij uw alcoholgebruik? (Is er bewustzijn dat er een probleem is?) Wat denkt u zelf van uw alcoholgebruik?
    - Waarom drinkt u alcohol (functie van gebruik)?
    - Welke redenen en drempels tot gedragsverandering zijn er voor u?
    - Situatie analyse: invloed op uw gezondheid?, alcoholgerelateerde problemen thuis of op het werk (conflicten of afwezigheid)?
  - feedback en informeren (GRADE 1A):
    - Herhaal wat aanvaardbare hoeveelheden alcohol zijn: 10E/week, gespreid over meerdere dagen/week
    - Gezondheidseffecten van alcohol: hoger risico op ziekten zoals obesitas, hypertensie (GRADE 1A), leverziekten, slapeloosheid, seksuele disfunctie en kanker.
    - Geef nogmaals een folder (bv. VAD) mee
  - begeleiden (GRADE 2C)
    - Schets praktische strategieën om de alcoholconsumptie te verminderen ('menu' component FRAMES). Dit moet leiden tot een reeks gepersonaliseerde doelen.
    - Specifieke interventies:
      - Balans opdracht (voor en nadelen gebruik/geen gebruik)
      - Registratie opdracht (bijhouden alcoholgebruik)
      - Stilstaan bij hoge risicosituaties (+ actieplan)

Klinische vraag 4: Welke online tools/ digitale interventies zijn mogelijk bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

Bij specifieke patiënten kunnen online tools ingezet worden op verschillende manieren (GRADE 1B):

- www.alcoholhulp.be anoniem en kosteloos
    - zelfbeoordeling van drinkgewoonten (op advies zorgverlener / eerste anonieme stap, kan de toegankelijkheid vergroten om zorgverlener te raadplegen)
    - online begeleiding (begeleid online programma + wekelijks contact via chat) gedurende 3 maanden
    - online zelfhulpprogramma (volledig door patiënt zelf) gedurende 12 weken
- *blended-care:* combinatie *face-to-face* en via videoconferentie of telefonische adviesgesprekken
- specifieke korte interventies als toevoeging aan het *face-to-face* adviesgesprek, bijvoorbeeld registratie opdracht (logboek) via smartphone (app)

Biedt controleafspraken aan om in gesprek te blijven met de patiënt over het beloop en effect.

Klinische vraag 5: Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Verwijs in overleg met de patiënt door naar gespecialiseerde hulpverlening:

- bij lichamelijke comorbiditeit die niet in de eerste lijn kan worden verholpen. (vb (leveraantasting, alcoholische cardiomyopathie, neuropathie,...) (Grade 1B)
- bij psychiatrische comorbiditeit, aangezien deze een complexe diagnostiek en behandeling vereist
- als patiënt en huisarts kiezen voor doorverwijzing
- als bij follow-up na (herhaald) korte interventie blijkt dat het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft;
- bij verslaving aan meerdere psychoactieve middelen.
- bij zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten en huiselijk geweld
- bij wens tot opstarten van medicamenteuze terugvalpreventie
- bij een AUDIT-score van ≥15 of wanneer een vermoeden bestaat van alcoholafhankelijkheid voor verdere diagnostiek en gespecialiseerde aanpak

(GRADE 2C)

5. Discussie

Hoewel de Duodecim richtlijn in 2019 nog herzien werd, was het duidelijk dat een adaptatie zou nodig zijn. De richtlijn vermeldt nog de vorige aanbevelingen voor alcoholgebruik (21 eenheden voor mannen en 14 voor vrouwen per week). De aanbevelingen zijn weinig concreet en onvolledig. Daarnaast worden heel weinig bronnen vermeld en wordt de zoekstrategie niet vermeld.
Op methodologisch vlak doet de Domus Medica richtlijn het duidelijk beter. De onderzoeksvragen in de Domus richtlijn worden specifiek beschreven. Ook de totstandkoming met zoekstrategie, werkwijze en gebruikte bronnen wordt duidelijk beschreven. Gedurende ons project werd door de redactie van Ebpracticenet de samenwerking met Duodecim stopgezet wegens te weinig transparantie.

In de richtlijn van Anderson et al. werd informatie gevonden over de **effectiviteit** van een korte interventie bij risicovol alcoholgebruik. Acht patiënten met risicovol alcoholgebruik dienen een kort advies te ontvangen zodat er een patiënt voordeel bij heeft, dit is twee keer zo effectief als een kort advies bij rookstop. Om 1 overlijden per jaar te voorkomen dienen 282 patiënten een kort advies te krijgen. Samenvattend zijn korte interventies bij risicovol alcoholgebruik een van de goedkoopste medische interventies die tot gezondheidswinst leiden (18). Het loont dus de moeite om als

eerstelijnszorgverlener een 10-tal minuten te investeren in screening naar en aanpak van risicovol alcoholgebruik.

Tijdens de zoektocht naar evidentie met antwoord op de vraag over digitale interventies werden 2 *systematic reviews* en 1 Japans RCT gevonden die deze onderzochten. Echter werd nauwelijks gevonden wat de digitale interventies precies inhouden (variërend van alleen een zelftest naar online begeleiding). Ondanks het laag aantal grote studies kan toch geconcludeerd worden dat digitale interventies een plaats hebben bij de aanpak van risicovol alcoholgebruik bij specifieke patiënten. In de studie van Vangrunderbeek et al. wordt geopperd dat online interventies de '*treatment gap*' verminderen tussen het aantal mensen met risicovol alcoholgebruik en mensen die ook hulp krijgen (19).
Wat betreft **toegankelijkheid** van online tools zijn volgende cijfers te vinden voor Vlaanderen, eind 2021 heeft ongeveer 90% van de 18-64 jarigen een laptop of computer, ongeveer 97% van de 18-64 jarigen en 79% van de 65+'ers heeft internet (20).

De meeste van onze aanbevelingen krijgen een GRADE 2C. Dit betekent dat er een laag niveau van bewijskracht is en er onzekerheid is over het evenwicht tussen de voor -en nadelen. Dit komt omdat de aanbevelingen voornamelijk gebaseerd zijn op consensus, expert opinions en review artikels. Ook de zoektocht naar relevante en recente literatuur leverde weinig op.

In de aanbevelingen komt de **context** van de patiënt, bijvoorbeeld de partner, vrienden of collega's, niet aan bod hoewel deze mogelijks een belangrijke rol kunnen spelen en ook steun nodig kunnen hebben. Ook zij kunnen een hulpvraag hebben. Hoe kunnen zij op een constructieve manier invloed hebben op het drinkgedrag van hun partner, familielid, vriend of collega. Het zou goed zijn dit toe te voegen bij een volgende herziening.

Er is geen internationale consensus over hoeveel pure alcohol een **standaardeenheid** bevat, variërend tussen 8 en 14 gram. In Finland (Duodecim) is dit 12 gram terwijl de AUDIT vragenlijst 10 gram gebruikt, deze laatste 10 gram werd door de meeste landen overgenomen (21). Om resultaten van studies correcter te kunnen vergelijken, zou een internationale consensus over de definitie van een standaardeenheid alcohol beter zijn.

Alcohol is een onderwerp dat weinig door huisartsen besproken wordt en dit heeft verschillende redenen. Een ervan is angst voor een negatieve impact op de arts-patiëntrelatie.
Onderzoek laat echter zien dat de meeste patiënten het belangrijk vinden dat hun huisarts interesse toont in hun levensstijl. Om alcoholgebruik op een respectvolle manier te bevragen, kan je toestemming vragen om het aan te kaarten. Ook kan je uitleggen dat het een routinevraag is die bij elke patiënt gevraagd wordt.
Een andere frequente reden is een drukke agenda met weinig ruimte voor iets anders dan de focus van het consult waardoor preventie weinig aan bod komt (6). We moeten dus kritisch blijven over de toepasbaarheid van onze aanbevelingen. Om meer aandacht te kunnen geven aan preventie is er mogelijks een andere praktijkorganisatie nodig waarbij er samengewerkt wordt met andere zorgverleners bijvoorbeeld verpleegkundigen.

Een sterkte van de masterproef is dat de ADAPTE procedure gebruikt werd, dit zorgde voor een gestructureerde aanpak. De gebruikte richtlijnen scoorden goed op de AGREE II beoordeling wat betekent dat ze van goede methodologische kwaliteit zijn. Voor deze richtlijn werd samengewerkt met een diverse groep van experten en collega's waardoor praktische aanpassingen en aanvullingen konden gebeuren. Ook is deze richtlijn de eerste Vlaamse richtlijn die vermelding maakt van de sterke website www.alcoholhulp.be.

6. Besluit

De huidige Duodecim richtlijn 'Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruik' werd geadapteerd aan de Belgische zorgcontext aan de hand van de adaptatieprocedure opgesteld door Ebpracticenet. Deze masterproef focust voornamelijk op hoe korte interventies kunnen gedaan worden en welke digitale interventies mogelijk zijn. Vanuit de voorgestelde aanbevelingen kan geconcludeerd worden dat de aanpak van risicovol alcoholgebruik niet eenvoudig is. Daarom is het van cruciaal belang dat zorgverleners duidelijke richtlijnen kunnen terug vinden met handvaten om de patiënt op de best mogelijke manier te begeleiden doorheen het intensieve proces van gedragsverandering. Voor patiënten met risicovol alcoholgebruik wordt het aanbevolen een 'kort advies' te geven. Een kort advies moet de AUDIT-score herhalen en aanbevelen om niet meer dan 10 standaardeenheden per week te drinken, gespreid over meerdere dagen en een aantal dagen niet drinken. Aanvullend kan een informatieve folder mee gegeven worden. Een vervolgafspraak na het kort advies kan het effect verhogen. Indien het alcoholgebruik ongewijzigd bleef is een 'korte interventie' aanbevolen. Een korte interventie is gebaseerd op de FRAMES-principes, bestaande uit gepersonaliseerde feedback, verantwoordelijkheidsbenadrukking, advies voor verandering, alternatieve strategieën voor alcohol drinken, empathie en zelf-effectiviteit. Een korte interventie bestaat uit: vragen (bv. functie van alcoholgebruik, gevolgen van alcoholgebruik, drempels tot verandering,…), informeren over de gezondheidseffecten van alcohol, ondersteuning geven bij verandering, bespreken alternatieve strategieën voor alcoholgebruik, specifieke interventies (balansopdracht, registratieopdracht). Informeer over de website www.alcholhulp.be. Sommige patiënten vinden online begeleiding aantrekkelijker, hetzij via deze website hetzij met ons via een videoconsultatie.
De definitieve geadapteerde aanbevelingen zullen voorgelegd worden aan de leescommissie van Ebpracticenet die zal beslissen of de nieuwe richtlijn gepubliceerd zal worden.

7. Referenties

1. VAD PVD. Richtlijn voor alcoholgebruik [Internet]. https://www.vad.be/assets/alcohol-hoeveel-is-te-veel-brochure . 2019 [geciteerd 25 maart 2023]. p. 1–8. Beschikbaar op: https://www.vad.be/assets/alcohol-hoeveel-is-te-veel-brochure
2. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M, e.a. Handboek Adaptatie Duodecim Richtlijnen. EBMPracticeNet. . versie 9. 2020. 1–20 p.
3. VAD. Factsheet alcohol [Internet]. 2021 [geciteerd 25 maart 2023]. Beschikbaar op: https://www.vad.be/assets/factsheet-alcohol
4. L. Gisle, S. Demarest, S. Drieskens. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel, België: Sciensano [Internet]. Brussel; 2019 okt. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be
5. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, e.a. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Vol. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
6. Philips D, Goedhuys J. Hoe praten over alcoholgebruik? Adviezen op basis van een systematische review van kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu . 2021;50:302-6.
7. Brouwers M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Davis D, Feder G. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen [Internet]. 2009. Beschikbaar op: www.agreetrust.org
8. J. MICHELS, S. HOECK, G. DOM, M. GOOSSENS, G. VAN HAL, P. VAN ROYEN. Problematisch alcoholgebruik aanpak door de huisarts. 2011 sep.

9. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: prevention [Internet]. 2010. Beschikbaar op: www.nice.org.uk/guidance/ph24
10. Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijkx JJHM, Meerkerk GJ, Valken N, e.a. Problematisch alcoholgebruik NHG standaard. NHG. september 2014;
11. Zaderenko S. Alcohol Use Disorder [Internet]. DynaMed, EBSCO. 2018 [geciteerd 28 maart 2023]. Beschikbaar op: https://www.dynamed.com/condition/alcohol-use-disorder
12. Spithoff S, Kahan M. Clinical Review Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking [Internet]. 2015 jun. Beschikbaar op: www.cfp.ca
13. Kaner EFS, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C, e.a. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
14. Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H. The effectiveness of a web-based intervention for Japanese adults with problem drinking: An online randomized controlled trial. Addictive Behaviors Reports. 2022;15.
15. Decouttere R. Opvolgrapport Richtlijn 'Problematisch alcoholgebruik. Aanpak van de huisarts.' [Internet]. 2019 mei. Beschikbaar op: http://www.dynamed.com.gateway2.cdlh.be.
16. Tansil KA, Esser MB, Sandhu P, Reynolds JA, Elder RW, Williamson RS, e.a. Alcohol Electronic Screening and Brief Intervention: A Community Guide Systematic Review. Vol. 51, American Journal of Preventive Medicine. Elsevier Inc.; 2016. p. 801–11.
17. Mertens L, Dewitte H, Seuntjens L, Vanobberghen R, Aertgeerts B. The guided use of an e-health tool to strengthen health literacy. A pilot study in a multicultural diabetes population in a primary care clinic in Brussels. PEC Innovation. december 2022;1:100056.
18. Anderson P., Gual A., Colom J. Alcohol and Primary Health Care Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions [Internet]. 2005. Beschikbaar op: www.phepa.net.
19. Vangrunderbeek A, Raveel A, Matheï C, Claeys H, Aertgeerts B, Bekkering G. Effectiveness of guided and unguided online alcohol help: A real-life study. Vol. 28, Internet Interventions. 2022.
20. Statistiek Vlaanderen. Mediabezit [Internet]. 2022 [geciteerd 25 maart 2023]. Beschikbaar op: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/media-en-mediagebruik/mediabezit
21. Furtwængler NAFF, De Visser RO. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. Drug Alcohol Rev. januari 2013;32(1):11–8.

8. Bijlagen

- *Bijlage 1: GRADE Samenvattende tabel* (2)

		Voordelen vs nadelen en risico's	**Methodologische kwaliteit van de studies**	**Implicaties**
1A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterk bewijs vanuit observationele studies	
1C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er

				nieuwer bewijs beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigend bewijs van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterk bewijs van observationele studies	
2C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

- *Bijlage 2: evaluatie met AGREE II*

RICHTLIJN TITEL: Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts (Domus Medica)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	Consensus	major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	7	7	7	
	3	7	7	7	
TOTAAL /21		21	21	21	
Stakeholder involvement	4	7	7	7	
	5	1	2	2	geen vermelding; weinig vermeld (1 zin en noot31)
	6	7	7	7	
TOTAAL /21		15	16	16	
Rigour of development	7	6	6	6	Volledige zoekstrategie niet vermeld
	8	5	6	6	Geen vermelding kenmerken doelpopulatie, studieontwerp en uitkomst als inclusiecriteria
	9	7	5	5	geen beschrijving 1.beperkingen in methodo, 2.omvang gzhwinst tov bijw (wel vermeld dat vragenlijst vaak sociaal wenselijk w beantwoord en dat er beperkte cijfers beschikb)
	10	1	1	1	Geen vermelding (enkel 'obv consensus')
	11	7	4	4	balans voordeel/risico w niet gemaakt; economische beschouwing niet voor Vlaanderen
	12	7	6	6	koppeling tussen de aanbevelingen en het onderliggend bewijs niet eenvoudig te; geen bewijstabel

					vinden in de richtlijn
	13	7	6	7	doelpop (patiënt) niet al referent
	14	5	5	5	Geen methodologie voor herziening;
TOTAAL /56		45	39	40	
Clarity and presentation	15	7	7	7	duidelijke omschrijving doel, doelpopulatie en actie
	16	1	1	1	Geen beleidsopties
	17	7	7	7	
TOTAAL /21		15	15	15	
Applicability	18	3	4	4	randvoorwaarden; geen belemmerende fact beschreven voor toepassing
	19	5	5	5	geen koppeling naar algoritme (AUDIT); result veldtoetsing 'op vraag beschikbaar'
	20	4	5	5	Geen beschrijving van methoden,...
	21	3	3		wel advies over frequentie van meting, geen criteria om te toetsen of richtlijn w gevolgd
TOTAAL /28		15	17	14	
Editorial independence	22	7	7	7	
	23	1	1	1	Geen vermelding
TOTAAL /14		8	8	8	
OVERALL ASSESSMENT		119	116	114	**REMARKS**

RICHTLIJN TITEL: Alcoholuse disorders - prevention (NICE)					
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Consensus**	**major remarks**
Scope and purpose	1	7	7	7	
	2	7	7	7	
	3	7	7	7	
TOTAAL /21		21	21	21	
Stakeholder involvement	4	7	6	7	geographical location van medewerker niet altijd vermeld (p55)
	5	7	7	7	weinig info over patient view, acceptability?
	6	7	7	7	
TOTAAL /21		21	20	21	
Rigour of development	7	7	7	7	
	8	7	6	6	p61 inclusiecriteria: vage en beperkte beschrijving ->echter wel uitgebreid in bijlage
	9	7	7	7	p41 limitations; p29 risk benefits
	10	3	3	3	weinig over te vinden: description of recommend

					develop; process and influeced the recommendation
	11	6	6	6	beknopt; nadruk op risks alcohol en dus benefits van preventie, benefits alcohol niet beschreven
	12	7	7	7	link naar online 'supporting evidence' met uitgebreide appendixen
	13	7	6	7	p56 external contractors: beknopt; echter wel heel uitgebreid multidisciplinair team!
	14	7	6	6	updates beschreven, en frequentie echter geen methode?
TOTAAL /56		51	48	49	
Clarity and presentation	15	7	7	7	
	16	6	6	6	Geen beleidsopties; eerste 3 recommendations zijn op beleidsniveau
	17	5	4	5	Uitgebreid over een aantal pagina's; geen korte duidelijke (vetgedrukte omkaderd) samenvatting van de aanbevelingen
TOTAAL /21		18	17		
Applicability	18	7	6	6	barriers beschreven, niet uitvoerig
	19	7	5	6	weinig praktisch, geen bondige handige steekkaart om in de praktijk te leggen
	20	4	4	4	Geen beschrijving van methoden,...; weinig concreet
	21	1	1	1	NO identification of criteria to assess implementation, NOcriteria for assessing impact of implementing
TOTAAL /28		19	16	17	
Editorial independence	22	1	1	1	geen info over
	23	1	1	1	competing interests (belangen) niet beschreven
TOTAAL /14		2	2	2	
OVERALL ASSESSMENT		132	*124*	*124*	**REMARKS**

RICHTLIJN TITEL: Problematisch alcoholgebruik (NHG)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	Consensus	major remarks
Scope and purpose	1	7	7	7	kort en bondig, eerste zin scope, duidelijk
	2	1	1	1	Geen beschrijving uitgangsvragen
	3	1	2	1	Geen doelgroep beschreven; Kernboodschap 2
TOTAAL /21		9	10	9	
Stakeholder involvement	4	7	6	7	alleen de namen (onder titel)-> verder in de totstandkoming wel uitgebreider
	5	1	1	1	niets over geschreven (perspectief en voorkeuren pt)
	6	1	1	1	geen beschrijving doelgroep richtlijn gebruikers

TOTAAL /21		9	8	9	
				nde facto	
Rigour of development	7	5	5	5	Geen vermelding databanken (wel 2 bijlagen met Totstandkoming en methoden Zoekstrategie)
	8	1	1	1	geen inclusiecriteria te vinden
	9	1	1	1	geen informatie over methodologische kwaliteit van de studies (bv bias), noch een onderscheid beschrijving/interpretatie bewijs
	10	1	1	1	methode weinig gedetailleerd, opsomming van de mensen die becommentarieerden
	11	1	1	1	geen richtlijnontwikkelingproces beschreven
	12	1	1	1	
	13	7	7	7	
	14	1	2	2	alleen bij klikken op 'Versie 4.1'->nieuw tablad met Revisiedatum: 20-04-2021(geen methode)
TOTAAL /56		18	19	19	
Clarity and presentation	15	7	7	7	duidelijke aanbevelingen
	16	1	1	1	aanbevelingen, geen koppeling naar evidentie (wel telkens een 'detail' kader onder elke kop of alinea
	17	7	7	7	zeer duidelijk, in begin van richtlijn
TOTAAL /21		15	15	15	
Applicability	18	1	1	1	geen bevorderende/ belemmerende fact beschreven
	19	7	7	7	goede samenvatting, oplijstingen, ...
	20	1	2	1	p5, weinig gedetailleerd: kost problematische alcohol gebruik
	21	3		3	waar info over nagaan impact imple?
TOTAAL /28		12	10	12	
Editorial independence	22	1	1	1	geen enkele info over financieringsbron?? mss wel op de algemene nhg site
	23	7			waar? in bijlage 'totstandkoming': de zin "Door de leden werd geen belangenverstrengeling gemeld"
TOTAAL /14		8	1	1	
OVERALL ASSESSMENT		71	63	65	**REMARKS**

- *Bijlage 3 – Ethisch comite*

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Diego Schrans
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11414	NVT	1/02/2022	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Adaptatie Duodecim richtlijn naar de Belgische zorgcontext: Kortdurende interventies voor risicovol alcoholgebruik -Interventie. Scriptie De Volder Liesbeth"

B.U.N.: N.V.T.

- Begeleidende brief dd. 14/01/2021
- Antwoord onderzoeker: ontvangen dd. 14/01/2022
- Adviesaanvraagformulier (MaNaMa) aangepaste versie ontvangen dd. 20/01/2020

Advies werd gevraagd door: Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/01/2022. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/01/2023, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/01/2022. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/01/2023, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

IOV
PROF DR R PELEMAN
SECRETARIS CME

CC: UZ Gent – HERUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ledenlijst op 25/01/2022

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.