Kortdurende interventies bij risicovol alcoholgebruik

Screening en verwijzing

Een adaptatie van de DUODECIM richtlijn naar de Belgische zorgcontext

Sam Depypere, Universiteit Gent
In samenwerking met Liesbeth De Volder, 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, 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

Met deze masterproef wordt een hoofdstuk afgesloten. Niet alleen is dit het eindwerk van de opleiding huisartsgeneeskunde, maar dit is ook het einde van het student zijn. Vanaf 1 oktober ben ik officieel huisarts. Bij het kiezen van het onderwerp voor de masterproef leek het me interessant om mijn steentje bij te kunnen dragen aan een nieuwe richtlijn die andere collega huisartsen kunnen helpen in de praktijk.

Graag wil ik prof. dr. Diego Schrans en dr. Tom Poelman bedanken voor hun begeleiding als promotor en copromotor. Verder Prof. Dr. Nicolas Delvaux voor de opvolgmomenten en uitleg bij het adaptatieproces. Ik wens ook nog de experten te bedanken voor hun tijd en expertise.

Daarnaast mijn praktijkopleiders, Caroline, Hanne, Evi en Willem. Om mij hun patiënten toe te vertrouwen, mij te begeleiden en zo bij te dragen tot mijn vorming als huisarts.

Mijn vriendin, Barbara verdient zeker ook een bedanking voor de onvoorwaardelijke steun, geduld en aanmoedigingen tijdens dit hele proces. Ook mijn ouders, broer en zus wil ik bedanken voor hun steun tijdens de voorbije jaren.

Als laatste zou ik mijn collega HAIO Liesbeth De Volder willen bedanken voor de aangename samenwerking in de voorbije 3 jaar en zo dit project tot een goed einde te brengen.

Sam Depypere

April 2023

Abstract

Inleiding - Deze masterproef is het resultaat van een proces waarin de aanbevelingen van de Finse Duodecim richtlijn 'Kortdurende interventie bij risicovol alcoholgebruik' werden geadapteerd aan de Belgische zorgcontext. Hiervoor werd samengewerkt met collega Liesbeth De Volder. Deze masterproef bekeek het luik 'screening' naar en 'verwijzing' bij risicovol alcoholgebruik terwijl Liesbeth focuste op de 'korte interventies'.

Klinische vragen

1. 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 – Het adaptatieproces verliep in 3 fases, de screenings-, adaptatie- en implementatiefase. 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 werden de aanbevelingen vergeleken met de andere richtlijnen. Daarna werd beslist welke aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn dienen geadapteerd te worden en werd een GRADE bepaald. Als laatste stap werd in de implementatiefase de helderheid en toepasbaarheid getoetst bij experten en 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. De adaptatiefase resulteerde in geadapteerde aanbevelingen dewelke na de implementatiefase nog aangepast werden. De oorspronkelijke Duodecim richtlijn verwees voor het deel 'screening' naar een andere richtlijn. Er werd gekozen om dit in de geadapteerde verse wel te behandelen. De aanbeveling om de AUDIT te gebruiken als screeningstool werd overgenomen. Er werd nog een aanbeveling gedaan om de drempelwaarde voor risicovol alcoholgebruik te verlagen. Het deel verwijzing werd ook te beknopt gezien. Dit is uitgebreid en verduidelijkt.

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

Inhoud

ABSTRACT **1**

1. INLEIDING **3**

2. METHODE **4**

2.1. HET ADAPTE-PROCES 4
2.2. FASE 1 - SCREENINGSFASE 4
2.2.1. Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen *4*
2.2.2. Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen *4*
2.2.3. Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen *4*
2.2.4. Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen *4*
2.2.5. Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing *5*
2.3. FASE 2 – ADAPTATIEFASE 6
2.3.1. Stap 7 – Eerste versie opmaken *6*
2.4. FASE 3 – IMPEMENTATIEFASE 6
2.4.1. Stap 8 – Consensusprocedure *6*

3. RESULTATEN **6**

3.1. FASE 1 - SCREENINGSFASE 6
3.1.1. Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen *6*
3.1.2. Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen *7*
3.1.3. Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen *8*
3.1.4. Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen *8*
3.1.5. Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing *14*
3.2. FASE 2 – ADAPTATIEFASE 15
3.2.1. Stap 7 – Eerste versie *15*
3.3. FASE 3 – IMPLEMENTATIEFASE 16
3.3.1. Stap 8 – Consensusprocedure *16*

4. FINALE RICHTLIJN **18**

5. DISCUSSIE **20**

6. BESLUIT **21**

7. REFERENTIES **21**

8. BIJLAGEN **24**

1. Inleiding

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 ebm-materiaal op een vlotte manier beschikbaar stellen voor de Belgische zorgverlener. Daarnaast was er ook gratis toegang tot de internationale databank met de door de Finse artsenvereniging Duodecim ontwikkelde 'EBM Guidelines' (1). In 2022 kondigde Ebpracticenet aan dat de samenwerking met Duodecim werd stopgezet omdat er onvoldoende transparantie in methodologie kon worden aangetoond (2). 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 (1).

Voor deze herziening werd samengewerkt met collega Liesbeth De Volder. Wij kozen voor de richtlijn 'Kortdurende interventies bij risicovol alcoholgebruik' omdat het een maatschappelijk heel relevante problematiek behandelt. Alcohol is een deel van de Belgische cultuur en zeer maatschappelijk aanvaard. Al is het geen ongevaarlijk product. Naast fysieke en psychische schade heeft ongezond alcoholgebruik een niet te miskennen sociale impact op het individu zelf en op de gehele samenleving (3). We vinden preventie en bewustwording met betrekking tot alcoholgebruik 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 mijn focus lag op screening en doorverwijzing en Liesbeth ging verder in op de korte interventies.

Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en de Hoge Gezondheidsraad 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 (3, 4).

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

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

2. Methode

2.1. Het ADAPTE-proces

Het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' beschrijft de methode om Duodecim-richtlijnen te adapteren aan de Belgische zorgcontext (1). 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. De procedure bestaat uit drie opeenvolgende fasen, de screenings-, adaptatie- en implementatiefase.

2.2. FASE 1 - Screeningsfase

2.2.1. Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen

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

- P: patient population/disease characteristics
- I: intervenstion(s) of interest
- P: professionals targeted by the guideline
- O: outcomes and endpoints to be taken into consideration
- H: healthcare setting and context

2.2.2. 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 (*Mediscal Subject Heading)* en eventuele in-en exclusie criteria. Met deze strategie werd dan systematisch gezocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM publicaties.

2.2.3. Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen

In deze stap werden de richtlijnen geselecteerd voor een doorgedreven beoordeling. Er werd eerst nagegaan of de gevonden richtlijnen een antwoord bieden op de klinische vragen. Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan de richtlijnen van organisaties met een gekende hogere kwaliteit in de verdere selectie. Ook werd gebruik gemaakt van items 7, 9 en 23 van AGREE II *(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II)*, een instrument ter beoordeling van richtlijnen (8). Item 7 bekijkt of er systematische methoden gebruikt worden voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal. Item 9 geeft weer of de sterke punten en beperkingen van het bewijs beschreven worden. Tot slot bekijkt item 23 of conflicterende belangen vastgelegd en besproken worden.

2.2.4. Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen

2.2.4.1. Evaluatie richtlijnen met AGREE II

Een doorgedreven beoordeling van de geselecteerde richtlijnen gebeurde met behulp van het volledige AGREE II scoringssysteem (8). Dit instrument evalueert de methodologie en transparantie

van richtlijnen. 23 items uit volgende 6 domeinen worden hierbij afgetoetst: 'onderwerp en doel', 'betrokkenheid van belanghebbenden', 'methodologie', 'helderheid en presentatie', toepassing' en 'onafhankelijkheid van de opsteller'. Op een schaal van 7 punten wordt een score per item toegekend. Elk richtlijn kreeg zo een totaalscore waarna een algemeen oordeel geformuleerd kan worden. Deze evaluatie gebeurde door Liesbeth en ikzelf onafhankelijk. In geval van discrepantie werd een consensus gevormd.

2.2.4.2. Inventarisatie inhoud van de aanbevelingen

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

2.2.4.3. Waardering aanbevelingen op samenhang

De volgende stap was het beoordelen van de samenhang van de aanbeveling in 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.

2.2.4.4. Waardering aanbeveling op courantheid

Nadien werd nagegaan of de literatuur waarop de aanbevelingen zich baseren nog up-to-date is. Zo deze gedateerd is, werd er naar recente informatie gezocht volgens het watervalprincipe. Hierbij werd de zoektocht gestart in de database van Cochrane en aangevuld met deze van Medline (9, 10). Om de zoektocht te vergemakkelijken werd van elk klinische vraag een PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome).

De selectie werd verfijnd op gebied van publicatiedatum en publicatietype (random controlled trials, systematic reviews en richtlijnen).

2.2.4.5. 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 van de wijze waarop 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 medicatie) en nagaan of er geen culturele conflicten zijn die de implementatie van de aanbeveling bemoeilijken.

2.2.5. Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing

In deze cruciale stap van de screeningsfase werden de verschillende evaluatiebronnen (geselecteerde richtlijnen, nieuwe evidentie, Belgische EBM-informatie) overlopen om te bepalen of de Duodecim aanbevelingen al dan niet geadapteerd moeten worden. De uitwerking van de adaptatie staat hieronder beschreven.

2.2.6. Stap 6 – Nazicht door de leescommissie

Deze stap werd dit jaar verplaatst naar het einde van het proces.

2.3. FASE 2 – Adaptatiefase

2.3.1. Stap 7 – Eerste versie opmaken

De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de andere richtlijnen. 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 hebben 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 bijlage 1.

Door waar nodig de oorspronkelijke tekst van Duodecim te herschrijven of aan te vullen en aan alle aanbevelingen een GRADE toe te kennen, werd de eerste versie van de geadapteerde richtlijn opgemaakt.

2.4. FASE 3 – Implementatiefase

2.4.1. Stap 8 – Consensusprocedure

De eerste versie richtlijn werd ter beoordeling voorgelegd aan een groep van eindgebruikers (zoals voorzien de doelgroep richtlijngebruikers) en inhoudelijke experts. Dit met als voornaamste doel te controleren of er bij de (her)formulering van de aanbevelingen uit de bronrichtlijnen alle mogelijke aspecten relevant voor de aanbeveling mee in rekening hebben gebracht. Dit kan gaan over de wijze waarop de aanbeveling geformuleerd is (niet duidelijke genoeg waardoor de aanbeveling mogelijk verkeerd zou geïnterpreteerd of toegepast worden), implementatie barrières (waardoor de aanbeveling niet toepasbaar wordt) of uitzonderlijk zelfs verkeerde interpretaties van het wetenschappelijk bewijs.

Elke voorgestelde aanbeveling werd voorgelegd ter beoordeling samen met een beschrijving van het onderliggende bewijs alsook de aspecten die een rol hebben gespeeld in de precieze formulering ervan.

3. Resultaten

3.1. FASE 1 - Screeningsfase

3.1.1. Stap 1 – Definiëren van de scope van de aanbevelingen

Samen met mijn collega haio Liesbeth De Volder werden op basis van de Finse Duodecim richtlijn *'Brief interventions for risky use of alcohol'* de thema's 'screening', 'interventie' en 'verwijzing' weerhouden (11).

De volgende exclusie criteria werden gebruikt.

- Patiënten met alcoholafhankelijkheid of schadelijk gebruik
- Patiënten jonger dan 18 jaar
- Zwangere vrouwen en 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 alcoholafhankelijk 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 legt deze masterproef zich toe op screening en verwijzing. Hier zullen dan ook klinische vraag 1, 2 en 5 verder uitgewerkt worden. De andere vragen worden behandeld in de masterproef van Liesbeth De Volder

Klinische vraag 1: Welke patiënten screenen voor risicovol alcoholgebruik?

- P: Volwassenen
- I: Aanwezigheid van kenmerken, klachten, symptomen, reason for encounter
- P: Eerstelijnsmedewerkers, psychiater,
- O: Risicofactoren van risicovol alcoholgebruik
- H: Eerstelijn, tweedelijns psychiater

Klinische vraag 2: Hoe screenen voor risicovol alcoholgebruik?

- P: Volwassenen
- I: Screeningmethoden (AUDIT, MAST, CAGE, ...)
- P: Eerstelijnsmedewerkers, psychiater,
- O: Aantonen risicovol alcoholgebruik
- H: Eerstelijn, tweedelijn psychiater

Klinische vraag 3: Welke korte interventie bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?
Klinische vraag 4: Welke online tools zijn mogelijk bij patiënten met risicovol alcoholgebruik?

Klinische vraag 5: Wanneer en naar wie doorverwijzen

- P: Volwassenen met risicovol alcoholgebruik
- I: Begeleiding via specialistische verslavingszorg (Psychiater, psychotherapeut, opname,...), getrapte gezondheidzorg
- P: Eerstelijnsmedewerkers
- O: Complicaties van alcoholgebruik (lichamelijk, psychisch), alcoholafhankelijkheid, ziekenhuisopname
- H: Eerstelijnspraktijk

3.1.2. Stap 2 – Zoeken naar relevante richtlijnen

'Alcoholism' is de enige MESH-term die aanleunt bij de PIPOH elementen. Aangezien de scope van deze masterproef op risicovol alcoholgebruik ligt, 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, Agency for Healthcare Research and Quality, NHS guideline finder* en *TRIP Database* (12-15). 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, BCFI en CDLH (16-23).

3.1.3. Stap 3 – Screenen van de gevonden richtlijnen

Na deze zoekopdrachten werden 38 publicaties weerhouden op basis van titel en abstract. Na verdere evaluatie werden 35 publicaties uitgesloten omwille van volgende redenen: de primaire scope ging niet over risicovol alcoholgebruik, de populatie was te specifiek (jongeren, ouderen, veteranen,…), de richtlijn was niet gericht op de eerstelijnsgezondheidszorg of op basis van stap 7, 9 en 23 van AGREE II.

Na deze screening bleven er 3 richtlijnen over om mee te nemen naar de volgende stap en volgens de AGREE II-procedure beoordeeld te worden.

- Alcohol-use disorders: prevention (NICE) (24)
- Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts (Domus Medica) (25)
- Problematisch alcoholgebruik. (Nederlandse Huisartsen Genootschap) (26)

3.1.4. Stap 4 – Waarderen van de geselecteerde richtlijnen

3.1.4.1. Evaluatie richtlijnen met AGREE II

De 3 geselecteerde richtlijnen werden door beide haio's onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Hiervoor werd Domus Medica nog gecontacteerd om een eventuele evidence tabel te verkrijgen. Deze was niet voorhanden. We ontvingen wel een Excel-bestand die werd gebruikt tijdens de ADAPT-procedure.

Bij evaluatie van de richtlijnen aan de hand van het AGREE II instrument scoorden de NICE-richtlijn en de Domus Medica richtlijn het hoogst. De NHG richtlijn behaalde een minder goede score (65 tov 114 en 124), hoofdzakelijk door de minder beschikbare info omtrent de methodologie. Zie bijlage 2. Deze richtlijn werd dan ook uitgesloten.

3.1.4.2. Inventarisatie inhoud van de aanbevelingen

Van de twee richtlijnen en de Duodecim richtlijn werden de kernboodschappen per klinische vraag opgelijst.

Klinische vraag 1

Duodecim

The patients are identified by family doctors, in outpatient clinics and at health check-ups when the doctor pays attention to

- symptoms or laboratory test results that indicate alcohol abuse
- when problem drinking is recognized as a possible cause of symptoms

- Especially health check-ups provide a good opportunity to screen for heavy drinking using a structured questionnaire (AUDIT).

Domus Medica

Spoor problematisch alcoholgebruik op bij één of meerdere signalen:
- psychische of sociale problemen, vaak gecombineerd met slaapproblemen;
- veelvuldig gebruik van en vraag naar kalmeringsmiddelen en/of slaappillen;
- diverse lichamelijke klachten;
- veelvuldig consulteren met wisselend onduidelijk klachtenpatroon.

Spoor problematisch alcoholgebruik op naar aanleiding van
- consultaties waar signalen worden opgemerkt die kunnen wijzen op problematisch alcoholgebruik;
- opvolgconsultaties van grotere medische problemen (bijvoorbeeld arteriële hypertensie, diabetes, obesitas,…);
- een algemeen preventief gezondheidsonderzoek.

(GRADE 2C)

NICE

NHS professionals should routinely carry out alcohol screening as an integral part of practice. For instance, discussions should take place during new patient registrations, when screening for other conditions and when managing chronic disease or carrying out a medicine review.

These discussions should also take place when promoting sexual health, when seeing someone for an antenatal appointment and when treating minor injuries.

Where screening everyone is not feasible or practicable, NHS professionals should focus on groups that may be at an increased risk of harm from alcohol and those with an alcohol-related condition. This includes people:
- with relevant physical conditions (such as hypertension and gastrointestinal or liver disorders)
- with relevant mental health problems (such as anxiety, depression or other mood disorders)
- who have been assaulted
- at risk of self-harm
- who regularly experience accidents or minor traumas
- who regularly attend GUM clinics or repeatedly seek emergency contraception.

When broaching the subject of alcohol and screening, ensure the discussions are sensitive to people's culture and faith and tailored to their needs.

Klinische vraag 2

Duodecim

In primary health care, risky drinking is recognized by asking the patient about his/her alcohol consumption either directly or by using the AUDIT questionnaire. (GRADE A)

The sensitivity of laboratory tests is poor (30–40%), and the early phase of risk consumption is not observable in the clinical examination.

Domus Medica

Ga stapsgewijs te werk om problematisch alcoholgebruik op te sporen. (GRADE 2C)

- Stap 1: stel vraag 1 tot en met 3 van de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Kruis telkens één van de vijf mogelijke antwoorden aan. Tel de scores (0 tot en met 4) op die horen bij elk antwoord en bereken de totaalscore. (GRADE 1C)
- Stap 2: stel nadien vraag 4 tot en met 10 van de AUDIT bij: mannen <65 jaar indien de score op de eerste drie vragen ≥5 bedraagt; vrouwen en 65-plussers indien de score op de eerste drie vragen ≥4 bedraagt. (GRADE 1B)

Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd om problematisch alcoholgebruik op te sporen. (GRADE 2C)

NICE

Complete a validated alcohol questionnaire with the adults being screened. Alternatively, if they are competent enough, ask them to fill 1 in themselves.

Use AUDIT to decide whether to offer them a brief intervention (and, if so, what type) or whether to make a referral.

If time is limited, use an abbreviated version (such as AUDIT-C, AUDIT-PC, SASQ or FAST).

Screening tools should be appropriate to the setting. For instance, in an emergency department FAST or PAT would be most appropriate.

Use professional judgement as whether to revise the AUDIT scores downward when screening

- women, including those who are, or are planning to become, pregnant
- younger people (under the age of 18)
- people aged 65 and over
- people from som black and minority ethnic groups

Biochemical measures should not be used as a matter of routine to screen someone to see if they are drinking hazardously or harmfully. (This includes measures of blood alcohol concentration [BAC].) Biochemical measures may be used to assess the severity and progress of an established alcohol-related problem, or as part of a hospital assessment (including assessments carried out in emergency departments).

Klinische vraag 5

Duodecim

A problem drinker who already has clear symptoms of dependence rather seldom benefits from brief intervention. If they cannot reduce alcohol consumption during, for example, 3 months' intervention, they should be forwarded to a unit specialized in alcohol-related diseases.

Domus Medica

Verwijs de patiënt door naar gespecialiseerde hulpverlening

- Bij een AUDIT-score van meer of gelijk aan 20 of wanneer een vermoeden bestaat van alcoholafhankelijk voor verdere diagnostiek en gespecialiseerde aanpak

- bij psychiatrische comorbiditeit, aangezien deze een complexe diagnostiek en behandeling vereist
- bij lichamelijke comorbiditeit die niet in de eerste lijn kan worden verholpen (GRADE 1B)
- als patiënt en huisarts kiezen voor doorverwijzing;
- als bij follow-up na (herhaald) kort advies blijkt dat het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft;
- als er een indicatie is voor een korte interventie en de huisarts dit zelf niet opneemt.

Verwijs zo gericht mogelijk door. Maak gebruik van bestaande samenwerkingsvormen, waaronder de klassieke verwijzing naar de psychiater.

(GRADE 2C)

NICE

Consider making a referral for specialist treatment if 1 or more of the following has occurred. They:
- show signs of moderate or severe alcohol dependence
- have failed to benefit from structured brief advice and an extended brief intervention and wish to receive further help for an alcohol problem
- show signs of severe alcohol-related impairment or have a related co-morbid condition (for example, liver disease or alcohol-related mental health problems).

3.1.4.3. Waardering aanbevelingen op samenhang

Een graad van aanbeveling werd enkel gegeven in de Domus Medica richtlijn en bij klinische vraag 2 bij Duodecim. Bij NICE is er geen beschrijving van de graad van aanbeveling.

Bij de richtlijn van Duodecim wordt geen zoekstrategie vermeld. Bij het doorklikken naar de evidentie items is enkel voor klinische vraag 2 verduidelijking te vinden. Daar zijn 3 cross-sectionele studies en 1 vergelijkende studie vermeld. Enkel een Japanse studie heeft als doel de effectiviteit van AUDIT te beoordelen en te vergelijken met labotests in kader van risicovol alcoholgebruik. Er worden geen andere screeningsmethodes bekeken. De conclusie van deze studie is dat AUDIT en AUDIT-C beter zijn dan AST/ALT ratio en MCV bij screening. De andere studies bekijken de resultaten in kader van alcohol misbruik en afhankelijkheid, dus buiten onze scope en die van de Duodecim richtlijn. In de richtlijn van Duodecim wordt de AUDIT vragenlijst aanbevolen hoewel geen evidentie vermeld wordt dat dit de meest effectieve screeningsmethode is (27-30). Voor klinische vraag 1 en 5 is geen evidentie vermeld.

Voor de evidentie van de Domus Medica werd een algemene zoekstrategie gebruikt. Er werd gezocht naar richtlijnen met algemene zoektermen (alcohol, alcoholism, alcohol-use disorder,...) in 3 databases (GIN, NICE en AHRQ). Enkel een publicatiedatum na 01/2000 werd gebruikt als exclusiecriterium. De gebruikte richtlijnen zijn deze van NZGG, NHG, SIGN (31-33). De aanbeveling van deze richtlijn is uitgebreider dan de bundeling van aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen van de ADAPT-procedure. Het is dus moeilijk de samenhang tussen de evidentie en de aanbeveling te beoordelen.

Klinische vragen 1 en 5 zijn niet vermeld in de evidence review van de NICE. Voor klinische vraag 2 komend de scope en in/exclusiecriteria grotendeels overeen met deze materproef. In tegenstelling tot deze masterproef wordt er geen leeftijdsgrens van 18 jaar gehanteerd. Voor de effectiviteit van screeningmethodes worden 51 studies vermeld. Deze studies werden kritisch bekeken en volgens

kwaliteit gecategoriseerd. In een extra bijlage wordt ook de kosteneffectiviteit van de aanbeveling bekeken. De aanbeveling die geformuleerd wordt, kent een goede samenhang met de evidentie.

3.1.4.4. Waardering aanbeveling op courantheid

De Duodecim richtlijn werd de laatste keer in 2019 herzien, de laatste aanpassingen zijn van in 2017. De evidentie die gebruikt wordt voor klinische vraag 2 bestaat uit 4 studies die dateren van 2001-2016. Voor klinische vragen 1 en 5 is er geen evidentie vermeld.

De richtlijn van Domus Medica dateert van 2011. Er is een opvolgrapport beschikbaar van in 2019. Voor klinische vraag 1 komen de aanbevelingen in grote mate overeen met de oorspronkelijke kernboodschap. Voor klinische vraag 2 was er geen aanpassing nodig. Bij klinische vraag 5 betreft het een uitbreiding met doorverwijzingscriteria en doorverwijsmogelijkheden. Het opvolgrapport gebruikt voornamelijk richtlijnen van Ebpracticenet, Dynamed plus, NHG en GIN (34).

De richtlijn van NICE dateert van 2010. Hier is er ook een opvolgrapport beschikbaar van in 2019 (35). Voor klinische vragen 1, 2 en 5 werd nieuwe evidentie gevonden zonder gevolgen voor de richtlijn.

De aanbevelingen omtrent de AUDIT en de drempelwaarde zijn zowel in Domus Medica als in NICE gebaseerd op de WHO richtlijn van 2001. De validatiestudies die daarin vermeld worden dateren van 1993-1997 (36).

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

Klinische vraag 1:

- P: Volwassenen
- I: Gericht screenen
- C: Systematisch screenen
- O: Kosten-effectief screenen voor risicovol alcoholgebruik

Met de volgende Mesh-termen werd gezocht. De zoekopdracht werd verfijnt door beperkingen op publicatiedatum (artikels na 2010), publicatie type (richtlijnen, systematic reviews en RCT).

- Surveys and Questionnaires
- Alcoholism
- Mass Screening
- Diagnosis
- Clinical laboratory techniques
- Primary Health Care

Er 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 2:

- P: Volwassenen
- I: Screeningsmethode (AUDIT, AUDIT-C, SASQ, FAST, CAGE, PAT, laboratory tests)
- C: Andere methode van screening

- O: risicovol alcoholgebruik

Met de volgende Mesh-termen werd gezocht. De zoekopdracht werd verfijnt door beperkingen op publicatiedatum (artikels na 2010), publicatie type (richtlijnen, systematic reviews en RCT).

- Surveys and Questionnaires
- Alcoholism
- Mass Screening
- Diagnosis
- Clinical laboratory techniques
- Primary Health Care

Via Cochrane werd geen nieuwe evidentie gevonden. In de Medline database werden nog 3 relevante publicaties gevonden. 3 artikels (Moehring et al., Rubinsky et al. en Johnson et al.) en de richtlijn van de US Preventive services Task Force (37-40).

Klinische vraag 5:

- P: Volwassenen met risicovol alcoholgebruik
- I: Tweedelijns zorg, getrapte zorg
- C: Eerstelijns zorg
- O: Preventie van complicaties en comorbiditeit

Met de volgende Mesh-termen werd gezocht. De zoekopdracht werd verfijnt door beperkingen op publicatiedatum (artikels na 2010), publicatie type (richtlijnen, systematic reviews en RCT).

- Referral and Consultation
- Alcoholism
- Primary care

Via Cochrane werd geen nieuwe evidentie gevonden. In de Medline database werden volgende 4 relevante publicaties gevonden. Rubinsky et al en Johnson et al zoals bij klinische vraag 2 en daarbij nog twee andere artikels van Coulten et al. en Watson et al. (41, 42).

3.1.4.5. Waardering aanbevelingen op toepasbaarheid

De richtlijn van Domus Medica werd reeds getoetst op toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext (25).

Ook de richtlijn van NICE is toepasbaar. Er werden geen factoren geïdentificeerd die de aanbevelingen niet mogelijk maken. De doelgroep komt overeen met deze uit de Belgische zorgcontext, de aanbevolen screeningstest is vertaald naar Nederlands, Frans en Duits en de zorgorganisatie laat de implementatie van de richtlijn toe.

3.1.5. Stap 5 – Selecteren van de aanbevelingen voor verdere aanpassing

Klinische vraag 1

Voor de adaptatie van deze vraag werden de richtlijnen van Domus Medica en NICE gebruikt. Het betreft voornamelijk een uitbreiding en verduidelijking van de aanbevelingen. In de oorspronkelijke richtlijn wordt verwezen naar de Duodecim-richtlijn '*recognition of alcohol and drug abuse'* (43) .

Klinische vraag 2

De aanbeveling werd in grote mate behouden gezien Domus Medica en NICE deze bekrachtigen. Er werd gekozen om een extra aanbeveling te doen in verband met de drempelwaarde en het gebruik van de AUDIT-C.

Toelichting:
Domus Medica raadt aan om eerste AUDIT-C te gebruiken en bij een drempelwaarde van 5 voor mannen en 4 voor vrouwen en 65+ers, de overige vragen van de AUDIT te stellen. Bij de AUDIT gebruikt Domus Medica als drempelwaarde 8 voor mannen en 7 voor vrouwen en 65+ers.
NICE gebruikt bij AUDIT 8 als drempelwaarde en raadt aan om deze lager te leggen bij vrouwen, jongeren, 65+ers en etnische minderheidsgroepen. Beide verwijzen naar de WHO richtlijn omtrent de AUDIT waar ook 8 als drempelwaarde voorgesteld wordt voor mannen en 7 voor vrouwen en 65+ers (36).

In 2011 wanneer de Domus Medica richtlijn verscheen, waren de aanbevolen grenswaarden (21 standaardeenheden per week voor mannen en 14 voor vrouwen) hoger dan de huidige grenswaarden (10 per week zowel voor mannen als vrouwen). Dit maakt dat een herevaluatie van de drempelwaardes van AUDIT mogelijk relevant is. De WHO richtlijn vermelde in 2001 dat er rekening moet gehouden worden met de socioculturele factoren bij de interpretatie van de AUDIT (36). Volgens Moehring et al., Rubinsky et al. en Johnson et al. hebben lagere drempelwaardes een betere balans tussen specificiteit en sensitiviteit (37, 38, 40). Voor risicovol alcoholgebruik wordt aangeraden om de drempel van 5 te gebruiken voor mannen en 3 (Johnson et al.) of 4 (Moehring et al.) voor vrouwen (37, 38). Ook de richtlijn van de US Preventive Services Taks Force raadt lagere (3,4 of 5) drempelwaardes aan (39). Gezien de PPV (positief voorspellende waarde) hoger is bij vrouwen bij 4 in vergelijking met 3, wordt deze gebruikt in de aanbeveling. In overleg met de promotor werd gekozen voor drempelwaarde 5 bij mannen en 4 bij vrouwen.

Voor AUDIT-C zijn minder validatiestudies voor risicovol alcoholgebruik. Daarom werd gekozen om de aanbeveling op te splitsen en deze als mogelijkheid te vermelden zoals in de Domus Medica richtlijn.

Klinische vraag 5

Domus Medica werd als basis gebruikt voor de geadapteerde aanbeveling. De NICE richtlijn was beperkter en minder specifiek. In het opvolgrapport van de Domus Medica richtlijn worden nog een aantal uitbreidingen vanuit de NHG richtlijn voorgesteld die hier ook worden meegenomen in de geadapteerde aanbeveling. Duodecim geeft enkel het advies om te verwijzen bij duidelijke afhankelijkheid of als ze hun gebruik na 3 maanden niet kunnen verminderen.

Toelichting:
Domus Medica raadt net zoals de WHO aan om bij een AUDIT-score van 20 door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening (36). Er zijn geen studies vermeld om deze drempelwaarde te valideren. Net zoals in klinische vraag 2 is een herevaluatie van de drempelwaardes relevant.
In studie van Rubinsky et al. heeft een score van 15 voor mannen en 13 voor vrouwen een betere stratum specific likelihood ratio in vergelijking met een score van 20 om te voldoen aan criteria van de criteria van alcoholafhankelijkheid (40). Een andere studie van Johnson et al. bevestigt deze lagere drempelwaarde (37).

Hoewel er geen evidentie is dat stepped care beter zou zijn dan enkel kortdurende interventie in eerste lijn, wordt gekozen om de drempelwaarde naar 15 te verlagen met het advies gegeven om indien nodig, afhankelijk van patiënt en de doorverwijsmogelijkheden, minder snel of sneller door te verwijzen (41, 42).

Gezien er geen evidentie is voor de periode waarna je moet verwijzen indien een korte interventie geen effect heeft, wordt hier ook geen advies over gegeven. De aanbeveling van Duodecim om bijvoorbeeld 3 maanden door te verwijzen wordt dus weggelaten.

3.2. FASE 2 – Adaptatiefase

3.2.1. Stap 7 – Eerste versie

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

Geadapteerde aanbeveling

- Spoor problematisch 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
    - een antenataal onderzoek
- Spoor problematisch alcoholgebruik op bij één of meerdere signalen:
    - psychische of sociale problemen, vaak gecombineerd met slaapproblemen;
    - 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
    - afwijkende laboresultaten

Voor deze aanbeveling wordt een GRADE 2C toegekend.

Klinische vraag 2: Hoe screenen voor risicovol alcoholgebruik?

In de eerstelijnsgezondheidszorg wordt risicovol drinken herkend door de patiënt te vragen naar zijn/haar alcoholgebruik, hetzij rechtstreeks, hetzij door gebruik te maken van de AUDIT vragenlijst. Aanbevolen drempelwaardes voor risicovol alcoholgebruik zijn 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 alcoholmisbruik/alcoholafhankelijkheid.

De gevoeligheid van laboratoriumtests is slecht (30-40%) en de beginfase van risicogebruik is niet waarneembaar in het klinisch onderzoek.

De aanbeveling om de AUDIT-vragenlijst te gebruikten krijgt GRADE 1C. De andere aanbevelingen krijgen GRADE 2C.

Klinische vraag 5: Wanneer en naar wie doorverwijzen?

Verwijs in overleg met de patiënt door naar gespecialiseerde hulpverlening:

- bij psychiatrische comorbiditeit, aangezien deze een complexe diagnostiek en behandeling vereist
- bij lichamelijke comorbiditeit die niet in de eerste lijn kan worden verholpen (Grade 1B)
- als bij follow-up na (herhaald) kort advies blijkt dat het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft;
- als patiënt en huisarts kiezen voor doorverwijzing
- 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.

Ook hier wordt een GRADE 2C toegekend. Enkel de aanbeveling bij lichamelijke comorbiditeit krijgt 1B.

3.3. FASE 3 – Implementatiefase

3.3.1. Stap 8 – Consensusprocedure

Deze eerste versie werd gebruikt voor de consensuprocedure.

Daarbij werden een aantal experten gecontacteerd. Deze keuze werd gegeven om een online/fysiek overleg te plannen of om de 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 Mieke Wyseure (liaisonverpleegkundige zorgpad alcohol AZ Delta) werd fysiek overlegd.

Algemeen was de formulering van de aanbevelingen goed en werden ze als haalbaar ervaren. Er werden een aantal opmerkingen gegeven. De doelgroep en definitie van risicovol alcoholgebruik werden in de eerste versie niet toegelicht. Bij klinische vraag 1 werden ingrijpende levensveranderingen ook nog als een belangrijk signaal toegevoegd. Slaapproblemen worden beter losgekoppeld van de psychosociale problematiek. Bij klinische 2 werd de verlaging van de drempelwaarde bekrachtigt. De formulering van de aanbeveling over labotest was niet goed

geformuleerd. Bij klinische vraag 5 werd de verlaging van de drempelwaarde als een goede aanpassing gezien.

Daarnaast werd op 21 maart 2023 de reeds aangepaste aanbevelingen gepresenteerd tijdens 2 seminariegroepen met 22 haio's en 2 staco's. De aanbevelingen werden hier ook als helder geformuleerd en haalbaar ervaren. Bij klinische vraag 2 moet het duidelijker dat het om de drempelwaarde over de score van AUDIT gaat en niet over standaardeenheden alcohol. Er werd de opmerking gegeven dat lichamelijke comorbiditeit bij klinische vraag 5 beter werd gespecifieerd.

4. Finale richtlijn

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:
    - aankomen en vertrekken op plaatsen waar alcohol gedronken wordt op voorafbepaalde tijdstippen
    - 20 min *time-out* nemen tussen de beslissen alcohol te drinken en effectief beginnen 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-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 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
- combinatie *face-to-face* en via videoconferentie of telefonische adviesgesprekken (blended-care)
- 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

Het doel van deze masterproef was om de bestaande Duodecim richtlijn te adapteren naar de Belgische zorgcontext. De laatste herziening van de richtlijn was uit 2019 maar het was toch duidelijk dat een adaptie op zijn plaats zou zijn. De richtlijn vermelde nog de vorige aanbevelingen omtrent alcoholgebruik (21 eenheden voor mannen en 14 voor vrouwen per week). Daarnaast werd voor screening verwezen naar een andere richtlijn en was het deel over verwijzing te beknopt. Bij veel aanbevelingen werd ook geen verwijzing gedaan naar de geraadpleegde evidentie. Tijdens het project werd dan ook door de redactie van Ebpracticenet de samenwerking met Duodecim stopgezet wegens te weinig transparantie.

De aanbevelingen werden geadapteerd aan de hand van de opgestelde klinische vragen. Hoewel de richtlijnen van NICE (2010) en Domus Medica (2011) niet recent waren, werden deze toch gebruikt als basis. Dit hoofdzakelijk wegens gebrek aan kwaliteitsvolle, nieuwere richtlijnen.

Een obstakel in het zoeken naar relevante richtlijnen was de definitie van risicovol alcoholgebruik. Wij kozen in navolging van de Duodecim richtlijn voor de term risicovol. Met als definitie ‘alcoholgebruik dat de kans op lichamelijke, psychische en sociale problemen verhoogt (44). Alcoholafhankelijkheid, alcoholmisbruik en schadelijk alcoholgebruik werd buiten de scope van de richtlijn gehouden. Bij

Domus Medica wordt gesproken over ‘Problematisch alcoholgebruik’. Daarnaast wordt de ‘overmatig alcoholgebruik’ ook nog gebruikt in de literatuur. NICE gebruikt de term ‘Hazardous alcohol use’ in hun richtlijn. Andere Engelstalige termen zijn ‘Risky use’ en ‘unhealty use’.

Ook omtrent de definitie van standaardeenheden is er geen internationale consensus. Duodecim gebruikt 12g pure alcohol. Andere richtlijnen gebruiken een andere definitie. 14 gram (VS), 10 gram (VAD, Hoge gezondheidsraad, Domus Medica, NHG en WHO) en 8gr (NICE) (3, 4, 11, 24-26, 36, 39). Om de studies en richtlijnen beter te kunnen vergelijken, lijkt het beter om dezelfde definitie te gebruiken.

In onze geformuleerde aanbevelingen komt de context van de patiënt niet aan bod. De partner, familie, vrienden of collega’s kunnen een rol spelen in het gebruik of zelf ook een hulpvraag hebben. Verder wordt de rol van de overheid in onze richtlijn niet behandeld. In de richtlijn van NICE worden wel een aantal beleidsaanbevelingen gedaan.

De meeste 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. De aanbevelingen zijn voornamelijk gebaseerd op consensus, expert opinions en review artikels. Ook de zoektocht naar relevante en recente literatuur evidentie leverde weinig evidentie op van hoge methodologische kwaliteit.

Alcohol blijft een moeilijk te bespreken onderwerp voor huisartsen. Vragenlijsten zoals de AUDIT worden als onpraktisch ervaren en zouden arts-patiëntcommunicatie in de weg staan. Huisartsen zouden ook te weinig tijd hebben voor gezondheidsproblemen buiten de focus van het consult waardoor preventie op de achtergrond geraakt (7). Dus we moeten kritisch blijven op vlak van toepasbaarheid van deze 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 deze masterproef is het volgen van de ADAPTE-procedure. Dit zorgde voor een gestructureerde aanpak. De gebruikte richtlijnen van Domus Medica en NICE zijn van methodologische goede kwaliteit en scoorden hoog op de AGREE II-beoordeling. Ook de diverse groep aan experten en collega’s wordt als een meerwaarde ervaren waardoor er nog relevante aanpassingen aan de aanbevelingen gebeurd zijn. Daarnaast is dit nu ook de eerste Vlaamse richtlijn die de huidige aanbevelingen van de VAD en Hoge Gezondheidsraad gebruikt.

6. Besluit

De Duodecim-richtlijn ‘korte interventies bij risicovol alcoholgebruik ’ werd aangepast naar de Belgische context door het nauwkeurig volgen van de opgestelde adaptatieprocedure. De geadapteerde aanbevelingen zijn hoofdzakelijk een uitbreiding en verduidelijking. Ze zijn gebaseerd op weinig evidentie en er is dus nood aan meer onderzoek omtrent dit onderwerp. 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. Delvaux N VdVS, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M, Peters S. Adaptatie Duodecim Richtlijnen. 2020.

2. Ebpnet. Ebpracticenet verkent nieuwe samenwerkingen 2022 [updated 10/03/2022. Available from: https://ebpnet.be/nl/nieuws/ebpracticenet-verkent-nieuwe-samenwerkingen.
3. VAD. Richtlijn voor alcoholgebruik. In: Drugs VeAea, editor. Brussel2016.
4. Gezondheidsraad H. Risico's van alcoholgebruik. Brussel: HGR; 2018.
5. Gisle L DS, Drieskens S Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. In: Sciensano, editor. 2018.
6. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):Cd004148.
7. Philips D GJ. Hoe praten over alcoholgebruik? Adviezen op basis van een systematische review van kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu. 2021(50):302-6.
8. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Cmaj. 2010;182(18):E839-42.
9. Cochrane. Cochrane Library 2023. Available from: https://www.cochranelibrary.com.
10. NIH. Pubmed 2023. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
11. Duodecim. Brief interventions for risky use of alcohol. In: Kaarne T, editor. 2017.
12. GIN. Guidelines International Network 2020. Available from: https://guidelines.ebmportal.com.
13. AHRQ. Guidelines and measures. Available from: https://www.ahrq.gov/gam/index.html.
14. TRIP. Trip medical Database 2023. Available from: https://www.tripdatabase.com.
15. NICE. Evidence Search. Available from: evidence.nhs.uk.
16. NICE. NICE Guidance 2023. Available from: https://www.nice.org.uk.
17. HAS. Clinical practice guidelines. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/en/clinical-practice-guidelines-cpg.
18. SIGN. Our Guidelines. Available from: https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/.
19. KCE. Federaal kenninscentrum voor de gezondheidszorg 2023. Available from: https://kce.fgov.be/nl.
20. FOD Volksgezondheid VvdVeL. Hoge gezondheidsraad. 2023.
21. Minerva. Evidence-Based Practice voor nog betere zorg 2023. Available from: http://www.minerva-ebm.be.
22. BCFI. Folia 2023. Available from: https://www.bcfi.be/nl/folias/4031.
23. CDLH. Doorzoek uw bronnen. Available from: https://www.cdlh.be/nl.
24. NICE. Alcohol-use disorders: prevention. London2010.
25. Michels J HS, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011(40):S137-S60.
26. NHG. Problematisch alcoholgebruik 2014 [updated 2021. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/problematisch-alcoholgebruik.
27. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Questionnaires are better than laboratory tests to screen for current alcohol abuse or dependence in a male inpatient population. Acta Clin Belg. 2002;57(5):241-9.
28. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract. 2001;51(464):206-17.
29. Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. Bmj. 2006;332(7540):511-7.
30. Fujii H, Nishimoto N, Yamaguchi S, Kurai O, Miyano M, Ueda W, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2016;16:379.
31. Committee NH. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. Wellington1999.
32. NHG. Problematisch alcoholgebruik. Tweede herziening ed2005.

33. SIGN. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.; 2003.
34. Decoutere R. Opvolgrapport Richtlijn 'Problematisch alcoholgebruik. Aanpak van de huisarts.'. Domus Medica; 2019.
35. NICE. 2019 surveillance of alcohol-use disorders: prevention (2010) NICE guideline PH24. London; 2019.
36. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: World Health Organization Geneva; 2001.
37. Johnson JA, Lee A, Vinson D, Seale JP. Use of AUDIT-based measures to identify unhealthy alcohol use and alcohol dependence in primary care: a validation study. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37 Suppl 1:E253-9.
38. Moehring A, Rumpf HJ, Hapke U, Bischof G, John U, Meyer C. Diagnostic performance of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting DSM-5 alcohol use disorders in the General population. Drug Alcohol Depend. 2019;204:107530.
39. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, et al. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.
40. Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, Maynard C, Bradley KA. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. Drug Alcohol Depend. 2010;108(1-2):29-36.
41. Coulton S, Bland M, Crosby H, Dale V, Drummond C, Godfrey C, et al. Effectiveness and Cost-effectiveness of Opportunistic Screening and Stepped-care Interventions for Older Alcohol Users in Primary Care. Alcohol Alcohol. 2017;52(6):655-64.
42. Watson JM, Crosby H, Dale VM, Tober G, Wu Q, Lang J, et al. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. Health Technol Assess. 2013;17(25):1-158.
43. Duodecim. Recognition of alcohol and drug abuse. 2020.
44. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva; 1994.

8. Bijlagen

Bijlage 1: GRADE (Samenvattende tabel) (1)

		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: AGREE II - procedure

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	
				erende factore	
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: Goedkeuring Ethisch comité

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-11413	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 Sam Depypere"

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

- Begeleidende brief dd.14/01/2022
- Antwoord onderzoeker ontvangen dd. 14/01/2022
- Adviesaanvraagformulier (MaNaMa) versie 2 dd. 14/01/2022

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 – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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.