De behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen door de huisarts in België: een scoping review

Maertens Thijs, UGent

Promotor: Prof. dr. Gunter Heylens, UGent

Co-promotoren: dr. Bruno Art, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

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.

Inhoud

Abstract 3
Achtergrond 3
Doelstelling 3
Methode 3
Resultaten 3
Conclusie 3
Voorwoord 4
Lijst met afkortingen 5
Inleiding 6
Epidemiologie 6
Huidige richtlijn voor laag risico alcoholgebruik 7
Definities 8
Treatment gap 11
Risicofactoren alcoholgebruik 12
Screening 12
Wanneer problematisch gebruik opsporen? 12
Hoe problematisch gebruik opsporen? 13
Doelstellingen 14
Methode 15
Databanken en zoekopdracht 15
Zoekopdracht in Nederlandstalige literatuur 15
Selectiecriteria 16
Studieselectie 17
Resultaten 17
Therapeutische aanpak 17
Ondersteunende gesprekken 17
Verwijzing 19
Zelfbehandeling via het internet 20
Medicamenteuze behandeling 20
Discussie 25
Screening 25
Ondersteunende gesprekken 26
Medicamenteuze behandeling 26
Sterktes en zwaktes van deze scoping review 27

Methode 27
Geïncludeerde studies 27
Conclusie 27

Abstract

Achtergrond

Alcoholgebruik is iets wat niet meer weg te denken is uit onze hedendaagse samenleving. Bij veel alledaagse gebeurtenissen wordt er nu eenmaal zonder veel nadenken alcohol gedronken. Het gebruik van alcohol is echter niet zonder risico's voor zowel de persoonlijke gezondheid, de gezondheid van naasten en op sociaal vlak. Volgens de WHO (World Health Organization) wordt alcoholgebruik in verband gebracht met meer dan 200 ziekten en verwondingen. Ook het kankerverwekkend effect bij het drinken van alcohol wordt steeds meer aangetoond. Alcohol zou verantwoordelijk zijn voor 5% van alle overlijdens in België. Gezien de positie van de huisarts in de eerstelijnszorg en de vertrouwensband met de patiënt lijkt de huisarts ideaal gepositioneerd om problematisch alcoholgebruik te detecteren en te behandelen.

Doelstelling

Het doel van deze scoping review is nagaan welke interventies er mogelijk zijn door de huisarts in België voor de behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen.

Methode

Voor deze scoping review werd beslist om zowel de Belgische, Nederlandse en Engelstalige literatuur te doorzoeken op een zo transparant mogelijke manier. Na het toepassen van vooraf bepaalde selectiecriteria leverde dit 20 bruikbare hits op.

Resultaten

De huisarts heeft een aantal interventies waaruit hij kan kiezen om problematisch alcoholgebruik aan te pakken. Zo heeft hij keuze uit ondersteunende gesprekken zoals korte adviezen en korte interventies. Ook bestaat er de mogelijkheid tot verwijzen naar gespecialiseerde zorg indien er een sterk vermoeden is van alcoholafhankelijkheid, het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft na verschillende korte adviezen en interventies of indien de huisarts zichzelf niet vertrouwd genoeg voelt met het geven van deze korte adviezen en interventies. Nog een mogelijkheid is zelfbehandeling via het internet, wat meer laagdrempelig is gezien de anonimiteit. Ten slotte is er ook een mogelijkheid tot medicamenteuze behandeling, zowel voor de aanpak van alcoholontwenning, de preventie van Wernicke encefalopathie en voor medicamenteuze terugvalpreventie. Echter zijn er voor het medicamenteuze luik te weinig studies uitgevoerd in de huisartsenpraktijk waardoor dit op heden nog geen taak is voor de huisarts.

Conclusie

De huisarts beschikt over een aantal interventies om problematisch alcoholgebruik aan te pakken, gaande van ondersteunende gesprekken (zoals korte adviezen en interventies) tot doorverwijzing bij ernstigere gevallen of gebrek aan vertrouwen in eigen aanpak. Ook zelfhulp via het internet biedt een laagdrempelige optie. Hoewel medicamenteuze behandeling een aanvullende mogelijkheid vormt, is er binnen de huisartsenpraktijk momenteel onvoldoende evidentie om dit routinematig toe te passen. Verdere studies zijn nodig om de rol van medicatie binnen de eerste lijn te verduidelijken.

Voorwoord

Het afronden van deze masterproef markeert het einde van een intensieve en veeleisende opleiding van 9 jaar tot het prachtige beroep van huisarts. Dit traject had ik echter nooit alleen kunnen doorlopen. Graag zou ik hierbij een aantal mensen bedanken.

Eerst en vooral wil ik mijn vader Kris Maertens bedanken. Zonder hem was het nooit mogelijk geweest de opleiding geneeskunde aan te vatten. Ook tijdens moeilijke periodes bleef hij mij steunen. Ook mijn vriendin Linde Eggermont wil ik bedanken voor haar geduld en ondersteuning. Ten slotte wil ik ook mijn vriendengroep bedanken voor de nodige verzetjes tussendoor.

Een oprechte dank gaat ook uit naar mijn promotoren, prof. dr. Gunter Heylens en dr. Bruno Art, voor hun geduld, begrip en begeleiding tijdens het toch wel niet evidente parcours van deze masterproef.

Lijst met afkortingen

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

CIWA-Ar: Clinical Institute Withdrawal Assesment for Alcohol

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GMD: Globaal Medisch dossier

KCE: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

SES: socio-economische status

VAD: Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

WHO: World Health Organization

Inleiding

Alcoholgebruik is iets wat niet meer weg te denken is uit onze hedendaagse samenleving. Bij veel alledaagse gebeurtenissen wordt er nu eenmaal zonder veel nadenken alcohol gedronken, zoals verjaardagen, een bezoekje aan het restaurant, gezellig 's avonds thuis in de zetel, … Het vormt een deel van onze cultuur en is lange tijd algemeen aanvaard in vergelijking met ander middelengebruik. (1)

Het gebruik van alcohol is echter niet zonder risico's voor zowel de persoonlijke gezondheid, de gezondheid van naasten en op sociaal vlak. Volgens de WHO (World Health Organization) wordt alcoholgebruik in verband gebracht met meer dan 200 ziekten en verwondingen. Ook het kankerverwekkend effect bij het drinken van alcohol wordt steeds meer aangetoond. Alcohol zou verantwoordelijk zijn voor 5% van alle overlijdens in België. (2)

De voorbije jaren is wel steeds meer aandacht voor de risico's van alcoholgebruik. Zo bestaat er sinds 2017 tournée minérale, een initiatief van De Druglijn en Stichting tegen Kanker. Bij de editie van 2017 schreven meer dan 120.000 deelnemers zich in.(3) Uit een enquête bij 15.257 mensen afgenomen door de UGent bleek dat het gemiddeld alcoholgebruik gedaald was van 10 naar 8 glazen standaardglazen alcohol per week ongeveer 6 maand na de campagne. Ze bleven dit vooral volhouden omdat ze de positieve effecten opmerkten van het stoppen met alcohol en ze het niet de moeite waard vonden deze effecten op te geven.(4) Ook worden alcoholvrije alternatieven steeds meer gepromoot en lijkt alcoholgebruik in het verkeer op steeds meer verontwaardiging te stuiten.

Epidemiologie

Om een zicht te krijgen op de betekenis van alcoholgebruik op de Belgische bevolking, overlopen we hieronder enkele cijfers, voornamelijk afkomstig van de gezondheidsenquête uit 2018 en de preventiebarometer in 2022, beide uitgevoerd door Sciensano. Deze cijfers worden ook weergeven in de factsheet alcohol van het VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en Andere drugs). Het betreft afgeronde cijfers.

Volgens de preventiebarometer dronk in 2022 82% van de volwassen Vlamingen het afgelopen jaar alcohol. Meer mannen (85%) dan vrouwen (79%) dronken alcohol.(5) Volgens de gezondheidsenquête dronk in 2018 79% van de volwassenen het afgelopen jaar alcohol. Men kon toen een daling zien in vergelijking met 2013 (84%) en 2008 (83%). Ook toen dronken meer mannen (84%) dan vrouwen (73%) alcohol het afgelopen jaar. De meeste volwassenen die het afgelopen jaar alcohol dronken, kon men vinden in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar.(2, 6)

Wat het dagelijks alcoholgebruik betreft, blijkt 7% dit volgens de preventiebarometer 2022 dagelijks te doen. Dagelijks alcoholgebruik kwam toen meer voor bij mannen (8%) dan bij vrouwen (5%). Dit dagelijks alcoholgebruik zien we vooral bij de 65-74 jarigen (13%) en 75-plussers (15%).(5) In 2018 bleek uit de gezondheidsenquête dat 10% van de volwassenen het afgelopen jaar dagelijks alcohol dronk. Dit was toen een daling tegenover 2013, toen dronk 14 % dagelijks alcohol. Toen dronk ruim dubbel zoveel mannen (14%) als vrouwen (6%) dagelijks alcohol.(2, 6)

Qua hoeveelheid dronken volwassenen wekelijks gemiddeld 9 glazen alcohol, in 2013 was dit nog 10 glazen. Ook hier drinken mannen een stuk meer in vergelijking met vrouwen, nl. 11 vs 7 standaardglazen. De 55-65 jarigen zijn hier de koplopers met gemiddeld 11 glazen per week. (6)

Riskant alcoholgebruik, het meer drinken dan wat de preventieve richtlijn voorschrijft, nl 10 standaardglazen(7), werd volgend de preventiebarometer gezien bij 10 % van de volwassenen. Ook hier komt dit meer voor bij mannen (16%) dan vrouwen (5%). Dit riskant alcoholgebruik zien we vooral bij 55-64 jarigen (14%) en de 65-74 jarigen (13%).(5) In 2018 dronk 14 % van de volwassenen volgens de gezondheidsenquête meer alcohol dan de preventieve richtlijn. (2, 6)

Het gebruik van alcohol ging ook nauw samen met de socio-economische status (SES): volgens de gezondheidsenquête van 2018 hebben veel meer hoog opgeleiden het afgelopen jaar alcohol gedronken in vergelijking met de laagst opgeleiden (89% vs 46%). De hoog opgeleiden deden ook veel meer aan riskant drinken in vergelijking met de laagst opgeleiden (16% vs 5%). Tussen de hoog en laagopgeleiden was er geen verschil in de prevalentie van dagelijks drinken, in het gemiddeld aantal gedronken glazen per week en in ooit problematisch gebruik van alcohol. (2, 6)

Ook wat het inkomen betreft is er een duidelijk verschil: 90% van de personen uit de hoogte inkomensgroep dronk het afgelopen jaar alcohol tegenover 59% van de personen uit de laagste inkomensgroep. Ook bingedrinken zien we meer bij personen uit de hoogste inkomensgroep: 4% deed dit wekelijk in tegenstelling tot 2% uit de laagste inkomensgroepen. Tussen de lagere- en hogere-inkomensgroepen was er geen verschil in dagelijks drinken, in het gemiddeld aantal gedronken glazen per week en in ooit problematisch gebruik van alcohol. (2, 6)

Hoewel mensen met een lagere socio-economische status (SES) niet noodzakelijk meer alcohol consumeren dan mensen met een hogere SES, lopen zij wel aanzienlijk meer risico op alcoholgerelateerde schade. Volgens het WHO-rapport Alcohol and Inequities (2014) ligt dit aan een combinatie van factoren. Ten eerste ervaren mensen met een lagere SES vaker meervoudige kwetsbaarheden, zoals armoede, werkloosheid en chronische stress, die schadelijk drinkgedrag kunnen versterken. Ze hebben bovendien minder toegang tot preventieve zorg en hulpverlening bij alcoholproblemen. Men noemt dit de ‘alcohol harm paradox’: ondanks gelijkaardig drinkgedrag qua hoeveelheden blijkt toch dat er bij een lagere SES ernstigere gezondheidseffecten worden waargenomen.(8)

Huidige richtlijn voor laag risico alcoholgebruik

Om de mensen die er voor kiezen alcohol te drinken te ondersteunen in wat aanvaardbaar is om de gezondheidsrisico’s zo veel mogelijk te beperkten werd de volgende richtlijn opgesteld door het VAD, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke literatuur, richtlijnen van andere landen en cijfers over alcoholgebruik in Vlaanderen. Zo kon het VAD tot een richtlijn komen die wetenschappelijk aanvaardbaar is, maar ook door de bevolking als haalbaar gezien kan worden. Deze meest recente richtlijn kwam tot stand eind 2015. (5, 7)

Tabel 1: richtlijn voor laag risico alcoholgebruik - VAD

Richtlijn voor laag risico alcoholgebruik
Om de risico’s van zijn of haar alcoholgebruik te beperken, drinkt men best niet meer dan 10 standaardglazen. Wil je geen risico lopen, drink je beter geen alcohol. Als je wel alcohol drinkt, spreid je dit gebruik best over meerdere dagen in de week en drink je een aantal dagen niet. Indien je jonger bent dan 18 jaar drinkt je beter geen alcohol. Als je zwanger wil worden, tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoedingsperiode is geen alcohol drinken de veiligste optie.

De effecten van alcohol zijn individueel sterk verschillend. Dit wordt veroorzaakt door verschillende factoren, zoals geslacht, lichaamsgewicht, stress, vermoeidheid, snelheid van drinken, of je iets gegeten hebt of het drinken in groep/alleen en je gemoedstoestand. (1)

Daarnaast zijn er ook sommige groepen die een hoger risico lopen op negatieve effecten van alcoholgebruik (1):

- Ouderen
- Jongeren tussen 18 en 24 jaar
- Medicatiegebruikers
- Mensen met co-morbiditeiten of die ziek zijn
- Niet goed voelen in je vel
- Laag lichaamsgewicht of lengte
- Familiale voorgeschiedenis van alcoholproblemen
- Druggebruikers

Ten slotte zijn er verschillende situaties waar je beter geen alcohol drinkt:

- Tijdens deelname aan verkeer
- Voor, tijdens en na zware fysieke inspanningen en sporten
- Bij het werken met zware machines, ladders
- Tijdens het werk
- Wanneer je een verantwoordelijkheidsfunctie hebt voor anderen

Opvallend is dat er in deze richtlijn is dat er niet gesproken wordt over bingedrinken. Bingedrinken is op twee uur tijd zoveel drinken dat het bloedalcoholgehalte stijgt tot 0,8 promille. Dit komt bij mannen neer op het gebruik van 6 of meer standaardglazen alcohol of 4 of meer standaardglazen voor vrouwen. De reden hiervoor is dat bovenstaande richtlijn reeds impliciet aangeeft dat bingedrinken risico's inhoudt.(2, 7)

Deze grens van maximaal 10 standaardglazen geeft echter geen enkele garantie dat er geen gezondheidsrisico's zullen ontstaan gerelateerd aan alcohol. Onderzoek wijst uit dat het drinken van 1 of twee standaardglazen per dag reeds een significante toename veroorzaakt in het risico op keel-, strottenhoofd-, slokdarm-, lever-, borst-, alvleesklier-, dikke- en endeldarmkanker. Bv. één glas per dag doet de kans op slokdarmkanker met 30% stijgen. De kans op mond- en keelholtekanker stijgt met 17%. Daarom wordt er ter volledigheid vermeld: "Wil je geen risico lopen, dan drink je beter geen alcohol".(7)

Definities

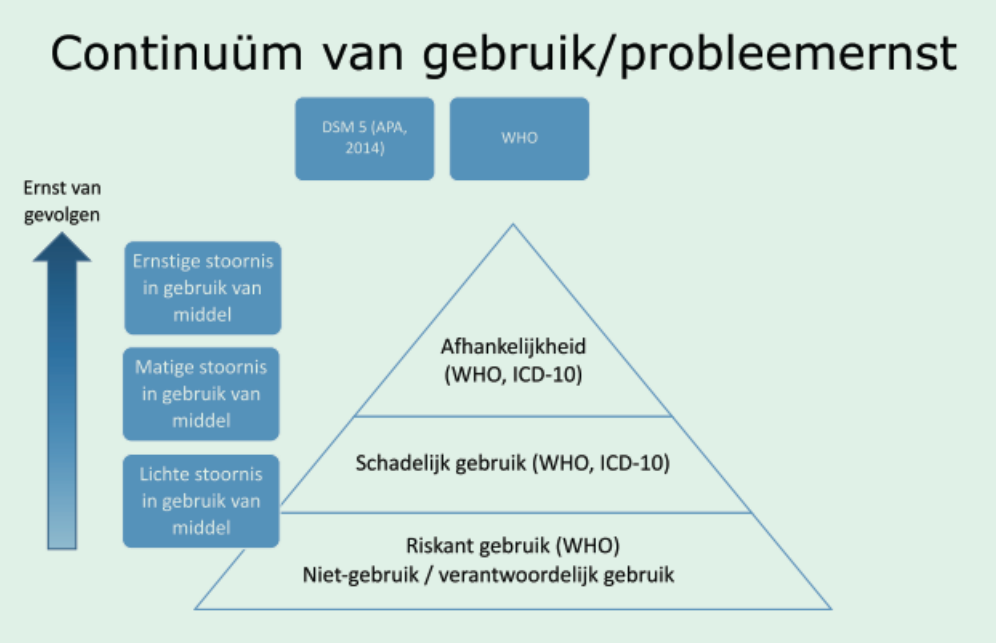
Niet alle gebruik van alcohol zorgt voor problemen op individueel niveau of in de maatschappij. Om de verschillende gradaties van alcoholgebruik en de impact hiervan op de persoon en maatschappij weer te geven, is het belangrijk een aantal begrippen te onderscheiden. Dit is echter verre van eenvoudig, aangezien verschillende termen door elkaar gebruikt worden in onderzoek en in de praktijk.

Een paar veel voorkomende begrippen in de literatuur zijn de volgende:

- Niet-problematisch alcoholgebruik: het gematigd en verantwoord gebruik van alcohol dat geïntegreerd is in de samenleving (sociaal drinken).(1)

- Problematisch alcoholgebruik:
    - Riskant alcoholgebruik (hazardous use): hier wordt alcohol op een bepaalde manier genuttigd dat een bepaalde norm wordt overschreden, maar zonder dat er alcoholgerelateerde problemen aanwezig zijn. Voorbeelden hiervan zijn: alcohol drinken in risicovolle situatie (bv. verkeer) of verkeerd tijdstip.(1, 9) Door het VAD wordt riskant alcohol gedefinieerd als meer drinken dan de preventieve richtlijn, nl. meer drinken dan 10 standaardglazen per week. (1, 2, 7)
    - Schadelijk alcoholgebruik (harmful use): alcohol wordt op een bepaalde manier genuttigd dat dit schade veroorzaakt op fysiek, psychisch of sociaal vlak. (1, 9)

Problematisch alcoholgebruik is een complex gegeven wat kan evolueren naar alcoholafhankelijkheid. De problemen die hiermee gepaard gaan kunnen zowel fysiek en mentaal als sociaal zijn. Door het alcoholprobleem wordt er ook verhinderd dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. Men kan spreken van een continuüm dat loopt van niet problematisch naar riskant alcoholgebruik, schadelijk alcoholgebruik om uiteindelijk te eindigen in alcoholafhankelijkheid. (1, 7)



Figuur 1: het continuüm van gebruik van alcohol en probleemernst(7)

Het is echter moeilijk om verschillende definities uit elkaar te houden. Vroeger was er een onderscheid tussen de diagnosen 'alcoholmisbruik' en 'alcoholafhankelijkheid' in de DSM-IV. In mei 2013 verscheen de vijfde editie van de DSM. Hier worden bovenstaande begrippen samen gevoegd tot één nieuwe diagnose, nl. 'stoornis in het gebruik van middelen'. Alcoholafhankelijkheid is dus eigenlijk een term die men niet meer zal terug vinden in de DSM-V. Deze diagnose 'stoornis in het gebruik van middelen' werd ondergebracht onder de nieuwe DSM-V categorie 'verslavingen en stoornissen het gebruik van middelen'. (1)

Voor het classificeren van 'stoornis in het gebruik van alcohol' werden 11 criteria opgesteld. Een 'stoornis in het gebruik van alcohol' is eigenlijk problematisch alcohol welke voldoet aan de DSM V criteria. (NHG)Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie subcategorieën, namelijk beperkt, matig en ernstig. Indien er wordt voldaan aan twee of drie criteria is er sprake van een beperkte of

milde stoornis. Bij vier of vijf criteria spreekt men over een matige stoornis. Indien 6 of meer symptomen spreek men van een ernstige stoornis. (1)

Tabel 2: DSM-5-criteria stoornis in alcoholgebruik

DSM5-criteria stoornis in alcoholgebruik
Een stoornis in alcoholgebruik is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens 2 van de volgende kenmerken, die binnen een jaar optreden **1.** Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was. **2.** Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden. **3.** Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan. **4.** Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik. **5.** Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, school of thuis. **6.** Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol **7.** Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik. **8.** Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert **9.** Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door alcohol. **10.** Tolerantie, zoals gedefinieerd door 1 van de volgende kenmerken: **a.** Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken **b.** Een duidelijk verminderd effect bij voorgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol **11.** Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens 1 van de volgende kenmerken: **a.** Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van alcohol **b.** Alcohol (of een zeer verwante stof zoals een benzodiazepine) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen

Een belangrijk gegeven is dat er bij geen enkele van de bovenstaande definities en bij de DSM5-criteria van ‘stoornis in alcoholgebruik’ een vermelding wordt gemaakt van de hoeveelheid geconsumeerde alcohol of over drinkpatronen en dus niet leidend is voor de diagnose van problematisch alcoholgebruik en ‘stoornis in alcoholgebruik’.(1)

Verder is er nog een ander vaak gehanteerd classificatiesysteem: de International Classification of Diseases (ICD-10). Hier wordt er wel nog steeds onderscheid gemaakt tussen schadelijk gebruik en afhankelijkheid. Schadelijk gebruik wordt gedefinieerd als alcoholgebruik dat actuele psychische of lichamelijke klachten tot gevolg heeft. De diagnose afhankelijkheid wordt enkel gesteld wanneer drie of meer kenmerken aanwezig zijn gedurende enige tijd in het afgelopen jaar:(1)

1. Sterk verlangen of drang om middel te gebruiken
2. Problemen met het controleren van het starten of het beëindigen van gebruik

3. Gebrek aan andere activiteiten/interesses, toegenomen tijd voor verkrijgen, gebruik en herstel
4. Verder zetten/continueren van gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade
5. Na het staken van gebruik treedt ontwenning op (onthoudingsverschijnselen)
6. Tolerantie

Ook wordt er in de literatuur vaak gesproken over een standaardglas. Dit kan echter verschillen van land tot land. In het Verenigd Koninkrijk is een standaardglas gemiddeld 8g of 10 ml pure alcohol. Een andere uitzondering is Oostenrijk, waar een standaardglas zelfs 20 g alcohol bevat. In Vlaanderen bevat een standaardglas gemiddeld 10g of ongeveer 12,7 ml pure alcohol. (1, 7)

Treatment gap

In een recent KCE-rapport 258a(10) uit 2015 blijkt dat het gemiddeld 18 jaar duurt eer men hulp zoekt. Meer dan de helft van de patiënten die bij hun huisarts in behandeling zijn, kampten al meer dan 10 jaar met hun probleem. Als mensen geen of laattijdig hulpen zoeken, spreken we over een treatment gap of een behandelkloof. Het verkleinen van de treatment gap zou nochtans een grote impact kunnen hebben op de gezondheidswinst. Volgens het KCE-rapport zou een toename van behandelingen met 40 % het aantal sterfgevallen doen dalen met 9% bij vrouw en 13% bij mannen.(10)

Bij een treatment gap spelen verschillende factoren een rol. Ze bevinden zich zowel op het niveau van de maatschappij, op het niveau van de zorg en de organisatie ervan en op het niveau van de patiënt zelf.

Een mogelijke hypothese voor de treatment gap op het niveau van de patiënt zelf, is dat vele patiënten met problematisch alcoholgebruik eerst zelf proberen om hun probleem op te lossen. Dit komt vermoedelijk omdat deze patiënten zich langzaam door verschillende stadia van herkenning, ontkenning, schaamte, enz. worstelen.(10)

De huisarts lijkt hier een belangrijke rol te kunnen spelen. Hij is in de eerste lijn namelijk dagelijks en laagdrempelig beschikbaar. Daarnaast zal een huisarts vaak de patiënt al jaren kennen, waardoor hij vaak ook op de hoogte is van de levenswijze en sociale context van de patiënt. Ook door de vertrouwensband die er meestal heerst is de drempel vaak wat lager om problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken. Hoe vroeger men patiënten met problematisch alcoholgebruik kan identificeren, hoe groter de kans dat men kan vermijden dat er alcoholafhankelijkheid ontstaat. Indien niet zal ongeveer 16 % van de problematische alcoholdrinken een alcoholafhankelijkheid ontwikkelen. (9, 10)

Echter blijkt uit talrijke studies dat vele zorgverleners, inclusief huisartsen, over onvoldoende kennis beschikken om problematisch alcoholgebruik te herkennen en te behandelen. Daarnaast beschikken ze over te weinig communicatievaardigheden om delicate onderwerpen zoals problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken waardoor er vaak te lang gewacht wordt om adequate hulp aan te bieden. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners patiënten op een niet-veroordelende en empathische wijze benaderen en eerst de klachten bespreken en behandelen waarvoor de patiënt en niet zomaar het onderwerp problematisch alcoholgebruik op tafel werken als verklaring voor hun gezondheidsklachten zonder dit op een rustige manier te kaderen. (10)

Het is daarom noodzakelijk dat onderwijsinstellingen meer aandacht besteden zowel de basisopleidingen als de navormingen om zowel kennis over problematisch alcoholgebruik en communicatievaardigheden worden bijgeschoold.(10)

Ten slotte is het belangrijk dat de houding van zorgverleners tegenover problematisch alcoholgebruik wordt aangepakt. Problematisch alcoholgebruik moet worden beschouwd als een gezondheidsprobleem dat kan worden behandeld en niet als een probleem waaraan de patiënt schuld heeft. (10)

Risicofactoren alcoholgebruik

Ook is het zo dat bepaalde mensen hun alcoholgebruik goed onder controle kunnen houden, terwijl andere mensen volledig ontsporen. Er zijn drie met elkaar in willewerking tredende determinanten die men in rekening kan brengen:(11)

- Mens: persoonlijkheids- en biogenetische kenmerken zoals genetische kwetsbaarheid, psychosociale kwetsbaarheid voor de effecten van alcohol, attitudes, persoonlijkheid, ...
- Middel: de producteigenschappen
- Milieu: omgeving (wetten en beschikbaarheid van het middel).

Screening

Het is reeds aangetoond dat screenen, gevolgd door een korte interventie effectief kan zijn voor het verlagen van de alcoholconsumptie. Echter blijkt dat systematische screening op mogelijks problematisch alcoholgebruik weinig worden uitgevoerd. Uit een Belgische studie blijkt dat slechts 2% van de huisartsen op systematisch alcoholgebruik screent, terwijl het gebruik van tabak bijvoorbeeld veel vaker wordt bevraagd. Zelfs als er dan problematisch alcoholgebruik wordt vastgesteld, blijkt maar zelden dat deze vaststelling wordt gevolgd door een kortdurende interventie.(10)

Wanneer problematisch gebruik opsporen?

De WHO raadt aan om breed te screenen. Indien men enkel een screening uitvoert op het moment dat er signalen van problematisch alcohol worden opgepikt, missen we 2/3 van het riskant en schadelijk gebruik. Een Brits onderzoek bij huisartsen geeft zelfs aan dat tot 98% van de personen met problematisch alcoholgebruik gemist worden wanneer men enkel afgaat op anamnese en klinisch onderzoek.(9) Het is daarom aangewezen om niet alleen bij signalen te screenen, maar om alle patiënten jaarlijks te screenen op hun alcoholgebruik.(12)

Gezien er geen specifieke symptomen of klachten zijn die duidelijk op problematisch alcoholgebruik kunnen wijzen, moet men als huisarts bij alle patiënten aandachtig blijven op zowel directe als indirecte signalen van alcoholmisbruik. Verschillende voorbeelden van directe signalen zijn bv. een alcoholgeur tijdens de consultatie, verschillende spoedopnames wegens alcoholintoxicatie of signalen uit de omgeving dat er mogelijks problematisch alcoholgebruik aan de hand is.(9)

Echter zal het eerdere belangrijk zijn om op de indirecte signalen te letten: dit zijn psychische of sociale problemen in combinatie met slaapproblemen, regelmatige vraag naar kalmeringsmiddelen, vage lichamelijke klachten zoals moeheid, malaise, tremor, palpitaties, transpiratie, onverklaarde maag-darmklachten, afwijkende en veelvuldig consulteren zonder een duidelijke hulpvraag. (9)

Deze directe en indirecte signalen moeten door de huisarts opgepikt worden en hem aanzetten om te screenen. (9, 11)

Ook tijdens consultaties die over andere gezondheidsproblemen gaan, zoals opvolging van chronische aandoeningen zoals hypertensie en diabetes of bij een algemeen preventief onderzoek moet er standaard aandacht zijn voor mogelijks problematisch alcoholgebruik.(9, 11)

Concreet moet er regelmatig, bij voorkeur jaarlijks(9, 12, 13) al is de United States Preventive Services Task Force van mening dat er momenteel geen adequaat bewijs is om een optimaal screeninginterval voor te stellen.(14)

Wel kan er concreet gericht gescreend worden in de volgende situaties:(9)

- Bij formele contacten. Dit kan bv. een inschrijving zijn van een nieuwe patiënt, het aanmaken of bij het verlengen van het Globaal Medisch Dossier (GMD)
- Bij een algemeen preventief onderzoek
- Wanneer de huisarts signalen (zowel directe als indirecte, zie hierboven) oppikt van mogelijks problematisch alcoholgebruik
- Opvolgconsultaties van chronische aandoeningen zoals hypertensie, obesitas, diabetes, …

Hoe problematisch gebruik opsporen?

Er zijn verschillende valide en betrouwbare vragenlijsten beschikbaar. Een vaak gebruikte vragenlijst is de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), welke werd ontwikkeld door de WHO specifiek voor de eerstelijnsgezondheidszorg en zowel een hoge sensitiviteit als specificiteit heeft. (1, 13). Deze bevat tien vragen: drie vragen over alcoholconsumptie, vier vragen over alcoholgerelateerde problemen en drie over symptomen van afhankelijkheid.

Om in omstandigheden waar er weinig tijd is, zoals in de drukke dagelijkse praktijkvoering, toch een gerichte screening te kunnen doen, werden verschillende korte vragenlijsten ontwikkeld:(1, 12)

- AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption): bestaat uit de eerste drie vragen van de AUDIT en verschilt weinig in validiteit in vergelijking met de volledige AUDIT. Er wordt gesuggereerd dat de AUDIT-C de eerste keus zou moeten zijn in medische settings. (1)
- FAST (Fast Alcohol Screening Test): ontwikkeld in Engeland voor het gebruik in algemene ziekenhuizen en spoedopnameafdelingen. Het instrument bestaat uit vier vragen en heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit. (1)
- CAGE: bestaat uit de eerste letters van de woorden Cutdown, Annoyed, Guilty en Eye-opener. Een positief antwoord op 2 of meer vragen is suggestief voor alcoholafhankelijkheid, maar een score van 0 betekent niet dat er niks aan de hand is. Het heeft een relatief lage sensitiviteit, wat het dus een slechte uitsluiter maakt. CAGE geeft geen indicatie van de hoeveelheid die gedronken wordt. De vragen zijn enkel ja/nee vragen. (1, 12)
- ASSIST: dit is een instrument om volwassenen simultaan te screenen op alcohol, tabak, misbruik van psychoactieve medicatie en illegale drugs. Het instrument detecteert laagrisicogebruik, riskant gebruik en mogelijke stoornissen.(11)
- CRAFFT: dit instrument is specifiek ontwikkeld voor het screenen naar alcohol- en ander middelengebruik bij jongeren van 12 tot 18 jaar. (12)

- The NIAAA Single Alcohol Screening Question (SASQ): dit is een instrument om met één vraag te achterhalen of het nuttig is om de volledige AUDIT af te nemen. Men vraagt: “Hoe vaak drinkt u 4 of meer glazen per gelegenheid (vrouw), of 5 of meer glazen per gelegenheid (man) gedurende het laatste jaar?”. De antwoorden geven de volgende scores: nooit (0), minder dan maandelijks (1), maandelijks (2), wekelijks (3), dagelijks of bijna dagelijks (4). Bij een score van twee of hoger is het aan te raden de volledige AUDIT in te vullen.(15)

Bovenstaande lijst is een niet-limitatieve lijst. Er bestaan heel veel verschillende screeninginstrumenten, deze kwamen echter het meest voor in de doorzochte literatuur. Aangezien we hier vooral naar problematisch alcoholgebruik binnen de Belgische context kijken, naar volwassenen en naar de eerste lijn, worden de FAST, ASSIST, SASQ en CRAFFT niet verder besproken.

Ook CAGE wordt hier verder niet besproken: volgens het National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) is deze test niet meer relevant omdat je niet alle patiënten detecteert die mogelijks baat kunnen hebben van een korte interventie. Je zal alleen patiënten detecteren die reeds gezondheidsproblemen ondervinden door alcoholgebruik, waardoor preventie al niet meer mogelijk is. (16)

In België werd door het VAD ‘me-ASSIST’ ontwikkeld. Dit is een online tool die gebruik kan worden om te screenen naar alcoholgebruik. Er kan ook gescreend worden naar illegale drugs, tabak, gokken en medicatie. De ‘me-ASSIST’ biedt de geautomatiseerde versies van de screeningsinstrumenten AUDIT, CRAFFT en NODS-PERC (screenen op gokken) aan. (11)

Concreet wordt er voorgesteld om in de Belgische context te starten met de AUDIT-C, dus de eerste drie vragen van de AUDIT. De resterende vragen dienen gesteld te worden indien mannen onder de 65 jaar een score hebben groter of gelijk is aan vijf. Bij vrouwen en 65-plussers is het de bedoeling de rest van de vragen reeds te stellen bij score die groter is of gelijk aan vier.(9) Afhankelijk van de score kunnen er verschillende interventies plaatsvinden. Deze worden verder besproken bij de resultaten.

Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd op problematisch alcoholgebruik op te sporen. De bepaling van gamma-GT (gamma glutamyl transpeptidase), MCV (mean corpuscular volume), CDT (koolhydraat deficiënt transferrine), AST/GOT (aspartaat aminotransferase/ glutamaat oxalaat transaminase), ALT/GPT (Alanine-Aminotransferase/ Glutaminezuur Pyrodruivenzuur Transaminase) en urinezuur hebben een minder goede sensitiviteit en specificiteit dan vragenlijsten.(9)

Echter kunnen deze testen wel bepaald worden om te kijken als er alcohol-gerelateerde problemen zijn als er reeds problematisch alcoholgebruik is vastgesteld. Ook kunnen deze testen helpen de patiënt te motiveren en hun progressie tijdens de behandeling helpen bevestigen. GGT en CDT zijn indirecte parameters die alcoholgebruik weergeven, terwijl serum phosphatidyl ethanol (PEth) een directe parameter is van alcoholgebruik.(16, 17) Men kan dit bijvoorbeeld bepalen wanneer er een vermoeden is dat het alcoholgebruik geminimaliseerd wordt. (9, 18)

Doelstellingen

De bedoeling van deze scoping review is om een antwoord te geven op de volgende vraag:

- Welke interventies zijn er mogelijk door de huisarts in België voor de behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen?

Methode

Voor deze literatuurstudie werd gekozen voor een scoping review volgens de PRISMA-guidelines.

Databanken en zoekopdracht

Er werd beslist om een zoekopdracht uit te voeren via verschillende Belgische en Nederlandse bronnen. De Belgische bronnen zijn de volgende: BCFI, Folia pharmacotherapeutica, Domus medica, KCE, VAD, Sciensano, Minerva, CEBAM (waaronder CDLH en Ebpracitenet vallen). De Nederlandse bronnen zijn NHG, richtlijnendatabase.nl een GGZstandaarden.nl. Ook werd er beslist om Engelstalige literatuur te bekijken via de NICE-guidelines, de NIAAA, de U.S. Preventive Services Task Force en het doorzoeken van 1 databank, nl. Pubmed.

Om tot een zoekopdracht te komen, werd bepaald welke begrippen er zeker moeten verwerkt worden om een zo volledig beeld van de onderzoeksvraag te krijgen. Aangezien we zowel in Nederlandstalige als in Engelstalige literatuur wordt gezocht werden twee groepen begrippen aangemaakt, welke specifiek vermeld worden in het desbetreffende hoofdstuk.

Zoekopdracht in Nederlandstalige literatuur

Belgische bronnen

Voor de Belgische bronnen werd gekozen voor de trefwoorden ‘alcohol’ en ‘problematisch alcoholgebruik’ in te geven in de desbetreffende zoekmachines. Indien er geen zoekmachine was of deze niet functioneerde of dan werden de websites systematisch doorzocht. Dit was enkel het geval bij de site van het VAD. Hier werden uiteindelijk drie bruikbare bronnen gevonden.

Tabel 3: Aantal hits per trefwoord per Belgische bron

Bron	Alcohol	Problematisch alcoholgebruik
BCFI	1 hit	1 hit
Folia pharmacotherapeutica	153 hits	53 hits
Domus Medica	13 hits	1 hit
KCE	4 hits	3 hits
Sciensano	1016 hits	22 hits
Minerva	16 hits	2 hits
CEBAM	174 hits	63 hits

Deze zoekopdracht werd een laatste maal uitgevoerd op 30/03/2025.

Nederlandse bronnen

Voor de Nederlandse bronnen werd dezelfde strategie toegepast als bij de Belgische bronnen: we kozen voor de trefwoorden ‘alcohol’ en ‘problematisch alcoholgebruik’.

Tabel 4: Aantal hits per trefwoord per Nederlandse bron

Bron	Alcohol	Problematisch alcoholgebruik
NHG	51*	22*
Richtlijnendatabase	211	108
GGZstandaarden	1	1

* Bij NHG werd direct de filter ‘NHG-standaard’ en ‘praktijkvoering’ toegepast.

Deze zoekopdracht werd een laatste maal uitgevoerd op 30/03/2025

Engelstalige bronnen

Voor de Engelstalige bronnen werd gekozen om de NICE guidelines, de NIAAA, de U.S. Preventive Services Task Force en pubmed te doorzoeken met de trefwoorden 'alcohol use disorder'. Voor de NICE-guidelines werd het trefwoorden 'alcohol use disorder' toegepast. Dit gaf 125 hits. Bij de NIAAA werd The Healthcare Professional's Core Resource on Alcohol: knowledge, impacts and strategies systematisch doorlezen.(19)

Voor pubmed werd een uitgebreide zoekopdracht opgesteld welke een combinatie is van verschillende trefwoorden, rekening houdend met verschillende schrijfwijzen en synoniemen. Voor deze trefwoorden werd gekeken als er een MeSH term bestond. Deze werden dan gecombineerd met de boleaanse operatoren AND en OR. Gezien onze selectiecriteria (zie desbetreffende hoofdstuk) werd er ook reeds een filter toegevoegd om enkel RCT en systematic reviews te zoeken en werden de zoekresultaten beperkt tot 10 jaar in de tijd.

De uiteindelijke zoekopdracht ziet er als volgt uit:

(("alcohol use disorder"[All Fields] OR ("alcoholic s"[All Fields] OR "alcoholics"[MeSH Terms] OR "alcoholics"[All Fields] OR "alcoholic"[All Fields] OR "alcoholism"[MeSH Terms] OR "alcoholism"[All Fields] OR "alcoholisms"[All Fields] OR "alcoholism s"[All Fields] OR "alcoholization"[All Fields])) AND ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields] OR ("general practice"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practice"[All Fields]) OR "general practice"[All Fields]) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "practitioner"[All Fields]) OR "general practitioner"[All Fields])) AND ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields] OR ("manage"[All Fields] OR "managed"[All Fields] OR "management s"[All Fields] OR "managements"[All Fields] OR "manager"[All Fields] OR "manager s"[All Fields] OR "managers"[All Fields] OR "manages"[All Fields] OR "managing"[All Fields] OR "managment"[All Fields] OR "organization and administration"[MeSH Terms] OR ("organization"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "organization and administration"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "disease management"[MeSH Terms] OR ("disease"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "disease management"[All Fields]))) AND ((y_10[Filter]) AND (ffrft[Filter]) AND (randomizedcontrolledtrial[Filter] OR systematicreview[Filter]))

Deze zoekopdracht werd een eerste keer uitgevoerd op 01/12/2024. Deze leverde 318 hits op. Deze hits werd allemaal geïmporteerd in Endnote. Door het programma werden er geen duplicaten gevonden. Ook door manuele screening werden er geen duplicaten gevonden. Deze zoekopdracht werd een laatste keer uitgevoerd op 30/03/2025. Deze leverde 7 extra artikels op. Het aantal te screenen artikels komt zo op 325.

Selectiecriteria

Artikels/guidelines/rapporten werden geïncludeerd als: (I) na het lezen de titel of abstract alcohol use disorder/alcoholism/alcoholics/problematic alcohol usage/problematisch alcohol gebruik vermelden; (II) het specifiek over de toepassing gaat in de eerste lijn/primary care; (III) de artikels/guidelines/rapporten specifiek focussen op de aanpak/behandeling van alcohol use

disorder/alcoholism/alcoholics/problematic alcohol usage/problematisch alcohol gebruik; (IV) Het studiedesign een RCT, systematic review of een richtlijn is; (V) het enkel over een volwassen populatie gaat.

Artikels werden geëxcludeerd als: (I) de artikels niet in het Nederlands of het Engels waren geschreven; (II) de full-text niet beschikbaar was via de UGent; (III) het artikel ouder is dan 10 jaar.

Studieselectie

De artikels werden gescreend op basis van bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria. Dit werd gedaan op basis van de titel en het abstract. Dit resulteerde in het vinden van het volgend aantal bruikbare aantal artikels per bron.

Tabel 5: bruikbare artikels

Bron	Aantal bruikbare artikels
BCFI	1
Folia pharmacotherapeutica	2
Domus Medica	4
KCE	1
Sciensano	2
Minerva	1
VAD	5
NHG	1
Richtlijnendatabase	0
GGZstandaarden	0
Pubmed	2
NICE-guidelines	1

De hits vanuit CEBAM bleken allemaal duplicaten te zijn uit bovenstaande bronnen. Dit is echter logisch aangezien CEBAM net de overkoepelende zoekmotor is in Ebpracticenet, sciensano, KCE, BCFI, Folia pharmacotherapeutica en Domus medica.

In totaal worden er dus 20 bruikbare hits gevonden voor deze scoping review. De exacte hits kunnen terug gevonden worden in bijlage 1.

Resultaten

Therapeutische aanpak

Ondersteunende gesprekken

Kort advies

Bij het vermoeden van problematisch alcoholgebruik op basis van de AUDIT wordt aanbevolen om een kort advies te geven. Dit is een kort gestructureerd adviesgesprek dat meestal niet langer dan vijf minuten duurt. Dit bevat vooral feedback en informatie over het alcoholgebruik. Idealiter wordt dit gesprek gevoerd wanneer het problematisch alcoholgebruik nog maar enkele maanden bestaat of niet ernstig is, dan is er de grootste kans op succes. (9)

Dit gesprek wordt opgestart bij een AUDIT-score vanaf 8 tot en met 19 voor mannen en vanaf 7 tot en met 19 voor vrouwen en 65-plussers. Dit afkappunt is echter verschillend in de literatuur.

Domus medica kiest er echter voor dit afkappunt eerder hoog te leggen om het aantal vals-positieven zo laag mogelijk te houden. (9)

De inhoud van zo'n kort advies bestaat er vooral uit aan te geven wat de persoonlijke risico's zijn van het alcoholgebruik en dat er nood is aan verandering. Dit kan de huisarts doen door de risico's op lichamelijk, fysisch en maatschappelijk niveau kort te overlopen. Ook is het de bedoeling aan te geven wat aanvaardbare hoeveelheden alcohol kunnen zijn zodat de patiënt naar deze doelen toe kan werken. Het is aangetoond dat door het vergelijken van het drinkgedrag van de patiënt met dat van de norm binnen de algemene bevolking een stimulerend effect geeft om het gedrag te veranderen. Dit dient uiteraard op een empathische en niet-veroordelende manier gebracht te worden. (9)

Het kort advies heeft verschillende voordelen: het is relatief gemakkelijk uit te voeren, er is een minimale training voor nodig en het is goedkoop. Ook is het te implementeren in de drukke dagelijkse praktijkvoering. De huisarts heeft de ideale positie aangezien de eerste lijn per definitie laagdrempelig is. (9, 20)

Het opvolgbeleid kan op verschillende manieren verlopen:

- Indien de AUDIT- score minder dan 16 was, dient niet meer op het problematisch alcoholgebruik terug gekomen te worden bij een volgende consultatie. Er wordt wel best opnieuw een kort advies herhaald wanneer er nieuwe signalen van problematisch alcoholgebruik naar boven komen of er een alcohol gerelateerde gebeurtenis plaatsvindt, bv. een ziekenhuisopname.
- Indien de AUDIT-score tussen de 16 en de 19 lag, is het wel de bedoeling dat de huisarts zelf het initiatief neemt een vervolggesprek vast te leggen en dit binnen de 6 maand. De exacte periode hangt af van het klinisch oordeel van de huisarts. In dit vervolggesprek wordt opnieuw een kort advies herhaald, wordt er gekeken als de gestelde doelen van het kort advies bereikt zijn en wordt er indien nodig overgegaan tot een korte interventie.

Korte interventie

Indien de gestelde doelen niet gehaald werden, kan er gekozen worden voor een korte interventie. Dit is combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, een advies en vaak ook geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt. Dit duurt ongeveer 20 tot 30 minuten en houdt een reeks gesprekken in.

Een korte interventie is een kort advies met bijkomend:

- Het in kaart brengen van lichamelijke, psychologische en sociale welbevinden van de patiënt + de impact van het alcoholgebruik op de relatie met de directe en bredere omgeving.
- Het in kaart brengen van de motivatie en de wil van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen.

Een korte interventie bestaat een vast aantal elementen die bijdragen tot de effectiviteit. Deze consistente elementen worden samengevat door het acroniem FRAMES:(9)

- Feedback: de patiënt geeft feedback aan de patiënt over de gezondheidsrisico's als gevolg van het overmatig alcoholgebruik nadat hij het alcoholgebruik zelf in kaart heeft gebracht.
- Responsibility (verantwoordelijkheid): de verantwoordelijkheid voor verandering wordt door de huisarts expliciet toegekend aan de patiënt. Er is wel respect voor de patiënt zijn recht om eigen keuzes te maken.

- Advice about changing (advies): er wordt door de huisarts geadviseerd om het alcoholgebruik te veranderen, te verminderen of te stoppen en dit op een duidelijke en niet oordelende manier.
- Menus (keuzemogelijkheden): de huisarts biedt de patiënt verschillende opties en behandelingswijzen aan met betrekking tot veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik.
- Empathic counselling (empathie): de huisarts biedt een empathische begeleiding aan, toont warmte, respect en begrip
- Self-efficacy (persoonlijke effectiviteit, vertrouwen): het geloof van de patiënt in zijn eigen kunnen om zijn eigen alcoholgebruik aan te passen moet ondersteud worden door de huisarts.

In de richtlijn van Domus Medica wordt het ABC-model (Anamnese-Begeleiding-Continuïteit) voorgesteld oor begeleiding van alcoholmisbruik. Echter is dit een niet gevalideerd instrument en wordt er op heden nog heel weinig informatie hierover terug gevonden. Daarom wordt het hier niet verder besproken.

Echter bleek al uit een KCE-rapport(10) dat vele zorgverleners, inclusief huisartsen, over onvoldoende kennis beschikken om problematisch alcoholgebruik te herkennen en te behandelen. Daarnaast beschikken ze over te weinig communicatievaardigheden om delicate onderwerpen zoals problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken waardoor er vaak te lang gewacht wordt om adequate hulp aan te bieden.

Er worden daarom verschillende opleidingen aangeboden vanuit de overheid en het VAD om deze tekortkomingen aan te pakken:(11)

- E-learning: ‘Alcohol, laten we erover praten’ aangeboden door de FOD Volksgezondheid. Er worden verschillende thema’s behandeld: vroegdetectie, destigmatisering, houding en gemeenschappelijk kader. Daarnaast worden ook effecten en risico’s van alcohol besproken, wordt een leidraad gegeven hoe men de gebruiker kan begeleiden en wordt er uitgelegd hoe men kan doorverwijzen en samenwerken met een netwerk.
- E-learning: ‘Productinfo: alcohol’ aangeboden door het VAD. Vooral het effect van alcohol en de risico’s van alcohol worden besproken en hoe men om kan gaan met problemen.
- E-learning: ‘het interventie-continuüm’ aangeboden door het VAD. Men krijgt zo een zicht op de aanpak van middelengebruik, gamen en gokken via preventie, vroeginterventie en hulpverlening in Vlaanderen.
- E-learning: ‘motivationele gespreksvoering’ aangeboden door het VAD. Je maakt kennis met motiverende gespreksvoering en hoe men dit als een effectie gesprekstijl kan toepassen en krijgt meer inzicht in wat maakt dat mensen veranderen.

Er moet wel vermeld worden dat de meeste studies het hebben over kortdurende interventies en geen onderscheid maken tussen een kort advies en een korte interventie zoals hierboven staat beschreven. De studies die dit wel doen konden nog niet duidelijk aantonen dat korte interventies effectiever zijn dan kort advies. Kortdurende interventies in verschillende vormen en in verschillende setting zijn wel effectief op problematisch alcoholgebruik te herleiden tot een ‘laagrisiconiveau’. (11)

Verwijzing

Indien blijkt dat de AUDIT-score gelijk is of meer dan 20 bestaat er een sterk vermoeden van alcoholafhankelijkheid en is doorverwijzing aangewezen. Echter kan er ook reeds noodzaak zijn

tot verwijzing als de huisarts reeds duidelijke argumenten heeft voor alcoholafhankelijkheid, ook al is de AUDIT-score minder dan 20. Bij psychiatrische co-morbiditeit wordt het ook steeds aangewezen door te verwijzen naar een psychiater aangezien de diagnostiek en behandeling een complexe aangelegenheid is. Ook kan de huisarts beslissen de patiënt reeds door te verwijzen als hij zichzelf niet vertrouwd genoeg voelt met korte interventies of wanneer het problematisch alcoholgebruik ongewijzigd blijft na verschillende korte adviezen. (9)

Een handig hulpmiddel hiervoor is de doorverwijsgids naar hulpverlening, ontwikkeld door het VAD. Deze zorgt er voor dat een hulpverlener zicht heeft op het hulpverleningsaanbod in de buurt, zowel ambulant als residentieel.(11)

Zelfbehandeling via het internet

Een groot deel van de mensen met problematisch alcohol zijn in staat om hun problematisch alcoholgebruik zelf aan te pakken. (10) Vaak zijn het lichamelijke ongemakken of andere problemen in het dagelijks leven die er voor zorgen dat ze hun problematisch alcoholgebruik willen aanpakken. Vaak gaat het dan om relatieproblemen, verlies van job of het veroorzaken van een ongeval onder invloed. Een mogelijke hulp bij bewustmaking en ondersteuning bij het zelf aanpakken van alcoholmisbruik kan bestaan uit websites die screening naar problematisch alcoholmisbruik aanbieden of die informeren over alcoholmisbruik en mogelijke behandelingen overlopen en die het bestaan van zelfhulpgroepen aankaarten. Het voordeel van online screenings is dat deze meer laagdrempelig zijn dan screenings en kortdurende interventies bij zorgverleners aangezien deze anoniem zijn. (10) Een voorbeeld van zelfhulpgroepen zijn de Anonieme Alcoholisten en SOS nuchterheid. Wat online zelfhulp betreft in Vlaanderen kan men gebruik maken van alcholhulp.be. Wat informatie betreft kan men altijd bellen naar de druglijn waar men terecht kan voor informatie over alcohol en andere drugs. (1)

Medicamenteuze behandeling

Alcoholontwenning behandelen

Bij het plots stoppen van drinken van alcohol, al dan niet gepland, kunnen onthoudingsverschijnselen ontstaan en is het risico op Wernicke-encefalopathie verhoogd.

Alcoholontwenning kan geprogrammeerd gebeuren in een gespecialiseerde omgeving, maar gebeurt vaak ook niet geprogrammeerd of ongewild, bv. bij een ziekenhuisopname. De meeste gegevens over de medicamenteuze aanpak zijn verzameld in het kader van geprogrammeerde ontwenning onder gespecialiseerde supervisie. Deze onthoudingsverschijnselen kunnen variëren tussen mild, matig en ernstig.(21)

Milde onthoudingsverschijnselen zijn een kater, slapeloosheid en levendige dromen en duurt maximaal 48u. Bij matige onthoudingsverschijnselen zijn naast voorgaande symptomen ook de volgende aanwezig: tachycardie, koorts, zweten, maag-darmklachten zoals nausea en braken, fotofobie, tremoren, prikkelbaarheid, angst en agitatie, hoofdpijn en hypertensie. Ernstige onthoudingsverschijnselen kunnen worden gekenmerkt door een delirium tremens. Dit wordt gekenmerkt door hoge koorts, tactiele, visuele of auditieve hallucinaties, veralgemeend beven en uitgesproken verwardheid. Dit ontstaat meestal binnen de 48 a 72 na de laatste alcoholinname. Daarnaast is er ook risico op convulsies en hartritmestoornissen. Deze ontstaan meestal binnen de 12 a 48u na de laatste alcoholinname. (22)Ontrekkingsverschijnselen beginnen meestal een paar uur na de laatste alcoholinname, maar kunnen in sommige gevallen pas na 48u ontstaan. De ernst is vaak afhankelijk van eerdere onthoudingsverschijnselen en bij ernstig problematisch

alcoholgebruik. Bij ouderen, menen met co-morbiditeiten en polyfarmacie kunnen er ook eerder onthoudingsverschijnselen zich voortdoen. (18)

Door gebruik te maken van een vragenlijst zoals de revised *Clinical Institute Withdrawal Assesment for Alcohol (CIWA-Ar)*, kunnen de ontwenningsverschijnselen in kaart worden gebracht. Voor CIWA-ar, zie bijlage. Dit kan nuttig zijn om te beslissen of er al dan niet medicatie dient toegediend te worden. Bij een score van 20 of hoger spreken we over ernstige ontwenningsverschijnselen.

Milde en matige onthoudingsverschijnselen hoeven vaak niet medicamenteus behandeld te worden en verdwijnen spontaan. Ter preventie en behandeling van ernstige onthoudingsverschijnselen wordt een benzodiazepine aanbevolen als eerste keus, bij voorkeur een langwerkend benzodiazepine zoals Diazepam. Bij oudere patiënten en patiënten met leverlijden is er een risico op accumulatie en overdreven sedatie. Dan gaat de voorkeur eerder uit naar een middel langwerkende benzodiazepine zoals lorazepam of oxazepam. Bij voorkeur kiest men voor orale toediening. In geval van ernstige agitatie, convulsies of delirium tremens dient men te kiezen voor een intraveneuze toediening, rectale toediening of intramusculaire toediening. Hier dient men wel rekening te houden met de karakteristieken van het product. Zo wordt diazepam heel wisselend en onvolledig geresorbeerd bij intramusculaire toediening. (21)

Ook andere producten werden onderzocht ter preventie en behandeling van ernstige ontwenningsverschijnselen maar de gegevens over de doeltreffendheid zijn een stuk beperkter en zijn ook minder éénduidig dan voor de benzodiazepines. Ook zijn er geen duidelijk vergelijkende studies. De bewuste producten zijn anti-epileptica (bv. gabapentine of carbamazepine), clonidine en antipsychotica (bv. haloperidol). Ze worden niet als eerste keuze beschouwd. (21, 22)

Antipsychotica kunnen zelfs een verhoogd risico op convulsies geven. Antipsychotica kunnen wel een plaats hebben als aanvullende behandeling op benzodiazepines bij bv. uitgesproken agitatie of hallucinaties. Sommige bronnen schuiven dan haloperidol of olanzapine naar voren. (21, 22)

Ook NHG is het er over eens dat benzodiazepines superieur zijn tegenover alle andere genoemde geneesmiddelen. Omdat er geen verschil werd gezien in effectiviteit tussen de verschillende benzodiazepines, heeft de werkgroep een keuze gemaakt op basis van farmcokinetiek en ervaring. In tegenstelling tot het BCFI schuiven zij kortwerkende benzodiazepines naar voor zoals lorazepam. De voorkeur gaat hier naar uit omdat bij langwerkende benzodiazepines het risico bestaat dat er overmatige sedatie optreedt, vooral bij ouderen en patiënten met een verminderde leverfunctie. Daarom stelt NHG voor om te kiezen tussen lorazepam en als een snelle werking vereist is, dan midazolam 5 mg I.M.. (18, 21, 22)

Preventie van Wernicke encefalopathie

Bij patiënten met chronisch alcoholmisbruik is er een groot risico op thiamine-deficiëntie. Dit wordt vooral veroorzaakt door een insufficiënt dieet met verminderde thiamine-inname en een verstoorde resorptie. Thiaminetekort kan ervoor zorgen dat er ernstige neurologische problemen ontstaan zoals encefalopathie van Wernicke. Dit wordt gekenmerkt door verwardheid, ataxie en oculaire stoornissen. Deze oculaire stoornissen zijn vooral nystagmus en oftalmoplegie. Tijdens de periode van alcoholontwenning is dit risico nog een stuk verder verhoogd. Dit ziektebeeld wordt vaak miskend en kan fataal aflopen. Daarom is een voorzichtige aanpak aanbevolen. (22)

Thiamine wordt daarom aanbevolen bij alle patiënten preventief aanbevolen, zeker bij ondervoede patiënten of patiënten met ernstige ontwenningsverschijnselen. Indien er toch een encefalopathie van Wernicke zou ontstaan, moet zo snel mogelijk thiamine curatief toegediend

worden. De prognose hangt af van hoe snel de thiamine wordt toegediend na ontstaan van de symptomen. Bij snel behandelen kunnen de acute symptomen zoals de ataxie, verwardheid en oculaire symptomen snel verdwijnen. Echter ontstaat er bij veel patiënten op termijn het syndroom van Korsakoff. Dit is chronische, vaak irreversibele complicatie zoals stoornissen in het korte termijngeheugen.(22)

Er heerst veel onduidelijkheid omtrent de optimale dosis, toedieningsweg en behandelingsduur. Echter geeft het BCFI volgende algemene adviezen:(21, 22)

- Preventief: 250 mg parenteraal (I.M. of I.V.), 1x daags gedurende 3 tot 5 dagen.
- Bij vermoeden Wernicke-encefalopathie of curatief: 500 tot 750 mg I.V. 3x daags gedurende 2 tot 3 dagen; bij gunstig resultaat nadien 250 mg parenteraal (mag geswitcht worden naar I.M.) gedurende 3 tot 5 dagen of tot geen verandering meer qua respons.

Sommige richtlijnen bevelen daarenboven aan om alcoholici systematisch preventief te behandelen met thiamine, ook al vertonen zij geen specifieke risicofactoren voor Wernicke-encefalopathie. Hier stelt men voor een orale dosis van 50 mg 2x daags te voorzien. Dit is echter niet gebaseerd op evidentie over een preventief effect, maar eerder op basis van het voorzichtigheidsprincipe. De diagnose van Wernicke-encefalopathie wordt vaak miskend en dit kan forse complicaties teweeg brengen. Daarnaast heeft thiamine geen nauwe therapeutisch-toxische marge en is thiaminedeficiëntie bij patiënten met alcoholmisbruik of-afhankelijkheid frequent. Het valt daarom zeker te verantwoorden dat thiamine preventief gegeven wordt.(22)

Ter behandeling van het syndroom van korsakoff wordt er als langetermijnbehandeling ook aanbevolen om thiamine 50 mg oraal 2x daags voor te schrijven. Dit bestaat momenteel echter enkel in een dure magistrale bereiding. (22)

Medicamenteuze terugvalpreventie

Psychosociale interventies zijn sowieso de hoeksteen ter preventie van terugval. Daarnaast kan deelname aan zelfhulpgroepen een langdurige positieve impact hebben zoals hierboven reeds besproken. Een medicamenteuze behandeling kan wel geassocieerd worden indien er sprake is van een gemotiveerde patiënt, maar bij voorkeur gebeurt dit best in overleg met een verslavingsarts.(18, 23)

Men tracht na de ontwenningsfase het alcoholgebruik volledig te stoppen of, indien dit niet haalbaar lijkt, het alcoholgebruik tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen. Reeds langere tijd groeit het besef dat volledige abstinentie niet perse het doel hoeft te zijn en dat een medicamenteuze behandeling hier ook succesvol kan in ondersteunen.(23)

In België zijn er verschillende hulpmiddelen beschikbaar waar in de SKP (Samenvatting van de Kenmerken van het Product) als indicatie “hulpmiddel in de terugvalpreventie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid” wordt vermeld. De keuze van het product wordt vooral bepaald door de mogelijke bijwerkingen en de contra-indicaties voor de patiënt. Deze worden hieronder verder besproken. De gegevens zijn gebaseerd op een systematische review en meta-analyse die in 2014 verscheen in JAMA.(23) Deze systematische review werd ook besproken door het KCE. De studies werden uitgevoerd in de ambulante zorg. Een bemerking is echter wel dat er slechts twee studies werden uitgevoerd in de huisartsenpraktijk. De patiënten werden geïncludeerd na een alcoholontwenningsfase of na minstens drie dagen zonder alcohol.

Een eerste mogelijkheid is acamprosaat. Dit is een antagonist van het onder andere excitatoire glutaminezuur. Chronisch alcoholisme gaat gepaard met een verhoogde glutaminezuuractiviteit.

Acamprosaat antagoneert de hyperexcitatie van het NMDA (glutamaat)-receptorcomplex en herstelt de balans tussen GABA en glutamaat. De hypothese is dat door vermindering van glutaminezuuractiviteit in de neocortex de hunkering naar alcohol afneemt. (farmacotherapeutisch kompas). Het is vooral onderzocht naar het behoud van abstinentie. In de meeste studies wordt 2 gram per dag in drie doses gegeven. In placebogecontroleerde studies werd het risico op “opnieuw beginnen drinken” verminderd. De NNT (number needed tot treat) bedraagt 12 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 8 tot 26; op basis van 16 studies over 12 tot 52 weken, n=4.847): dit betekent dat 12 patiënten gedurende 12 tot 52 weken moesten behandeld worden om, ten opzichte van placebo, bij één bijkomende persoon herval te voorkómen. Voor het eindpunt “opnieuw overmatig drinken” (d.w.z. ≥ 4 alcoholische dranken per dag voor vrouwen; ≥ 5 voor mannen) werd geen statistisch significant voordeel gevonden. Ongewenste effecten van acamprosaat zijn rash, jeuk en gastro-intestinale stroonissen. Absolute contra-indicaties zijn patiënten met leverinsufficiëntie of ernstige nierinsufficiëntie. Het BCFI raadt de volgende doseringen aan, de aanbevolen behandelingsduur bedraag 1 jaar:

- <60 kg: 4 tabletten daags in drie dosissen.
- >60 kg: 6 tabletten daags in drie dosissen.

Acamprosaat wordt ook door een systematische review met meta-analyse gezien als enige interventie gezien met voldoende bewijs van hoge kwaliteit die beter is in vergelijking met placebo om abstinentie te behouden in de eerste lijn. (24)

Een tweede mogelijkheid is de opiaatantagonist naltrexon. Deze heeft ook een minimale agonistische werking. Naltrexon bindt zich competitief aan opioïdreceptoren, waardoor het effect van endogene en exogene opioÏden wordt geblokkeerd. Het werkingsmechanisme is niet volledig duidelijk. De hypothese is dat een alcoholverslaving mede wordt veroorzaakt door activering van het endogene opioïdsysteem. Er treedt geen lichamelijke of psychische afhankelijkheid op en er ontstaat geen tolerantie. Het werd vooral onderzocht in het kader van behoud van abstinentie. In de meeste studies wordt 50 mg per dag in 1 dosis genomen. In placebogecontroleerde studies verminderde naltrexon het risico van “opnieuw beginnen drinken”. De NNT bedraagt 20 (95%-BI 11 tot 500; op basis van 16 studies over 12 tot 24 weken, n=2.347). Naltrexon verminderde ook het risico van “opnieuw overmatig drinken”, met een NNT van 12 (95%-BI 8 tot 26; op basis van 19 studies over 12 tot 24 weken, N=2.875). Een meta-analyse van direct vergelijkende studies tussen acamprosaat en naltrexon (n=4, studies over 12 tot 16 weken) toonde geen verschil in doeltreffendheid. De belangrijkste ongewenste effecten van naltrexon zijn gastro-intestinale stoornissen, slaapstoornissen, agitatie, gewrichtspijnen, hoofdpijn en zelden hallucinaties. Absolute contra-indicaties zijn patiënten die opiaten gebruiken wegens risico van ernstige ontwenningsverschijnselen en het verlies van het analgetisch effect van het opiaat. Dit geneesmiddel dient ook vermeden te worden bij leverinsufficiënte of ernstige nierinsufficiëntie. De aanbevolen dosering volgens het BCFI 50 mg daags in 1 dosis, wat dus overeenkomst met de dosis gebruikt in de studies.

Een derde mogelijkheid is disulfiram. Dit geneesmiddel beïnvloedt het normale stofwisselingsproces van alcohol door remming van het enzym aldehyde-dehydrogenase. Hierdoor wordt acetaldehydeconcentratie in het bloed verhoogd bij het drinken van alcohol, wat voor onaangename effecten zorgt zoals een rood gelaat, hoofdpijn, nausea, braken en tachycardie. De studies (N=4, duur van 12 tot 52 weken, dosis 250 mg p.d.) geen effect op het eindpunt “opnieuw drinken” of op andere eindpunten over alcoholconsumptie. De resultaten van de grootste studie (605 patiënten, duur van 52 weken) tonen wel een voordeel op de alcholconsumptie bij de patiënten die de behandeling zeer nauwgezet volgen en van zeer nabij

worden opgevolgd. Disulfiram heeft heel veel bijwerkingen en kan daarom enkel gebruikt worden bij gemotiveerde patiënten en goed opgevolgde patiënten die reeds volledig gestopt zijn met drinken. De belangrijkste bijwerkingen zijn rash, hoofdpijn en slaperigheid. De meest ernstige effecten zijn psychotische reacties, hepatotoxiciteit, perifere en optische neuropathie. Deze effecten kunnen bij inname van alcohol optreden tot twee weken na de laatste disulfiram-inname. Disulfiram mag daarom ook pas gestart worden ten vroegste 24u na de laatste alcoholinname. Er is een absolute contra-indicatie bij patiënten met hartfalen, coronair lijden, hypertensie of antecedenten van CVA en bij patiënten met psychosen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen of zelfdodingsrisico. In België is disulfiram sinds maart 2023 niet meer op de markt in België. De grondstof is echter beschikbaar voor een magistrale bereiding. De startdosis is 200 tot 400 mg 2 daags gedurende 2 à 3 dagen, gevolgd door 100 tot 200 mg 1x daags.(23)

Een vierde geneesmiddel is nalmefeen. Dit is zoals naltrexon een opiaatantagonist. Het moduleert het opioïdsysteem via de mu-, delta- en kappareceptoren. Vermindering van de alcoholconsumptie wordt vermoedelijk bekomen door modulatie van de cortico-mesolimbische functies. Dit middel werd vooral onderzocht in kader van vermindering van alcoholinname en niet zozeer voor het behoud van abstinentie. Het aantal studies met nalmefeen is beperkter dan met acamprosaat of naltrexon. In tegenstelling tot de voorgaande geneesmiddelen wordt nalmefeen niet toegediensd volgens een vast doseringsschema, maar eerder een “indien nodig” schema. Dit komt neer op maximaal één dosis nalmefeen per dag enkele uren voordat de patiënt denkt te drinken. In de meta-analyse was er met nalmefeen, ten opzichte van placebo, geen daling van het “aantal dagen per maand waarop werd gedronken”, maar wel van het “aantal dagen van overmatig drinken per maand” (- 2 dagen, 95%-BI -3,0 tot -1,0; op basis van 2 studies over 24 weken, n=1.322) en van het aantal alcoholische dranken per dag (- 1 glas, 95%-BI -1,8 tot -0,3; op basis van 3 studies over 12 à 52 weken, n=778). De belangrijkste ongewenste effecten van nalmefeen zijn slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, nausea, en zelden hallucinaties en verwardheid. Nalmefeen is, zoals naltrexon, gecontra-indiceerd bij patiënten die opiaten nemen en bij patiënten met leverinsufficiëntie of ernstige nierinsufficiëntie.(23)

Daarnaast worden er meerdere geneesmiddelen off-label gebruik. Dit zijn geneesmiddelen waarvan de indicatie “hulpmiddel in de terugvalpreventie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid” niet vermeldt wordt in de SKP.

Voor Baclofen werd in de meta-analyse van JAMA onvoldoende onderbouwing gevonden om een uitspraak te doen over het effect op het behoud van abstinentie of op het verminderen van de alcoholconsumptie. De risico-batenverhouding van baclofen is onduidelijk in kader van het behoud van abstinentie of het verminderen van problematisch alcoholgebruik en ongunstig bij een dosis hoger dan 80 mg/dag.(23)

Gabapentine wordt *off label* gebruikt bij terugvalpreventie. Mensen met onttrekkingsverschijnselen lijken beter te reageren op gabapentine. De doeltreffendheid van dit middel staat ter discussie. Gabapentine kan tot afhankelijkheid leiden.(23)

Voor topiramaat, een anti-epilepticum, blijkt het beperkt effectief bij het initiëren abstinentie bij personen die nog actief alcohol gebruiken. Echter enkel bij personen die homozygoot zijn voor het gen dat codeert voor het eiwit kainaat zou een daling te merken zijn voor het aantal dagen met overmatig alcoholgebruik. Verdere studies zijn noodzakelijk. (21, 23)

Ook NHG doorzocht de literatuur om een antwoord te vinden op de vraag naar welk middel de voorkeur uitgaat ter preventie van terugval naar een “stoornis in het gebruik van alcohol” in de huisartsenpraktijk. Uit hun onderzoek blijkt dat zowel acamprosaat en naltrexon veilige middelen

zijn. Uit voorzorg is het wel belangrijk dat bij naltrexon een patient alert wordt voorzien moest er plots anesthesie noodzakelijk zijn. Echter wordt door NHG geoordeeld dat voor beide middelen de kwaliteit van bewijs voor effectiviteit in de huisartspraktijk en wordt het voorschrijven niet aanbevolen. Disulfiram wordt echter als niet geschikt geclassificeerd in de huisartsenpraktijk gezien het grote aantal negatieve bijwerkingen zoals collaps, hepatitis, neuropathie en soms psychose. Alle overige medicijnen lijkt baclofen, topiramaat, gabapentine en nalmefeen onvoldoende onderzocht op effectiviteit en veiligheid. In het algemeen zou de huisarts dus altijd moeten doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg voor medicamenteuze terugvalpreventie.(18)

Ook de NICE-guidelines zijn van mening dat medicamenteuze behandeling bij voorkeur in een gespecialiseerde setting plaatsvindt. (25)

Discussie

Het doel van deze scoping review is om een overzicht te geven van welke interventies er mogelijk zijn door de huisarts in België voor de behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen. Er zijn echter bepaalde bedenkingen bij het hoofdstuk screening, ondersteunende gesprekken en medicamenteuze behandeling waar we in de volgende hoofdstukken dieper op ingaan.

Screening

De WHO raadt aan om breed te screenen. Indien men enkel een screening uitvoert op het moment dat er signalen van problematisch alcohol worden opgepikt, missen we 2/3 van het riskant en schadelijk gebruik.(10) Een Brits onderzoek bij huisartsen geeft zelfs aan dat tot 98% van de personen met problematisch alcoholgebruik gemist worden wanneer men enkel afgaat op anamnese en klinisch onderzoek.(9)Als screeninginstrument wordt aan de AUDIT en AUDIT-C de voorkeur gegeven wegens de uitgebreide validatie, de hoge sensitiviteit en specificiteit en de makkelijke toepasbaarheid in de drukke dagelijkse praktijkvoering.(9, 11, 12). Echter blijkt dat systematische screening op mogelijks problematisch alcoholgebruik weinig wordt uitgevoerd. Uit een Belgische studie blijkt dat slechts 2% van de huisartsen op systematisch alcoholgebruik screent, terwijl het gebruik van tabak bijvoorbeeld veel vaker wordt bevraagd.(10).

Het is echter onduidelijk wat de mogelijke oorzaken zijn dat er zo beperkt gescreend wordt. Er werden drie extra studies gevonden die bij Belgische huisartsen nagaan op welke manier ze omgaan met problematisch alcoholgebruik.

Bij de eerste studie werd vooral de aspecten die gerelateerd zijn aan de diagnose, de behandeling, de doorverwijzing en hun kennis en attitude nagegaan. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het uitsturen van een vragenlijst. Uiteindelijk namen er 560 huisartsen deel. Hieruit blijkt dat de meerderheid van de respondenten (51%) het moeilijk tot zeer moeilijk vond om de diagnose van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid te stellen. De grootste moeilijkheden die hierbij vermeld werden, waren gerelateerd aan het gedrag van de patiënt, bv. het mogelijks niet eerlijk zijn van de patiënt, maar ook de tijdsdruk en het gebrek aan kennis van de richtlijnen werd als een belangrijke reden opgegeven. 51% van van de bevraagde huisartsen gaf ook aan dat ze eerder niet of helemaal niet vertrouwd zijn met de verschillende richtlijnen qua screening en aanpak die gelden voor risicogroepen. Slechts de helft van de huisartsen was vertrouwd met de steekkaart en de Gezondheidsgids van Domus Medica. 45% kende de AUDIT en 12% het webdossier van Domus Medica. Nog minder huisartsen gebruikten de praktijkinstrumenten ook effectief. Op heden zou de huisarts zich vooral baseren op observaties van (82%) en voorkennis over (71%) de patiënt en

op gesprekken met de patiënt (73%), de familie/partner (61%) of andere hulpverleners (36%). De ruime meerderheid (67%) gebruikt helemaal geen vragenlijsten om tot een diagnose te komen. (26) De twee andere studies kwamen tot gelijkaardige conclusies dat huisartsen over relatief weinig kennis beschikken om te screenen naar problematisch alcoholgebruik.(27, 28) Ook lijkt de subjectieve mening van de huisarts vaak een invloed te hebben op het al dan niet aanpakken van problematisch alcoholgebruik.(27)

Gezien de reeds beperkte studies ondertussen weer 10 jaar oud zijn, lijkt het noodzakelijk dat er nieuwe studies komen om te peilen naar de kennis van de richtlijnen bij huisartsen, hoe deze toegepast worden, hoe vaak deze toegepast worden en wat de redenen zijn om al dan niet te screenen naar problematisch alcoholgebruik. Zo kunnen er gerichte interventies en bijscholingen ontwikkeld worden om de huisarts bij te staan in de dagdagelijkse praktijk.

Ondersteunende gesprekken

Volgens verschillende studies(9, 10, 16, 18) heeft het kort advies verschillende voordelen: het is gemakkelijk uit te voeren, er is slechts een minimale training voor nodig en het is goedkoop. Ook zou het goed de implementeren zijn in de dagdagelijkse praktijk.

Echter hebben we hier ook geen idee hoeveel artsen zich effectief wagen aan dit kort advies en als het korte advies effectief de elementen bevat die vooropgesteld worden in de richtlijnen. Over het aantal artsen dat zich effectief wagen aan een korts advies werd één studie teruggevonden die via een vragenlijst naging of er al dan niet een kort advies werd toegepast. Over de kwaliteit van het toegepaste korte advies werden door deze scoping review geen studies terug gevonden.

Bij ongeveer 70% van de gevallen gaf de huisarts bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik uitleg over het ziektebeeld en over de behandel- en opvolgmogelijkheden en/of gaf een kort advies. Ongeveer de helft van de huisartsen deed een korte interventie (bv. motiverende gespreksvoering) en/of een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening. Een derde ging een gesprek aan met de partner of familie.(26)

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling kan een belangrijke plaats hebben in de terugvalpreventie bij alcoholverslaving. Echter blijkt uit de literatuur dat deze geneesmiddelen slechts beperkt onderzocht zijn binnen de context van de huisartsenpraktijk. Nochtans speelt de eerste lijn een cruciale rol in de detectie en aanpak van problematisch alcoholgebruik. Daarnaast dient men er rekening mee te houden dat dergelijke medicatie idealiter wordt opgestart door artsen met specifieke ervaring in de alcoholproblematiek, en dat een regelmatige opvolging noodzakelijk is om een veilige en effectieve behandeling te waarborgen, cf. de NICE-guideliens en NHG.(18, 25) De Domus Medica guideline vermeldt momenteel geen adviezen over het gebruik van medicatie, al blijkt uit een opvolgdocument dat het de bedoeling is dat dit in de toekomst zal toegevoegd worden. (29)

Verder is het belangrijk te vermelden dat de beschikbare studies voornamelijk gefocust zijn op intermediaire eindpunten zoals een vermindering in alcoholconsumptie. Er is momenteel onvoldoende bewijs over het effect van deze medicamenteuze interventies op harde eindpunten zoals morbiditeit, mortaliteit en levenskwaliteit.(23) Dit roept vragen op over de lange termijnimpact en klinische relevantie van dergelijke behandelingen, wat benadrukt dat voorzichtigheid geboden is bij het routinematig inzetten ervan in de eerste lijn.

Er is naar de toekomst toe dus noodzaak aan studies de besproken medicatie specifiek onderzoek in de eerste lijn om zo te zien welke middelen veilig gebruikt kunnen worden. Totdat er meer studies beschikbaar zijn in de eerste lijn, lijkt het niet aanbevolen deze medicatie op te starten in de eerste lijn zonder het advies van een verslavingsarts.

Sterktes en zwaktes van deze scoping review

Methode

De zoekopdrachten werden op een zo systematisch mogelijke manier uitgevoerd. Echter bestaat het risico dat bij het handmatig doorzoeken van websites en bronnen, zoals voor alle Belgische, Nederlandse en sommige Engelstalige bronnen gebeurde, belangrijke studies gemist worden. De gebruikte zoekopdracht om Pubmed te doorzoeken heeft ook zijn beperkingen. Het gebruik van bepaalde MeSH-termen kan er voor gezorgd hebben dat bepaalde recente studies die nog niet gelinkt waren aan MeSH-termen niet werden weergegeven, al werd geprobeerd dit te omzeilen door het gebruik van extra termen en de boleaanse operator 'OR'. Ook werd gekozen om tijdens de zoekopdracht enkel te kijken naar RCT's en systematic reviews. Ook al hebben RCT's de meeste bewijskracht en vatten systematische reviews vaak veel studies in één keer samen, toch kan het zijn dat door deze methode belangrijke inzichten over problematisch alcoholgebruik in andere designs gemist worden. Ten slotte werd deze scoping review uitgevoerd door één persoon, wat de kans verhoogt op selectiebias, interpretatiebias en extractiebias

Geïncludeerde studies

Een algemene opmerking is dat de gebruikte begrippen in de richtlijnen en de studies vaak door elkaar lopen waardoor het vergelijken van de verschillende studies niet makkelijk is. Daarnaast is het ook moeilijk om oudere en recentere studies gelijk te stellen aan elkaar omdat in 2013 de DSM-V verscheen waardoor er nieuwe criteria werden toegevoegd en bepaalde begrippen zoals bv. alcoholafhankelijkheid eigenlijk geen officiële term meer was in de DSM-V. Echter wordt er wel nog steeds onderscheid gemaakt tussen misbruik en afhankelijkheid bij een ander vaak gehanteerd classificatiesysteem: nl. de ICD-10 classificatie. Daarnaast blijken weinig studies echt uitgevoerd te zijn in de huisartsenpraktijk. Er is nood aan uniforme afspraken over het gebruik van terminologie zodat studies beter te interpreteren zijn en daarnaast is er nood aan studies, specifiek uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.

Conclusie

Met deze scoping review werd aangetoond dat er voor de behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen in de Belgische huisartsenpraktijk meerdere interventiemogelijkheden bestaan, maar dat de implementatie ervan in de dagelijkse praktijk sterk beperkt blijft. Ondanks de aanbeveling van de WHO om breed te screenen, gebeurt dit in de praktijk nauwelijks. Belgische huisartsen blijken op basis van beperkte en verouderde studies zelden gevalideerde instrumenten te gebruiken zoals de AUDIT, en baseren zich voornamelijk op klinisch oordeel en observatie, wat leidt tot onderdetectie van problematisch alcoholgebruik. De beperkte vertrouwdheid met richtlijnen en het tekort aan gerichte opleiding vormen hierbij belangrijke belemmeringen.

Ook het gebruik van kort advies en motiverende gespreksvoering blijkt niet systematisch toegepast te worden. Hoewel deze interventies in theorie laagdrempelig en effectief zijn, ontbreekt het aan actuele data over de kwaliteit van de uitvoering in de praktijk. Wat betreft

medicamenteuze behandeling, blijkt dat deze interventies slechts beperkt onderzocht zijn in de huisartsenpraktijk. De huidige evidentie is bovendien hoofdzakelijk gebaseerd op intermediaire uitkomsten, wat het moeilijk maakt om hun klinische meerwaarde op lange termijn te beoordelen.

Er is dringend nood aan recente en praktijkgerichte studies die de barrières, kennis, attitudes en interventies van huisartsen rond alcoholproblematiek in kaart brengen. Daarbij is het essentieel om werk te maken van uniforme terminologie, gerichte vorming, en duidelijke aanbevelingen voor de eerste lijn. Enkel zo kan een effectieve en haalbare aanpak van problematisch alcoholgebruik binnen de huisartsenzorg worden gerealiseerd.

1. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere D. Dossier alcohol. VAD; 2016.
2. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere D. Factsheet alcohol. VAD; 2024.
3. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere D. Over Tournée Minérale 2025 [updated 2025//. Available from: https://tourneeminerale.be/over-tournee-minerale/.
4. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere D. Onderzoek Universiteit Gent: Tournée Minérale werkt 2017. Available from: https://tourneeminerale.be/nieuws/onderzoek-universiteit-gent-tournee-minerale-werkt/.
5. Braekman E, Fiers S. Preventiebarometer: alcohol. Brussel, België: Sciensano; 2022.
6. Gisle L, Demarest S, Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel (België): Sciensano; 2019.
7. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere D. Vlaamse richtlijnen voor laagrisico alcoholgebruik: achtergronddossier. Brussel: VAD; 2025.
8. World Health O, European C. Alcohol and Inequities: Guidance for Addressing Inequities in Alcohol-Related Harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

9. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(Suppl):S137-S60.
10. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, et al. Hoe de drempel naar hulp bij problematisch alcoholgebruik verlagen? – Synthese. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015.
11. Domus M. Themadossier vroegtijdige opsporing van problematisch alcoholgebruik. 2025.
12. Domus M. Alcoholgebruik – Preventie en Gezondheidspromotie. 2024.
13. World Health O. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care: World Health Organization; 2001 2001//.
14. United States Preventive Services Task F. Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions 2018 [updated 2018/11/13

2025/04/29. Available from: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions.
15. Dataportaal GGZ. NIAAA Single Alcohol Screening Questionnaire (SASQ). 2025.
16. National Institute on Alcohol A, Alcoholism. Screen and assess: use quick, effective methods. 2024.
17. Substance A, Mental Health Services A. The Role of Biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders, 2012 Revision. 2012 2012.
18. Nederlands Huisartsen G. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. 2021.
19. National Institute on Alcohol A, Alcoholism. Core Resource on Alcohol. 2025.
20. 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.
21. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische I. Middelen bij alcoholafhankelijkheid (DSM 5: stoornis in alcoholgebruik). Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium. 2025.
22. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische I. Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid - Deel 1: de alcoholontwenning. Folia Pharmacotherapeutica. 2016.
23. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische I. Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid - Deel 2: terugvalpreventie. Folia Pharmacotherapeutica. 2016.
24. Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, et al. Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. Bmj. 2020;371:m3934.
25. National Institute for H, Care E. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking, high-risk drinking and alcohol dependence. London: NICE; 2011.
26. I. Neyens JV, C. Van Audenhove. Problematisch alcoholgebruik in de praktijk

Onderzoek naar de aanpak door huisartsen. Huisarts Nu. 2015.
27. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract. 2014;15(1):119.
28. Philips D, Goedhuys J. Hoe praten over alcoholgebruik? Adviezen op basis van een systematische review van kwalitatief onderzoek. Huisarts Nu. 2021;50(6):302-6.
29. Domus M. Tweede opvolgrapport problematisch alcoholgebruik. Domus Medica; 2019.

Bijlage 1:

auteur	jaar	titel
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie	2025	Middelen bij alcoholafhankelijkheid (DSM 5: stoornis in alcoholgebruik)
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie	2016	Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid - Deel 1: de alcoholontwenning
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie	2016	Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid - Deel 2: terugvalpreventie
Minerva	2015	Farmacotherapie voor volwassenen met problematisch alcoholgebruik in de ambulante zorg
Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	2024	Factsheet alcohol
Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	2025	Vlaamse richtlijnen voor laagrisico alcoholgebruik: achtergronddossier
Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	2016	Dossier alcohol
Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	2017	Onderzoek Universiteit Gent: Tournée Minérale werkt
Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	2025	Over Tournée Minérale 2025
Nederlands Huisartsen Genootschap	2021	NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik
Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, et al.	2015	Hoe de drempel naar hulp bij problematisch alcoholgebruik verlagen? – Synthese
Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P	2011	Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts
Domus Medica	2025	Themadossier vroegtijdige opsporing van problematisch alcoholgebruik
Domus Medica	2024	Alcoholgebruik – Preventie en Gezondheidspromotie
Domus Medica	2019	Tweede opvolgrapport problematisch alcoholgebruik
Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, et al.	2020	Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis
Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al.	2018	Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations
Gisle L, Demarest S, Drieskens S	2019	Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol
Braekman E, Fiers S	2022	Preventiebarometer: alcohol
National Institute for Health and Care Excellence	2011	Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking, high-risk drinking and alcohol dependence

Bijlage 2:

CIWA-Ar

Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale - Revised

Date:

Name:

NAUSEA AND VOMITING
Ask "Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?" Observation.

0 No nausea and no vomiting
1 Mild nausea with no vomiting
2
3
4 Intermittent nausea with dry heaves
5
6
7 Constant nausea, frequent dry heaves and vomiting

TREMOR
Arms extended and fingers spread apart. Observation.

0 No tremor
1 Not visible, but can be felt fingertip to fingertip
2
3
4 Moderate, with patient's arms extended
5
6
7 Severe, even with arms not extended

PAROXYSMAL SWEATS
Observation.

0 No sweat visible
1 Barely perceptible sweating, palms moist
2
3
4 Beads of sweat obvious on forehead
5
6
7 Drenching sweats

ANXIETY
Ask "Do you feel nervous?" Observation.

0 No anxiety, at ease
1 Mild anxious
2
3
4 Moderately anxious, or guarded, so anxiety is inferred
5
6
7 Equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions

AGITATION
Observation.

0 Normal activity
1 Somewhat more than normal activity
2
3
4 Moderately fidgety and restless
5
6
7 Paces back and forth during most of the interview, or constantly thrashes about

TACTILE DISTURBANCES
Ask "Have you any itching, pins and needles sensations, any burning, any numbness, or do you feel bugs crawling on or under your skin?" Observation.

0 None
1 Very mild itching, pins and needles, burning or numbness
2 Mild itching, pins and needles, burning or numbness
3 Moderate itching, pins and needles, burning or numbness
4 Moderately severe hallucinations
5 Severe hallucinations
6 Extremely severe hallucinations
7 Continuous hallucinations

AUDITORY DISTURBANCES
Ask "Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?" Observation.

0 Not present
1 Very mild harshness or ability to frighten
2 Mild harshness or ability to frighten
3 Moderate harshness or ability to frighten
4 Moderately severe hallucinations
5 Severe hallucinations
6 Extremely severe hallucinations
7 Continuous hallucinations

VISUAL DISTURBANCES
Ask "Does the light appear to be too bright? Is its colour different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?" Observation.

0 Not present
1 Very mild sensitivity
2 Mild sensitivity
3 Moderate sensitivity
4 Moderately severe hallucinations
5 Severe hallucinations
6 Extremely severe hallucinations
7 Continuous hallucinations

HEADACHE, FULLNESS IN HEAD
Ask "Does your head feel different? Does it feel like there is a band around your head?" Do not rate for dizziness or lightheadedness. Otherwise, rate severity.

0 Not present
1 Very mild
2 Mild
3 Moderate
4 Moderately severe
5 Severe
6 Very severe
7 Extremely severe

ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM
Ask "What day is this? Where are you? Who am I?"

0 Oriented and can do serial additions
1 Cannot do serial additions or is uncertain about date
2 Disoriented for date by no more than 2 calendar days
3 Disoriented for date by more than 2 calendar days
4 Disoriented for place/or person

Withdrawal scales were developed to assist the monitoring and management of withdrawal symptoms. It is important to note that withdrawal scales are not diagnostic tools.

Interpretation of scores. The maximum score is 67. Patients scoring less than 10 do not usually need additional medication for withdrawal.

Total CIWA-Ar Score:

Source: Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction to Alcohol and Other Drugs. 1989;84(11):1353-7. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x

insight
Centre for alcohol and other drug training and workforce development

To download more of this resource visit www.insight.qld.edu.au

Bijlage 3:

AUDIT-VRAGENLIJST

domus medica

Bij elke patiënt die alcohol gebruikt:
stel de eerste drie vragen en bereken de score.

AUDIT-vragen	0	1	2	3	4	Score
Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	.....
Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen* drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	.....
Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Bij een score ≥5 (mannen <65 jaar) of ≥4 (vrouwen alle leeftijden en mannen ≥65 jaar): ga verder met de volgende vragen.						.....
Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	.....
Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aangeraden minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het laatste jaar		Ja, in het laatste jaar	.....
De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen.					**AUDIT-score**	.....

* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.