

“Up To Date 2”

VERVOLGPROJECT / SUITE DU PROJET

**Use of psychoactive substances in adults: Prevention
and Treatment by general practitioners and
Occupational physicians - DATa retriEval**

**GUIDELINE SCREENING ALCOHOLGEBRUIK EN BIJHORENDE
KORTDURENDE INTERVENTIE DOOR ARBEIDSGENEESHEREN**

29/06/2017



Met de steun van / Avec le soutien de



“Up To Date 2”

VERVOLGPROJECT / SUITE DU PROJET

**Use of psychoactive substances in adults: Prevention
and Treatment by general practitioners and
Occupational physicians - DATa retriEval**

**GUIDELINE SCREENING ALCOHOLGEBRUIK EN BIJHORENDE
KORTDURENDE INTERVENTIE DOOR ARBEIDSGENEESHEREN**

29/06/2017

KU Leuven, Omgeving en Gezondheid

Professor Lode GODDERIS

Marie-Claire LAMBRECHTS

Algemene Coördinatie – Coordination Générale

Liège Université, Département de Médecine générale, Unité de Recherche

Soins primaires et Santé

Professeur Marc VANMEERBEEK

Frédéric KETTERER

Universiteit Antwerpen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Professor Roy REMMEN

Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)

Marie-Claire LAMBRECHTS

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	5
1. Onderbouwing van de nieuwe richtlijn voor arbeidsgeneesheren.....	6
1.1 Problematisch alcoholgebruik in België	6
1.2 Achtergrondinformatie bij de ontwikkeling van de richtlijn	8
1.2.1 Definitie richtlijn.....	8
1.2.2 Motivering	9
1.2.3 Doelstelling.....	9
1.3 Instrumenten alcoholscreening.....	10
1.3.1 Vragenlijsten.....	10
1.3.2 Biomarkers.....	12
1.4 Screening in combinatie met kortdurende interventies	13
1.4.1 Kort advies en korte interventie.....	13
1.4.2 FRAMES	13
2. Uitwerking richtlijn voor arbeidsgeneesheren in België	15
2.1 Methode uitwerking voorstel.....	15
2.2 Keuze voor alcoholscreening.....	15
2.3 Keuze voor de AUDIT-C in de werkcontext	16
2.4 Keuze voor gerichte screening	16
2.5 Frequentie afname AUDIT-C	17
2.6 Aandachtspunten bij de praktische invoering van de guideline	17
3. Richtlijn: Score screening en opvolging resultaat	18
Beslissingsboom in schema	20
Bijlage 1: CAGE-vragenlijst	21
Bijlage 2: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	22
Bijlage 3: DSM-5-criteria - Stoornissen in het gebruik van alcohol	24
Bijlage 4: AUDIT-C.....	25
Bijlage 5: FAST (Fast Alcohol Screening Test).....	26
Bijlage 6: Five Shot vragenlijst.....	27
Bijlage 7: ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	28
Bijlage 8: Ondersteunende vragen (Nederlands Huisartsen Genootschap)	29
Bijlage 9: Uitnodiging opstart guideline	30
Bijlage 10: Steekkaart Domus Medica.....	31

Bijlage 11: Richtlijn Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs	33
REFERENTIES.....	35

Deze consensus richtlijn is een draftversie en heeft vooralsnog geen officiële status. Op moment van rapportage wordt de laatste feedbackronde georganiseerd, en de guideline-fiches samengesteld. Nadien wordt de guideline gefinaliseerd zowel in het Nederlands als in het Frans. De richtlijn zal vervolgens aan CEBAM voorgelegd worden ter validering.

Tijdens de Nationale Dagen voor Arbeidsgeneeskunde (16 en 17 november 2017) wordt deze eerste guideline voor arbeidsgeneesheren dan publiek voorgesteld en geïmplementeerd.

INLEIDING

De aanmaak van een richtlijn voor arbeidsgeneesheren omtrent de screening van problematisch alcoholgebruik bij werknemers was een belangrijke aanbeveling van het onderzoeksproject UP-TO-DATE, gefinancierd door de Programmatorische federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid (BELSPO) (1). De uitwerking hiervan werd gerealiseerd in een vervolgproject (UP-TO-DATE 2), ondersteund door Belspo en de Federale Overheidsdiensten Volksgezondheid en Werkgelegenheid.

Dit document is een voorstel van dergelijke richtlijn, gebaseerd op de bespreking en conclusies van drie bijeenkomsten met arbeidsgeneesheren (Uptodate2-Cafés van 1/6/2016, 26/10/2016 en 11/1/2017), alsook van een schriftelijke feedbackronde. Tijdens de meetings waren alle Externe Diensten Preventie en Bescherming op het Werk in België vertegenwoordigd. Ook meerdere bedrijfsartsen van interne preventiediensten waren aanwezig.

In een eerste luik wordt de introductie van de nieuwe richtlijn onderbouwd. Achtereenvolgens worden de termen 'problematisch alcoholgebruik' en 'richtlijn' ingevuld, wordt de keuze om een richtlijn te maken gemotiveerd alsook de doelstellingen ervan omschreven. Tot slot wordt een overzicht gegeven van screeningsinstrumenten voor alcoholgebruik en van de bijhorende kortdurende interventies.

In een tweede deel bespreken we het proces waarin de richtlijn tot stand kwam, en de keuzes die gemaakt werden.

In het laatste deel lichten we de concrete richtlijn toe.

1. ONDERBOUWING VAN DE NIEUWE RICHTLIJN VOOR ARBEIDSGENEESHEREN

1.1 PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK IN BELGIË

In 2013 dronk 82% van de Belgen van 15 jaar of ouder het afgelopen jaar alcohol (87% van de mannen, 78% van de vrouwen). Het laatstejaarsgebruik van alcohol bleef tussen 1997 en 2013 stabiel. Wekelijkse drinkers consumeren gemiddeld 11 glazen per week. 14% van de Belgen dronk in 2013 dagelijks alcohol. In 1997 ging het nog om 8%. Bijna dubbel zoveel mannen (19%) als vrouwen (10%) dronken dagelijks alcohol in 2013 (2).

De omvang van problematisch alcoholgebruik hangt af van de definitie die gebruikt wordt.

Om te bepalen of iemand al dan niet een alcoholprobleem heeft, wordt vaak het **aantal gedronken standaardglazen of eenheden per dag of per week** als maat gebruikt. Het afkappunt tussen matig en overmatig drinken wordt in de gezondheidsenquête gedefinieerd als 14 glazen of meer per week voor vrouwen en 21 glazen of meer per week voor mannen. In België gaat het om 6.4% van de bevolking (2). Bij de wekelijkse drinkers heeft 13% van de mannen en 12% van de vrouwen dergelijk overmatig alcoholgebruik¹. Verder gaf 8,5% van de Belgische bevolking aan minstens wekelijks zes glazen alcohol of meer tijdens eenzelfde gelegenheid te drinken, het zogenaamde **'piekdrinken' of 'binge drinken'**. Conform internationale richtlijnen wordt dit tijdsbestek duidelijk afgebakend, namelijk de consumptie van zes of meer standaardglazen voor mannen en vier of meer standaardglazen voor vrouwen, in een periode van twee uur (3). Binge drinken kwam veel meer voor bij mannen (13%) dan bij vrouwen (4%) en dit op alle leeftijden (2).

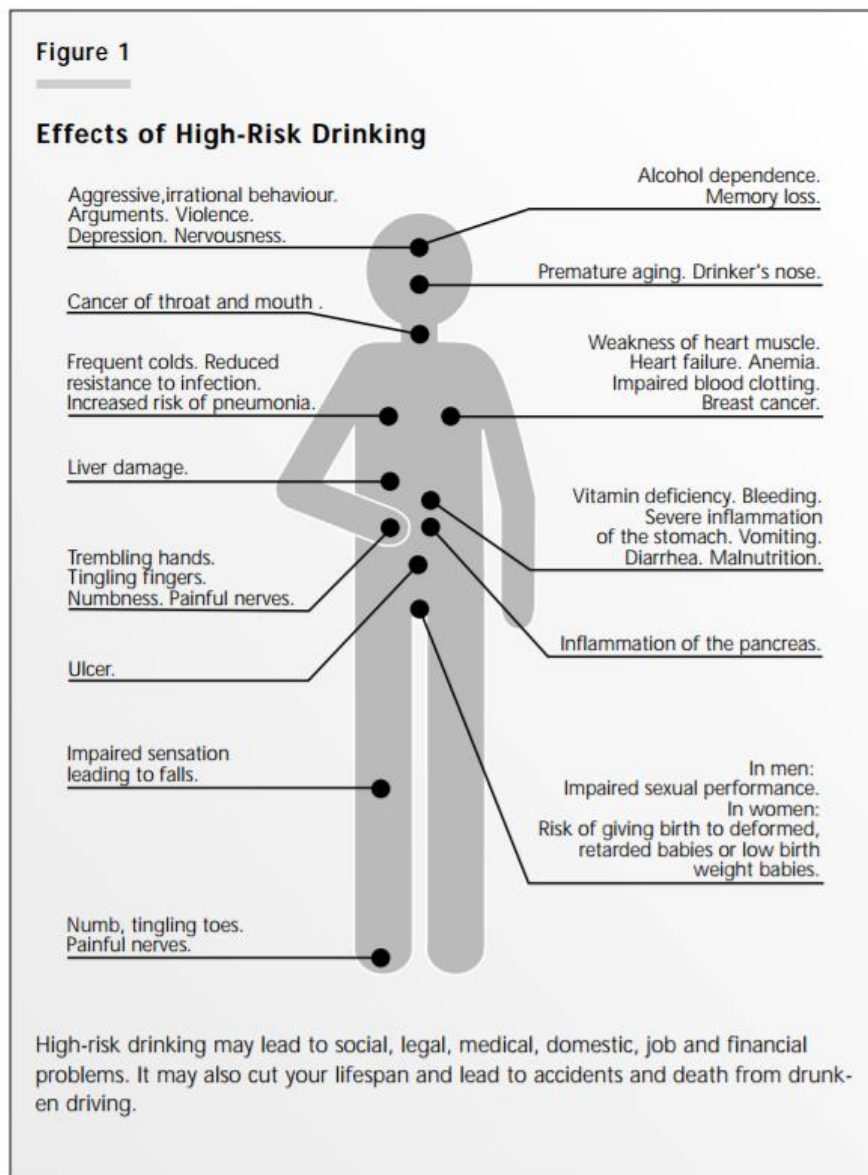
In 2013 dronk 10,5% van de Belgische laatstejaars-drinkers (> 15 jaar) problematisch op basis van de **CAGE-vragenlijst**, respectievelijk bij 13% van de mannen en 4% van de vrouwen (2, 4). CAGE is een acroniem voor 'Cut', 'Annoyed', 'Guilty' en 'Eye-opener', de kernbegrippen van de vier vragen (zie bijlage 1). In 2001 ging het nog om 6,6%. Verder vertoont volgens de **AUDIT-score** (Alcohol Use Disorder Identification Test) 6,2% van de Belgische werknemers risicogebruik (een score van 8 tot en met 12 voor mannen en van 7 tot en met 12 voor vrouwen), 1,2% van hen schadelijk gebruik (een score van 13 tot en met 20) en 0,2% afhankelijkheid (een score van 20 of hoger betekent risico op afhankelijkheid) (5, 6) (zie bijlage 2).

Tot slot kan problematisch alcoholgebruik ook omschreven worden als **alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid**. Uit een onderzoek van 2001 bleek dat dergelijke alcoholgerelateerde stoornissen bij 8% van de Belgische bevolking - over het gehele leven bekeken - voorkwamen. In tegenstelling tot de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{de} editie*), spreekt de **DSM-5** echter niet meer over misbruik en afhankelijkheid, maar over 'stoornissen in het gebruik van middelen' (substance abuse disorders) (7), met een onderscheid in milde, gematigde en ernstige stoornissen (bijlage 3).

Alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor ziekte en voortijdige mortaliteit (Figuur 1) (8). De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) linkt meer dan 200 ziekten en verwondingen in de ICD-10

¹ De nieuwe preventieve richtlijn voor alcoholgebruik van het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) stelt dat men best niet meer dan 10 standaardglazen per week drinkt om de risico's van alcoholgebruik te beperken.

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) aan alcoholgebruik. Ook wordt het kankerverwekkend effect bij het, zelfs matig, drinken van alcohol steeds meer aangetoond (9).



Bron: Babor et al, 2001

Ook de **werkomgeving** wordt vaak geconfronteerd met de gevolgen van alcoholgebruik. In 2010 werden in de Europese Unie de globale kosten als gevolg van alcoholgebruik geschat op 115,8 miljard euro waarvan bijna de helft (47%) gelieerd is aan indirecte kosten (productiviteitsverlies, afwezigheid, werkloosheid en aan verloren arbeidsjaren door vroegtijdige dood) (10). Een gelijkaardige berekening in België, weliswaar voor alcohol en andere drugs, levert 1,8 miljard euro aan indirecte kosten op, waarvan 44% door alcoholgebruik (11).

1.2 ACHTERGRONDINFORMATIE BIJ DE ONTWIKKELING VAN DE RICHTLIJN

1.2.1 Definitie richtlijn

Een richtlijn is volgens de Richtlijndatabase (NL) *“geen doel, maar een middel om aan te geven welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd”*². Richtlijnen worden ontwikkeld om de **kwaliteit van de zorgverlening te garanderen en te verbeteren** (12). Een richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (13).

In het **AGREE II**-document (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation van het AGREE Next Steps Consortium) worden richtlijnen als volgt omschreven: *“Klinische richtlijnen (‘richtlijnen’) zijn ‘systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties’ (1). Daarnaast kunnen richtlijnen een belangrijke rol spelen in het gezondheidszorgbeleid (2,3). De laatste jaren worden er ook richtlijnen ontwikkeld op gebied van gezondheidsbevordering, screening en preventie, waardoor zij alle sectoren in de zorg bestrijken”*³ (14).

D’Hondt en collega’s verduidelijken enkele belangrijke begrippen (15):

- *Aanbevelingen zijn beslissingsondersteunende instrumenten; ze zijn richtinggevend, maar niet doorslaggevend. Een richtlijn is geen protocol. Protocollen geven aan hoe je in de dagelijkse praktijk moet handelen en de vrijheid van handelen is daarbij beperkt.*
- *Wetenschappelijk onderbouwd: bij het opstellen van richtlijnen gaat men in alle beschikbare wetenschappelijke literatuur op zoek naar het beste bewijs voor een bepaalde stelling. Dit beste bewijs wordt aangevuld met overtuigingen en kennis van gezondheidsmedewerkers die een jarenlange expertise hebben op dat bepaalde vlak. Zodoende vatten richtlijnen de stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en met de ervaringskennis van hulpvragers. Richtlijnen zouden dus eigenlijk de brug moeten vormen tussen theorie en praktijk.*

CEBAM, het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine, stipt op haar website (www.cebam.be) ook het onderscheid aan tussen evidence-based en consensus-based richtlijnen.

‘Evidence based’ richtlijnen zijn ontwikkeld volgens een strikte methodologie. Op een systematische manier in de literatuur gezocht naar wetenschappelijk bewijs over het onderwerp, en er bestaat een duidelijk verband tussen dit bewijs en de aanbevelingen. ‘Consensusrichtlijnen’ komen tot stand via een overlegprocedure. In een consensusoverleg luistert een multidisciplinair panel naar wetenschappelijke gegevens die door deskundigen worden voorgelegd, vervolgens beoordeelt het panel de informatie en stelt ten slotte een consensusverklaring op die handelt over de eerder aan het panel gestelde vragen’.

CEBAM wijst tot slot ook op het toenemend gebruik van een zogenaamde graad van aanbeveling of ‘grade of recommendation’. Hiermee wordt aangegeven hoe sterk een aanbeveling is, met andere woorden hoe sterk het wetenschappelijk bewijs is, afgewogen tegen de voor- en nadelen ervan (bijwerkingen, kosten, ...) binnen een bepaalde zorgcontext.

² https://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/richtlijnontwikkeling/betekenis.html

³ De Nederlandse vertaling is tot stand gekomen door inbreng van het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine CEBAM en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, sinds 2010 overgenomen door TNO Management Consultants in Nederland.

1.2.2 Motivering

In het **UP-TO-DATE-onderzoek** werd gepeild naar factoren die het gedrag van arbeidsgeneesheren bepalen wanneer ze in contact komen met werknemers met problematisch middelengebruik. De introductie van richtlijnen omtrent *screening en kortdurende interventies* door arbeidsgeneesheren bleek een belangrijke aanbeveling. Ook gaven arbeidsgeneesheren aan meer te willen investeren in *gezondheidsbevordering* (1).

Arbeidsgeneesheren kunnen **belangrijke actoren** zijn in de preventie en aanpak van problematisch middelengebruik van werknemers. Ze zijn regelmatig in contact met een significant deel van de werkende bevolking, meestal in een preventieve medische setting (16, 17). Daardoor hebben arbeidsgeneesheren een unieke positie om vroegtijdig in te grijpen wanneer er functioneringsproblemen zijn ten gevolge van problematisch alcohol- of druggebruik (18-20). Bijkomend kunnen arbeidsgeneesheren de mogelijke invloed van de werkcontext bekijken waarin problematisch gebruik zich kan ontwikkelen, bijv. de relatie met werkstressoren en shift arbeid (20-24). Niettemin blijkt de rol van de arbeidsgeneesheer in de aanpak van problematisch alcohol- en druggebruik internationaal weinig onderzocht (25).

Het screenen voor alcoholgebruik bij **werknemers** kan tijdens verschillende arbeidsgeneeskundige onderzoeken georganiseerd worden (bijv. tijdens aanwervingsonderzoek, geschiktheidsonderzoek) en/of in het kader van een bevraging naar de leefstijl van de werknemer. Screening biedt de arbeidsgeneesheer de mogelijkheid om werknemers te informeren over hun alcoholgebruik, en om eventueel preventieve maatregelen te nemen. Verder kan de arbeidsgeneesheer ook riskant en schadelijk gebruik opsporen alsook mogelijke alcoholstoornissen.

Tot slot is er ook voldoende wetenschappelijke evidentie die de effectiviteit van screening en bijhorende kortdurende interventies aantoont, vooral voor de eerstelijnsgezondheidszorg (26). Studies over de impact van kortdurende interventies (kort advies of korte interventie) in de arbeidsgeneeskunde zijn veelbelovend (27-29), maar meer evidentie is nodig om dit op grote schaal te implementeren. Niettemin kunnen bedrijfsgezondheidsdiensten overwegen om alvast een kort advies te geven aan werknemers met een riskant alcoholgebruik (27).

1.2.3 Doelstelling

Het **doel van de richtlijn** is arbeidsgeneesheren wetenschappelijk te ondersteunen bij de screening van werknemers naar problematisch alcoholgebruik, alsook bij het aanbieden van kortdurende interventies. Standaardisering via een richtlijn met een beslissingsboom is nodig.

Het uitgangspunt is een **kwaliteitsverhoging** van de aanpak door de arbeidsgeneesheer waardoor de alcoholproblematiek van werknemers efficiënt(er) kan benaderd worden. Daarnaast dient deze richtlijn ook gekaderd te worden in een beleidsadvies.

Omwille van de beperkte projectduur en het vernieuwend karakter van het initiatief, opteerde de werkgroep om een **richtlijn in consensus** voor te stellen, en de guideline niet ter validatie in te dienen bij het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (CEBAM). Een evaluatie van de implementatie en het gebruik van de guideline wordt evenwel vooropgezet.

1.3 INSTRUMENTEN ALCOHOLSCREENING

Alcoholscreening legt bloot of het drinkgedrag van iemand al dan niet risicovol is ('hazardous use') en een kortdurende interventie noodzakelijk maakt. Daarenboven kan screening duidelijk maken hoe ernstig het drinkprobleem ('harmful use') is en of er eventueel sprake is van een stoornis (dependence symptoms'). Screening kan vanuit veel verschillende settings en door verschillende beroepsdisciplines gebeuren. Afhankelijk van de voorkennis en de betreffende test kan vorming en training nodig zijn.

1.3.1 Vragenlijsten

Gestructureerde vragenlijsten kunnen behulpzaam zijn om een vermoeden van problematisch alcoholgebruik aan te tonen dan wel uit te sluiten. Er zijn verschillende vragenlijsten die inzage geven in het problematisch karakter van alcoholgebruik. De termen 'sensitiviteit' (kans op positieve uitslag bij mensen die de aandoening hebben) en 'specificiteit' (kans op negatieve uitslag bij de mensen die de aandoening niet hebben) geven daarbij aan hoe goed de vragenlijst meet wat ze moet weten. De meest gebruikte vragenlijsten in de eerstelijnsgezondheidszorg in België zijn (30):

- **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) is een internationaal gevalideerde vragenlijst om problematisch alcoholgebruik op te sporen en is zeer geschikt om personen te identificeren die risicovol en overmatig drinken (31). De AUDIT werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (6, 32) en bestaat uit tien vragen die de verschillende dimensies van alcoholgebruik bevragen: drie vragen over alcoholconsumptie, vier over alcoholgerelateerde problemen en drie over symptomen van afhankelijkheid (*zie bijlage 2*). In een eerste stap worden de eerste drie vragen van de AUDIT gesteld. Indien bij mannen <65 jaar de score op de eerste drie vragen ≥ 5 bedraagt en bij vrouwen en 65-plussers ≥ 4 bedraagt, wordt in een tweede stap vraag 4 tot en met 10 gesteld (Tabel 1). De AUDIT heeft een sensitiviteit van 38 tot 94 % en een specificiteit van 66 tot 90%. Een Vlaamse versie werd ontwikkeld door Aertgeerts (33, 34).

Met de AUDIT-score kan men riskant en schadelijk gebruik opsporen alsook mogelijke alcoholstoornissen. Bij riskant drinken gaat het om een alcoholprofiel dat het risico op schadelijke gevolgen voor de drinker zelf of voor anderen verhoogt. Ondanks de afwezigheid van enige stoornis is dergelijk alcoholgedrag betekenisvol voor de volksgezondheid (8).

AUDIT		
Domein	Nummer vraag	Inhoud Item
Riskant (hazardous) alcoholgebruik	1	Frequentie alcoholgebruik
	2	Gebruik op een typische dag
	3	Frequentie overmatig drinken
Symptomen van afhankelijkheid	4	Geen controle over je alcoholgebruik
	5	Niet kunnen doen wat er normaal van je verwacht wordt
	6	Ochtenddrinken
Schadelijk (harmful) alcoholgebruik	7	Schuldgevoel na alcoholgebruik
	8	Blackouts
	9	Verwondingen bij drinker of anderen door je alcoholgebruik
	10	Anderen die bezorgd zijn over je alcoholgebruik

Tabel 1: AUDIT

De AUDIT kan zowel schriftelijk als mondeling worden afgenomen. Een schriftelijke bevraging neemt minder tijd in beslag, de kans op accurate antwoorden is groter, en de resultaten kunnen onmiddellijk opgeslagen en geanalyseerd worden. Tijdens een gesprek kan men mogelijke tegenstrijdige antwoorden bevragen, en onmiddellijk feedback geven. Ook voor personen die minder leesvaardig biedt dit een oplossing.

De AUDIT kan ook toegepast worden bij werknemers, in het bijzonder voor werknemers met functioneringsproblemen, absenteïsme en ongevallen (8).

- **AUDIT-C:** Om het gebruik van vragenlijsten mogelijk te maken in omstandigheden waar er niet genoeg tijd is om de volledige AUDIT af te nemen, werden er verschillende korte vragenlijsten ontwikkeld. De AUDIT-C bestaat uit de eerste drie vragen (met betrekking tot alcoholconsumptie) van de AUDIT en blijkt in validiteit weinig te verschillen (34, 35). Het voordeel is dat deze vragen in de praktijk gemakkelijk te onthouden en te scoren zijn (*zie bijlage 4*). Verschillende studies suggereren dat de AUDIT-C de eerste keus moet zijn in medische settings, maar hierover bestaat geen eensgezindheid (36).
- **CAGE:** de CAGE-vragen werden als volgt geformuleerd: (1) Heeft u weleens het gevoel gehad het alcoholgebruik te moeten minderen? (Cut down); (2) Heeft u zich ooit weleens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw drankgebruik? (Annoyed); (3) Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u gedaan heeft toen u had gedronken? (Guilty) en (4) Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (Eye-opener) (*zie bijlage 1*). De CAGE is een korte, gemakkelijk te onthouden vragenlijst, maar geeft geen informatie over kwantiteit, frequentie of drinkpatroon, en is daardoor niet geschikt voor detectie van overmatig drinken (4). Ook laag maar riskant alcoholgebruik wordt niet gedetecteerd. De test werd frequent geëvalueerd en toont een sensitiviteit van 43 tot 93% voor alcoholproblemen.
- **FAST (Fast Alcohol Screening Test):** de FAST werd ontwikkeld in Engeland voor gebruik in algemene ziekenhuizen en spoedopnameafdelingen. Het instrument bestaat uit vier vragen van de AUDIT (vragen 3, 5, 8 en 10). Een groot voordeel van de FAST is dat één vraag uit deze test, 'Hoe vaak drink je acht of meer eenheden per gelegenheid?' voor mannen en 'Hoe vaak drink je zes of meer eenheden per keer?' voor vrouwen, een goede filter is voor het verder bevragen (37). De FAST detecteert op basis van deze ene vraag meer dan de helft van de patiënten voor riskant drinken. De FAST heeft een sensitiviteit van 93% en specificiteit van 88% (*zie bijlage 5*).
- **FIVE SHOT:** de five-shot vragenlijst is een combinatie van de AUDIT (eerste twee vragen) en de CAGE (niet de eerste vraag). De Five-Shot dient, net als de AUDIT-C, om alcoholproblematiek te signaleren. In vijf vragen wordt er gekeken naar de functie die het alcoholgebruik heeft. De maximumscore is 7. Als iemand een score heeft van 2.5 of groter dan kan alcoholmisbruik of -afhankelijkheid worden vermoed (*zie bijlage 6*).
- De **ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)** is een screeningsinstrument voor alcohol maar ook voor roken en ander middelengebruik. Het instrument werd

ontwikkeld door de WGO en een internationaal team van onderzoekers gespecialiseerd in middelengebruik (38). In het kader van een Vlaams-Nederlands project werd het instrument naar het Nederlands vertaald, en is ook een onlineversie (me-ASSIST) beschikbaar (39). De ASSIST bestaat uit 8 vragen, waarmee eenvoudig en snel een inschatting kan gemaakt worden van de ernst van middelengebruik bij volwassenen. Het resultaat van de screening geeft ook aan welke verdere opvolging aangewezen is: informatie, kortdurende interventie of intensievere hulpverlening (zie bijlage 7).

Zelfregistratie bij vragenlijsten kan het nadeel hebben dat de respondenten hun eigen alcoholgebruik minimaliseren. Dit is een onvermijdelijk zwak punt in zelfrapportage over gevoelige thema's als alcoholgebruik. Nadelen van zelfrapportages zijn ook dat de respondent de neiging heeft om sociaal wenselijke antwoorden te geven en zich bepaalde zaken niet altijd herinnert (40).

Toch blijven vragenlijsten ondanks de zelfrapportage een effectieve manier om de doelgroep van riskante drinkers te identificeren. De afname is ook mogelijk door niet-artsen en is veel goedkoper dan bloedonderzoek. Vragenlijsten kunnen ook gekaderd worden in algemene bevragingen naar leefgewoonten en leefstijl.

1.3.2 Biomarkers

Om problematisch alcoholgebruik op te sporen kunnen volgende tests uitgevoerd worden (30):

- **BAC** (Bloed Alcohol Concentratie): om als screeningsinstrument gebruikt te worden in een eerstelijnsdienst heeft deze test een te lage sensitiviteit en specificiteit.
- **Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGT)**, eventueel in combinatie met een verhoging van de HDL-Cholesterol), is de meest gebruikte labotest. Dit door de lever afgescheiden eiwit wordt in verhoogde mate geproduceerd bij langdurig alcoholmisbruik. Chronisch drinken van vier of meer glazen per dag gedurende vier tot acht weken doet de bloedspiegels ervan significant stijgen. Ze normaliseren weer na vier à vijf weken abstinentie. Bij zware chronische drinkers in de herstelfase wordt deze test soms gebruikt om tijdens de abstinentie eventueel herval te detecteren. De test is echter niet erg specifiek omdat GGT ook gestegen is bij niet-alcoholische leverschade, bij gebruik van medicatie en bij sommige metabole stoornissen.
- **ASpartaat-AminoTransferase (ASAT) en de ALanine-AminoTransferase (ALAT)** kunnen verhoogd zijn bij een alcoholische hepatitis maar ook bij andere aandoeningen.
- **Mean Corpuscular Volume (MCV)** is een index die verwijst naar het volume van de rode bloedcellen. Deze index neemt wegens het toxisch effect van alcohol op het beenmerg, toe bij excessief alcoholgebruik na vier à acht weken. Gezien de lage sensitiviteit is deze test op zich geen goede indicator. In combinatie met andere testen heeft hij zijn plaats omdat de MCV bij abstinentie langer verhoogd blijft.
- **Carbohydraat-deficiënt Transferrine (CDT)** is een eiwit waarvan de bloedspiegel stijgt na één à twee weken excessief drinken. Het is specifiekere dan GGT maar de sensitiviteit is niet zo groot bij vrouwen en bij adolescenten. Daarenboven is de test vrij duur. Omdat deze test vooral interessant is wanneer de waarden over de tijd vergeleken worden is hij vooral bruikbaar als ondersteunende feedback of om herval te detecteren.

- Bij alcoholafhankelijkheid ziet men vaak een verhoging van de **HDL-Cholesterol**. Wanneer tegelijkertijd de GGT verhoogd is, wijst dit in 75% van de gevallen op overmatig alcoholgebruik

Deze tests blijken een minder goede sensitiviteit en specificiteit te hebben dan vragenlijsten waardoor ze niet zinvol zijn om alcoholmisbruik of –afhankelijkheid in de eerstelijnsgezondheidszorg te detecteren (33, 41). De geringe sensitiviteit zorgt ervoor dat huisartsen slechts een klein deel van patiënten met problematisch alcoholgebruik detecteren. Mogelijk is het zinvol deze laboratoriumtests uit te voeren om leverbeschadiging vast te stellen of om vermindering of stoppen van alcoholgebruik te monitoren (34).

1.4 SCREENING IN COMBINATIE MET KORTDURENDE INTERVENTIES

Screening in combinatie met kortdurende interventies ('brief interventions') is een verzamelnaam voor een heterogene groep van interventies die variëren in doelstelling, doelgroep, lengte, structuur en intensiteit (42).

1.4.1 Kort advies en korte interventie

In de aanbeveling voor huisartsen wordt een onderscheid gemaakt tussen kort advies ('simple brief intervention of brief advice') en een korte interventie ('extended brief intervention').

Kort advies:

- Kort gestructureerd adviesgesprek dat vaak wordt toegepast in de eerstelijnszorg.
- Kort advies (vijf minuten) blijkt niet minder doeltreffend dan de langer durende korte interventie, die vanuit logistiek oogpunt niet bij alle probleemdrinkers kan worden toegepast.
- Bij een AUDIT-score van 8 tot en met 19 beveelt de richtlijn de huisarts aan om een kortadviesgesprek te doen.

Korte interventie

- Combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken, een advies en vaak ook het geven van feedback over de fysieke conditie van de patiënt.
- Reeks van gesprekken van 20 à 30 minuten.
- Bevat de elementen van kort advies + het in kaart brengen van het lichamelijke, psychologische (psychische) en sociale welbevinden van de patiënt + de impact van alcoholgebruik op de relatie met omgeving.
- Duidelijk zicht krijgen op de motivatie en de wil van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen.

1.4.2 FRAMES

Een korte interventie wordt vooral aangeboden bij langdurig overmatig drinken, bij alcoholgerelateerde problemen of wanneer iemand zelf om hulp vraagt. In de richtlijn voor huisartsen wordt gesteld dat niet iedere huisarts een korte interventie kan doen, maar dat deze techniek is weggelegd voor huisartsen die hier voldoende ervaring mee hebben of die zich hebben bekwaamd in

een meer motivationeel gerichte aanpak. Een korte interventie bevat meer dan het kort advies een aantal consistente elementen die bijdragen tot de effectiviteit, samengevat met het acroniem FRAMES (Tabel 2).

Een aantal van deze kenmerken (empathie, persoonlijke effectiviteit, verantwoordelijkheid en keuzemenu) zijn ook verbonden met de basisprincipes van **motiverende gespreksvoering**, een gesprekstyl ontwikkeld voor het bevorderen van de interne motivatie voor gedragsverandering (39).

<p>Feedback (feedback)</p>	<p>Het geven van feedback is een <u>sleutelement</u> van kortdurende interventies. Men geeft informatie over persoonlijke risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon, en algemene informatie over de risico's en gevaren als gevolg ervan. Feedback kan ook een vergelijking inhouden tussen de gebruikspatronen en -problemen van de patiënt/werknemer en gebruikspatronen en -problemen die gemiddeld voorkomen bij personen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Op die manier kan de patiënt/werknemer zijn beeld over 'de norm' bijstellen. Bij het geven van informatie is het belangrijk de patiënt/werknemer <u>zelf conclusies te laten trekken</u>.</p>
<p>Responsability (verantwoordelijkheid)</p>	<p>De verantwoordelijkheid voor verandering wordt <u>expliciet toegekend aan de patiënt/werknemer</u>, met respect voor diens recht om eigen keuzes te maken. Het gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering en het afbouwen van weerstand.</p>
<p>Advice about changing (advies)</p>	<p>Men geeft een duidelijk advies over de <u>nadelen verbonden aan gebruik</u>. Patiënten/werknemers zijn zich vaak niet bewust dat hun huidige patroon van middelengebruik zou kunnen leiden tot gezondheids- of andere problemen of dat het bestaande problemen zou kunnen verergeren. Duidelijk advies dat het verminderen of stopzetten van het middelengebruik hun risico's op toekomstige problemen zal verminderen, vergroot het bewustzijn over hun persoonlijke risico's en de motivatie om hun gedrag te veranderen.</p>
<p>Menu of options (keuzemogelijkheden)</p>	<p>De patiënt/werknemer krijgt <u>verschillende opties en behandelingswijzen</u> aangeboden met betrekking tot veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik. Keuzemogelijkheden versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen, en kan de motivatie vergroten.</p>
<p>Empathy (empathie)</p>	<p>Een warme, empathische, respectvolle en begrijpende benadering door de persoon die de interventie is een belangrijke factor voor de reactie van de betrokkene.</p>
<p>Self-efficacy (persoonlijke effectiviteit, vertrouwen)</p>	<p>Het geloof van de patiënt/werknemer in zijn eigen kunnen om verandering in het alcoholgebruik te bevorderen wordt ondersteund.</p>

Tabel 2: gebaseerd op de richtlijn voor huisartsen en de ASSIST-handleiding voor eerstelijnsgezondheidszorg van VAD

In het kader van de interuniversitaire opleiding arbeidsgeneeskunde wordt tijdens de ééndaagse opleiding Motiverende Gespreksvoering (MG) aandacht besteed aan deze FRAMES.

In de derde herziening van de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt ingegaan op het gebruik maken van motiverende gespreksvoering tijdens het gesprek met de patiënt (43). De huisarts kan daartoe een aantal vragen stellen (zie bijlage 8).

2. UITWERKING RICHTLIJN VOOR ARBEIDSGENEESHEREN IN BELGIË

2.1 METHODE UITWERKING VOORSTEL

De mate van participatie is een belangrijk gegeven in de ontwikkeling van een guideline. Hiervoor werden diverse 'World Cafés' georganiseerd, meer specifiek 'Uptodate2-café's' genoemd. Dergelijk 'World Café' is een gestructureerd conversatie-proces, bedoeld om een open en levendige discussie mogelijk te maken. Het is één van de meest gebruikte methodes van 'Large Scale Interventions' (LSI). LSI is een evidence based aanpak waarbij belanghebbenden actief participeren. Op korte termijn leidt het tot een snellere en betere implementatie van een verandering, en wordt er een gevoel van betrokkenheid en eigenaarschap gecreëerd (44).

Via de verschillende koepelorganisaties van arbeidsgeneesheren werd een uitnodiging voor deelname verspreid (zie bijlage 9). Een 40-tal arbeidsgeneesheren wenste dit proces naar de ontwikkeling van een guideline mee op te volgen. Tijdens de Uptodate2-café's werd het belang van richtlijnen in de huisartsengeneeskunde toegelicht alsook de toepasbaarheid ervan door arbeidsgeneesheren bediscussieerd. Diverse screeningsinstrumenten voor alcohol- en ander druggebruik werden toegelicht. Verder werd gepeild naar de ervaringen van de deelnemers inzake screening en kortdurende interventies, werden mogelijke knelpunten opgelijst, en voorwaarden om dit initiatief te kunnen uitvoeren. De guideline voor huisartsen omtrent problematisch alcoholgebruik vormde hierbij het uitgangspunt (34) (steekkaart, zie bijlage 10). Er was een consensus omtrent het uitwerken van een **(eerste!) guideline** voor arbeidsgeneesheren, in eerste instantie omtrent **alcoholgebruik**. Bijgevolg worden screeningsinstrumenten omtrent andere drugs niet verder in deze tekst besproken.

De Uptodate2-Cafés vonden plaats op 1 juni 2016, 26 oktober 2016 en 11 januari 2017, telkens in de gebouwen van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO).

2.2 KEUZE VOOR ALCOHOLSCREENING

De guideline is **enkel op alcoholgebruik** van toepassing omwille van volgende redenen:

- De prevalentie van problematisch alcoholgebruik bij de algemene bevolking versus problematisch illegaaldruggebruik. In de loop van 2017 zijn er specifieke data van de beroepsbevolking in België beschikbaar.
- De vragenlijst is internationaal gevalideerd, beschikbaar en in theorie onmiddellijk implementeerbaar.
- Het is de ambitie om in de toekomst uit te breiden naar psychofarmacagebruik en/of illegale drugs.
- Wat illegale drugs betreft gaat het om een grote gevarieerde groep van producten. Bepaalde bedrijven worden in verhouding veel met illegaal druggebruik geconfronteerd. Sommige

bedrijfsartsen zijn daardoor ook vragende partij voor opvolging bij een positieve test naar illegaal druggebruik. Voor deze bedrijfsartsen kan er naar de me-ASSIST verwezen worden.

2.3 KEUZE VOOR DE AUDIT-C IN DE WERKCONTEXT

Tijdens het Uptodate2-Café van 1 juni 2016 werden de voor- en nadelen van de diverse screenings-instrumenten besproken en werd de AUDIT-C een geschikt instrument bevonden om problematisch alcoholgebruik na te gaan. AUDIT-C, is de verkorte versie van de AUDIT (de eerste 3 van de 10 vragen) en ontwikkeld voor het gebruik in omstandigheden waar er niet genoeg tijd is om de volledige AUDIT af te nemen. AUDIT-C is even effectief als de afname van de volledige AUDIT (45).

De AUDIT-C-score is geassocieerd met risicovol alcoholgebruik in de werkplaats. Er is een significante link met riskant rijgedrag. Een cut-off van ≥ 4 is meer betrouwbaar bij het identificeren van chauffeurs met riskant gedrag (46).

2.4 KEUZE VOOR GERICHTE SCREENING

- De werkgroep **adviseert om gericht** te screenen. Een systematische screening naar problematisch alcoholgebruik door de arbeidsgeneesheren is niet haalbaar omwille van tijdsgebrek, bijkomende werkbelasting, en onduidelijkheid over de financiering ervan.
- Bij deze gerichte screening moet er verder een onderscheid gemaakt worden tussen het bevragen van alcoholgebruik tijdens individueel gerichte arbeidsgeneeskundige onderzoeken en in het kader van gezondheidsbevordering (Tabel 3).

Individueel gerichte arbeidsgeneeskundige onderzoeken	Gezondheidsbevordering
Aanwervingsonderzoek	Leefstijlonderzoek
Periodiek onderzoek	Analyse psychosociale risico's (bv. relatie met stress, burn-out)
(Rij-)Geschiktheidsonderzoek	
Onderzoek bij werkhervatting	
Consult naar aanleiding van een functioneringsprobleem waarbij het advies aan de werknemer werd gegeven de arbeidsgeneesheer te raadplegen (initiatief ligt bij werknemer)	
Consult naar aanleiding van het signaleren van functioneringsproblemen door de werkgever aan de arbeidsgeneesheer (initiatief ligt bij (AG)	
Resultaat score is element in de verdere opvolging van de werknemer.	Resultaten worden op collectief niveau geanalyseerd en kunnen de basis vormen voor preventieve maatregelen.

Tabel 3: context gericht screenen

- Ook het onderscheid tussen werknemers met of zonder een veiligheidsfunctie/functies met verhoogde waakzaamheid is naar opvolging van belang. Omwille van mogelijke risico's voor betrokkene en voor zijn omgeving kunnen in dat geval eisen worden gesteld naar gedragsverandering (externe druk).
- De werkgroep **beklemtoont** dat een mogelijke beslissing van de arbeidsgeneesheer niet enkel van de score van de AUDIT-C mag afhangen. Het bevragen van het functioneren en mogelijke functioneringsproblemen is noodzakelijk. Voor veiligheidsfuncties zijn bio-markers tevens aangewezen.
- De werkgroep **beklemtoont dat de rol van de arbeidsgeneesheer** bij kort advies en korte interventie heel duidelijk moet zijn. Deze rol dient congruent te zijn met de bepalingen in het KB Gezondheidstoezicht, en/of in de uitwerking van een alcohol- en drugbeleid. Wat is de rol bijvoorbeeld van de arbeidsgeneesheer bij werknemers die niet gemotiveerd zijn hun (werk) gedrag te veranderen? Wat met de communicatieplicht naar huisartsen?

2.5 FREQUENTIE AFNAME AUDIT-C

- De werkgroep adviseert om de AUDIT-C **minstens éénmaal** in het kader van bovenstaande individueel gerichte arbeidsgeneeskundige onderzoeken af te nemen, en deze afname standaard **te herhalen na 5 jaar**. Afhankelijk van de score van de vragenlijst is een herhaalde afname op kortere termijn aangewezen.
- Voor screening in het kader van gezondheidsbevordering kan een aangepaste timing worden voorzien.

2.6 AANDACHTSPUNTEN BIJ DE PRAKTISCHE INVOERING VAN DE GUIDELINE

- De werkgroep beklemtoont het belang van een draagvlak bij de sociale partners. Duidelijke communicatie over doelstellingen en uitvoering van de guideline is noodzakelijk.
- Een trainingsaanbod inzake kort advies en korte interventie is aangewezen.
- Verband met andere welzijnsthema's (roken, voeding, obesitas) vooral bij bevraging in het kader van gezondheidsbevordering.
- Koppeling met alcohol- en drugbeleid, re-integratie, verzuimbeleid.
- Beschikbaarheid van vragenlijsten in andere talen dan Nederlands/Frans.
- Afspreken timing implementatie: officieel startmoment?
- Technische invoering

3. RICHTLIJN: SCORE SCREENING EN OPVOLGING RESULTAAT

Vertrekpunt is de score (resultaat) van AUDIT-C. Dit resultaat kan leiden tot een aanbeveling of tot dwingende criteria voor besluitvorming afhankelijk van de mogelijke risico's voor werknemer en zijn omgeving.

De AUDIT-score wordt **steeds in de context van het functioneren** geplaatst, ook bij een score ≤ 15 .

Resultaat 1

<5 voor mannen (score eerste 3 vragen)

<4 voor vrouwen

Opvolging:

Er is wellicht geen problematisch alcoholgebruik.

Het is niet nodig om de resterende vragen van de AUDIT-10 te stellen.

Bij het identificeren van chauffeurs met riskant gedrag wordt geadviseerd om bij een score van ≥ 4 reeds de volledige AUDIT af te nemen.

Resultaat 2

≥ 5 voor mannen (score eerste 3 vragen)

≥ 4 voor vrouwen

Opvolging: stel de overige zeven vragen van de AUDIT en bereken de totale score



0 tot 7 voor mannen (score 10 vragen)

van 0 tot 6 voor vrouwen

- De werknemer krijgt de boodschap dat zijn/haar alcoholgebruik '**AANVAARDBAAR**' is en wellicht geen probleem stelt.
- Geef aan wat 'aanvaardbare hoeveelheden' zijn. Hiervoor kan verwezen worden naar de:
 - **14/21-regel**
Mannen: ≤ 21 standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer.
Vrouwen: ≤ 14 standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer.
Voor mannen en vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week.
 - **Nieuwe richtlijn VAD**
Best niet meer dan 10 standaardglazen per week zowel voor mannen als voor vrouwen.
Alcoholgebruik best spreiden over meerdere dagen in de week.
Enkele dagen niet drinken.

Op basis van nieuwe inzichten over de risico's van alcoholgebruik pasten verschillende landen hun richtlijnen al aan. De richtlijn stelt dat men best niet meer dan 10 standaardglazen per week drinkt om de risico's van alcoholgebruik te beperken (*zie bijlage 11*). De richtlijn is bedoeld om de algemene bevolking te sensibiliseren en te informeren over de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik, maar vormt evenwel geen basis voor screening. VAD beklemtoont dat de "ernst van de risico's afhankelijk zijn van de situatie (bijv. in het verkeer, op het werk) en de persoonlijke kwetsbaarheden (jongeren, zwangere vrouwen, ouderen, ...)". Een uitvoerige toelichting bij deze nieuwe richtlijn is te lezen op de website van VAD⁴.

8 tot 15 voor mannen

van 7 tot 15 voor vrouwen

- Deel de AUDIT-score mee: **'PROBLEMATISCH'**.
- Geef **KORT ADVIES**. Bespreek op een empathische en niet-veroordelende manier de persoonlijke risico's en de nood aan verandering. Risico's kunnen zich situeren op lichamelijk, psychiatrisch, psychisch, mentaal of maatschappelijk vlak, en op vlak van functioneren.
- Volgens de werkgroep is het niet moeilijk om een kort advies te geven maar de werknemer moet hiervoor wel openstaan. Vertrouwen in de arbeidsgeneesheer is daarom erg belangrijk.
- Geef een folder mee ter ondersteuning van het mondelinge kort advies (voorstel om folder aan te maken). Of verwijst naar de website van de DrugLijn (www.druglijn.be) of Infor-Drogues (www.infordrogues.be).
- Indien de score ≤ 16 is, maar er aanwijzingen zijn dat er problematisch gebruik is (dit kan bijvoorbeeld tijdens het gesprek geconcludeerd worden), dan worden de maatregelen genomen conform een score ≥ 16 (infra).

≥ 16 voor mannen

≥ 16 voor vrouwen

- Deel de AUDIT-score mee: **'PROBLEMATISCH'**.
- De werkgroep adviseert dat vanaf een score van 16 of meer altijd het advies van de curatieve sector noodzakelijk is, ook als er geen functioneringsproblemen bekend zijn of aangegeven worden tijdens het gesprek. Deze aanbeveling is 'strenger' dan deze voor de huisarts waar nog een kort advies kan tot een score van 19. De keuze van de werkgroep wordt ingegeven door de context 'werk' en mogelijke veiligheidsrisico's.
- Doe een **KORTE INTERVENTIE**: de werkgroep adviseert bij deze score om standaard naar de huisarts door te verwijzen. Doelstelling van deze doorverwijzing: 1/ een signaalfunctie naar de werknemer omtrent het problematisch karakter van zijn alcoholgebruik; 2/ een mogelijke behandeling en 3/ verder opvolging. De werkgroep stelt voor om een draft van verwijsbrief te maken. Daardoor ontvangen huisartsen een uniforme brief vanwege arbeidsgeneesheren hetgeen de herkenbaarheid verhoogt.

⁴ <http://www.vad.be/materialen/detail/achtergrond-en-toelichting-bij-keuzes-nieuwe-richtlijn-voor-alcoholgebruik>

- De werkgroep stelt in een eventueel zijtraject een verwijzing voor naar de Preventieadviseur Psychosociale aspecten met het oog op motiverende gesprekken met de werknemer.
- De werkgroep adviseert om voor veiligheidsfuncties bij een score vanaf 16 de werknemer:
 - tijdelijk ongeschikt te verklaren voor zijn functie of
 - een zeer strikte opvolging af te spreken in overleg met de huisarts
- De werkgroep is van mening dat bij veiligheidsfuncties met deze score ook bio-markers aangewezen zijn. Nog te concretiseren.
- Bij een periode van Arbeidsongeschiktheid stelt de werkgroep voor dat het aan de werknemer is om te bewijzen dat hij (terug) geschikt is. Dat bewijs moet gebaseerd zijn op informatie van de huisarts (bijvoorbeeld door het verslag van de huisarts te vragen).

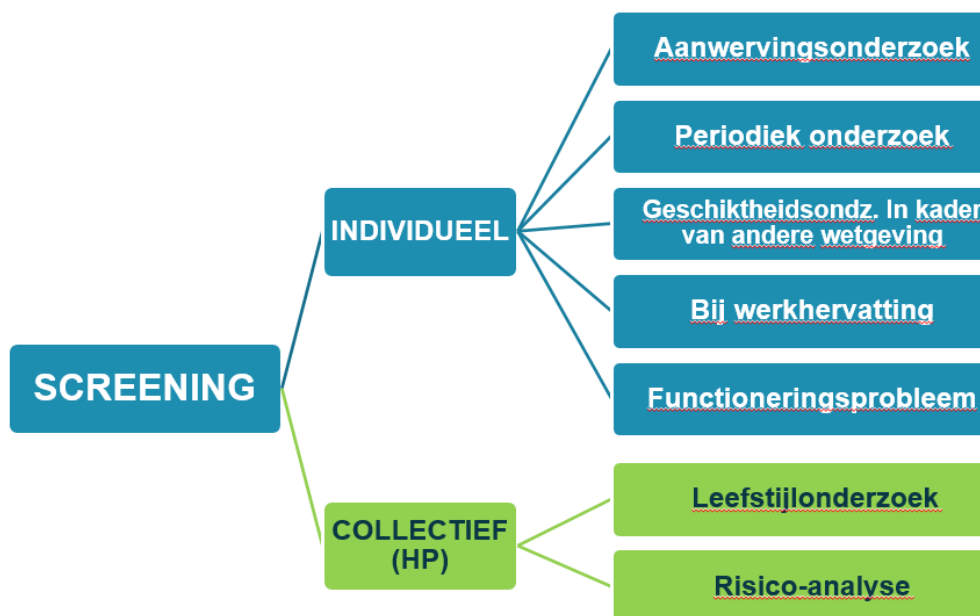
≥20 voor mannen

≥20 voor vrouwen

Idem supra: verwijzing huisarts maar met een strikte opvolging voor opvolging voor veiligheidsfuncties.

BESLISSINGSBOOM IN SCHEMA

Wordt verder aangevuld na ontvangst laatste feedback.



BIJLAGE 1: CAGE-VRAGENLIJST

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

Score:

Wie op twee of meer vragen positief scoort, heeft mogelijk een alcoholprobleem.

BIJLAGE 2: AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

1. Hoe vaak drinkt u een alcoholhoudende drank?
 - nooit (0)
 - maandelijks of minder (1)
 - twee of vier keer per maand (2)
 - twee of drie keer per week (3)
 - vier of meer keer per week (4)
2. Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag wanneer u drinkt?
 - geen (0)
 - één of twee (1)
 - drie of vier (2)
 - vijf of zes (3)
 - zeven tot negen (4)
 - tien of meer (5)
3. Hoe vaak drinkt u zes of meer glazen per gelegenheid?
 - nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
4. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar opgemerkt dat u niet in staat was met drinken te stoppen nadat u was begonnen met drinken?
 - nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
5. Hoe vaak heeft u het afgelopen jaar nagelaten om te doen wat normaal van u werd verwacht vanwege drankgebruik?
 - nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
6. Hoe vaak heeft u gedurende het laatste jaar de behoefte gehad om 's ochtends uw eerste alcoholhoudende drank te gebruiken om weer op gang te kunnen komen na een sessie van overmatig drankgebruik?
 - nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
7. Hoe vaak heeft u zich gedurende de laatste jaren schuldig gevoeld of zelfverwijt gehad over uw drankgebruik?
 - nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)

8. Hoe vaak kon u zich in het afgelopen jaar gebeurtenissen van de dag daarvoor niet meer herinneren vanwege uw drankgebruik?
- nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
9. Heeft u uzelf of iemand anders weleens verwond als gevolg van uw drankgebruik?
- nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)
10. Heeft een familielid, vriend of een dokter of een hulpverlener in de gezondheidszorg zijn bezorgdheid geuit over uw drankgebruik en u gesuggereerd uw drankgebruik te minderen?
- nooit (0)
 - minder dan maandelijks (1)
 - maandelijks (2)
 - wekelijks (3)
 - dagelijks of bijna dagelijks (4)

Score:

Stap 1: stel vraag 1 tot en met 3. 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.

Stap 2: stel nadien vraag 4 tot en met 10:

- Bij mannen < 65 jaar indien de score op de eerste drie vragen ≥ 5 bedraagt
- Bij vrouwen en 65-plussers indien de score op de eerste drie vragen ≥ 4 bedraagt.

Version en français à l'adresse: www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf



BIJLAGE 3: DSM-5-CRITERIA - STOORNISSEN IN HET GEBRUIK VAN ALCOHOL

Een stoornis in het gebruik van alcohol is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit **minstens twee van de volgende** kenmerken, die **binnen een periode van 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, op 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 of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één 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 voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
11. Onthoudingsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - a. Het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol.
 - b. Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingsymptomen (*onthoudingsverschijnselen*) te verlichten of te voorkomen.

Bron:

Boomsma, L. J., Drost, I. M., Larsen, I. M., Luijkx, J. J. H. M., Meerkerk, G. J., Valken, N., ... & Sijbom, M. (2014). NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). Huisarts en Wetenschap, 57(12), 638-46.

BIJLAGE 4: AUDIT-C

1. Hoe vaak gebruikte u het afgelopen jaar een alcoholhoudende drank?

0 = nooit

1 = maandelijks of minder

2 = 2 - 4 maal per maand

3 = 2 - 3 maal per week

4 = 4 of meer maal per week

2. Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikte u op een doorsnee dag in het afgelopen jaar?

0 = 1 of 2

1 = 3 of 4

2 = 5 of 6

3 = 7, 8 of 9

4 = 10 of meer

3. Hoe vaak gebruikte u zes of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?

0 = nooit

1 = minder dan eens per maand

2 = maandelijks

3 = wekelijks

4 = dagelijks of bijna iedere dag

Score:

- Voor vrouwen geldt dat bij 4 of meer punten er doorggevraagd kan worden op het alcoholgebruik.
- Voor mannen geldt dit bij meer dan 5 punten

BIJLAGE 5: FAST (FAST ALCOHOL SCREENING TEST)

1. How often do you have eight or more drinks on one occasion?

__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

2. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?

__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

3. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of your drinking?

__ Never __ Less Than Monthly __ Monthly __ Weekly __ Daily or Almost Daily

4. Has a relative or friend, a doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?

__ No __ Yes, but not in the last year. __ Yes in the last year.

Scoring the FAST Test:

Score questions 1, 2 and 3 as follows:

- Never -- 0 points
- Less than monthly -- 1 point
- Monthly -- 2 points
- Weekly -- 3 points
- Daily or almost daily -- 4 points

Score question 4 as follows:

- No -- 0 points
- Yes, but not in the last year -- 2 points
- Yes, in the last year -- 4 points

The maximum score is 16. A total score of 3 indicates hazardous drinking.

If a person answer "never" on the first question, he or she is not a hazardous drinker and the remaining questions are not necessary.

If a person answers "weekly" or "daily or almost daily" on the first question, he or she is considered a hazardous drinker and the rest of the questions are skipped.

If a person answers "monthly" or "less than monthly" to the first question, the other three questions are needed to complete the screening for hazardous drinking.

BIJLAGE 6: FIVE SHOT VRAGENLIJST

De twee AUDIT-vragen:

1. Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende dranken?
 - nooit (0)
 - eenmaal per maand of minder (0,5)
 - twee tot vier keer per maand (1)
 - twee tot drie keer per week (1,5)
 - vier keer per week of meer (2)

2. Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag dat u drinkt?
 - één of twee (0)
 - drie of vier (0,5)
 - vijf of zes (1)
 - zeven tot negen (1,5)
 - tien of meer (2)

De drie CAGE-vragen:

3. Heeft u zich ooit geïrriteerd gevoeld over opmerkingen door anderen over uw drankgebruik?
Nee (0)
Ja (1)

4. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u heeft gedaan toen u had gedronken?
Nee (0)
Ja (1)

5. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid?
Nee (0)
Ja (1)

Score:

Bij de Five-Shot-vragenlijst is de maximum score 7 punten.

Bij een score van 2,5 of hoger kan alcoholmisbruik of –afhankelijkheid worden vermoed.

BIJLAGE 7: ASSIST (ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST)

De ASSIST bestaat uit acht vragen.

Vragen één tot zeven gaan over het gebruik van en problemen met alcohol, tabak, alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, vluchtige snuifmiddelen/inhalanten, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen en opiaten. Middelen die niet in deze lijst zijn opgenomen vallen onder de categorie 'andere'.

Vraag 1 bevraagt welke middelen de patiënt ooit tijdens zijn leven heeft gebruikt. Het gaat over niet-voorgeschreven gebruik. Hiermee wordt het gebruik van middelen bedoeld die niet door een arts werden voorgeschreven. Ook het gebruik van medicatie op voorschrift, in grotere hoeveelheden, frequenter of op een andere manier dan voorgeschreven wordt bevraagd.

Vraag 2 informeert naar de gebruiksfrequentie tijdens de afgelopen drie maanden. Dit geeft een indicatie over de middelen die het meest relevant zijn voor de huidige situatie van de patiënt.

Vraag 3 gaat over hoe vaak de patiënt tijdens de laatste drie maanden een sterke drang of verlangen heeft ervaren om een middel te gebruiken. Dit is een indicatie van psychische afhankelijkheid.

Vragen 4 tot 6 refereren naar de mate waarin de patiënt problemen ondervindt of heeft ondervonden door zijn gebruik.

Vraag 4 bevraagt hoe vaak de patiënt tijdens de afgelopen drie maanden gezondheids-, sociale, gerechtelijke of financiële problemen heeft ondervonden door zijn middelengebruik.

Vraag 5 bevraagt hoe vaak het gebruik van elk middel de patiënt tijdens de laatste drie maanden heeft belemmerd om zijn verantwoordelijkheden op te nemen.

Vraag 6 refereert opnieuw naar de middelen die de patiënt ooit heeft gebruikt en vraagt of iemand ooit zijn bezorgdheid heeft geuit over het middelengebruik van de patiënt en of dat recent is gebeurd.

Vraag 7 informeert of de patiënt ooit tevergeefs geprobeerd heeft om zijn middelengebruik af te bouwen of stop te zetten en zo ja, hoe recent deze poging is. Dit is ook een indicatie voor de mate van afhankelijkheid.

Deze vragen geven samen aanwijzingen over de mate waarin iemand risico loopt op problematisch middelengebruik of al problemen ondervindt door zijn gebruik.

Scores in het middenbereik van de ASSIST zijn een indicatie voor riskant of problematisch gebruik. Dit gebruik kan zich eventueel ook in het verleden hebben voorgedaan waardoor er tevens een verhoogd risico is. Een hoge score op de ASSIST is een indicatie voor afhankelijkheid.

Vraag 8 gaat over het injecterend gebruik en bevraagt of de patiënt ooit bij zichzelf drugs heeft ingespoten. Injecterend druggebruik wordt afzonderlijk behandeld omdat het een bijzonder hoog risico inhoudt, met name op afhankelijkheid, op door bloed overgedragen infectieziekten zoals hiv en hepatitis B en C en andere ernstige druggerelateerde problemen.

BIJLAGE 8: ONDERSTEUNENDE VRAGEN (NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP)

- Kunt u een situatie beschrijven waarin u drinkt? Drinkt u dan meer dan u oorspronkelijk van plan was? Gaat u steeds meer drinken om hetzelfde effect te bereiken? Drinkt u wel eens alcohol als u alleen bent?’
- ‘Wat gebeurt er als u een periode geen alcohol gebruikt?’
- ‘Hebt u regelmatig een sterke wens om alcohol te gebruiken?’
- ‘Welke gevoelens en ideeën heeft u over uw alcoholgebruik? Drinkt u bewust (bijvoorbeeld om in te slapen), is het een gewoonte, drinkt u om te ontspannen of om zich beter te voelen? Heeft u over uw alcoholgebruik nagedacht en was u er wel eens bezorgd over?’
- ‘Heeft u wel eens gedacht dat bepaalde klachten of problemen kunnen samenhangen met alcoholgebruik? Zo ja, heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden hiervoor?’
- ‘Heeft u wel eens overwogen om te minderen dan wel te stoppen met het alcoholgebruik? Heeft u dat wel eens geprobeerd? Waarom probeerde u dat en hoe verliep dat?’
- ‘Vermijdt u door uw alcoholgebruik wel eens bepaalde situaties of bezigheden (sociaal of beroepsmatig)?’
- ‘Bent u wel eens door uw alcoholgebruik in de problemen dan wel in gevaar (school, thuis, verkeer, werk, justitie) gekomen? Zo ja, in welke mate en heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden dat u het alcoholgebruik niet hebt aangepast?’
- ‘Welk deel van uw tijd besteedt u aan het drinken of aan het bijkomen van de effecten van alcohol? Heeft u wel eens de volgende dag last van onthoudingsverschijnselen? Drinkt u wel eens alcohol om de onthoudingsverschijnselen te verdrijven?’
- ‘Krijgt u wel eens opmerkingen van familie en vrienden om minder te gaan gebruiken?’
- ‘Heeft u wel eens cannabis gerookt of iets anders gebruikt om *high* te worden of om u goed te voelen?’

BIJLAGE 9: UITNODIGING OPSTART GUIDELINE

Problematisch alcohol- en druggebruik van werknemers: werk mee aan richtlijnen voor arbeidsgeneesheren

Vervolgproject UP-TO-DATE 2

U bent vragende partij voor richtlijnen!

Het Belspo-onderzoek UP-TO-DATE formuleerde in haar eindrapport belangrijke aanbevelingen omtrent uw aanpak van problematisch middelengebruik van werknemers. De introductie van richtlijnen (bv. welke screeningsinstrumenten te gebruiken) was één van de belangrijkste adviezen.

Met UP-TO-DATE 2 willen we dit proces samen met u opstarten. Graag nodigen we u uit voor de **startvergadering**.

Wat staat er op het programma?

- 1/ Uiteenzetting omtrent het belang van richtlijnen in de huisartsengeneeskunde
- 2/ Discussie omtrent de toepasbaarheid door arbeidsgeneesheren
- 3/ Afspraken voor verdere opvolging

Wanneer verwachten we u?

Woensdag 1 juni 2016

Aanvangsuur: 9u30 – 12u30 (simultaan vertaling)

Na afloop is er een broodjesmaaltijd voorzien. Deelname is gratis.

Waar verwachten we u?

Locatie: FOD WASO, Ernest Blerotstraat 1, 1070 Brussel

FOD WASO is makkelijk bereikbaar met het openbaar vervoer: stap uit in het Zuidstation en neem de uitgang 'Hortaplein'. Het gebouw van de FOD ligt tegenover deze uitgang. Ingang rechts om de hoek.

Inschrijven?

U kan zich inschrijven via [Marie-Claire Lambrechts](#), KU Leuven, Omgeving en Gezondheid (klik op de link, gelieve uw naam en contactgegevens te vermelden).

Ook voor meer info kan u daar terecht. Wij kijken uit naar uw reactie!

Namens het UP-TO-DATE 2-team*

Marie-Claire Lambrechts

Prof. dr. Lode Godderis

(* Het uptodate2-team wordt gevormd door medewerkers van KU Leuven (Omgeving en Gezondheid), Universiteit Luik (Huisartsengeneeskunde), Universiteit Antwerpen (Centrum voor Huisartsengeneeskunde) en VAD, het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. UP-TO-DATE 2 wordt gesponsord door Belspo (Federaal Wetenschapsbeleid) en door de federale overheidsdiensten FOD WASO en FOD Volksgezondheid. KU Leuven coördineert het project.



BIJLAGE 10: STEEKKAART DOMUS MEDICA

STEEKKAART						domus medica
PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: AANPAK DOOR DE HUISARTS						
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 doorgesakt?	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

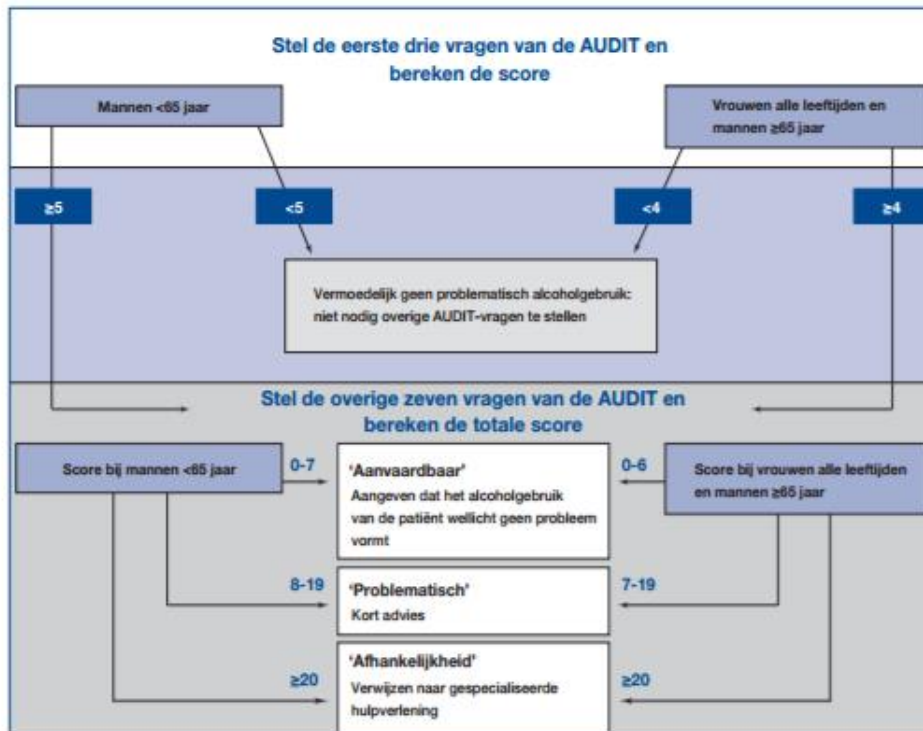
* Een standaardglas alcohol komt overeen met een glas bier van 250 ml met 5% alcohol, 100 ml wijn met 12% alcohol, 40 ml likeur (bijvoorbeeld jenever) met 25% alcohol, 30 ml sterke drank (bijvoorbeeld cognac) met 40% alcohol.						

Huisarts Nu 2011;40:S137-S160

Bron:

Michels J, Hoek S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html>



KORT ADVIES

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

FOLLOW-UP na kort advies

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

VERWIJZING naar gespecialiseerde hulpverlening

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

Bron:

Michels J, Hoek S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.

<http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html>

BIJLAGE 11: RICHTLIJN VLAAMS EXPERTISECENTRUM ALCOHOL EN ANDERE DRUGS

RICHTLIJN VOOR ALCOHOLGEBRUIK

Hoe de risico's van alcoholgebruik beperken?

Alcohol drinken is een persoonlijke keuze. Als je kiest om alcohol te drinken, dan kan deze richtlijn helpen om te bepalen wanneer en hoe (veel).

Voor deze richtlijn betekent één standaardglas alcohol ...

STANDAARDGLAS ALCOHOL		=	10g PURE ALCOHOL	=	12.7 ml PURE ALCOHOL
STANDAARDGLAS BIER	1.0		1.0		1.3
STANDAARDGLAS WIJN	1.0		1.0		1.7 TOT 2.5
STANDAARDGLAS APERTIEF (ROOD, WIT)	1.0		1.0		7.5
STANDAARDGLAS STEERDMANN	1.0		1.0		
GLAS BIER					
GLAS WIJN					
APERTIEF (ROOD, WIT)					
STEAERDMANN					
GLAS BIER					
ZWAAR BIER					
FLES WIJN					

De limiet

Alcohol is een schadelijke stof. Om de risico's van alcoholgebruik te beperken, drink je best niet meer dan 10 standaardglazen per week.

Wil je geen risico lopen, dan 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.

Deze richtlijn is bedoeld voor mannen en vrouwen boven de 18 jaar. Jongeren onder de 18 jaar drinken best geen alcohol.

MAA	DIN	WOE	DON	VRIJ	ZAT	ZON



RICHTLIJN VOOR ALCOHOLGEBRUIK

Alcohol en gezondheidsrisico's

Alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor ongevallen en verwondingen. Los van de verslavende werking verhoogt alcoholgebruik op lange termijn ook het risico op hartaandoeningen, kankers, geheugenstoornissen en aandoeningen aan de pancreas en de lever.

Sommige bevolkingsgroepen lopen meer risico op negatieve effecten van alcoholgebruik. Zij moeten daarom voorzichtig zijn met hun gebruik en vragen best advies aan een hulpverlener:

- Ouderen.
- Jongvolwassenen tussen 18 en 24 jaar.
- Personen die medicatie gebruiken.
- Personen die andere drugs gebruiken.
- Personen met gezondheidsproblemen.
- Personen met psychische problemen.
- Personen met een laag lichaamsgewicht.
- Personen met een familiale voorgeschiedenis van alcoholproblemen.



Zwangerschap?

Alcohol is schadelijk tijdens alle fasen van de zwangerschap. Als je zwanger wil worden, tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoedingsperiode is geen alcohol drinken de veiligste optie.

Wanneer drink je beter geen alcohol?

- Als je je in het verkeer begeeft.
- Voor, tijdens en direct na fysieke inspanningen en sport.
- Bij het werken met machines, elektrische apparaten, ladders, enzovoort.
- Voor en tijdens het werk.
- Wanneer je verantwoordelijk bent voor de veiligheid van anderen.
- Tijdens activiteiten waarbij alertheid en vaardigheden nodig zijn.



Bepaal vooraf hoeveel je wil drinken en hou je aan dat besluit.

Beperk de totale hoeveelheid die je per keer drinkt.

Drink traag, eet bij het drinken en wissel af met water.

Blijf binnen de wekelijkse richtlijn.



VAD bedankt al zijn partners bij het ontwikkelen van deze alcoholrichtlijn. Voor meer informatie i.v.m. alcohol en de alcoholrichtlijn, ga naar www.vad.be/themes/alcohol



Bij De DrugLijn kan iedereen terecht met alle vragen over drank, drugs, pillen en gokken. Via 078 15 10 20 of www.druglijn.be. Voor online hulp en begeleiding kan men ook terecht op www.alcoholhulp.be.

REFERENTIES

1. Vanmeerbeek M, Remmen R, Van Casteren V, Mairiaux P, Lemaître A, Anseau M, et al. UP TO DATE, Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retriEval. Final Report Book 2 - Onderzoeksrapport in opdracht van BELSPO, FOD Volksgezondheid en FOD WASO. Brussel: Federal Public Planning Service Science Policy. Belgian Science Policy Office; 2015.
2. Gisle L. Alcoholgebruik. In: Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2014.
3. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies.; 2006.
4. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama*. 1984;252(14):1905-7.
5. Securex. White paper 'Het alcoholgebruik van de Belgische werknemer'. Powered by ZebraZone. 2008.
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
7. (APA) APA, editor. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Amsterdam: Boom2014.
8. Babor T, Higgins-Biddle J, JB S, Monteiro M. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2001. Contract No.: WHO/MSD/MSB/01.6a.
9. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
10. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); 2012. p. 144.
11. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Schils N, Putman K, Pauwels L, et al. The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. *Maklu*; 2016. 422 p.
12. Kuiper C, Verhoef J, Louw Dd, Cox K. Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie. Utrecht: Lemma; 2004 2004.
13. Swinkels JA, Burgers JS, Assendelft JJ, Everdingen v, J.J.E., Barneveld v, T.A., Klundert vd, J.L.M. Hoofdstuk 1. Doel van Richtlijnontwikkeling. In: Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft JJ, Swinkels JA, Barneveld v, T.A., Klundert vd, J.L.M., editors. Evidence-based richtlijnontwikkeling: een Leidraad voor de Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004. p. pp. 1-10.
14. Consortium ANS. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009. p. 44.
15. D'hondt M, Schepper D, Joris, Smet D, Griet, Putte Vd, Karen, Coussens M. Evidence based richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen: een begripsafbakening. *Signaal*. 2007;61:3-15.
16. Godderis L, Johannik K, Mylle G, Bulterys S, Moens G. Epidemiological and performance indicators for occupational health services: a feasibility study in Belgium. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:410.
17. Godderis L, Mylle G, Coene M, Verbeek C, Viaene B, Bulterys S, et al. Data warehouse for detection of occupational diseases in OHS data. *Occup Med (Lond)*. 2015;65(8):651-8.
18. Ames GM, Bennett JB. Prevention interventions of alcohol problems in the workplace. *Alcohol Res Health*. 2011;34(2):175-87.
19. Roman PM, Blum TC. The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Res Health*. 2002;26(1):49-57.
20. Lambert SD. The role of the occupational physician in substance abuse. *Occup Med*. 2002;17(1):1-12, iii.
21. Tan L, Wang MJ, Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, et al. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Med*. 2014;12:74.
22. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med*. 2004;61(3):219-24.
23. Frone MR. Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *J Appl Psychol*. 2008;93(1):199-206.

24. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, Madsen IE, Lallukka T, Ahola K, et al. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*. 2015;350:g7772.
25. Van Royen K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Godderis L, Mairiaux P, Peremans L. A review of guidelines for collaboration in substance misuse management. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(6):445-7.
26. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78.
27. Schulte B, O'Donnell AJ, Kastner S, Schmidt CS, Schäfer I, Reimer J. Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. *Front Psychiatry*. 2014;5:131.
28. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönberg S. Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(3):252-7.
29. Watson H, Godfrey C, McFadyen A, McArthur K, Stevenson M, Holloway A. Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: a pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):39-48.
30. Verstuyf G. Dossier vroeginterventie. Brussel: VAD; 2007.
31. Fiellin DA, Reid M, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(13):1977-89.
32. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. 2001;2.
33. 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.
34. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*. 2011;40(5):S137-S50.
35. Kriston L, Hölzel L, Weiser AK, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med*. 2008;149(12):879-88.
36. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, et al. Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1078-88.
37. Jones LA. Systematic review of alcohol screening tools for use in the emergency department. *Emerg Med J*. 2011;28(3):182-91.
38. Group WAW. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94.
39. Defiliet T, Claessens J. Handleiding ASSIST voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Brussel: VAD; 2010.
40. Frankfort-Nachmias C, Nachmias D, DeWaard J. Research methods in the social sciences (Eighth edition). New York: NY Worth Publishers, a Macmillan Education; 2015.
41. 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.
42. Kaner E, D HO, Dickinson F, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and alcohol review*. 2009;28(3):301-23.
43. Boomsma, L. Drost IL, I. Luijkx, J. Meerkerk, G. Valken, N. Verduijn, M. Burgers, J. Van der Weele, G. Sijbom, M. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). *Huisarts en Wetenschap*. 2014;57(12):638-46.
44. Zouwen A, van der Zouwen T. Building an evidence based practical guide to Large Scale Interventions: Towards sustainable organisational change with the whole system. Delft: Eburon Uitgeverij BV; 2011. 304 p.
45. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):591-6.
46. Rosso GL, Montomoli C, Candura SM. AUDIT-C score and its association with risky behaviours among professional drivers. *Int J Drug Policy*. 2016;28:128-32.