

Inleiding

De Europese Unie is de regio in de wereld met het hoogste aandeel drinkers en met de hoogste alcoholconsumptie per persoon. Overmatig alcoholgebruik is de derde risicofactor voor ziekte en voortijdige dood na roken en verhoogde bloeddruk. Het is een belangrijkere risicofactor dan een hoog cholesterolgehalte in het bloed en overgewicht. Alcoholgebruik kan leiden tot afhankelijkheid en veroorzaakt zo'n 60 verschillende aandoeningen.. Daarnaast is overmatig alcoholgebruik verantwoordelijk voor wijdverbreide sociale, geestelijke en emotionele schade, waaronder misdaad en gezinsgeweld. Alcoholgebruik zadelt de samenleving dus op met hoge kosten. Overmatig alcoholgebruik schaadt niet alleen de gebruiker, maar ook diens omgeving, met inbegrip van ongeboren baby's, kinderen, familieleden en slachtoffers van misdaad, geweld en wegongevallen onder invloed.

Eerstelijns werkers hebben de verantwoordelijkheid om cliënten wier drankgebruik gevaarlijk of schadelijk is voor hun gezondheid te identificeren en interventies uit te voeren bij deze groep. Identificatie en korte interventies voor overmatig en schadelijk alcoholgebruik bij cliënten in de eerstelijnsgezondheidszorg bieden de mogelijkheid om cliënten voor te lichten over de risico's van gevaarlijk en schadelijk alcoholgebruik. Informatie over de hoeveelheid en frequentie van alcoholconsumptie bevordert de diagnosestelling bij klachtenpresentatie. Ook kan deze informatie klinici overtuigen van de noodzaak om hun cliënten te informeren over negatieve effecten van alcoholgebruik op hun medicijngebruik en andere aspecten van hun behandeling. Van groot belang voor identificatie- en korte-interventie-programma's is dat personen die niet alcoholafhankelijk zijn hun alcoholgebruik kunnen verminderen of stoppen met de nodige steun en inspanning.

Hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg vinden het echter vaak moeilijk het overmatig alcoholgebruik van cliënten te onderkennen en advies te geven. Onder de redenen die het vaakst worden aangehaald zijn gebrek aan tijd, ontoereikende opleiding, angst dat de cliënten zich vijandig zullen opstellen, de vermeende onverenigbaarheid van korte alcoholinterventies met de eerstelijnszorg, en de opvatting dat mensen die afhankelijk zijn van alcohol toch niet goed reageren op interventies.

De richtlijnen

Deze richtlijnen geven een samenvatting van de bewijzen van door alcohol veroorzaakte schade, en geven aan hoe de eerstelijnszorg kan omgaan met overmatig en schadelijk alcoholgebruik. De richtlijnen geven ook een beschrijving van alcoholafhankelijkheid en hoe deze vorm van afhankelijkheid aangepakt kan worden, zodat hulpverleners in de eerstelijnszorg weten wat ze kunnen verwachten als moeilijker te behandelen personen worden verwezen voor specialistische hulp.

De voornaamste doelstelling van de richtlijnen is hulpverleners in de eerstelijnszorg op de hoogte te brengen over de huidige kennis van de effectiviteit van verschillende technieken voor hulp aan mensen met overmatig en schadelijk alcoholgebruik. De richtlijnen zijn gebaseerd op overzichten van de bewijsvoering, en op de ervaring van de taakgroep die is opgericht om de richtlijnen op te stellen. Waar mogelijk zijn de aanbevelingen gebaseerd op de resultaten van goed opgezette onderzoeken. Waar deze bewijskracht niet voorhanden is, worden richtlijnen gegeven die gebaseerd zijn op klinische ervaring of consensus.

Het beschrijven van alcoholgebruik en door alcoholgebruik veroorzaakte schade

Alcoholconsumptie kan worden uitgedrukt in gram genuttigd alcohol of in standaardglazen¹; in Europa bevat een standaardglas ongeveer 10g alcohol.

Overmatig alcoholgebruik is een mate van gebruik of een drankpatroon dat waarschijnlijk tot schade leidt indien het aanhoudt. Een operationele definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie (World Health Organization, WHO) beschrijft dit als meer dan 20g alcohol per dag voor vrouwen en meer dan 40g alcohol per dag voor mannen. Schadelijk alcoholgebruik wordt gedefinieerd als ‘een drinkpatroon dat schade berokkent aan de gezondheid, lichamelijk dan wel geestelijk. Zwaar drinken bij gelegenheid (soms ‘binge drinking’ genoemd), wat bijzonder schadelijk kan zijn in geval van bepaalde ziektes, kan gedefinieerd worden als consumptie van tenminste 60g alcohol in korte tijd. Alcoholafhankelijkheid is een cluster van fysiologische, gedragsmatige en cognitieve verschijnselen waarbij alcoholgebruik voor de drinker een veel hogere prioriteit krijgt dan andere activiteiten die ooit meer van waarde werden geacht.

Erfelijkheid speelt een rol bij het risico op schadelijk alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, waarbij sommige genen het risico vergroten terwijl andere genen het risico verkleinen. Er is interactie tussen genen en de omgeving, en personen die meer drinken en leven in een omgeving met een hogere alcoholconsumptie lopen een groter risico op door alcohol veroorzaakte slechte gezondheid. Bij elke mate van alcoholgebruik lijken vrouwen een hoger risico te lopen dan mannen, waarbij het risico weer verschilt bij verschillende aandoeningen. Dit komt waarschijnlijk doordat vrouwen een lager watergehalte hebben in het lichaam per gewichtseenheid. Het extra sterfterisico van mannen van middelbare leeftijd uit lagere sociaal-economische groepen ten opzichte van mannen van middelbare leeftijd uit hogere sociaal-economische groepen is wellicht voor één kwart te wijten aan schadelijk alcoholgebruik.

Alcoholgebruik, alcoholgerelateerde schade en alcoholafhankelijkheid vormen een continuüm. Het zijn geen vaste verschijnselen en mensen kunnen heen en weer gaan op dit continuüm.

Alcohol en gezondheid

Alcoholgebruik verhoogt het risico op een brede schaal van schadelijke maatschappelijke effecten, waarbij de dosis de mate van risico beïnvloedt, zonder dat er een bewijs is voor een drempelwaarde-effect. Voor de individuele drinker geldt dat hoe hoger het alcoholgebruik, des te hoger het risico. De schade die een drinker berokkent, kan variëren van hinder, zoals 's nachts uit de slaap gehouden worden, tot meer ernstige gevolgen zoals echtelijke onlusten, kindermishandeling, misdaad, geweld en uiteindelijk moord. Hoe ernstiger de misdaad of schade, des te waarschijnlijker is er alcohol in het spel. Schade berokkend aan anderen is een belangrijke reden voor interventie bij overmatig en schadelijk alcoholgebruik.

Alcoholgebruik veroorzaakt letsels, geestelijke en gedragsstoornissen, maag-darmstoornissen, diverse vormen van kanker, hart- en vaatziekten, immunologische aandoeningen, skeletziekten, voortplantingsstoornissen en prenatale schade. De dosis beïnvloedt de mate van risico zonder

¹ Het Engelse begrip ‘standard drink’ wordt vertaald met ‘standaardglas’. Hieronder wordt een gelijke hoeveelheid pure alcohol, d.w.z. 10 gram, verstaan. Een standaardglas bier, wijn en port bevatten ieder 10 gram alcohol. Niet alle drank wordt geschonken in standaardglazen. Zo bevatten glazen die in Nederland en België gebruikt worden voor zware biersoorten, anderhalf tot tweeënhalft keer zoveel alcohol als een standaardglas.

bewijs voor een drempelwaarde-effect. Ofwel: hoe hoger de alcoholconsumptie, des te groter het risico.

Alcoholgebruik in een geringe dosis reduceert het risico op hartziekte, hoewel de precieze omvang van deze risicovermindering en de mate van alcoholgebruik die de grootste reductie opbrengt nog ter discussie staan. Kwalitatief betere studies en studies die rekening houden met beïnvloedende factoren vinden een lager risico bij lager alcoholgebruik. De grootste risicoreductie kan bereikt worden door gemiddeld 10g alcohol om de andere dag. Boven 20g alcohol per dag stijgt het risico op coronaire hartaandoeningen. Het lijkt erop dat alcohol op zich het risico op hartziekte vermindert, eerder dan een specifieke alcoholhoudende drank zoals wijn of bier. Het drinken van meer alcohol per keer verhoogt het risico op hartritmestoornissen en plotselinge hartsterfte.

Het risico op sterfte door alcoholgebruik is de resultante van een verhoogd risico op letsel en ziekte door alcohol en de afname van het risico op hartaandoeningen bij consumptie van kleine hoeveelheden alcohol. Dit betekent dat, behalve voor oudere mensen, het risico op letsel en ziekte zelfs bij gematigd alcoholgebruik toeneemt. Het niveau van alcoholgebruik met het laagste risico op sterfte is nul of bijna nul voor vrouwen onder de 65 jaar, en minder dan 5g alcohol per dag voor vrouwen vanaf 65 jaar. Voor mannen is het niveau van alcoholgebruik met het laagste sterfterisico nul onder de 35 jaar, ongeveer 5g per dag op middelbare leeftijd, en minder dan 10g per dag vanaf 65 jaar.

Het terugbrengen of stoppen van alcoholconsumptie is voordelig voor de gezondheid. Alle acute risico's kunnen verdwijnen als de alcoholconsumptie wordt gestopt. Zelfs in het geval van chronische aandoeningen zoals levercirrose en depressie, wordt het terugbrengen of stoppen van alcoholgebruik geassocieerd met een snelle toename van de gezondheid.

Omdat alcoholgebruik een rol speelt bij een zeer grote verscheidenheid aan lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, waarbij de dosis de mate van risico beïnvloedt, is er gelegenheid voor eerstelijns hulpverleners om volwassen cliënten met overmatig en schadelijk alcoholgebruik te identificeren. Omdat de eerstelijnsgezondheidszorg zich ook bezighoudt met veel wijdverbreide lichamelijke en geestelijke problemen, moet er ook aandacht worden besteed aan de mate waarin deze problemen door alcohol worden veroorzaakt. Het is van bijzonder belang om risico's en schade toegedaan aan derden te beperken.

Identificeren van overmatig en schadelijk alcoholgebruik

Een werkelijk preventieve benadering kan alleen bereikt worden als alle volwassenen gescreend worden op overmatig en schadelijk alcoholgebruik, met inbegrip van zwaar drinken bij gelegenheid ('binge drinking'). Wanneer dat in de praktijk niet haalbaar is, zou de screening beperkt kunnen worden tot groepen die een hoog risico lopen of tot specifieke situaties. Dit zou zeker jonge mannen en mannen van middelbare leeftijd moeten omvatten. Er bestaan onvoldoende wetenschappelijke gegevens om te bepalen hoe vaak de screening herhaald dient te worden, maar tenzij er een klinische aanwijzing is, hoeft het waarschijnlijk niet vaker herhaald te worden dan eens in de vier jaar.

De eenvoudigst te stellen vragen zijn die betreffende alcoholgebruik. De *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C) van de WHO, is ontwikkeld om overmatig en

schadelijk alcoholgebruik in eerstelijnsgezondheidszorg te identificeren, en de eerste drie vragen ervan zijn uitgebreid getest en gevalideerd. De eerste vraag gaat over de frequentie van drankgebruik; de tweede over de hoeveelheid alcohol die op een gemiddelde dag wordt genuttigd; en de derde over de frequentie van zwaar drankgebruik bij gelegenheid. De identificatie van overmatig en schadelijk alcoholgebruik is het meest effectief wanneer ze in de routine van klinische praktijkvoering en benadering wordt geïntegreerd. Identificatie zou kunnen plaatsvinden in de vorm van het systematisch bevragen van alle nieuwe cliënten bij het eerste consult; het bevragen van cliënten die komen voor een preventieve check-up; of het bevragen van alle mannen tussen 18-44 jaar bij een consult. Er is geen bewijs dat systematische identificatie van overmatig en schadelijk alcoholgebruik negatieve effecten heeft, zoals ongemak of ontevredenheid onder cliënten.

Mannelijke cliënten met een score van 5 of meer op de AUDIT-C, of die tenminste 210g alcohol per week consumeren, dienen gevraagd te worden de gehele AUDIT-lijst in te vullen voor een meer volledige evaluatie. Voor vrouwelijke cliënten geldt dit vanaf een score van 4 of meer op de AUDIT-C of bij een alcoholconsumptie vanaf 140g alcohol per week.

Laboratoriumonderzoek bij alcoholgerelateerde aandoeningen omvat leverenzymen (met name serum γ -glutamyl transferase (GammaGT) en aminotransferasen), carbohydraat deficient transferrine (CDT) en gemiddeld corpusculair volume (MCV). Deze testen zijn niet nuttig voor screening vanwege de geringe sensitiviteit van de testen; de testen identificeren dus slechts een klein deel van cliënten met overmatig en schadelijk alcoholgebruik.

Doeltreffendheid van korte interventies

Er zijn voldoende wetenschappelijke bewijzen dat eerstelijns gezondheidswerkers kort advies dienen te verstrekken aan mannelijke cliënten met een score van 8-15 op de AUDIT, of met een alcoholconsumptie van 280g alcohol of meer per week; bij vrouwelijke cliënten geldt een score van 8-15 op de AUDIT of een alcoholconsumptie van 140g of meer per week. Een AUDIT-score tussen 8 en 15 wijst in het algemeen op overmatig alcoholgebruik, hoewel deze score ook kan worden behaald door cliënten met schadelijk alcoholgebruik en cliënten die alcoholafhankelijk zijn.

Onder de principes voor kort advies kunnen vallen: **feedback geven** dat het drinkgedrag van de cliënt valt in de categorie overmatig gebruik, **informatie verstrekken** over de specifieke risico's van aanhoudend overmatig gebruik, **de cliënt in staat stellen om een doel na te streven** om het drinkgedrag te veranderen, **advies verstrekken over drinkgrenzen** onder 280g alcohol per week voor mannen en onder 140g voor vrouwen, en **aanmoediging van overmatige drinkers** door te stellen dat ze niet afhankelijk zijn van alcohol en hun drinkgedrag kunnen veranderen.

Korte counselling zou moeten worden aangeboden aan mannelijke cliënten met een score van 16-19 op de AUDIT, of met een alcoholconsumptie van 350g of meer per week, en aan vrouwelijke cliënten met een eenzelfde score op de AUDIT of met een alcoholconsumptie van 210g of meer per week. Hoewel cliënten met een AUDIT-score tussen 16 en 19 aan de criteria van alcoholafhankelijkheid kunnen voldoen, kunnen ook zij baat hebben bij korte counselling. Onder de principes voor korte counselling kunnen vallen: **kort advies** zoals hierboven aangegeven; **bepalen van het stadium van gedragsverandering en aanpassen van advies**

hieraan. Voor cliënten in de pre-contemplatie fase moet advies meer gericht zijn op feedback om te motiveren voor verandering. Wanneer de cliënt al overwogen heeft iets te doen aan zijn/haar alcoholgebruik (de contemplatiefase) moet de nadruk gelegd worden op de voordelen van verandering, op het risico om verandering uit te stellen, en op hoe de eerste stappen kunnen worden genomen. Wanneer de cliënt al bereid is iets te doen aan zijn/haar alcoholgebruik (de actiefase), dient de nadruk gelegd te worden op het bepalen van concrete doelstellingen, op het verkrijgen van inzet van de cliënt om zijn alcoholgebruik te verminderen. Tot slot omvat korte counselling [actieve] **follow-up** waarbij strategieën voor feedback en steun bij het bepalen, bereiken en aanhouden van realistische doelen vanaf het begin deel uitmaken van de counselling. Wanneer de cliënt meerdere maanden moeilijkheden heeft om de doelen te bereiken moet men overwegen de cliënt te verwijzen naar de meest intensieve vorm van begeleiding.

Korte interventies van 10-15 minuten zijn doeltreffend in de eerstelijnsgezondheidszorg om overmatig en schadelijk alcoholgebruik te verminderen. Van elke tien cliënten die worden geadviseerd heeft één cliënt voordeel van de hulp. Dit is gunstig in vergelijking met kort advies van huisartsen aan rokers, waarbij van ongeveer twintig cliënten die advies krijgen om te stoppen met roken er één voordeel haalt. Er is weinig bewijs voor een dosis-respons-effect; evenmin lijken langere interventies doeltreffender dan korte. De effectiviteit blijft behouden gedurende het eerste jaar na advies en zou kunnen oplopen tot vier jaar.

Korte interventies lijken in gelijke mate effectief voor mannen en vrouwen, jongeren en ouderen. Ze lijken effectiever bij minder ernstige problemen. De tot dusver beschikbare bewijsvoering suggereert dat interventies tijdens zwangerschap een beperkt effect hebben.

Er is geen bewijs dat interventies negatieve effecten met zich meebrengen, zoals ongemak of ontevredenheid bij cliënten.

Kosten en kosteneffectiviteit van korte interventies

Geschat wordt dat voor 1000 cliënten verzorgd door een huisarts, gemiddeld €2200 per jaar nodig is in de Europese Unie om een identificatie- en kort-interventie-programma op te zetten. De kosten om 1 jaar doorgebracht in slechte gezondheid of om 1 jaar vroegtijdige sterfte te voorkomen worden geschat op €1900; dit maakt korte interventies voor overmatig en schadelijk alcoholgebruik tot de goedkoopste van alle medische interventies die leiden tot gezondheidswinst. Voor werkers in de eerstelijnszorg is kort advies aan cliënten met overmatig en schadelijk alcoholgebruik een van de meest effectieve activiteiten die gezondheidsvoordelen opleveren.

Implementering van identificatie- en korte-interventie-programma's

Als werkers in de eerstelijnszorg zich bezighouden met alcoholproblemen, is ondersteuning een eerste vereiste bij problemen en om continue professionele vorming te garanderen. Huisartsen in een ondersteunende omgeving denken positiever over het behandelen van alcoholproblemen en werken met een groter aantal cliënten.

Het verstrekken van training en praktijkondersteuning heeft een gunstig resultaat. Zelfs beperkte steun in de vorm van één praktijkbezoek en opvolgend telefonisch advies verhoogt de frequentie van identificatie en counselling bij eerstelijnsgezondheidswerkers met de helft,

terwijl het enkel verstrekken van aanbevelingen waarschijnlijk weinig effect zal hebben. Het verstrekken van training lijkt even doeltreffend te zijn als het verstrekken van praktijkondersteunende materialen, maar beide tezamen is doeltreffender dan elk apart. Meer intensieve ondersteuning blijkt niet per se effectiever dan minder intensieve steun.

Tenzij de ondersteuning aangepast is aan de behoeften en attitude van huisartsen zal ze niet werken en op lange termijn mogelijk contraproductief zijn. Om de ervaring en effectiviteit van huisartsen te verhogen bij het werken aan alcoholproblemen, zijn vorming, training en een ondersteunende werkomgeving nodig. Het verstrekken van specialistische hulp kan de activiteit van zowel eerste- als tweedelijnsgezondheidswerkers bevorderen, omdat in geval van problemen een beroep gedaan kan worden op of verwezen kan worden naar gespecialiseerde hulp.

In het licht van de effectiviteit en kosteneffectiviteit, zouden de financiers van gezondheidszorg fondsen moeten verstrekken aan de eerste lijn gericht op identificatie- en korte-interventie-programma's om gevaarlijk en schadelijk alcoholgebruik te verminderen. Men schat dat brede toepassing van korte-interventie-programma's in de eerstelijnszorg, waardoor 25 procent van de risicopopulatie wordt bereikt, de vroegtijdige sterfte en invaliditeit door alcohol in de Europese Unie zou reduceren met 9 procent, en minder dan €800,000 per jaar zou kosten. Het PHEPA-project heeft een methode ontwikkeld om de dienstverlening in de eerstelijnszorg gericht op het tegengaan van overmatig en schadelijk alcoholgebruik te evalueren.

Het bepalen van schade door alcohol en alcoholafhankelijkheid

Cliënten met overmatig en schadelijk alcoholgebruik en personen van wie een klinisch vermoeden bestaat van schadelijk alcoholgebruik of afhankelijkheid van alcohol, kunnen baat hebben bij verdere evaluatie. De eerste aanpak bestaat uit de tien vragen van de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) van de WHO. Hoewel alcoholafhankelijkheid bij lagere waarden kan voorkomen, zijn AUDIT-scores van 20 of hoger sterk suggestief voor alcoholafhankelijkheid: dergelijke cliënten vergen wellicht verwijzing naar specialisten voor diagnostische evaluatie en behandeling. Alcoholafhankelijkheid kan worden gemeten met de module van het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) van de WHO. Deze module omvat zeven vragen om alcoholafhankelijkheid te meten, waarbij vier of meer positieve antwoorden een diagnostische bevestiging opleveren. Verhoogde bloedspiegels van GGT en de aminotransferases CDT en MCV zijn vaak te wijten aan overmatig alcoholgebruik, maar niet bewijzend. Aangezien deze tests routinematig in biochemische testreeksen worden opgenomen, zou een verhoogde bloedspiegel de clinicus alert moeten maken op de mogelijke diagnose van schadelijk alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

Omgang met ontweningsverschijnselen

Personen met lichamelijke afhankelijkheid van alcohol zullen meestal binnen 6 tot 24 uur na hun laatste dronk ontweningsverschijnselen tonen. Diazepam wordt aanbevolen bij onthouding wegens de lange half-waarde tijd en evidentie voor effectiviteit. De standaard therapeutische aanpak bestaat uit regelmatige inname van Diazepam gedurende twee tot zes dagen. Na zes dagen moet de inname gestopt worden om het risico op afhankelijkheid van Diazepam te vermijden.

Aanpak van alcoholafhankelijkheid

Sommige personen met alcoholafhankelijkheid worden beter zonder hulp, en niet iedereen met alcoholafhankelijkheid vergt specialistische behandeling, maar velen wel. Mensen met alcoholafhankelijkheid kunnen in de eerste lijn behandeld worden wanneer ze bereid zijn tot geheelonthouding zelfs als ze niet geloven dat ze afhankelijk zijn; wanneer ze weigeren naar gespecialiseerde centra te worden verwezen; en wanneer ze geen ernstige psychiatrische, sociale of medische problemen hebben. Personen met alcoholafhankelijkheid zouden naar gespecialiseerde zorg verwezen moeten worden na onsuccesvolle behandelingspogingen, bij zware complicaties of een risico van matige tot zware ontwenningverschijnselen, bij ernstige medische ziekte of psychiatrische co-morbiditeit en wanneer behandeling in de eerste lijn niet mogelijk is.

Gespecialiseerde behandeling omvat gedragstherapeutische benaderingen en farmacotherapie. Sociale vaardigheidstraining, de *community reinforcement*-benadering, en echtelijke gedragstherapie behoren tot de meest doeltreffende benaderingen, in het bijzonder wanneer ze het persoonlijk vermogen te stoppen of minderen met drinken benadrukken door het aanleren van zelfmanagement-vaardigheden, door motivationele versterking en door verbetering van persoonlijke ondersteuning. Acamprosate en de opiaat antagonist naltrexone zijn eveneens doeltreffend. Methoden waarvan de effectiviteit niet is bewezen zijn opvoedkundige methoden, methoden die confronteren, angst inboezemen en inzicht willen geven in de aard en oorzaken van alcoholafhankelijkheid, evenals het verplicht bijwonen van sessies van Anonieme Alcoholisten. Er is onvoldoende bewijs dat de algemene resultaten van behandeling verbeteren wanneer voor bepaalde types cliënten aangepaste behandelingen zouden worden gekozen.

Het is niet duidelijk wat het beste model is voor samenwerking tussen de eerste lijn en gespecialiseerde dienstverlening, hoewel geïntegreerde eerstelijnszorg en specialistische zorg betere resultaten opleveren dan afzonderlijke zorg. Follow-up kan het risico op terugval verminderen. Daarom is het belangrijk dat eerstelijnszorgverstrekkers over langere tijd contact houden met cliënten die behandeld zijn voor alcoholafhankelijkheid en die niet langer in contact staan met gespecialiseerde organisaties.