

Alcohol screening en korte interventies: Algemeen ziekenhuis Interne en Maag-, Darm-, Leveraandoeningen

Alcoholmisbruik vormt een belangrijk te voorkomen gezondheidsprobleem. De maatschappelijke kosten hiervan zijn hoog en werden voor Nederland in 2001 geschat op 2,6 miljard Euro per jaar¹.

Exacte cijfers over de prevalentie van alcoholmisbruik bij klinisch opgenomen patiënten of patiënten gezien op de polikliniek van een Nederlands ziekenhuis zijn niet bekend. Geschat wordt dat alcohol min of meer in het spel is bij één op de tien klinische opnames. Wel zijn er cijfers over de rol van alcohol bij bezoeken aan de spoedeisende hulp. Van alle patiënten die zich op de SEH melden blijkt 4,9- 18,2% binnen 6 uur voorafgaand aan het bezoek alcohol te hebben gebruikt². De spreiding hangt samen met de locatie en het soort ziekenhuis.

Patiëntengroep

Er zijn verschillende categorieën drinkers, van risicodrinkers, probleemdrinkers tot alcoholafhankelijke drinkers. Zie voor een definitie van deze categorieën pagina 2. Dit factsheet is wat de combinatie van screening en korte interventie betreft vooral gericht op de zogeheten risico- en probleemdrinkers. Voor ernstiger vormen van alcoholgebruik, waarbij sprake is van alcoholafhankelijkheid, is verwijzing naar een instelling voor verslavingszorg aangewezen.

De combinatie van screening en kortdurende interventies is effectief in een ziekenhuis

Risicodrinkers en probleemdrinkers komen veelvuldig voor onder de patiënten die voor andere medische klachten worden opgenomen in het ziekenhuis. In een systematische review trokken Emmen et al (2004)³ de conclusie dat het bewijs dat kortdurende interventies bij probleemdrinkers effectief zijn binnen algemene ziekenhuizen, nog niet onomstotelijk is bewezen. Eén van de acht studies binnen de review, waarbij artsen patiënten een kort advies gaven, gevolgd door vier follow-up sessies, liet een significante reductie in alcoholconsumptie zien ten opzichte van routine matige zorg. In de overige studies was het verschil in alcoholgebruik niet significant, maar deze studies lieten wel een grotere daling in alcoholgebruik zien in de interventiegroep. In deze stu-

dies werd wel een significante reductie in alcoholgerelateerde problemen gevonden. In enkele sedert 2004 gepubliceerde studies treedt hetzelfde verschijnsel op (zie tabel op pagina 3)^{4,5}. Waarschijnlijk heeft alleen al de screening op alcoholgebruik een effect, in termen van bewustmaking van de mogelijke risico's ervan⁶.

Een opname in het ziekenhuis is een gelegenheid voor een interventie

Ziekenhuizen kunnen effectieve settings zijn voor kortdurende interventies, omdat de patiënten er vaak gemotiveerder zijn voor verandering van hun (drink)gedrag⁷.

Screening

Er zijn diverse gevalideerde hulpmiddelen voor screening beschikbaar, zoals de AUDIT of de verkorte versie hiervan, de AUDIT-C, CAGE of "hoeveelheid- & frequentie"-lijsten. In de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol wordt toepassing van de AUDIT en AUDIT-C aanbevolen. Met de AUDIT kunnen een sensitiviteit en specificiteit van meer dan 90% worden bereikt; met het CAGE-instrument 90% specificiteit en 76% sensitiviteit^{8,9}. Een goede manier om deze screeningsinstrumenten te gebruiken is om eerst te screenen met een "hoeveelheid- en frequentie"-lijst en wanneer als verantwoord beschouwde hoeveelheden worden overschreden, de vragen van het CAGE-instrument of de AUDIT-C te stellen. Screening kan face-to-face gebeuren, maar kan ook computerondersteund plaatsvinden.

Korte interventie

Kortdurende interventies kunnen adviesgesprekken zijn van 5 tot 30 minuten, maar ook bestaan uit voorlichtingsmateriaal afgestemd op de mate van alcoholgebruik. Korte interventies kunnen gegeven worden door specialisten, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, leefstijlconsulenten en nurse practitioners.

Korte interventies bestaan in de regel uit:

- geven van feedback over excessief alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek;
- geven van advies en opties voor gedragsverandering;
- bespreken van keuze voor en mogelijkheden tot veran-

dering van het gebruik;

- keuze minder/niet te drinken en bespreken van hoogrisico situaties en gedragsalternatieven.

Op ziekenhuis/ afdelingsniveau is het noodzakelijk om afspraken te maken over wie verantwoordelijk is voor het geven van welke kortdurende interventie. Voor alcoholafhankelijke patiënten is de korte interventie vooral een onderhandelingsproces ten einde te kunnen verwijzen naar een gespecialiseerd behandelingsprogramma.

RICHTLIJNEN VERANTWOORD GEBRUIK¹⁰

Volwassen mannen

- ten hoogste 2 standaardglazen alcohol per dag

Volwassen vrouwen

- ten hoogste 1 standaardglas alcohol per dag
- tijdens zwangerschap of borstvoeding geen alcohol drinken
- bij wens tot zwanger worden geen alcohol drinken.

Bij medicijngebruik is het voor beiden beter helemaal geen alcohol te drinken

Jongeren

- zolang het lichaam niet is uitontwikkeld is het beter helemaal geen alcohol te drinken

DEFINITIES

Van risicodrinken is sprake wanneer waarschijnlijk op lange termijn schade optreedt als gevolg van de geconsumeerde hoeveelheid alcohol. Volgens de World Health Organization betreft het dan een gemiddelde consumptie van 20g - 40g alcohol per dag voor vrouwen en 40g - 60g per dag voor mannen (1 glas alcohol bevat ongeveer 10 gram alcohol).

Schadelijk drinken wordt gedefinieerd als een drinkpatroon dat schade toebrengt aan de gezondheid, lichamenlijk of geestelijk. Volgens de World Health Organization betreft het dan dagelijks meer dan 40g voor vrouwen en meer dan 60g per dag voor mannen. Bij alcoholafhankelijkheid is sprake van een cluster van fysiologische, gedrags- en cognitieve fenomenen waarbij het gebruik van alcohol een veel hogere prioriteit krijgt dan andere gedragingen die ooit meer betekenis hadden.

HULPMIDDELEN SCREENING

Hoeveelheids- en frequentievragen

- Hoe vaak gebruikt u 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 keer per week
- Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikt u op een doorsnee dag?
0 = 1 of 2
1 = 3 of 4

2 = 5 of 6

3 = 7, 8 of 9

4 = 10 of meer

Als iemand 2 - 3 keer per week een alcoholhoudende drank gebruikt, en 5 of 6 glazen op een doorsnee dag drinkt, dan drinkt hij gemiddeld 2,5 keer 5,5, ofwel bijna 14 glazen per week, overeenkomend met circa 140 gram zuivere alcohol.

AUDIT-C

- 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
- 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

- 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

CAGE

- Heeft u ooit het idee gehad dat u minder zou moeten drinken?
- Hebben mensen u geërgerd door uw alcoholgebruik te bekritisieren?
- Heeft u zich ooit slecht of schuldig gevoeld over uw alcoholgebruik?
- Heeft u ooit 's ochtends meteen alcohol gedronken om uw zenuwen te kalmeren of een kater kwijt te raken?

Mannen met een score van 5 of meer op de AUDIT-C, of wier alcoholconsumptie 280g of meer per week bedraagt en vrouwen met een score van 4 of meer, of wier alcohol consumptie 140g of meer per week bedraagt moeten een kortdurende interventie aangeboden krijgen. Voor de CAGE geldt dat bij een score van 2 of meer keer 'ja' een kortdurende interventie moet worden aangeboden.

Bij hoeveelheden alcohol ruim boven 280g (mannen) of 140g (vrouwen) kan verwijzing naar een instelling voor verslavingszorg worden overwogen.

Zie www.alcoholinfo.nl voor adressen.

Studie	Onderzoeksontwerp en setting	Patiëntenpopulatie	Interventies	Follow-up en uitkomstmaten	Resultaten
Saitz et al, 2007	RCT Medische afdeling in een stedelijk ziekenhuis	N = 341 opgenomen patiënten met riskant drinkgedrag: - man: > 14 consumpties wekelijks of ≥ 5 consumpties per gelegenheid; - vrouw: > 11 resp. ≥ 4) > 77 % patiënten alcoholafhankelijk vlg Composite International Diagnostic Interview Alcohol Module	Motiverende gesprekvoering (30 minuten) door getrainde consulenten	Zelfgerapporteerde primaire uitkomsten: - mate van ondersteuning verkregen door afhankelijke drinkers ma 3 maanden- verandering van het aantal consumpties na 1 jaar.	Interventie was niet significant geassocieerd met verkregen steun (49% interventie versus 44% controle) of met daling van aantal dagelijkse consumpties (1,5 interventie versus 3,1 controle).Opmerking: Zowel in interventie- als controlegroep is dus sprake van daling van het alcoholgebruik.
Holloway et al, 2007	RCT groot opleidingsziekenhuis (met streekfunctie) met 7 medische, 6 chirurgische, 1 dermatologische en 2 KNO-afdelingen	N= 215 (van de 789 opgenomen patiënten) 18-75 jaar positieve screening op alcohol gebruik (op basis van nationaal aanvaarde normen + dagboek (retrospectief 7 dagen)	Bevorderen van zelfregulering d.m.v. gesprek (interventie 1), of zelfhelpfolder (interventie 2), of reguliere zorg (controlegroep)	6 maanden 172 van de 215 follow-up Uitkomstmaten:- Verandering van zelfgerapporteerde wekelijkse alcoholgebruik gemeten met 7 daags retrospectief drink dagboek;- Aantal drinkdagen afgelopen week - Maximale hoeveelheid consumpties op één van de drinkdagen	Vergeleken met reguliere zorg hebben de interventiegroepen een grotere reductie van zelfgerapporteerde wekelijkse alcohol consumptie ("zelfreguleringsgroep" -10,1 consumpties; 95% BI : -16,1 to -4.1 / "zelfhelpfoldergroep": -10,0 consumpties; 95% BI: -16.0 tot -3.9) (NB: gemiddelden zijn aangepast voor uitgangswaarden van alcoholconsumptie). Er was geen bewijs dat de ene interventie beter was dan de andere (p=0.96).Opmerking: zowel in de interventie- als de controlegroep is sprake van een daling van het alcoholgebruik. Verandering wekelijkse consumptie : -zelfreguleringsgroep: -15,1 eenheden- zelfhelpfoldergroep: -13,9 eenheden-gebruikelijke zorg: -4,7 eenheden

Referenties

1. KPMG (2001). Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie. Eindrapport. Hoofddorp: KPMG, februari 2001.
2. Vitale SG, Van De Mheen D, Van De Wiel A, Garretsen HF. Alcohol and illicit drug use among emergency room patients in the Netherlands. *Alcohol Alcohol*. 2006 Sep-Oct;41(5):553-9.
3. Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ*. 2004;328:318.
4. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, Kraemer KL, Roberts MS, Guerriero RT, Samet JH. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2007 Feb 6;146(3):167-76.
5. Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction*. 2007 Nov;102(11):1762-70.
6. Zie ook: Nordqvist C, Wilhelm E, Lindqvist K, Bendtsen P. Can screening and simple written advice reduce excessive alcohol consumption among emergency care patients? *Alcohol Alcohol*. 2005 Sep-Oct;40(5):401-8.
7. Probleemdrinken aangepakt! Actieplan van het Partnership vroegsignalering Alcohol. Actieplan: Utrecht, ja-nuari 2007
8. Cherpitel CJ. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1995;26:158-66.
9. Berner MM, Kriston L, Bentele M, Härter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 May;68(3):461-73.
10. Gezondheidsraad. Richtlijnen Goede Voeding, 2006.

