

SYNTHESE

HOE DE DREMPEL NAAR HULP BIJ PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK VERLAGEN?



SYNTHESE

HOE DE DREMPEL NAAR HULP BIJ PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK VERLAGEN?

PATRIEK MISTIAEN, LAURENCE KOHN, FRANÇOISE MAMBOURG, FRÉDÉRIC KETTERER, CORINE TIEDTKE, MARIE-CLAIRE LAMBRECHTS, LODE GODDERIS, MARC VANMEERBEEK, MARIJKE EYSEN, DOMINIQUE PAULUS



■ VOORWOORD

Waarom worden zo weinig mensen met een problematisch alcoholgebruik hiervoor ook effectief behandeld? Dat is de vraag die de FOD Volksgezondheid in 2014 aan het KCE stelde. Een rechttoe rechtaan vraag, waarop, mits wat gedegen studiewerk, ook wel een rechttoe rechtaan antwoord te formuleren valt. Een kolfje naar onze hand! Toch? Of zouden er wat addertjes onder het gras zitten?

Misschien begint het al met de vraag zelf: hoe ze wordt geformuleerd, maar ook hoe ze wordt begrepen. “Problematisch alcoholgebruik” wordt al snel verstaan als alcoholverslaving, met alle vooroordelen die dit oproept en de bijhorende maatschappelijke stigmatisering. “Zo weinig” klinkt daardoor al meteen als een soort verwijt. En met de term “behandeld” wordt het helemaal mooi. Naar goede gewoonte in onze hedendaagse maatschappij gaan we de problemen zonder veel nadenken ook nog eens medicaliseren.

En als het dus een medische kwestie is, was het zaak om eerst zicht te krijgen op de oorzaken van het probleem, en hoefden we vervolgens maar een goed gerichte graai te doen in het beschikbare therapeutische arsenaal om deze tot slot als een actieplan te serveren aan de beleidsmakers in de Financietoren, het Victor Hortaplein en de Tervurenlaan.

Welnu, zoals zo vaak in onze *Health Services Research* projecten, lag het allemaal iets minder voor de hand. Om te beginnen moesten we de vraag eerst gaan deconstrueren, en ze vanuit de huidige inzichten opentrekken. Wat ons al snel voorbij het strikte domein van de gezondheidszorg bracht, maar wat meteen ook het gevaar inhield dat we ons zouden verliezen in de vele dimensies die zich hierbij ontvouwen. Niet dat we verwacht hadden dat we met het aanbevelen van een pilletje of een therapie zouden weggkomen. Maar de schijnbaar rechttoe rechtaan vraag die ons werd gesteld, bleek tenslotte alleen zinvol te beantwoorden vanuit een *health in all policies* benadering. Of hoe de stem van de volksgezondheid laten meeklinken in heel andere domeinen waar ook economische belangen meespelen en de culturele factoren niet noodzakelijk in dezelfde lijn liggen. Maar zal de stem van de volksgezondheid sterk genoeg zijn om zich in die domeinen ook te laten horen?

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ KERN- BOODSCHAPPEN

- Problematisch alcoholgebruik komt vaak voor in België, maar slechts een minderheid van de mensen met dit probleem vindt de weg naar professionele hulp. Dit fenomeen wordt de behandelkloof of 'treatment gap' genoemd.
- Bij deze 'treatment gap' spelen verschillende factoren een rol. Ze bevinden zich op maatschappelijk niveau, op het niveau van zorgverlener en zorgorganisatie en van de persoon met problematisch alcoholgebruik zelf. De factoren zijn met elkaar verbonden en oefenen een wisselwerking op elkaar uit.
- Daarom stelt het KCE maatregelen voor om op elk niveau de treatment gap te verkleinen. Deze maatregelen moeten zoveel mogelijk tegelijkertijd worden getroffen, zodat ze elkaar kunnen versterken. Enkel op die manier kan de treatment gap worden verkleind.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD.....	1
■	KERNBOODSCHAPPEN.....	2
■	SYNTHESE	3
	INHOUDSTAFEL.....	3
1.	PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: MINDERHEID ZOEKT HULP	4
1.1.	ALCOHOLGEBRUIK VEEL VOORKOMEND	4
1.2.	PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: WEINIG BEHANDELD	5
2.	EEN COMPLEX PROBLEEM MET VERSCHILLENDE LAGEN	6
2.1.	WAT BELET DE PERSOON MET PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK OM HULP TE ZOEKEN?	6
2.2.	WELKE ROL SPELEN ZORGVERLENER EN ZORGORGANISATIE BIJ DE PROBLEMATIEK VAN DE TREATMENT GAP?	8
2.3.	HOE DRAAGT DE MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT BIJ TOT DE TREATMENT GAP?	9
3.	ALLEEN EEN AANPAK OP VERSCHILLENDE NIVEAUS HELPT.....	11
3.1.	EEN ALCOHOLPLAN OM DE MAATSCHAPPELIJKE PERCEPTIE TE VERANDEREN	11
3.2.	AANPASSING VAN ZORGORGANISATIE EN –FINANCIERING.....	11
3.3.	VERBETEREN VAN DE SCHOLING, VAARDIGHEDEN EN HOUDING VAN DE ZORGVERLENER.....	12
3.4.	DE PERSOON MET PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: ZELF HET PROBLEEM ACTIEF AANPAKKEN.....	13
3.5.	DE ONMIDDELLIJKE OMGEVING VAN DE PATIËNT: VAN CRUCIAAL BELANG.....	14
4.	SYNERGIE IS CRUCIAAL.....	14
■	AANBEVELINGEN	15
■	REFERENTIES	17



1. PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK: MINDERHEID ZOEKT HULP

1.1. Alcoholgebruik: veel voorkomend

Alcohol wordt in de westerse cultuur vaak geassocieerd met ontspanning en gezellig samenzijn. Bij geboortes, verjaardagen, huwelijken en andere belangrijke gebeurtenissen in een mensenleven hoort een glas en wordt er geklonken. In ons land is het gebruik van alcohol wijdverspreid en algemeen aanvaard. Meer dan 8 op 10 Belgen ouder dan 15 jaar drinkt geregeld alcohol, en 14% drinkt het elke dag.¹

Bij een grote groep mensen is alcoholgebruik problematisch. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) verhoogt problematisch alcoholgebruik het risico op meer dan 60 chronische ziekten, zoals spijsverteringsaandoeningen, kanker, diabetes, overgewicht en vaatziekten. Bovendien ligt overmatig alcoholgebruik aan de basis van 1 op 7 overlijdens bij mannen en 1 op 13 overlijdens bij vrouwen. Sociale problemen, zoals conflicten op het werk en met familieleden, en gewelddelicten, kunnen erdoor worden veroorzaakt, net als ongevallen, o.a. in het verkeer en op de werkvloer.

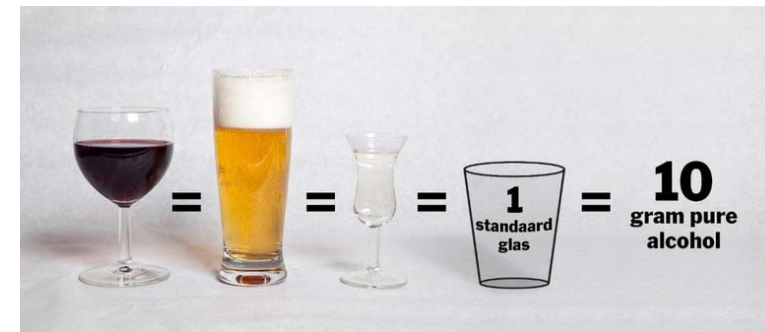
Het is duidelijk dat de maatschappelijke, socio-economische en menselijke prijs van problematisch alcoholgebruik zeer hoog is.

Problematisch alcoholgebruik

Voor **problematisch alcoholgebruik** bestaan er heel veel verschillende definities en normen.

Zo gebruikt het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) bij zijn gezondheidsenquête¹ de CAGE-vragenlijst (Cutdown. Annoyed. Guilty. Eye-opener), waarbij vier vragen over drankgebruik worden gesteld. Bij een positief antwoord op minstens twee van deze vragen, wordt het alcoholgebruik van de deelnemer als problematisch beschouwd. In de meest recente enquête van 2013 bleek dat het geval te zijn voor 10% van de respondenten.

De WGO spreekt dan weer over 'overmatig' alcoholgebruik als vrouwen wekelijks meer dan 14 en mannen meer dan 21 standaardglazen drinken. Op basis van deze norm drinkt meer dan 6% van de Belgen te veel.



Bron: <http://www.alcoholinfo.nl/publiek/werking/standaardglazen>



Ook vele oudere mensen lusten (te) graag een glas: volgens een studie bij bijna 5000 Belgische 65-plussers is ruim 10% van hen 'risico-drinker', bijna 5% 'zware drinker' en meer dan 5% 'problematische drinker'.²

Problematisch alcoholgebruik' is een ruimer begrip dan alcoholafhankelijkheid. Niet elk problematisch alcoholgebruik leidt tot chronische afhankelijkheid. Maar iemand met problematisch alcoholgebruik vertoont wel risicogedrag. Vaak is de betrokkene of zijn^a omgeving zich hiervan zelfs niet of onvoldoende bewust. En als hij zich ervan bewust is, vindt hij om verschillende redenen de weg naar professionele hulpverlening niet. Ongeacht de norm die wordt gehanteerd, is het duidelijk dat problematisch alcoholgebruik in België een groot probleem is.

In deze synthese wordt voor de term 'problematisch alcoholgebruik' meestal de afkorting 'PA' gebruikt.

1.2. Problematisch alcoholgebruik: weinig behandeld

Minder alcohol drinken en het volgen van een behandeling verlaagt het risico op hogervermelde problemen.^{3, 4} Een aantal interventies, zoals motiverende gespreksvoering (een gesprekstechniek waarin het veranderingspotentieel wordt bekeken en om de patiënt te motiveren zijn gedrag te veranderen), psychologische begeleiding, zelfhulpgroepen en medicatie hebben al ruimschoots hun effectiviteit bewezen en tonen aan dat PA geen onomkeerbare aandoening is. Het uiteindelijke doel van deze behandelingen is trouwens niet altijd om de persoon met PA te doen stoppen met het drinken van alcohol. Vaak volstaat het dat hij zijn alcoholconsumptie vermindert.

Toch blijkt de grote meerderheid van mensen met PA geen behandeling te zoeken en/of te krijgen. Zo blijkt uit een Europese studie (waarin België was opgenomen) dat slechts 8% van de mensen met PA een vorm van professionele hulp had gezocht in het afgelopen jaar.⁵ Van de mensen die afhankelijk zijn van alcohol zoekt of krijgt slechts 10% een behandeling.⁶

Men wacht bovendien vaak lang om hulp te zoeken, gemiddeld 18 jaar.⁷⁻⁹ Een Belgische studie⁹ stelde vast dat meer dan de helft van de patiënten die bij hun huisarts een behandeling voor PA volgen, al langer dan 10 jaar met hun probleem kampten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vele mensen met PA eerst zelf proberen om hun probleem op te lossen. De meesten slagen daar ook in en gaan minder drinken of stoppen er zelfs helemaal mee.^{8, 10-15} De overige personen met PA zoeken of vinden de weg naar (zelf)hulp echter niet.

Als mensen geen of laattijdig professionele hulp zoeken of krijgen, terwijl ze er nochtans baat bij kunnen hebben, spreken we van een **behandelkloof ('treatment gap')**.

Het verkleinen van de treatment gap zou een grote impact op de gezondheidswinst hebben. Bij alcoholafhankelijkheid zou een stijging van de behandelingen met 40% het aantal sterfgevallen door alcohol doen dalen met 9% bij vrouwen en met 13% bij mannen.¹⁶

Op vraag van de FOD Volksgezondheid onderzochten we een verklaring voor deze 'treatment gap' op elk niveau: bij de personen met PA zelf, de zorgverleners, de zorgorganisatie en, in het algemeen, op niveau van de maatschappij. Vervolgens formuleerden we aanbevelingen om de drempel naar de gepaste hulp te verlagen.

^a Voor de goede leesbaarheid wordt in deze tekst steeds de mannelijke vorm gebruikt, maar uiteraard heeft deze tekst ook betrekking op vrouwen met PA, of vrouwelijke zorgverleners.



Methodologie

In ons onderzoeksproject gebruikten we de volgende methoden:

- Om de factoren te vinden die de opstart van een behandeling belemmeren of vergemakkelijken, en om mogelijke interventies te bepalen, onderzochten we de internationale en Belgische wetenschappelijke literatuur. We analyseerden daarbij de reeds gepubliceerde systematische reviews en Belgische primaire studies.
- Vervolgens deden we, om de gevonden resultaten binnen een Belgische context te plaatsen, een kwalitatief onderzoek met interviews en focusgroepen waaraan o.a. (ex)patiënten en zorgverleners deelnamen.
- Op basis van de literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek kwamen we tot een aantal maatregelen, die we op aanvaardbaarheid en prioriteit testten bij een groep van stakeholders d.m.v. een on-line enquête en een bijeenkomst.
- Zoals bij alle KCE-projecten werd het rapport uiteindelijk gevalideerd door 3 experts in het domein, die niet hadden deelgenomen aan de studie, voor een laatste, objectieve kwaliteitscontrole.

In de colofon vindt u de gedetailleerde lijst van de deelnemers aan deze studie en van de validatoren.

Het wetenschappelijke rapport¹⁷ bevat een meer uitvoerige beschrijving van de gebruikte methodologie.

2. EEN COMPLEX PROBLEEM MET VERSCHILLENDE LAGEN

Bij de treatment gap bij PA spelen verschillende factoren een rol. Deze staan niet los van elkaar, integendeel, ze zijn met elkaar verbonden en oefenen een wisselwerking op elkaar uit. Het KCE ging na welke factoren bijdragen tot de treatment gap (zie 2.1, 2.2 en 2.3). In hoofdstuk 3 stelt het KCE vervolgens per niveau maatregelen voor om deze treatment gap te verkleinen.

2.1. Wat belet de persoon met problematisch alcoholgebruik om hulp te zoeken?

Mensen met PA wachten lang voordat ze professionele hulp inroepen, gemiddeld 18 jaar. Hun weg naar hulp vormt een langzaam en moeilijk traject, waarbij ze zich worstelen door stadia van herkenning, ontkenning, erkenning, schaamte, actiebereidheid, actie, enz... . In figuur 1 worden een aantal denkpatronen vermeld die bij de persoon met PA aanwezig zijn, en die bijdragen tot de treatment gap.



Figuur 1 – Redenen waarom een persoon met PA laattijdig of geen hulp zoekt





2.2. Welke rol spelen zorgverlener en zorgorganisatie bij de problematiek van de treatment gap?

Er komen veel (verschillende) zorgverleners in contact met mensen met PA, zowel in eerste als in tweede lijn. Het gaat o.a. om artsen (huisartsen en specialisten), verpleegkundigen, apothekers, psychologen, familiehelp en maatschappelijk werkers.

Vele zorgverleners vinden het moeilijk om alcoholgebruik ter sprake te brengen en om PA te herkennen, te bespreken en een helpende hand te bieden.

Ook de organisatie van de zorg vormt een obstakel voor het opsporen en helpen van patiënten met PA.

Figuur 2 bevat een aantal denkpatronen bij zorgverleners die mee de treatment gap veroorzaken.

Figuur 2 – Redenen waarom sommige zorgverleners geen of onvoldoende hulp bieden





2.3. Hoe draagt de maatschappelijke context bij tot de treatment gap?

Alcoholgebruik wordt algemeen aanvaard in de (Belgische) maatschappij en maakt deel uit van het dagelijkse leven. Mensen die een drankje weigeren worden vaak als ongezellig bestempeld. Bovendien wordt het gebruik aangemoedigd door de vele reclames, waarbij soms zelfs wordt beweerd dat alcohol drinken een gezonde gewoonte is. Hierdoor valt PA vaak te laat of helemaal niet op en is het voor patiënten moeilijk het probleem te herkennen.

Uit het kwalitatief onderzoek bij stakeholders en experts heeft men kunnen concluderen dat in onze maatschappij een vergoelijkende houding ten opzichte van alcoholgebruik bestaat, die volgens hen maakt dat de aanpak van alcoholproblemen niet hoog genoteerd staat op de politieke agenda, en dat er weinig stimulansen en middelen voor zorgverleners bestaan. Zij wezen ook op het feit dat de drankenindustrie zorgt voor een groot aantal arbeidsplaatsen en een economisch belangrijke sector is met een internationale uitstraling. Toen de vorige minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, in 2013 een uitgebreid alcoholplan voorstelde, kreeg dit plan uiteindelijk onvoldoende politieke ondersteuning.

Tegenover mensen met PA stelt onze maatschappij zich dan weer minder tolerant op. Men vindt vaak dat deze mensen zelf schuld hebben aan hun probleem en het dan ook maar zelf moeten oplossen. Zij krijgen daarbij dan ook weinig steun. Dit maatschappelijk stigma zorgt er ook voor dat de betrokkene zich schaamt en het probleem meestal lang ontkent. In de figuur hieronder worden een aantal denkpatronen opgesomd die bijdragen tot de treatment gap op maatschappelijk niveau.



Figuur 3 – Bijdrage van de maatschappij aan de treatment gap





3. ALLEEN EEN AANPAK OP VERSCHILLENDE NIVEAUS HELPT

PA en het verkleinen van de treatment gap vormen een multi-dimensioneel probleem. De maatregelen, die het KCE per niveau voorstelt, moeten gecombineerd en zoveel mogelijk tegelijkertijd worden getroffen, zodat ze elkaar kunnen versterken. Enkel op die manier kan de treatment gap worden verkleind.

We formuleren eerst maatregelen op het niveau van de samenleving, om dan via zorgsysteem en zorgverlener, 'af te dalen' naar de persoon met PA zelf en zijn naaste omgeving. Het is immers bekend dat hoe positiever de maatschappelijke perceptie en houding tegenover alcoholgebruik zijn, hoe groter de kans is dat de leden van die maatschappij overmatig zullen drinken. Een alcoholbeleid dat deze maatschappelijke perceptie ombuigt, zal onvermijdelijk ook een positief effect hebben op de onderliggende niveaus, en uiteindelijk de bestaande treatment gap verkleinen. Voorwaarde daarbij is natuurlijk dat wanneer de persoon met PA hulp zoekt, hem wel degelijk een gepaste zorg kan worden aangeboden.

3.1. Een alcoholplan om de maatschappelijke perceptie te veranderen

Alle betrokken partijen, waaronder de bevoegde overheden, beleidsmakers, beroeps- en zorgorganisaties en patiëntenverenigingen moeten zo snel mogelijk rond de tafel gaan zitten om een algemeen alcoholplan te ontwikkelen en te implementeren. Een allesomvattend alcoholplan kan bijdragen tot het veranderen van de houding van de samenleving tegenover (problematisch) alcoholgebruik. Het alcoholplan kan o.a. worden gebaseerd op het [algemene WGO](#) en [Europese WGO-plan](#) uit respectievelijk 2010 en 2012.^{18, 19} Het kan bovendien aansluiten bij de recente resoluties van het [Europese Parlement](#) (2015).

Een dergelijke alcoholplan kan, in het kader van de vermindering van de 'treatment gap', onder meer de volgende elementen bevatten:

- Informatiecampagnes opstarten om mensen bewuster te maken van de risico's en gevolgen van alcoholgebruik. Hiervoor kunnen alle soorten (massa)media worden ingezet. Ook op bepaalde lokaties waar drank wordt gebruikt (festivals, uitgaansbuurten, enz) kan gericht informatie worden verspreid.

- Aanspreek- en informatiepunten opzetten of ondersteunen (telefoon, websites) waar mensen terecht kunnen voor vragen en ondersteuning. Daarnaast verwijzen naar reeds bestaande initiatieven en deze coördineren.
- PA beschouwen als een gezondheidsprobleem, en dus o.a. privé verzekeringen verbieden om gezondheidsproblemen veroorzaakt door alcohol uit te sluiten van dekking.
- Strenger reglementeren van alcoholreclame en -verkoop.

In eerste instantie moeten deze maatregelen kaderen binnen een overkoepelend beleid om de publieke opinie over alcoholgebruik te beïnvloeden. Als de publieke opinie verandert en PA meer gezien wordt als een gezondheidsprobleem, verlaagt dit het stigma en tegelijkertijd ook de drempel voor patiënten en zorgverleners om de problematiek aan te kaarten en aan te pakken.

3.2. Aanpassing van zorgorganisatie en –financiering

Ook aan het zorgsysteem zijn aanpassingen nodig om de hulpverlening bij PA meer laagdrempelig te maken.

De patiënt met PA moet de juiste zorg krijgen, in een gepaste setting. Er moet daarom een diversiteit aan zorgsettings zijn, die afgestemd zijn op de fase waarin een patiënt zich bevindt, op de ernst van zijn aandoening en op zijn motivatie. Mensen met PA moeten dus niet enkel binnen een psychiatrische context kunnen worden behandeld.

Om aan deze behoeften te voldoen is er nood aan een ruim(er) aanbod van generalistische en gespecialiseerde zorg, zowel in de eerste lijn (o.a. huisartsen, psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers) als in de psychiatrische centra en de algemene ziekenhuizen. Het aanbod kan bovendien worden verbeterd door de kennis en vaardigheden van de huidige zorgverleners uit te breiden (zie 3.3) en door voor consultaties waarbij PA wordt behandeld, een correcte financiering te voorzien.

Verder zouden bijkomende, vooral gespecialiseerde voorzieningen moeten worden gecreëerd, zodat de zorgverleners van de eerste lijn vlotter kunnen doorverwijzen en de patiënten met PA minder lang op de gepaste zorg moeten wachten. Een samenwerking tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg is daarbij cruciaal.

Een voorbeeld van zulke bijkomende voorzieningen is het creëren van een multidisciplinaire alcohol-consultatieteam in algemene ziekenhuizen. Zij geven ondersteuning en advies aan de zorgverleners.



Ook moeten nieuwe vormen van zorg, zoals ondersteunende websites, apps en zelfhulpgroepen worden gepromoot en ondersteund (zie verder 3.4 en 3.5)

Een consultatie waarbij alcoholproblematiek wordt besproken vraagt meestal meer tijd. Een betere financiering van langere consulten kan daarom bijdragen tot een betere zorg, want daardoor kan meer tijd voor de persoon met PA worden uitgetrokken. Een gelijkaardige vergoeding bestaat nu al voor 'kankerconsultaties', tijdens dewelke een arts het slechte nieuws van een kankerdiagnose aan een patiënt meedeelt. De arts krijgt hiervoor een vergoeding voor een raadpleging van lange duur. Daardoor kan hij voldoende tijd voorzien om de diagnose, de onderzoeken en de behandeling met de patiënt te bespreken.

3.3. Verbeteren van de scholing, vaardigheden en houding van de zorgverlener

Onvoldoende kennis

Talrijke studies tonen aan dat vele zorgverleners onvoldoende kennis over PA hebben, en dat ze over te weinig communicatievaardigheden beschikken om delicate onderwerpen met hun patiënten te bespreken. Dit heeft als gevolg dat ze PA onvoldoende of helemaal niet herkennen, dat ze te lang wachten met het aanbieden van de geschikte hulp, of hier zelfs nooit toe komen.

Het is duidelijk dat er werk aan de winkel is voor de onderwijsinstellingen en de instanties die navormingen voor zorgverleners organiseren. Zowel de basisopleidingen als de navormingen moeten specifieke modules voorzien voor communicatievaardigheden, zoals motiverende gespreksvoering, en voor (problematisch) alcoholgebruik. Bij dit laatste moet aandacht gaan naar de definitie en gevolgen van PA, naar het screenen op PA en het uitvoeren van kortdurende interventies.

Screening en korte interventies

Hoe eerder men personen met een alcoholprobleem identificeert, hoe groter de kans op het voorkomen van schadelijke gevolgen en alcoholafhankelijkheid. **Screenen**, gevolgd door een **korte interventie** wanneer de patiënt effectief risicogebruik of PA vertoont, zijn effectief voor het verlagen van de alcoholconsumptie.²⁰⁻²⁷

De meest geschikte zorgverlener voor screenings en korte interventies is de huisarts. Hij is immers bijna continu bereikbaar en heeft in de loop der jaren vaak een goede vertrouwensrelatie opgebouwd met zijn patiënten. In 2011 ontwikkelde huisartsenvereniging Domus Medica een praktijkaanbeveling voor patiënten met PA.³

Toch kunnen ook andere zorgverleners, zoals de gynaecoloog bij een zwangerschapsconsultatie, problemen met alcoholgebruik vaststellen en hun patiënt desgevallend doorverwijzen.

Wat is screenen op PA?

Door het stellen van enkele vragen krijgt de zorgverlener een idee van het alcoholgebruik van de persoon. Deze vragen kunnen kaderen in een algemene bevraging waarin wordt gevraagd naar rook-, voedings- en bewegingsgewoonten. Screening kan ook deel uitmaken van een routine medisch onderzoek en van het voorschrijven van medicatie waarbij er interacties zijn met alcohol.

Wat is een korte interventie?

Volgens huisartsenvereniging Domus Medica zijn kortdurende interventies "Kortdurende interventies zijn korte sessies waarin duidelijk en gestructureerd advies wordt gegeven, met feedback op maat van de patiënt over diens individuele verantwoordelijkheid om zijn gewoonten te veranderen. Daarbij worden veranderingsstrategieën aangeboden en wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van het zelfvertrouwen van de patiënt in zijn slaagkansen om te veranderen".(Michels et al. 2011. pS139)³



Systematische screenings op mogelijk PA worden echter weinig uitgevoerd. Zo bleek uit een Belgische studie²⁸ dat slechts 2% van de huisartsen systematisch op alcoholgebruik screent, terwijl ze veel vaker hun patiënten bevragen op tabaksgebruik. En wanneer bij een screening een mogelijk probleem wordt vastgesteld, wordt dit niet altijd gevolgd door een kortdurende interventie.

Zoals hiervoor vermeld zou een aanpassing van de opleiding en de navorming het aantal screenings en korte interventies moeten doen toenemen. Een recente studie toont aan dat deze maatregelen best gecombineerd worden met maatregelen direct gericht op de patiënten en met maatregelen gericht op de zorgorganisatie.²⁹

Bij mensen met een alcoholafhankelijkheid helpen screenings en korte interventies echter niet meer, waarschijnlijk omdat het probleem dan al te ver gevorderd is. Voor hen is een andere aanpak nodig.

Houding van zorgverleners...

Ook de houding van zorgverleners tegenover de problematiek speelt een belangrijke rol. PA wordt best beschouwd als een gezondheidsprobleem dat kan worden behandeld en niet als een probleem waaraan hun patiënt schuld heeft.

Zorgverleners moeten patiënten met PA dus op een niet-veroordelende en empathische wijze benaderen, en eerst de klachten bespreken en behandelen waarvoor de patiënt komt, voordat ze het onderwerp PA aankaarten.

... en hun verenigingen

De wetenschappelijke verenigingen van artsen en andere zorgverleners kunnen ook bijdragen tot het verkleinen van de treatment gap door de beschikbare richtlijnen over PA op ruime schaal te verspreiden en de opsporing van PA in zoveel mogelijk behandelprotocollen op te nemen.

Daarnaast moeten ze hun leden informeren over het bestaan van gespecialiseerde zorgverleners en -netwerken, en samenwerken met patiëntenverenigingen, waaronder zelfhulpgroepen.

Verder zouden screeningsvragen over (problematisch) alcoholgebruik verplicht moeten worden opgenomen in de geautomatiseerde patiëntendossiers. Hier is ook een rol weggelegd voor zorgorganisaties en beleidsmakers.

3.4. De persoon met problematisch alcoholgebruik: zelf het probleem actief aanpakken

Niet alle heil moet van het zorgsysteem of van de zorgverleners worden verwacht. Zoals reeds vermeld is een groot deel van de mensen met PA in staat om zelf hun probleem aan te pakken. Maar wat zet hen ertoe aan om dit daadwerkelijk te doen? Zo kunnen lichamelijke ongemakken of andere gevolgen van het overmatig drinken (relatieproblemen, jobverlies, enz) de triggers zijn die hen wakkerschudden en hen aansporen om minder of helemaal niet meer te drinken

Websites die informeren over alcoholmisbruik, mogelijke behandelingen en het bestaan van (zelf)hulpgroepen, en die online screening voorzien, kunnen bijdragen tot deze bewustmaking en ondersteuning bieden. Online screenings zijn trouwens meer laagdrempelig dan screenings en kortdurende interventies door zorgverleners, omdat ze anoniem gebeuren. Deze websites, of de ontwikkeling ervan, moeten daarom worden ondersteund, gepromoot en gecontroleerd op het bevatten van correcte informatie.

Daarnaast moeten mensen met PA worden geïnformeerd over de werkzaamheid en de kosten van de behandelingen en over het bestaan van zelfhulpgroepen voor henzelf en hun familieleden.



3.5. De onmiddellijke omgeving van de patiënt: van cruciaal belang

Ook de familie en de onmiddellijke omgeving van een persoon met PA spelen een cruciale rol. Zij merken vaak als eerste het probleem op en spreken de betrokkene erop aan. Zij kunnen hem ondersteunen en motiveren om hulp te zoeken. Vaak zijn het ook de naasten die het PA signaleren bij zorgverleners, die dan op hun beurt de naasten kunnen ondersteunen.

Daarom is het belangrijk dat de personen uit de naaste omgeving van de patiënt worden ondersteund en dat ze informatie krijgen over de mogelijke behandelingen en zorgverleners, en over de potentiële moeilijkheden bij een behandeling. Verder moet hen worden uitgelegd welke rol zij kunnen spelen tijdens de behandeling en moet hen worden gewezen op mogelijke familietherapie. Ook zelfhulpgroepen en (de ontwikkeling van) ondersteunende websites voor familieleden worden best gepromoot.

Andere maatregelen die inspelen op de omgeving van de persoon met PA, zoals Community Reinforcement Approach & Family Training (CRAFT^b), interventies op de werkplaats en interventies die het stigma moeten verlagen, kunnen de patiënt op weg helpen.

4. SYNERGIE IS CRUCIAAL

De bedoeling van het huidige rapport was om verklaringen te vinden voor de treatment gap en om wetenschappelijk gefundeerde interventies voor te stellen om de treatment gap te verkleinen. De treatment gap vormt duidelijk een groot probleem en het verkleinen ervan kan leiden tot aanzienlijke gezondheidswinst, mits adequaat aangepakt.

Tijdens ons onderzoek stelden we vast dat er zeer veel onderzoek bestaat over de problematiek.

Bij de treatment gap spelen heel veel factoren op diverse niveaus een rol, die een wisselwerking op elkaar uitoefenen. De aanpak ervan vergt dus ook een veelomvattende strategie vanuit het beleid aangestuurd, en een combinatie van synergetische maatregelen op alle niveaus. Alleen dan kan werkelijk resultaat geboekt worden.

Dit alles kan en mag echter voor de andere betrokkenen geen excuus zijn om niets te doen en af te wachten. Ondertussen kunnen er immers ook al maatregelen worden genomen op kleinere schaal, zoals het organiseren van bijscholing voor zorgverleners.

Het probleem en de oorzaken zijn bekend, effectieve interventies zijn voorhanden, nu alleen nog actie!

^b Een aanpak waarbij veel aandacht wordt gegeven aan de omgeving van de patiënt. Positieve effecten staan daarbij centraal: sociale steun, plezierige activiteiten en materiële of symbolische beloningen.



■ AANBEVELINGEN^c

Problematisch alcoholgebruik is een multi-dimensioneel probleem dat uitsluitend door een combinatie van (zoveel mogelijk simultane) maatregelen kan aangepakt worden.

- Het KCE beveelt aan dat alle betrokken partijen (bevoegde overheden en beleidsmakers, verenigingen van zorgverleners, zorgorganisaties, patiëntenverenigingen) zo snel mogelijk rond de tafel zitten en werk maken van een omvattend alcoholplan. Het verminderen van de alcohol treatment gap moet samengaan met een beleid om het alcoholgebruik in het algemeen te verminderen.
- Aan de bevoegde ministers:
 - Start informatie- en sensibiliseringscampagnes op samen met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), Infodrogues, en andere organisaties om mensen bewuster te maken van de risico's en gevolgen van alcoholgebruik.
 - Maak de normen over aanvaardbaar alcoholgebruik wijd bekend.
 - Laat zien wat de gevolgen zijn van overmatig alcoholgebruik
 - Maak gebruik van de verschillende soorten (massa)media.
 - Zet ook gerichte acties op in uitgaansgelegenheden, festivals, etc.
 - Maak wijd bekend waar mensen terecht kunnen voor vragen over en hulp bij alcoholgebruik.
 - Maak wijd bekend waar mensen een zelfhulpgroep kunnen contacteren
 - Zet aanspreekpunten (telefoon, websites) op waar mensen terecht kunnen voor vragen, en/of verwijs naar reeds bestaande aanspreekpunten en coördineer alle initiatieven op dit terrein.
 - Voorzie adequate financiering voor geïntegreerde en multidisciplinaire zorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn, in coherentie met de aanpak voor mensen met chronische gezondheidsproblematiek, en op zo'n manier dat zorgverleners voldoende tijd kunnen besteden aan deze patiënten en gemakkelijk beroep kunnen doen op elkaars expertise.
 - Verruim de behandelcapaciteit voor problematisch alcoholgebruik in de eerste lijn, in de algemene ziekenhuizen en in de specialistische psychiatrische voorzieningen.
 - Verbied uitsluiting van dekking door hospitalisatieverzekeringen van alcoholgerelateerde gezondheidsproblemen.

^c Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- **Aan de opleidingsinstituten van zorgverleners:**
 - **Besteed meer aandacht aan verslavingsproblematiek, inclusief problematisch alcoholgebruik in de basiscurricula.**
 - **Neem de communicatievaardigheden nodig voor de aanpak van verslavingsproblematiek, inclusief motiverende gespreksvoering op in de basiscurricula.**
- **Aan de wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners:**
 - **Organiseer bijscholingen en trainingen omtrent screening en kortdurende interventies voor problematisch alcoholgebruik.**
 - **Verspreid op ruime schaal de informatie over normen, definities en gevolgen van problematisch alcoholgebruik, evenals de beschikbare richtlijnen hierover.**
 - **Integreer screening op problematisch alcoholgebruik in zoveel mogelijk behandelingsprotocollen.**
 - **Bespreek met andere verenigingen van zorgverleners en met de patiëntenverenigingen hoe het beste samengewerkt kan worden.**
- **Aan de huisartsen (en andere zorgverleners indien van toepassing):**
 - **Leg informatiefolders over de gevolgen van alcoholgebruik en over hulpmogelijkheden in alle wachtkamers.**
 - **Screen periodiek op problematisch alcoholgebruik**
 - **Benader patiënten met een problematisch alcoholgebruik op een niet veroordelende en empathische wijze. Bespreek en behandel eerst de klachten waarvoor de patiënt komt vooraleer het problematisch alcoholgebruik wordt aangekaart.**
- **Aan de organisaties die aan preventie en ondersteuning doen bij problematisch middelengebruik:**
 - **Ontwikkel en promoot websites met informatie over risico's van alcoholgebruik, over de mogelijke behandelingen en voor de ondersteuning van mensen met problematisch alcoholgebruik**
- **Prioriteiten voor verder onderzoek:**
 - **Wat zijn werkzame interventies om de treatment gap te verminderen voor mensen met zeer ernstig problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid?**
 - **Welke interventies verminderen het stigma?**



■ REFERENTIES

1. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: gezondheidsgedrag en leefstijl samenvatting van de onderzoeksresultaten. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2014.
2. Hoeck S, Van Hal G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1069-75.
3. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*. 2011(40):S137-S60.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence NHS, editor. London National Institute for Health and Clinical Excellence 2011.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):47-54.
6. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, et al. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed: The AMPHORA Project; 2013. p. 72-101.
7. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(11):937-44.
8. Tuithof M, Ten Have M, Van den Brink W, Vollebergh W, De Graaf R. Treatment seeking for alcohol use disorders: treatment gap or adequate self-selection? In: *Drinking Distilled. Onset, course and treatment of alcohol use disorders in the general population*. Amsterdam: Amsterdam University; 2015. p. 95-112.
9. Vanmeerbeek M, Mairiaux P, Lemaître A, Ansseau M, Ketterer F, Pirenne D, et al. "Up To Date". Use of psychoactive substances in



- adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retriEval. Brussel: Belspo; 2015.
10. Carballo JL, Fernandez-Hermida JR, Secades-Villa R, Carter Sobell L, Dum M, Garcia-Rodriguez O. Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. In: Promoting self-change from addictive behaviors: Springer US; 2007. p. 87-101.
 11. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 2005;100(3):281-92.
 12. Dearing RL, Witkiewitz K, Connors GJ, Walitzer KS. Prospective changes in alcohol use among hazardous drinkers in the absence of treatment. *Psychol Addict Behav*. 2013;27(1):52-61.
 13. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*. 1996;86(7):966-72.
 14. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB. Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*. 2000;95(5):749-64.
 15. Witkiewitz K, Dearing RL, Maisto SA. Alcohol use trajectories among non-treatment-seeking heavy drinkers. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(3):415-22.
 16. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(2):89-97.
 17. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, et al. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015.
 18. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO Press; 2010.
 19. WHO Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
 20. Anderson P, Scafato E, Galluzzo L, Group VpW. Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(3):232-47.
 21. Gaume J. What do we know about mechanisms of action of brief alcohol interventions? *Alcoholism & Drug Addiction*. 2014;27(suppl 1):20-1.
 22. Jackson R, Johnson M, Campbell F, Messina J, Guillaume L, Meier P, et al. Screening and Brief Interventions for Prevention and Early Identification of Alcohol Use Disorders in Adults and Young People. NICE Centre for Public Health Excellence; 2010.
 23. Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. In: Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse. Rockville (MD); 2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22876371>
 24. 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.
 25. O'Donnell A, Wallace P, Kaner E. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5(113).
 26. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev*. 2010;29(6):631-40.
 27. Saitz R. Brief intervention for unhealthy alcohol use. In: Saitz R, editor. Addressing unhealthy alcohol use in primary care: Springer; 2013. p. 41-8.
 28. Funk M, Wutzke S, Kaner E, Anderson P, Pas L, McCormick R, et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*. 2005;66(3):379-88.



29. Keurhorst M, van de Glind I, do Amaral-Sabadini MB, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(12):1877-900.



COLOFON

Titel:	Hoe de drempel naar hulp bij problematisch alcoholgebruik verlagen? – Synthese
Auteurs:	Patriek Mistiaen (KCE), Laurence Kohn (KCE), Françoise Mambourg (KCE), Frédéric Ketterer (University of Liege, Department of General Practice/Family Medicine), Corine Tiedtke (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Marie-Claire Lambrechts (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Lode Godderis (KU Leuven, Department of Public Health and Primary Care, Centre for Environment & Health), Marc Vanmeerbeek (University of Liege, Department of General Practice/Family Medicine), Marijke Eyssen (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Nadia Benahmed (KCE), Leen Verleye (KCE)
Externe experts en stakeholders:	Piet Bracke (Universiteit Gent), Paul Ceelen (Anonieme Alcoholisten Vlaanderen), Véronique Crutzen (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale - FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg), Hilde De Man (Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk), Philippe de Timary (Université catholique de Louvain), Griet Dereymaeker (Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen), Dominique Dethier (INAMI - RIZIV), Carine Devos (CHU St Pierre), Maud Devroey (Infor-Drogues), Geert Dom (Universiteit Antwerpen), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), Bernard Dor (Société Scientifique de Médecine Générale), Raymond Gueibe (Clinique St-Pierre Ottignies), Frédéric Gustin (Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes), Catherine Hanak (CHU Brugmann), Denis Hers (Université catholique de Louvain, Clinique St Michel), Michel Lambrechts (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), Dominique Lamy (Société Scientifique de Médecine Générale), Luc Lasser (CHU Brugmann), Valérie Libotte (Centre de services interentreprises), Frédéric Loboz (CHU St-Pierre), Johan Luyckfasseel (Anonieme Alcoholisten Vlaanderen), Jurgen Magerman (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg), Vladimir Martens (Cabinet de la Ministre Cécile Jodogne, Fédération Wallonie-Bruxelles), Cathy Matheï (KU Leuven, Academic Center for General Practice), Frieda Matthys (Vrije Universiteit Brussel), Aziz Naji (BELSPO), Thomas Orban (Société Scientifique de Médecine Générale), Bart Rens (AZ Sint-Maarten), Vincent Seutin (Université de Liège), Caroline Theisen (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Jo Thienpont (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg), Jacques Van Damme (ADHESIA), Peter Vanslebrouck (Mediwet), Peter Verduyck (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn), Jan Verfaillie (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg), Marthe Verjans (Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk), Rita Verrando (Domus Medica), Geert Verstuyf (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen), Alexander Witpas (Agentschap Zorg en Gezondheid), Nathalie Zigrand (CHU St-Pierre).



Externe validatoren: Guido Van Hal (Universiteit Antwerpen), Paul Verbanck (CHU Brugmann), Nick Heather (Northumbria University)

Acknowledgements: We danken alle patiënten en de zorgprofessionals die deelnamen aan het kwalitatieve studie en aan de Delphi-rondes; we danken ook de bibliothecarissen van de gespecialiseerde bibliotheken Caroline Godet (Infor-Drogues) en Marc Wauters (Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen).

Andere gemelde belangen: Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid in het onderwerp van problematisch alcoholgebruik. Daarom is het mogelijk dat iedereen een zekere graad van belangenconflict heeft.

Layout: Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 4 januari 2016

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Alcohol Drinking, Alcoholism, Alcohol-Related Disorders, Counseling, Early Medical Intervention, Primary Health Care

NLM classificatie: Alcoholism WM 274

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2015/10.273/113

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eyssen M, Paulus D. Hoe de drempel naar hulp bij problematisch alcoholgebruik verlagen? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 258As. D/2015/10.273/113.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.