



Attitudes en zorg van huisartsen ten aanzien van patiënten met overmatig alcoholgebruik

*Drs. Myrna Keurhorst
Drs. Geertje van de Ven
Drs. Ellen Keizer
Dr. Miranda Laurant*

Nijmegen, december 2011

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Contact

IQ healthcare

UMC St Radboud

Huispost 114

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

www.iqhealthcare.nl

Telefoon: 024 36 15 305

Fax: 024 35 40 166

Email: info@iq.umcn.nl

Bezoekadres: Geert Grootteplein 21, route 114 Nijmegen

Dit is een uitgave van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) en IQ healthcare. Het PVA is een samenwerkingsverband van Trimbos-instituut, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Scientific Institute for Quality of Healthcare UMC St Radboud, Centraal begeleidings Orgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), GGD Nederland (koepelorganisatie gemeentelijke gezondheidsdiensten), Reinier de Graaf Gasthuis te Delft (polikliniek Jeugd en Alcohol) en het Kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren. De coördinatie van het PVA ligt in handen van het Trimbos-instituut. Het PVA wil de hulp aan mensen met beginnende alcoholproblemen een extra impuls geven. Het PVA wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

© 2011, Partnership Vroegsignalering Alcohol / IQ healthcare

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. U kunt deze uitgave en andere producten van het PVA ook vinden op www.vroegsignaleringalcohol.nl. Deze uitgave is te downloaden via www.vroegsignaleringalcohol.nl. Voor informatie kunt u contact opnemen met Dr. Miranda Laurant, m.laurant@iq.umcn.nl of 024 3615305.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Methoden	5
3. Resultaten	6
3.1 Zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik-----	7
3.1.1 Screening/ herkenning -----	7
3.1.2 Behandeling en begeleiding-----	8
4. Beschouwing en conclusie.....	11
Literatuur	13

1. Inleiding

Net als in de rest van de Europese Unie ligt ook in Nederland het alcoholgebruik erg hoog¹. Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw is het alcoholgebruik ruim verdrievoudigd van 2,6 liter pure alcohol per hoofd in 1960 naar 7,9 liter pure alcohol per hoofd in 2005². Als gevolg van deze toename in consumptie neemt eveneens de alcoholgerelateerde problematiek toe. Ongeveer 10,3% van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar voldoet aan de criteria voor problematisch alcoholgebruik³.

Vroegsignalering en korte interventies tegen problematisch alcoholgebruik in de eerstelijns gezondheidszorg staan bovenaan de lijst van wetenschappelijk bewezen effectieve en kosten-effectieve methoden tegen overmatig alcoholgebruik⁴. Toch worden deze methodieken nog op zeer beperkte schaal geïmplementeerd. Naar schatting wordt 70-90% van de probleemdrinkers niet herkend, voornamelijk door weinig specifieke klachten en symptomen op korte termijn als gevolg van problematisch alcoholgebruik⁵.

Huisartsen kunnen, als poortwachters in de eerste lijn, dus een belangrijke bijdrage leveren aan het reduceren van het aantal probleemdrinkers in Nederland. Daarom is het belangrijk om inzicht te verwerven in de attitude van huisartsen tegenover het vroegsignaleren van problematisch alcoholgebruik, en wat hun activiteiten op basis van de huidige praktijk zijn tegenover patiënten met problematisch alcoholgebruik.

Voorliggend onderzoek is uitgevoerd in het kader van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) dat zich ten doel stelt hulpverleners te ondersteunen bij het implementeren van vroegsignalering en kortdurende interventies bij patiënten met overmatig of schadelijk alcoholgebruik. Met behulp van een vragenlijst deden we onderzoek onder een steekproef van Nederlandse huisartsen, waarbij de huidige attitude en zorg van huisartsen op twee momenten in kaart is gebracht. Tevens keken we in hoeverre de vijf doelstellingen van het PVA in 2010 zijn gehaald:

1. 50% van de huisartsen kent de NHG Standaard.
2. 30% van de huisartsen past de NHG Standaard toe.
3. 30% van de huisartsen is bekend met de hulpverleningsmogelijkheden van Alcohol Infolijn.
4. 30% van de huisartsen is op de hoogte van e-health interventies.
5. In 10% van de huisartsenpraktijken is samenwerking met de verslavingszorg tot stand gekomen

2. Methoden

Design

In deze observationele cross-sectionele cohort studie zijn huisartsen steekproefsgewijs benaderd om te kijken in hoeverre de attitude en activiteiten in de huidige huisartsenpraktijk de afgelopen jaren veranderd dan wel verbeterd zijn.

Het PVA heeft in haar eerste fase (2005-2007) verschillende producten ontwikkeld voor toepassing in de eerstelijnszorg. In de tweede fase (2008-2010) lag de nadruk meer op de implementatie van verschillende producten. Om te kijken of de ontwikkelde producten uitwerking hebben gehad op de mate van implementatie van vroegsignalering en korte interventies ter preventie van overmatig alcoholgebruik in de eerstelijnszorg, is er twee keer een meting uitgevoerd onder huisartsen. De eerste meting ('voormeting') is uitgevoerd aan het begin van de tweede fase (najaar 2008); de tweede meting ('nameting') is precies twee jaar later uitgevoerd aan het eind van de tweede fase (najaar 2010). De steekproef betrof 780 huisartsen (10%).

Vragenlijst

In de vragenlijst is onderscheid gemaakt in verschillende domeinen: algemene huisarts- en praktijkkenmerken; attitude van de huisarts ten opzichte van "probleemdrinkers"; zorg van de huisarts voor patiënten met problematisch alcoholgebruik en afsluitend is er nog ruimte om behoeften aan te geven om de zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik te kunnen verbeteren.

Om de attitude van huisartsen ten opzichte van problematisch alcoholgebruik te meten, is de *shortened Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire* (SAAPPQ) vragenlijst in deze vragenlijststudie verwerkt. De SAAPPQ bestaat uit vijf dimensies⁶:

Rolzekerheid:

1. *Rolgeschiktheid*: het hebben van de kennis en vaardigheden om alcoholproblematiek te herkennen en hiermee om te gaan.
2. *Rollegitimiteit*: de zekerheid of en in welke mate alcoholproblematiek tot hun verantwoordelijkheden hoort.

Therapeutische betrokkenheid:

3. *Motivatie*: gemotiveerd zijn om met probleemdrinkers te werken.
4. *Taak specifieke zelfwaardering*: zelfvertrouwen in het positief volbrengen van de taak werken met probleemdrinkers.
5. *Arbeidssatisfactie*: tevredenheid over het werken met probleemdrinkers.

Analyse

De analyse heeft voornamelijk op een beschrijvend niveau plaatsgevonden. Omdat vragen afwisselend op een continue of categoriale wijze te beantwoorden waren, zijn er verschillende statistische testen gebruikt. Voor de weergave in verschil van continue variabelen tussen 2008 en 2010 is gebruik gemaakt van de gepaarde t-toets. Voor categoriale variabelen is het verschil tussen 2008 en 2010 met de Chikwadraattoets getoetst.

3. Resultaten

Huisarts- en praktijkenmerken

De vragenlijst van de voormeting is door 185 huisartsen ingevuld (respons 25%). De nameting is door 137 huisartsen ingevuld (respons 19%), waarvan we er 136 mee konden nemen in de analyses. Het was niet mogelijk om vast te stellen welke huisartsen beide vragenlijsten hebben ingevuld.

In tabel 1 staan de kenmerken van de huisartsen(praktijken) beschreven. De huisartsen die de eerste en tweede meting hebben ingevuld zijn op meeste kenmerken vergelijkbaar met uitzondering van het aantal andere professies in de huisartsenpraktijken, deze is namelijk significant iets toegenomen.

Tabel 1: Kenmerken van de studiepopulatie, huisartsen, op basis van voormeting

Praktijkenmerk	Voormeting N=185 (25%)	Nameting N = 136 (19%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	48,2 (8,5)	50,1 (7,6)
Mannelijk geslacht	57,3%	58,1%
Gemiddeld aantal fte werkzaam (SD)	0,77 (0,20)	0,78 (0,18)
Type huisarts (%)		
- (zelfstandig) gevestigde huisarts	80,5%	84,6%
- Huisarts in loondienst (bv. gezondheidscentrum)/HIDHA	15,1%	14,7%
- Waarnemer	2,2%	0,7%
- Anders	2,2%	0,0%
Praktijkvorm (%)		
- Solo	24,3%	27,9%
- Groep	42,7%	40,4%
- Gezondheidscentrum	14,1%	12,5%
- HOED (Huisartsen onder één dak)	16,2%	18,4%
- Anders	2,7%	0,7%
Gemiddeld aantal huisartsen exclusief uzelf in de praktijk		
- Huisartsen (SD)	2,2 (1,9)	2,2 (1,9)
- HIDHA's (SD)	0,4 (0,8)	0,8 (1,4)*
Gemiddeld aantal totaal fte in de praktijk		
- Huisartsen (SD)	1,5 (1,5)	1,7 (1,7)
- HIDHA's (SD)	0,2 (0,5)	0,4 (1,0)*
Gemiddeld aantal andere professionals in de praktijk		
- Dokters-/praktijkassistenten (SD)	4,1 (2,5)	4,3 (2,9)
- Praktijkverpleegkundige chronische zieken (SD)	1,4 (0,9)	1,4 (0,7)
- Praktijkondersteuner GGZ (SD)	0,3 (0,5)	0,5 (0,6)*
- Nurse practitioners (NP's) (SD)	0,01 (0,1)	0,03 (0,2)
- Physician Assistants (PA's) (SD)	0,0 (0,0)	0,02 (0,1)*
- Anders (SD)	0,0 (0,0)	1,0 (2,6)*
Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten (SD)	3994,3 (2503,2)	4050,2 (2800,7)

* = $p < 0,05$ met behulp van de chi-kwadraattoets

Attitude ten aanzien van werken met probleemdrinkers

Om de attitude van huisartsen ten aanzien van het werken met probleemdrinkers te meten, is gebruik gemaakt van de reeds genoemde SAAPPQ vragenlijst. In tabel 2 staan de gemiddelde scores weergegeven, uitgesplitst naar de 5 dimensies in de vragenlijst. Voor de scores geldt: hoe lager de score, hoe negatiever de betekenis van de variabele.

Tabel 2: Gemiddelde score op de verschillende onderdelen van de SAAPPQ		
	Voormeting Gemiddelde score (SD)	Nameting Gemiddelde score (SD)
Rolzekerheid ¹ :		
- Rolgeschiktheid	2,7 (0,7)	2,4 (0,7)*
- Rollegitimiteit	1,9 (0,9)	1,6 (0,7)*
Therapeutische betrokkenheid ¹ :		
- Motivatie	2,8 (0,7)	2,7 (0,7)
- Taak specifieke zelfwaardering ¹	3,0 (0,7)	3,0 (0,8)
- Arbeidssatisfactie	3,2 (0,6)	3,0 (0,7)
¹ Dimensies SAAPPQ: 5 punt schaal van 1 uiterst negatief tot 5 uiterst positief		
* = p < 0,05 met behulp van de chikwadraattoets		

Uit tabel 2 blijkt dat er op de dimensie rolzekerheid in beide metingen gemiddeld onder 2,5 wordt gescoord. Deze dimensie heeft te maken met de zekerheid van de huisarts en in welke mate zij vinden dat preventie van alcoholproblematiek tot hun verantwoordelijkheden behoort. In 2 jaar is er een significante afname van het aantal huisartsen dat negatief staat tegenover het werken met probleemdrinkers. Op alle andere dimensies scoren de huisartsen gemiddeld positief. We zien echter geen verschil tussen beide meetmomenten, dat wil zeggen dat de huisartsen niet een positiever houding hebben ontwikkeld ten opzichte van het werken met probleemdrinkers.

De grote meerderheid van de huisartsen gaf zowel in de voor- als in de nameting (respectievelijk 65% en 61%) aan het zeer belangrijk (score 8 of hoger op 10 puntschaal) te vinden om herkenning van problematisch alcoholgebruik bij patiënten te verbeteren. Daarnaast gaf respectievelijk 59,3% en 52,2% van de huisartsen aan het zeer belangrijk te vinden de zorg van zijn/haar patiënten met problematisch alcoholgebruik te verbeteren (i.e. het toepassen van kortdurende interventies). Een klein gedeelte van huisartsen (5% versus 6%) gaf aan dit helemaal niet belangrijk te vinden. De huisartsen zijn in de periode 2008 tot 2010 nauwelijks anders gaan denken over het belang van verbeteren van vroegsignalering en toepassen van kortdurende interventies bij patiënten met problematisch alcoholgebruik.

3.1 Zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik

3.1.1 Screening/ herkenning

De grote meerderheid van de huisartsen geeft aan wel eens naar alcohol te vragen (voor- en nameting, respectievelijk 100% en 99,3%). We zien wel een verschuiving in doelgroepen waarbij huisartsen naar alcoholgebruik vragen. Zo gaf in de voormeting 3,8% van de ondervraagden aan bij zwangeren naar alcoholgebruik te vragen, in de nameting was dit 52,9%. Deze significante verschuiving is ook te zien bij mensen met diabetes (23,8% vs 77,9%); mensen die ingrijpende gebeurtenissen doormaken zoals scheiding, werkloosheid (21,1% vs 49,3%) en bij melding door derden (16,8% vs 83,1%). Echter, we zien ook het omgekeerde beeld. In de voormeting gaf 64,9% van de huisartsen aan bij alleenstaanden naar alcoholgebruik te vragen, in de nameting was dit nog maar 12,5%. Dit beeld zien we ook bij mensen met hart- en vaatziekten (69,7% vs 58,8%), bij

chronisch zieken met medicijngebruik met mogelijke interactie-effecten (53,5% vs 33,8%) en mensen die roken (73,0% vs 16,2%). We kunnen deze verschillen niet goed verklaren, maar mogelijk dat de praktijkondersteuners die veelal de zorg voor chronische zieken op zich nemen een grotere rol hebben gekregen bij vroegsignalering en geven van adviezen ten aanzien van het alcoholgebruik.

Als het gaat om specifieke signalen of klachten vraagt 8% van de huisartsen in de voormeting nooit naar alcoholgebruik. In de nameting bedraagt dit 4%. Hierbij is een positief significante verschuiving tussen de voor- versus nameting te zien bij hoofdpijn (8,6% vs 17,8%); spierpijnen, zwakten en spieratrofie (3,21% vs 8,9%); wisselend, onduidelijk klachtenpatroon (34,6% vs 43,7%) en geneesmiddeleninteractie (15,7% vs 30,4%).

Bij het vaststellen van alcoholgebruik is het gebruik van screeningsinstrumenten significant flink afgenomen van 97,3% naar 33,8%. Met name het gebruik van het alcoholdagboek is het sterkst afgenomen van 77,3% naar 6,6%. De five-shot wordt door 16,2% van de huisartsen gebruikt. Van de huisartsen in de nameting gebruikt de meerderheid de CAGE test (14%).

De NHG Standaard geeft aan dat bij mannen het drinkpatroon riskant is als er meer wordt gedronken dan 22-34 eenheden per week. Voor vrouwen geldt dat er sprake van riskant gebruik is bij meer dan 15-20 eenheden en voor ouderen 7-14 eenheden per week. Aan huisartsen is de vraag voorgelegd bij hoeveel (standaard) glazen per week het drinkpatroon riskant is. De resultaten van deze kennisvraag zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Inschatting riskant alcoholgebruik bij verschillende groepen						
	Mannen (22-34 glazen)		Vrouwen (15-20 glazen)		Ouderen (7-14 glazen)	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
Gemiddelde schatting aantal glazen (SD)	19,2 (7,2)	17,6 (6,1)*	13,4 (5,6)	12,1 (4,6)*	11,7 (5,4)	10,9 (4,5)
Lagere inschatting	76,4%	83,6%	58,2%	65,7%	10,2%	19,0%
Goede inschatting	19,2%	16,4%	34,6%	29,9%	60,8%	58,7%
Hogere inschatting	4,4%	0,0%	7,1%	4,5%	28,9%	22,3%
* = p < 0,05 met behulp van de chikwadraattoets						

Uit tabel 3 is op te maken dat de meeste huisartsen het maximaal aantal glazen goed inschat. Het percentage huisartsen dat tijdens de nameting het aantal glazen te hoog inschat is lager in vergelijking met de voormeting. Op basis van gegevens zouden we kunnen zeggen dat kennis van huisartsen ten aanzien van riskant drinkgedrag significant is verbeterd. Als we kijken naar kennis over riskant drinken bij ouderen, dan zien we dat circa een vijfde van de huisartsen het maximaal aantal glazen te hoog inschat. Op dit punt is nog een verbetering te realiseren.

3.1.2 Behandeling en begeleiding

Gebruikte methodieken

Huisartsen werd gevraagd naar de gebruikte methoden voor de begeleiding/ behandeling van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Een toenemend aantal huisartsen (90,3% vs 91,2%) geeft aan patiënten te verwijzen naar een gespecialiseerde instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg. Hoewel bij de door huisarts zelf uitgevoerde behandeling/ begeleiding het motiveren tot gedragsverandering/ motiverende gespreksvoering (59,5% vs 55,9%) en eenmalig advies van 5 tot 10 minuten (49,2% vs 46,3) afnamen in gebruik, namen mondelinge voorlichting

(88,1% vs 90,4%) en het meegeven van een NHG patiëntbrief over alcohol toe (42,7% vs 49,3%). Ook de kleinere groep huisartsen die zelf een kortdurende interventie in de vorm van advies en begeleiding uitvoert in 1 tot 7 consulten, is toegenomen (29,7% vs 36,0%). Weinig huisartsen (6% of minder) voeren langdurige interventies (8 of meer consulten), cognitieve gedragstherapie of gedragstherapeutische gezins- en partnerrelatietherapie uit, al zijn ook die aantallen wel in omvang toegenomen. Tevens vallen verwijzing naar de Alcohol Infolijn (13,0% vs 17,6%) en verwijzing naar e-health interventies/ online zelfhulp interventies onder de minder gebruikte methoden. Hoewel we een kleine toename in gebruik van methoden zijn is er bij geen van deze interventies een significant verschil tussen voor- en nameting te zien.

Bijna alle huisartsen maken een notitie van het alcoholgebruik en het gevolgde beleid in het medisch patiëntendossier. Slechts 2,2% vs 0,3% geeft aan dit niet te doen. Huisartsen noteren dit in probleem/episodelijst, het journaal, of met een ICPC code.

Ondersteuning

De praktijkassistente of praktijkondersteuner/-verpleegkundige heeft volgens de huisartsen in toenemende mate (21,6% vs 24,2%) een rol in de zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik. Zij richten zich met name op de zorg voor specifieke patiëntengroepen (50,0% vs 62,5%) en op de screening en behandeling/ begeleiding (27,5% vs 28,1%). Bij ouderen, rokers, diabetici en patiënten met hart- en vaatziekten heeft de praktijkondersteuner/ -verpleegkundige een significant toenemende rol aangaande problematisch alcoholgebruik.

Samenwerking verslavingszorg

Een significant afnemende meerderheid van de huisartsen (68,6% vs 54,5%) werkt samen met regionale verslavingszorg of een GGZ-instelling ten aanzien van screening en begeleiding/behandeling voor patiënten met problematisch alcoholgebruik. Verder is er een afname te zien in het aantal huisartsen dat de meerderheid van de patiënten met alcoholproblematiek naar de verslavingszorg doorverwijst (62,2% vs 58,3%). Het percentage huisartsen dat (bij)scholing van de verslavingszorg krijgt op gebied van alcoholproblematiek is nagenoeg gelijk gebleven (11,8% vs 11,1%). Niettemin namen de aantallen huisartsen die incidenteel patiënten met alcoholproblematiek doorverwezen naar de verslavingszorg (37,0% vs 38,9%) en samenwerkten met de verslavingszorg door middel van alcoholspreekuur door de verslavingszorg in de praktijk (7,9% vs 13,9%) toe.

Obstakels & belemmeringen en behoeften

Een toenemend aantal huisartsen (78,4% vs 85,3%) geeft aan obstakels en belemmeringen te ervaren bij het behandelen en begeleiden van patiënten met problematisch alcoholgebruik. In tabel 4 zijn deze uitgesplitst naar aantallen.

De top 5 van meest genoemde belemmeringen in zowel de voor- als nameting zijn gebrek aan tijd van de huisarts; gebrek aan motivatie van de patiënten; gebrek aan kennis van de huisarts; gebrek aan motivatie van de huisarts; moeite met herkenning van alcoholproblematiek door de huisarts.

Tabel 4: Ervaren belemmeringen van huisartsen bij het behandelen en begeleiden van patiënten met problematisch alcoholgebruik (uitgedrukt in absolute aantallen).

Belemmering	Voormeting (n=185)	Nameting (n=136)
Gebrek aan tijd van de huisarts	64	52
Gebrek aan motivatie van de patiënten	37	32
Gebrek aan kennis van de huisarts	20	24
Gebrek aan motivatie van de huisarts	23	6
Moeite met herkenning van alcoholproblematiek door huisarts	18	20
Geen aandacht voor alcoholproblematiek	14	2
Terugval van patiënten, weinig eer van je werk	14	12
Slechte ervaringen met verslavingszorg	13	10
Ontkenning van het probleem door de patiënt	12	12
Coproblematiek van de patiënt	6	6
Complexe problematiek door de betrokkenheid omgeving	5	2
Kan de relatie met de patiënt schaden	3	0
Gebrek aan geld	2	1
Gebrek aan ondersteuning	1	2
Taalbarrière	1	0
Wachttijden	0	5
Ruimtegebrek	0	1
Volhouden	0	7
Gebrek aan methodes/ richtlijnen	0	6
Kennisgebrek DA/ POH	0	3
Pessimisme	0	2

Tenslotte is aan de huisarts gevraagd waar hij/zij het meest bij geholpen zou zijn of de meeste behoefte aan heeft zodat de zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik verbeterd kan worden (zowel voor vroegsignalering als de begeleiding/behandeling). 135 huisartsen in de voormeting (73,0%) en 93 in de nameting (68%) hebben hun behoeften op dit gebied geformuleerd. Deze zijn terug te vinden in tabel 5. De 3 meest genoemde behoeftes waren meer kennis en/ of vaardigheden (nascholing); materialen, zoals folders en screeningsinstrumenten; en personele ondersteuning, inzetten van een expert.

Tabel 5: Geformuleerde behoeften van huisartsen zodat de zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik verbeterd kan worden (uitgedrukt in absolute aantallen).

Behoefte	Voormeting (n=185)	Nameting (n=136)
Meer kennis en/of vaardigheden (nascholing)	57	33
Materialen, zoals folders en screeningsinstrumenten	43	24
Personele ondersteuning, inzetten van een expert	25	14
Betere samenwerking met de verslavingszorg	22	23
Meer tijd	12	7
Betere alertheid op screening, herinnering	8	11
Verminderen taboe	4	3
Betere (algemene) voorlichting voor patiënten	4	1
Meer geld	2	2

4. Beschouwing en conclusie

De metingen in deze rapportage aangaande de attitude en zorg van huisartsen ten aanzien van patiënten met overmatig alcoholgebruik laten verschillende uitkomsten zien in het kader van de vijf doelstellingen van het PVA.

50% van de huisartsen kent de NHG Standaard

We hebben niet specifiek gevraagd naar bekendheid met de NHG Standaard, maar kennis over de maximaal aanbevolen aantal glazen is hiervoor als proxy genomen. We zien dat de meerderheid van de huisartsen het aantal glazen goed inschat. Echter, kennis van de richtlijn bij ouderen is nog een verbeterpunt.

30% van de huisartsen past de NHG Standaard toe

Toepassing van de NHG-Standaard is gemeten door te vragen naar de huidige zorg, zowel in vroegsignalering als in behandeling/begeleiding van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Nagenoeg alle huisartsen gaven aan wel eens naar alcoholgebruik te vragen. Hierbij is er verschil in de voor- en nameting te zien omtrent de patiëntengroepen waarbij naar alcoholgebruik gevraagd wordt. Bij de patiëntengroepen zwangeren, diabetes, mensen met ingrijpende gebeurtenissen zoals scheiding en werkloosheid, en bij melding door derden, zijn middelgrote tot zeer grote positieve veranderingen te zien. Minimaal de helft van de huisartsen vraagt bij deze doelgroepen naar alcoholgebruik. Maar bij alleenstaanden, hart- en vaatziekten, chronisch zieken met medicijngebruik met interactie-effecten en bij rokers zou vaker naar alcoholgebruik gevraagd kunnen worden, maar mogelijk dat bij deze groepen de zorg aan praktijkondersteuners is overgedragen. De nameting laat zien dat het aantal huisartsen dat bij specifieke signalen of klachten nooit naar alcoholgebruik vraagt is gehalveerd. Daarentegen is er een onverwacht grote afname in het gebruik van instrumenten om het alcoholgebruik vast te stellen. Wij kunnen de verschillen van respectievelijk 58% en 64% moeilijk verklaren. Wel zou dit eventueel toegeschreven kunnen worden aan het feit dat huisartsen steeds meer uitbesteden naar andere professies dan de huisarts.

30% van de huisartsen is bekend met de hulpverleningsmogelijkheden van Alcohol Infolijn en 30% van de huisartsen is op de hoogte van e-health interventies.

Huisartsen blijken verschillende interventies toe te passen in de begeleiding van patiënten met problematisch alcoholgebruik. De trends in gebruik van verschillende methodieken bleken zowel negatief als positief. Hoewel huisartsen bekend zijn met de Alcohol Infolijn en e-health interventies, wordt hier in de behandeling en begeleiding nog maar weinig gebruik van gemaakt (respectievelijk 18% en 15%, niet significant), al is in het aantal verwijzingen naar de Alcohol Infolijn (inschatting van de huisarts) wel een positieve trend in te zien (van 13% naar 18%, niet significant).

In 10% van de huisartsenpraktijken is samenwerking met de verslavingszorg tot stand gekomen

Een ruime meerderheid (respectievelijk 69% in de voor- tot 54,5% in de nameting, significant) van de huisartsenpraktijken werkt inderdaad samen met de regionale verslavingszorg of een GGZ-instelling. Hoewel het percentage beduidend hoger ligt dan het PVA-doel, blijkt er wel een afname in samenwerking te zijn. Het gaat hierbij om structurele samenwerking. Er is wel een duidelijke toename in het aantal patiënten dat incidenteel naar de verslavingszorg wordt verwezen. Tevens is er meer samenwerking tot stand gekomen, door middel van alcoholspreekuur door verslavingszorg in de huisartsenpraktijk.

Bovenstaande laat zien dat er in de afgelopen jaren veel bereikt is. Hier zullen de activiteiten van het PVA zonder meer aan bij hebben gedragen. Het onderzoek is echter ontoereikend om te kunnen vaststellen of wat het aandeel van het PVA is bij deze veranderingen in houding en zorg. Ook andere activiteiten in de gezondheidszorg kunnen hieraan bijgedragen hebben.

Tot slot, er zijn ook nog verschillende verbeterpunten te benoemen. Zo is bijvoorbeeld de attitude van huisartsen ten opzichte van het werken met probleemdrinkers vergeleken met zorgverleners in het ziekenhuis negatiever. Internisten, SEH-artsen en SEH-verpleegkundigen scoren op een schaal van minimaal 1 tot maximaal 5 tussen de 3,7 en 4,0⁷. Huisartsen scoren gemiddeld een 2,5.

De in dit rapport gepresenteerde resultaten geven input voor activiteiten die ondernomen kunnen worden om deze verbeterpunten aan te pakken. Hierbij moet echter wel vermeld worden dat resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden gezien de wat geringe respons in de voor- (25%) en nameting (19%). Daarbij kan niet onderscheiden worden welke huisartsen zowel de voor- als nameting hebben ingevuld, dit zou in vervolgonderzoek een interessante subgroep kunnen zijn om te analyseren.

Literatuur

-
- ¹ Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies
- ² van Laar MW, Cruts AAN, Verdurmen JEE, van Ooyen-Houben MMJ, Meijer RF. Nationale Drugmonitor Jaarbericht 2006. Utrecht: Trimbos-instituut 2007
- ³ van Dijck D, Knibbe RA. De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: Een algemeen bevolkingsonderzoek. Maastricht: Universiteit Maastricht 2005 February.
- ⁴ University of Sheffield (2009a) Guidance Title: Prevention and early identification of alcohol use disorders in adults and young people. Final draft of Report 2 to the National Institute for Health & Clinical Excellence. Sheffield: The University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR)
- ⁵ Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-standaard problematisch alcoholgebruik. Huisarts Wet 2005;48(6):284-85.
- ⁶ Anderson, P and Clement, S (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. British Journal of Addiction 82, 753–759.
- ⁷ Keurhorst M, Keizer E, Cruijsberg J, Laurant M. Vroegsignalering en korte interventies: een vragenlijststudie onder medisch specialisten, verpleegkundigen en afdelingshoofden. Nijmegen: UMC St Radboud: IQ healthcare. 2011