

# Vroegsignalering, behandeling en verwijzing van problematische drinkers in de Rotterdamse huisartsenpraktijk

Evaluatie van een pilot project

**Anneke Risselada**  
**Tim M Schoenmakers**

Juni 2010



# Colofon

## **Voegsignalering, behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik in de Rotterdamse huisartsenpraktijk**

Evaluatie van een pilot project

Auteurs:

Drs. Anneke Risselada

Dr. Tim M Schoenmakers

Met medewerking van:

Estella van der Wal

Veel dank aan de deelnemende huisartsenpraktijken voor hun medewerking.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Rotterdam, juni 2010



IVO

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

F +31 10 276 39 88

E [secretariaat@ivo.nl](mailto:secretariaat@ivo.nl)

W [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)

# Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1. Inleiding</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1 Achtergrond en relevantie                                    | 5         |
| 1.2 Context  | 5         |
| 1.3 Doelstellingen en uitgangspunten                             | 6         |
| 1.4 Pilot en ondersteuningsmogelijkheden                         | 6         |
| 1.5 Onderzoeksvragen   | 10        |
| 1.6 Leeswijzer   | 11        |
| <b>2. Methoden van onderzoek</b>                                 | <b>13</b> |
| 2.1 Deelnemers   | 13        |
| 2.2 Planning en metingen   | 14        |
| 2.3 Analyse  | 16        |
| <b>3. Resultaten</b>   | <b>17</b> |
| 3.1 Deskundigheidsbevordering                                    | 17        |
| 3.2 Visie op problematisch alcoholgebruik en rol van de huisarts | 19        |
| 3.3 Signaleren en ter sprake brengen                             | 21        |
| 3.4 Behandelen en verwijzen                                      | 26        |
| <b>4. Beschouwing en conclusie</b>                               | <b>33</b> |
| 4.1 Beschouwing  | 33        |
| 4.1.1 Evaluatie van pilot interventies                           | 33        |
| 4.1.2 Evaluatie van verandering in zorg                          | 36        |
| 4.1.3 Beperkingen  | 38        |
| 4.2 Conclusie  | 39        |
| 4.3 Aanbevelingen  | 39        |
| <b>Literatuur</b>  | <b>43</b> |
| <b>Bijlage 1: Columns huisarts – ambassadeur pilot</b>           | <b>45</b> |
| <b>Bijlage 2: Samenvatting afsluitende bijeenkomst</b>           | <b>49</b> |

## Samenvatting

**Achtergrond.** Onder leiding van de GGD Rotterdam-Rijnmond is een pilot opgestart waarin de (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van probleemdrinken in Rotterdamse huisartspraktijken wordt gestimuleerd, en de kansen en belemmeringen voor implementatie in kaart worden gebracht. Deze pilot is onderdeel van het werk van de Rotterdamse projectgroep “Aanpak Probleemdrinken vanuit de Eerstelijnszorg” en onderdeel van het overkoepelende Plan van Aanpak Alcohol 2009-2010 van de gemeente Rotterdam. **Doelen.** De pilot levert een gerichte aanpak op ten aanzien van problematisch alcoholgebruik, die voor huisartsen relatief eenvoudig is te implementeren; de pilot draagt bij aan een verbetering in de signalering van problematische alcoholgebruikers in de huisartsenpraktijk; de pilot draagt bij aan een toename in het aantal problematische alcoholgebruikers die een kortdurende interventie of verwijzing krijgen. **Methode.** Veertien huisartsen afkomstig uit zeven praktijken hebben aan het project deelgenomen. De volgende drie onderdelen werden onderscheiden: (1) deskundigheidsbevordering over problematisch alcoholgebruik, (2) signalering en registratie van problematisch alcoholgebruik aan de hand van voorgedrukte registratieformulieren gebaseerd op de vragen van de Five-Shot test, en (3) behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik. Hiervoor konden huisartsen naar eigen inschatting zelf een kortdurende interventie toepassen of de patiënt verwijzen naar een verslavingsconsulent, die op afroep beschikbaar was voor consultatie en kortdurende behandeling in de huisartsenpraktijk. De evaluatie van de pilot bestond uit het monitoren van de verandering in zorg voor patiënten en het evalueren van de toegepaste interventies. De verandering in zorg is gemeten aan de hand van registraties van het aantal (vermoedens van) problematische alcoholgebruikers in de praktijk, die door de deelnemende gezondheidswerkers werden ingevuld gedurende de onderzoeksperiode. De interventies zijn geëvalueerd met schriftelijke vragenlijsten en face-to-face interviews met medewerkers van de deelnemende praktijken. **Resultaten en conclusie.** De scholing werd positief gewaardeerd door de deelnemers en heeft naar eigen zeggen bijgedragen aan een toename in bewustwording voor de problematiek. Ook hebben de huisartsen nieuwe kennis opgedaan, zijn hun vaardigheden in de omgang met problematisch alcoholgebruik bij patiënten verbeterd en is hun visie op de problematiek geconcretiseerd. Huisartsen waren over het algemeen te spreken over de aangeboden ondersteuningsmogelijkheden binnen de pilot. Het begeleiden van patiënten werd bij minder ernstige gevallen door de huisarts zelf opgepakt. Het ging hierbij wel om patiënten met duidelijke alcoholproblematiek; vroegsignalering van beginnende problematiek bleek een stuk ingewikkelder en heeft bij de meeste praktijken niet plaatsgevonden. Bij complexe problematiek probeerden deelnemers patiënten door te verwijzen naar online hulp, zelfhulp, een verslavingsconsulent binnen de praktijk of de reguliere verslavingszorg. Het motiveren van patiënten voor een verwijzing bleek echter lastig te zijn. Daarnaast kende de samenwerking met de verslavingsconsulent de nodige opstartproblemen in een aantal praktijken. De registratieformulieren waarmee verandering in zorg werd gemeten, zijn minder vaak ingevuld dan van tevoren was verwacht. Hierdoor zijn er geen cijfers beschikbaar over verandering in signalering, behandeling en/of verwijzing van problematische drinkers in de deelnemende huisartsenpraktijken. **Aanbevelingen.** Op basis van de resultaten van de evaluatie van deze pilot zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot het stimuleren van (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk. Deze punten zullen verwerkt worden in de verdere uitrol van het project bij huisartsenpraktijken in Rotterdam.

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond en relevantie

Ongeveer 10% van de Nederlanders drinkt meer dan goed is voor de gezondheid en/of raakt door alcoholgebruik in psychische of sociale problemen. In Rotterdam ligt het aantal probleemdrinkers zelfs boven dit landelijk gemiddelde (Erdem e.a., 2010). Naast een groot aantal lichamelijke gezondheidsproblemen zoals diabetes en hart- en vaatziekten (Poppelier e.a., 2002) zijn alcoholafhankelijkheid, depressiviteit, relatieproblemen, huiselijk geweld, verkeersongevallen, vandalisme en arbeidsverzuim problemen die mede door overmatig alcoholgebruik kunnen worden veroorzaakt.

Om de schade door overmatige alcoholconsumptie zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken is vroegtijdige herkenning en interventie van groot belang. Bovendien zijn er effectieve eenvoudige interventies beschikbaar die in de eerstelijns gezondheidszorg kunnen worden toegepast (Anderson, 2003; Anderson e.a., 2004). Het belangrijkste knelpunt is om huisartsen en andere professionals in de eerstelijns zorg te trainen in de herkenning van alcoholproblematiek en te motiveren tot het uitvoeren van kortdurende interventies en/of verwijzing naar de verslavingszorg.

In eerder onderzoek naar de implementatie van (vroeg)signalering en kortdurende interventie bij huisartsen en andere hulpverleners bleek de effectiviteit van training van beperkte duur. Hieruit werd geconcludeerd dat het aanleren van signaleringsmethoden en het vasthouden van de alertheid continue aandacht vergt (Kersten, 2007; Verstuyf, 2007). Ook internationale studies bevestigen dat training van zorgverleners een noodzakelijke voorwaarde is, maar niet op zichzelf dient te staan. Actieve opvolging van implementatietrajecten verhoogt de toepassing van signalering en behandeling (Anderson e.a., 2004; Funk e.a., 2005; Nygaard e.a., 2010).

## 1.2 Context

De gemeente Rotterdam heeft zich tot doel gesteld het problematisch alcoholgebruik binnen de gemeente terug te dringen. Hiervoor heeft zij als onderdeel van het Plan van Aanpak Alcohol 2009-2010 de GGD Rotterdam-Rijnmond opdracht gegeven de mogelijkheden voor de aanpak van probleemdrinken binnen de eerstelijns zorg te onderzoeken en te benutten.

Binnen het preventieprogramma 'Van Klacht Naar Kracht' is een projectgroep opgezet waarin naast de GGD ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kring district Rotterdam, ZorgImpuls, Context Centrum voor GGZ Preventie, Bouman GGZ, Brijder Verslavingszorg, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en onderzoeksbureau IVO participeren. Onder leiding van de GGD heeft de projectgroep een plan van aanpak 'Vroegsignaleren en behandelen van probleemdrinken in de Rotterdamse eerstelijns zorg' ontwikkeld.

Onderdeel van dit plan van aanpak was een pilot waarin de (vroeg)signalering en behandeling van probleemdrinken in de eerstelijns zorg werd gestimuleerd, en de kansen en belemmeringen voor implementatie in kaart werden gebracht. De pilot is met financiering van het Pact op Zuid en een

aanjaagsubsidie van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) opgezet. Monitoring en evaluatie van de pilot is uitgevoerd door onderzoeksbureau IVO. De projectgroep fungeerde als begeleidingscommissie bij de evaluatie en heeft op regelmatige basis overlegd over de voortgang van het onderzoek. De onderzoeker van het IVO heeft gedurende de pilot niet als lid van de begeleidingscommissie in de projectgroep geparticipeerd.

### 1.3 Doelstellingen en uitgangspunten

De pilot kende een aantal doelstellingen, te weten:

- De pilot levert voor de huisartsenpraktijk een gerichte aanpak op ten aanzien van problematisch alcoholgebruik op het gebied van signalering, interventie en verwijzing;
- Deze aanpak is voor andere geïnteresseerde huisartsenpraktijken relatief eenvoudig te implementeren;
- De pilot levert inzicht op in de kansen en belemmeringen voor de aanpak van problematisch alcoholgebruik op het niveau van patiënt, huisarts en praktijkorganisatie;
- De signalering van problematisch alcoholgebruikers in de huisartsenpraktijk verbetert;
- Het aantal problematische alcoholgebruikers die een kortdurende interventie of verwijzing naar specialistische (verslavings)zorg krijgen neemt toe.

Met het oog op het bereiken van bovenstaande doelstellingen, was de pilot gebaseerd op een aantal uitgangspunten:

- Deskundigheidsbevordering maakt integraal onderdeel uit van de pilot;
- Inzichten en instrumenten van de deskundigheidsbevordering en de registratieformulieren sluiten op elkaar aan;
- De opzet van de pilot biedt de huisarts concrete voordelen in de dagelijkse praktijk.

### 1.4 Pilot en ondersteuningsmogelijkheden

In de pilot werden 3 onderdelen onderscheiden: (1) deskundigheidsbevordering, (2) signalering en registratie van problematisch alcoholgebruik en (3) behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik. Deze aspecten worden hieronder kort toegelicht.

#### ***Deskundigheidsbevordering***

Deelnemende huisartsen kregen deskundigheidsbevordering aangeboden over signaleren en behandelen van problematisch alcoholgebruik bij patiënten. De scholing was geschikt voor huisartsen, praktijkondersteuners en dokters/praktijkassistenten. De scholing was geaccrediteerd en bestond uit twee delen, waarbij het tweede deel facultatief was. In het eerste deel (de basiscursus) was er aandacht voor het definiëren van wat men onder problematisch drinken en verantwoord alcoholgebruik verstaat. Daarnaast werd aandacht besteedt aan het identificeren van het begrip problematisch alcoholgebruik<sup>1</sup>, risicogroepen en het hanteren van een signaleringsvragenlijst (de Five-Shot test, zie onder) in een 10 minuten consult. In het tweede deel van de scholing (de verdiepingscursus) lag de focus op het zelf

---

<sup>1</sup> In de scholing zijn de volgende grenzen voor verantwoord alcoholgebruik onderwezen: maximaal 14 standaardglazen per week voor mannen en maximaal 7 voor vrouwen. Inmiddels is de ondergrens voor aanvaardbaar alcoholgebruik door de Gezondheidsraad verlaagd naar niet meer dan 2 standaardglazen per dag voor mannen en niet meer dan 1 standaardglas per dag voor vrouwen (Gezondheidsraad, 2006).

toepassen van signaleren, motiveren, behandelen en verwijzen in de eigen praktijk. Dit is geoefend met verschillende werkvormen: een quiz over motiverende gesprekstijlen, een vragenlijst over beïnvloedingsstijlen en rollenspelen met de inzet van een acteur.

De cursussen zijn in de avonduren gegeven, om ook huisartsen uit solopraktijken de mogelijkheid te geven aan de scholing deel te nemen. In eerste instantie zijn beide cursussen twee keer aangeboden. De eerste bijeenkomst van de verdiepingscursus werd echter voortijdig afgeblazen omdat er te weinig inschrijvingen waren, doordat het merendeel van de huisartsen op dat moment de basiscursus nog niet had gevolgd. Bij het plannen van de scholingsdata was niet bekend op welke data de pilot artsen van de scholingsmogelijkheden gebruik zouden maken. De tweede mogelijkheid voor de verdiepingscursus is doorgegaan, evenals beide mogelijkheden voor de basiscursus.

Met de scholing werden de volgende doelen voor de deelnemers beoogd:

- Inzicht in aard en omvang van problematisch alcoholgebruik;
- Inzicht in instrumenten en het gebruik daarvan (Five-Shot vragenlijst);
- Inzicht en training in de aanpak van problematisch alcoholgebruik (bespreekbaar maken, motivering, verwijzing).

### ***Signaleren en registreren***

Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten beschikbaar voor het vroegtijdig herkennen van overmatig alcoholgebruik en afhankelijkheid. Voorbeelden zijn de CAGE (Ewing, 1984), de AUDIT (Saunders e.a., 1993), de Five-Shot test (Seppä e.a., 1998), de FAST (Hodgson e.a., 2002), de MAST (Selzer, 1971) en de ARPS (Fink e.a., 2002). Daarnaast kan ook laboratoriumonderzoek van bloedproeven behulpzaam zijn bij het opsporen van alcoholproblematiek. Hiervoor zijn een aantal biologische markers beschikbaar, zoals GGT (gamma glutamyl transpeptidase), AST (aspartaat aminotransferase), ALT (alanine aminotransferase), MCV (mean corpuscular volume) en CDT (carbohydraat deficiënt transferine).

### ***Five-Shot test***

In de NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik wordt de Five-Shot test aanbevolen als instrument bij de detectie van problematisch alcoholgebruik (Meerkerk e.a., 2005). In de pilot is hierbij aangesloten, omdat NHG standaarden door veel huisartsen gezien worden als een betrouwbare bron om beleid op te baseren. Daarnaast wint de standaard over problematisch alcoholgebruik aan bekendheid onder huisartsen door het document in de pilot centraal te stellen. Verder kent de Five-Shot test goede onderscheidende eigenschappen (Aertgeerts e.a., 2001). In een vergelijkend onderzoek van signaleringsinstrumenten binnen een huisartsenpopulatie bleek de Five-Shot vragenlijst voor zowel mannen als vrouwen de beste optie te zijn, vergeleken met de CAGE en verschillende versies van de AUDIT.

De Five-Shot test bestaat uit vijf korte vragen over de mate van het alcoholgebruik (frequentie, hoeveelheid) en eventuele problemen die daarbij ervaren worden (Seppä e.a., 1998). De test dient om zowel beginnende als verder gevorderde alcoholproblematiek te herkennen. De twee vragen naar alcoholconsumptie zijn ontleend aan de AUDIT, de overige drie vragen zijn overgenomen uit de CAGE. De test kan in de drukte van de huisartsenpraktijk snel afgenomen worden, mede doordat de vragen eenvoudig op een informele manier in een gesprek verwerkt kunnen worden. Bij veelvuldige toepassing zal het uitvragen van de items van de Five-Shot uiteindelijk een automatisme worden.

1. Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?
2. Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?
3. Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinkgewoonten?
4. Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?
5. Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?

De vragen naar alcoholgebruik hebben vijf antwoordcategorieën die worden gescoord van 0 tot 2; de vragen naar problemen worden dichotoom gescoord (0, 1). De maximum score voor de Five-Shot is 7. De cut-off score voor beginnende alcoholproblematiek ligt op 2,5 en is een indicatie voor verder onderzoek. De Five-Shot test heeft bij deze cut-off score een redelijke sensitiviteit<sup>2</sup> (74% bij mannen, 63% bij vrouwen) en een hoge specificiteit<sup>3</sup> (81% bij mannen, 95% bij vrouwen), vergeleken met de DSM-III-R<sup>4</sup> criteria als referentiekader (Aertgeerts e.a., 2001).

In het kader van de pilot is het Five-Shot model in een registratieformulier verwerkt, met een aantal aanvullende vragen ten aanzien van de conclusie over het alcoholgebruik en vervolgstappen en/of verwijzing. Op het registratieformulier hielden deelnemers bij hoe vaak zij problematisch alcoholgebruik bij hun patiënten signaleerden, ter sprake brachten en welk beleid zij hierop voerden.

### **Behandelen en verwijzen**

Binnen de pilot zijn verschillende ondersteuningsmogelijkheden aan de deelnemende huisartsen aangeboden bij de behandeling en/of verwijzing van problematisch drinkende patiënten. De huisarts kon patiënten middels een kortdurende interventie zelf behandelen, of verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening (verslavingsconsulent of (poli)klinische verslavingszorg), zelfhulp, of online behandeling. Deze mogelijkheden zijn in de deskundigheidsbevordering aan bod gekomen, alsmede het doel, de toepasbaarheid en aandachtspunten in de uitvoering.

Een hulpmiddel bij het verwijzen van patiënten was de factsheet Vroegsignalering Problematisch Alcoholgebruik, met verwijsmogelijkheden in de regio die iedere Rotterdamse huisarts in het kader van het overkoepelende project heeft ontvangen (Projectgroep Aanpak Probleemdrinken vanuit de Eerstelijnszorg, 2009). Deze factsheet bevat alle relevante informatie over problematisch alcoholgebruik, risicogroepen, prevalentie in de eerste lijn en handvatten voor (vroeg)signalering en kortdurende interventies. Op de factsheet staat de Five-Shot test vermeld en een lijst met regionale verwijsmogelijkheden voor leefstijltrainingen, zelfhulp, online behandeling en (poli)klinische verslavingszorg. De factsheet is op hetzelfde formaat gedrukt als de samenvattingskaart van de NHG standaard, waarmee het herkenbaar was voor huisartsen en in dezelfde map bewaard kon worden.

### **Kortdurende interventies**

Bekend is dat kortdurende interventies in de eerstelijns zorg effectief zijn in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. Een review van studies naar de effectiviteit van interventies door de huisarts bij problematisch alcoholgebruik heeft laten zien dat het advies van de huisarts om minder te drinken leidt tot een afname van het alcoholgebruik met 10% tot 16%

<sup>2</sup> De sensitiviteit van een test geeft aan welk percentage van de personen met een bepaalde ziekte (in dit geval alcoholproblematiek) terecht door de test als ziek geïdentificeerd worden. Wanneer alle zieke personen door de test als 'ziek' worden aangeduid is de sensitiviteit 100%.

<sup>3</sup> De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder de ziekte terecht als niet-ziek geïdentificeerd wordt. Wanneer uitsluitend gezonde personen als 'niet-ziek' aangemerkt worden, is de specificiteit 100%.

<sup>4</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Revised Edition (American Psychiatric Association, 1987). Een Amerikaans handboek voor de diagnose van psychiatrische aandoeningen aan de hand van een classificatiesysteem. In veel landen, waaronder Nederland, dient het als standaard in de psychiatrische diagnostiek.



(Anderson, 2003). Vooral bij beginnende alcoholproblematiek lijken korte interventies uiterst effectief te zijn (Anderson, 2003; Bien, Miller & Tonigan, 1993; Kaner e.a., 2007).

Kortdurende interventies bestaan in veel gevallen uit een vorm van counseling in maximaal vijf sessies. Voor het geven van advies is vijf tot tien minuten al voldoende. Interventies met een langere tijdsduur per sessie lijken niet per definitie gepaard te gaan met een grotere afname van het alcoholgebruik (Kaner e.a., 2007). Bij korte interventies hebben patiënt en huisarts een einddoel afgesproken waar naartoe gewerkt wordt. Dit kan variëren van complete abstinentie of minderen van het alcoholgebruik tot het veranderen van drinkpatronen. Follow-up na afloop van de sessies is van cruciaal belang voor de effectiviteit van de interventie. Interventies op het gebied van alcoholgebruik worden vaak uitgevoerd door gezondheidswerkers die niet gespecialiseerd zijn in verslavingsproblematiek (zoals huisartsen), maar zijn goed uitvoerbaar doordat ze over het algemeen uit een aantal standaard effectieve elementen zijn opgebouwd. Deze elementen zijn bekend onder het acroniem FRAMES: feedback, responsibility, advice, menu of strategies, empathy en self-efficacy (Miller & Sanchez, 1993). De nadruk ligt op het geven van *feedback* die betrekking heeft op het alcoholgebruik van de patiënt en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen. Voor de effectiviteit van kortdurende interventies is het van belang dat de patiënt inziet dat de keus aan zichzelf is om het drinkgedrag te veranderen (*responsibility*) en actief aan de slag gaat met de *adviezen* van de hulpverlener. Deze adviezen betreffen verschillende opties waarop dit doel bereikt kan worden (*menu of strategies*). Door meerdere alternatieven aan te bieden waarmee het alcoholgebruik aangepast kan worden, is de kans groter dat er een benadering tussen zit die de patiënt aanspreekt. Ten slotte zijn de mate van *empathie* die getoond wordt door de hulpverlener en de ervaren *eigen effectiviteit* van de patiënt mede bepalend voor het succes van de interventie. Buiten deze FRAMES elementen is er nog maar weinig bekend over andere factoren die bijdragen aan het positieve effect van kortdurende interventies.

### **Verslavingsconsulent**

Naast het zelf in de praktijk brengen van kortdurende interventies door de huisarts, werd tijdens de pilot structurele ondersteuning in de vorm van een verslavingsconsulent van Bouman GGZ (regio Rotterdam Centrum, Rotterdam Zuid) en Brijder Verslavingszorg (regio Rotterdam Noord, Berkel & Rodenrijs) aangeboden. Deze consulenten waren (op afroep) beschikbaar voor (telefonische) consultatie en kortdurende behandeling in de huisartsenpraktijk. In de scholing en daaropvolgende kennismakingsgesprekken is gecommuniceerd onder welke omstandigheden de huisarts naar de verslavingsconsulent kan verwijzen of zelf een kortdurende interventie kan inzetten, en wanneer het aangewezen is een patiënt direct naar de verslavingszorg te sturen.

### **Overige ondersteuningsmogelijkheden**

Eén van de deelnemende huisartsen heeft vanuit de LHV kring district Rotterdam zitting genomen in de projectgroep. Als ambassadeur van het project voor de overige deelnemers heeft zij een aantal columns geschreven over haar ervaringen met (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing en de ondersteuningsmogelijkheden van het project. De columns zijn ter illustratie opgenomen in Bijlage 1. Tevens was zij gedurende de project periode telefonisch en per email beschikbaar voor vragen en consultatie van collega huisartsen over signalering, behandeling en verwijzing van problematisch drinkende patiënten.

### ***Informatiepakket en vergoeding***

Deelnemende huisartsen ontvingen bij de start van de pilot een informatiepakket met daarin de volgende stukken:

- Informatie over de deskundigheidsbevordering;
- Factsheet Vroegsignalering Problematisch Alcoholgebruik;
- NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik;
- NHG patiëntenbrieven Omgaan met Alcohol;
- Literatuurtips met wetenschappelijke publicaties over problematisch alcoholgebruik;
- Registratieformulieren ten bate van het evaluatie onderzoek;
- Achtergrondgegevens over de deelgemeente (bevolkingsopbouw en gezondheid, toegespitst op alcoholgebruik).

Deelname aan de pilot is gestimuleerd middels een financiële vergoeding. Het betrof een tijdsinvestering voor twee bijeenkomsten (startbijeenkomst en afsluitende bijeenkomst, zie paragraaf 2.1), twee interviews (3<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> meting, zie paragraaf 2.2) en het invullen van ca. 100 registratieformulieren<sup>5</sup> bij een fulltime praktijk. Op grond hiervan is de vergoeding vastgesteld op € 750 per deelnemer.

## **1.5 Onderzoeksvragen**

Dit rapport beschrijft de evaluatie van de pilot. Het betrof vooral een procesevaluatie waarin belemmerende en bevorderende factoren van het inzetten van de aanpak van problematisch alcoholgebruik in kaart zijn gebracht. Daarnaast is, om de onderzoeksresultaten in een context te plaatsen, door de deelnemende huisartsenpraktijken ook informatie gegeven over hoe de zorg in de praktijk veranderd is met betrekking tot signalering, interventie en verwijzing. Het onderzoek gaat dus in op twee aspecten, namelijk het verloop van de pilot en de verandering in zorg binnen de deelnemende huisartsenpraktijken.

### ***Evaluatie van pilot interventies***

1. Hoeveel Rotterdamse huisartsen uit de pilot praktijken hebben in 2009 via deskundigheidsbevordering actief kennisgenomen van de NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik? En in welke mate hebben ze dat gedaan?
2. Hoe wordt de deskundigheidsbevordering door de deelnemers gewaardeerd? Over welke aspecten zijn de deelnemers tevreden, over welke ontevreden, en welke aspecten behoeven verbetering?
3. Welke kennis en vaardigheden heeft de deskundigheidsbevordering toegevoegd?
4. Is de visie op (vroeg)signalering en de rol van de huisarts daarbinnen veranderd na de interventie?
5. Hoeveel Rotterdamse huisartsen uit de pilot praktijken hebben in 2009 gebruik gemaakt van de verwijzingsmogelijkheden en consultatiemogelijkheden voor de eerste lijn? En in welke mate hebben ze dat gedaan?

---

<sup>5</sup> Op basis van landelijke cijfers (16 consulten waar alcohol een rol speelt per normpraktijk per week; Van der Linden, 2004) zijn we in eerste instantie uitgegaan van 100 geretourneerde registratieformulieren bij een full time praktijk in een registratieperiode van 3 maanden.

6. Hoe worden de verwijzingsmogelijkheden en consultatiemogelijkheden door de huisartsen gewaardeerd? Over welke aspecten zijn de huisartsen tevreden, over welke ontevreden, en welke aspecten behoeven verbetering? Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn te benoemen in het gebruik maken van deze mogelijkheden?

#### ***Evaluatie van verandering in zorg***

7. Wordt tijdens de pilot alcoholgebruik vaker ter sprake gebracht door huisartsen binnen de deelnemende praktijken?
8. Wat zijn aanleidingen geweest om alcoholgebruik ter sprake te brengen?
9. Is tijdens de pilot het aantal gesignaleerde problematische drinkers toegenomen?
10. Is het aantal gevallen binnen de pilot praktijken waarbij na signalering door de huisarts een kortdurende interventie of verwijzing heeft plaatsgevonden, toegenomen?

### **1.6 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 worden de methoden van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het onderzoek, waarbij we achtereenvolgens ingaan op de deskundigheidsbevordering, de visie van huisartsen op problematisch alcoholgebruik en de rol van de huisarts daarin, het signaleren en ter sprake brengen van problematisch alcoholgebruik, en tot slot het behandelen en verwijzen van patiënten met alcoholproblematiek. In hoofdstuk 4 worden de resultaten geïnterpreteerd en worden aanbevelingen gedaan voor het stimuleren van (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk.



## 2. Methoden van onderzoek

### 2.1 Deelnemers

#### ***Werving***

Deelnemers aan de pilot zijn in Rotterdam en omgeving geworven via verschillende kanalen. De onderzoeker heeft een intensieve belronde langs huisartsenpraktijken gedaan. Daarnaast was er een aantal enthousiaste huisartsen dat van tevoren al interesse in het project had getoond. Verder heeft een huisarts uit de projectgroep als ambassadeur van de pilot collega's uit haar praktijk en andere praktijken gestimuleerd mee te doen, en ten slotte zijn huisartsenpraktijken via hun contacten met ZorgImpuls benaderd. Vanwege het hoge percentage problematisch alcoholgebruik in Rotterdam Zuid (Erdem, Nanninga, Kiela & Klaus-Meijis, 2010), lag de focus van de werving op huisartsenpraktijken in deze wijken.

Het beoogd aantal deelnemers was tien, met een minimum van vier. Door inzet van bovengenoemde kanalen is de werving boven verwachting verlopen: veertien huisartsen afkomstig uit zeven praktijken hebben deelgenomen aan de pilot. Deze zijn verdeeld over vier deelgemeenten: Rotterdam Charlois (3 praktijken, 7 huisartsen), Rotterdam Centrum (2 praktijken, 2 huisartsen), Rotterdam Prins Alexander (1 praktijk, 2 huisartsen) en Berkel en Rodenrijs (1 praktijk, 3 huisartsen).

#### ***Startbijeenkomst en afsluitende bijeenkomst***

De pilot kende twee procedurele informatiebijeenkomsten, namelijk tijdens de start in september 2009 en bij de afsluiting in juni 2010. Op drie locaties is een startbijeenkomst gehouden: Rotterdam Charlois, Rotterdam Prins Alexander en Berkel en Rodenrijs. Tijdens deze bijeenkomst is een toelichting gegeven op de pilot en het gebruik van het registratieformulier. Na de startbijeenkomst is de registratieperiode ingegaan, gedurende een periode van 3 maanden (tot eind december 2009).

Half juni 2010 is een afsluitende bijeenkomst georganiseerd, waarbij alle deelnemende huisartsen en vertegenwoordigers van het Partnership Vroegsignalering Alcohol zijn uitgenodigd. De resultaten van de pilot zijn kort gepresenteerd, waarna er ruimte was voor discussie en interactie over de aanbevelingen en betekenis van de resultaten voor de dagelijkse praktijk. De deelnemende huisartsen zijn gestimuleerd om actief mee te denken over hoe zij ondersteund willen worden bij het vroegtijdig signaleren van probleemdrinken. Door deze input is inzichtelijk gemaakt hoe de overige Rotterdamse huisartsen het beste benaderd kunnen worden, zodat ook zij problematisch alcoholgebruik binnen hun praktijk gaan aanpakken. De verwachting is dat het delen van ervaringen van pilot huisartsen andere huisartsen zal stimuleren om met het onderwerp aan de slag te gaan. Eén van de doelstellingen van de pilot was om een aanpak van probleemdrinken te ontwikkelen die voor andere geïnteresseerde huisartsen relatief eenvoudig is te implementeren. Om dit doel te realiseren zal door de projectgroep op basis van de uitkomsten van de afsluitende bijeenkomst, in combinatie met de resultaten en aanbevelingen van de huidige evaluatie, een 'toolkit' voor de aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk ontwikkeld worden waar andere praktijken mee aan de slag kunnen. Een korte samenvatting van de discussie tijdens de afsluitende bijeenkomst is in Bijlage 2 opgenomen.

## 2.2 Planning en metingen

In Tabel 1 is een overzicht van de planning van de verschillende activiteiten binnen de pilot opgenomen. Tabel 2 beschrijft de toegepaste uitkomstmaten per meetmoment. In de toelichting onder deze tabel wordt de werkwijze per meetmoment kort uiteengezet.

Tabel 1. *Planning van de activiteiten binnen de pilot.*

| Activiteit   | Datum  |
|--|--|
| Nulmeting, basiscursus (1 <sup>e</sup> mogelijkheid) + evaluatie         | Juni 2009  |
| Registratieperiode   | September 2009 – februari 2010                           |
| Startbijeenkomst   | September – oktober 2009                                 |
| Kennismakingsgesprek, checklist  | September – oktober 2009                                 |
| Basiscursus (2 <sup>e</sup> mogelijkheid) + evaluatie                    | Oktober 2009   |
| Verdiepingscursus (facultatief, 1 <sup>e</sup> mogelijkheid) + evaluatie | September 2009 – geschrapt wegens te weinig aanmeldingen |
| Verdiepingscursus (facultatief, 2 <sup>e</sup> mogelijkheid) + evaluatie | Januari 2010   |
| Evaluatie pilot, checklist   | Februari – maart 2010                                    |
| Afsluitende bijeenkomst  | Juni 2010  |

Tabel 2. *Uitkomstmaten per meetmoment.*

| Meetmomenten                            | Uitkomstmaten   |
|---|---|
| I. Nulmeting                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>visie op signalering en behandeling</li> <li>definitie PAG<sup>1</sup></li> <li>inschatting van prevalentie PAG in de praktijk</li> <li>frequentie van en ervaringen met signaleren, behandelen en verwijzen in de afgelopen maand</li> <li>kennis over PAG (klachten/signalen, risicogroepen, drinkadviezen)</li> <li>bekendheid met NHG standaard</li> </ul> |
| II. Evaluatie cursus                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>waardering totale bijeenkomst (rapportcijfer 1-10)</li> <li>waardering afzonderlijke onderdelen (rapportcijfer 1-10)</li> <li>goede en minder goede punten</li> <li>verbetermogelijkheden</li> </ul>   |
| III. Kennismaking                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>nut basiscursus in de dagelijkse praktijk<sup>2</sup></li> <li>definitie PAG</li> <li>inschatting van prevalentie PAG in de praktijk</li> <li>kennis over PAG (klachten/signalen, risicogroepen, drinkadviezen)</li> <li>checklist: keuze van ondersteuningsmogelijkheden</li> </ul>   |
| IV. Registratie problematische drinkers | <ul style="list-style-type: none"> <li>waar is vermoeden van PAG op gebaseerd?</li> <li>is alcoholgebruik ter sprake gebracht?</li> <li>is de Five-Shot test afgenomen?</li> <li>welke vervolgstap is genomen?</li> </ul>   |
| V. Evaluatie pilot                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>visie op signalering en behandeling</li> <li>definitie PAG</li> <li>inschatting van prevalentie PAG in de praktijk</li> <li>kennis over PAG (klachten/signalen, risicogroepen, drinkadviezen)</li> <li>frequentie van en ervaringen met signaleren, behandelen en verwijzen gedurende de pilot</li> </ul>  |

- 
- nut scholing in de dagelijkse praktijk<sup>3</sup>
  - checklist: welke ondersteuningsmogelijkheden zijn benut, hoe is dit bevallen
  - goede en minder goede punten van de pilot
  - verbetermogelijkheden in ondersteuningsmogelijkheden
- 

<sup>1</sup> Problematisch alcoholgebruik.

<sup>2</sup> Uitgevraagd bij deelnemers die de basiscursus ten tijde van het kennismakingsgesprek hadden gevolgd (n=4).

<sup>3</sup> Aan de huisartsen die de basiscursus na het kennismakingsgesprek hadden gevolgd (n=10) en/of aan de verdiepingscursus hadden deelgenomen (n=7), zijn vragen gesteld over de bruikbaarheid van deze cursussen in de praktijk.

### ***I. Nulmeting***

De nulmeting bestond uit een schriftelijke vragenlijst om de huidige stand van zaken met betrekking tot omgang met probleemdrinkers in de deelnemende huisartsenpraktijken in kaart te brengen. De vragenlijst werd door deelnemers bij de start bij de basiscursus ingevuld. Vier van de veertien huisartsen hebben de basiscursus voorafgaand aan de start van de registratieperiode gevolgd. De overige deelnemers volgden de scholing bij de tweede cursusmogelijkheid, 2 maanden later.

### ***II. Evaluatie van de cursus***

Direct na de basiscursus en de verdiepingscursus vulden deelnemers een korte evaluatie vragenlijst in, waarin zij de scholing in het geheel en de verschillende onderdelen ervan konden waarderen.

### ***III. Kennismakingsgesprek***

Twee weken na startbijeenkomst heeft de onderzoeker met iedere deelnemer een individueel kennismakingsgesprek gevoerd, om de commitment aan het project te vergroten en te inventariseren van welke ondersteuningsmogelijkheden de deelnemer gebruik wilde gaan maken gedurende de pilot. Hierbij is gebruik gemaakt van een checklist; in een aanvullend interview is de argumentatie van de huisarts voor deze keuzes besproken. De gesprekken duurden 30 minuten per deelnemer, vonden plaats in de huisartsenpraktijk en zijn opgenomen op audio.

### ***IV. Registratie van problematische drinkers***

Deelnemers vulden voor ieder consult waarbij ze problematisch alcoholgebruik vermoedden gedurende de registratieperiode, een registratieformulier in. De vragen op het formulier waren afgestemd op de Five-Shot test.

Halverwege de pilot periode bleek het aantal ingevulde registratieformulieren zeer laag te liggen. Nabellen bij deelnemende praktijken wees uit dat huisartsen niet aan signaleren en registreren van problematisch alcoholgebruik toekwamen. Dit is enerzijds te wijten aan de prioriteitenstelling van huisartsen gedurende drukte tijdens de Mexicaanse griepgolf en anderzijds aan het grote aanbod van klachten dat niet of nauwelijks gerelateerd konden worden aan alcoholgebruik. Daarnaast kwam de projectperiode voor één huisartsenpraktijk, met daarin 3 deelnemende huisartsen, ongelegen in verband met de invoering van een nieuw computersysteem. Bovendien bleek de aanlooptijd die een nieuwe interventie in de huisartsenpraktijk altijd nodig heeft, langer dan verwacht. In overleg met de projectgroep is de dataverzameling daarom met 6 weken verlengd verlengd tot halverwege februari 2010.

### ***V. Evaluatie van de pilot***

Na afloop van de registratieperiode heeft de onderzoeker individuele evaluatie gesprekken met alle deelnemende huisartsen gevoerd. De focus lag hierbij op de ervaringen met signalering, behandeling en

verwijzing van patiënten met problematisch alcoholgebruik. Ook werd de checklist uit het kennismakingsgesprek opnieuw doorgenomen. De gesprekken vonden plaats in de huisartsenpraktijk, namen 30 minuten per gesprek in beslag en zijn opgenomen op audio.

### **2.3 Analyse**

De nulmeting is geanalyseerd in SPSS versie 17.0.3. Er zijn frequenties berekend van de volgende uitkomstmaten: inschatting van de prevalentie van problematisch alcoholgebruik, frequentie van signalering, behandeling en verwijzing, evaluatie van de scholing, resultaten van registratieformulieren en checklisten. De kennismaking- en evaluatiegesprekken met huisartsen zijn vanaf geluidstape samenvattend uitgeschreven. De samenvattingen zijn gecombineerd met de vragenlijsten van de nulmeting, de evaluatie vragenlijsten van de scholingen, de registratieformulieren en de checklisten die door de huisartsen zijn ingevuld. De beschikbare informatie is per onderzoeksvraag geordend en geanalyseerd door te zoeken naar overeenkomsten en verschillen. Op basis hiervan worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.



### 3. Resultaten

In het dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de deskundigheidsbevordering (paragraaf 3.1), de visie van huisartsen op problematisch alcoholgebruik en de rol van de huisarts daarin (3.2), het signaleren en ter sprake brengen van problematisch alcoholgebruik (3.3), en tot slot het behandelen en verwijzen van patiënten met alcoholproblematiek (3.4).

#### 3.1 Deskundigheidsbevordering

In 2009 namen 14 Rotterdamse huisartsen uit de pilot praktijken deel aan de basiscursus<sup>6</sup> binnen de pilot. Van deze groep hadden 7 huisartsen begin 2010 ook de verdiepingsmodule gevolgd. Alle huisartsen<sup>7</sup> waren bij de start van de scholing bekend met de NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik. Vijf van hen gaven aan de standaard af en toe te gebruiken, drie huisartsen hadden de standaard gelezen maar maakten er geen actief gebruik van. De overige huisartsen wisten van het bestaan van de standaard af maar hadden het document niet gelezen.

##### ***Basiscursus is positief beoordeeld***

De basiscursus werd door de deelnemers met gemiddeld een 8 goed gewaardeerd. De informatie uit de bijeenkomst werd als bruikbaar ervaren (gemiddeld een 8) en ook de gekozen werkvorm (korte quiz bij de start van de bijeenkomst, gevolgd door een PowerPoint presentatie met casuïstiekbespreking) werd goed gewaardeerd met gemiddeld een 8. De cursus was volgens de huisartsen nuttig voor de dagelijkse werkzaamheden in de praktijk. Deelnemers rapporteerden dat zij na het bijwonen van de cursus meer en andere manieren van vragen stellen kennen over het alcoholgebruik, beter doorvragen en beter op de hoogte zijn van de verwijsmogelijkheden in de regio. De foto's en filmpjes die tijdens de training gepresenteerd werden, van voornamelijk dronken jongeren, waren voor sommigen een eyeopener maar werden vanwege de schokkende beelden niet door iedereen gewaardeerd.

De docent van de trainingen (een verslavingsarts) werd verschillend beoordeeld door de deelnemers. Vier huisartsen vonden de docent heel geschikt, twee anderen waren van mening dat de docent teveel en te lang zelf aan het woord was, waardoor het tempo te laag lag en er weinig ruimte overbleef voor interactie en zelf oefenen met casuïstiek. Ondanks deze kritiekpunten rapporteerden verschillende huisartsen dat zij bruikbare tips van de trainer hebben opgestoken. Bijvoorbeeld dat het noodzakelijk is om het eigen referentiekader uit te schakelen:

*“Je moet het [alcoholgebruik] in een breed perspectief zien en niet meteen een oordeel vellen. Letten op mogelijke achterliggende oorzaken”.*

Of dat het in sommige gevallen aangewezen is om op de omliggende problematiek in te gaan in plaats van direct naar het alcoholgebruik te vragen:

*“Je kunt gesprekken op meerdere manieren insteken om hetzelfde doel te bereiken”.*

<sup>6</sup> De eerste mogelijkheid om de basiscursus te volgen trok 4 pilot deelnemers. Bij de tweede mogelijkheid, enkele maanden later, waren 10 pilot huisartsen aanwezig.

<sup>7</sup> Drie huisartsen hebben deze vraag niet ingevuld.

Van de huisartsen die de training enkele weken na de start van het project volgden (n=10), gaf een aantal aan dat de informatie gedeeltelijk “mosterd na de maaltijd” was omdat ze al een tijdje bezig waren met signaleren.

### **Scholing stimuleert bewustwording en actieve houding**

Op de vraag wat deelname aan de deskundigheidsbevordering en het pilot project de huisartsen heeft opgeleverd voor de gang van zaken in de dagelijkse praktijk, antwoordden deelnemers aan het eind van de pilot periode dat ze meer wisten van alcoholproblematiek, de omvang en verborgenheid ervan en zich hierdoor meer bewust van het belang van het onderwerp waren geworden:

*“Ik heb gezien dat het veel vaker voorkomt dan ik dacht, dus ik ben meer gemotiveerd om ernaar te vragen”.*

Drie huisartsen noemden specifieke patiëntengroepen die ze nu meer als risicogroep beschouwden (jongeren, moslims, ouderen). Bij een enkele deelnemer was de Five-Shot ten tijde van de scholing nog niet bekend.

Daarnaast waren er specifieke eyeopeners die deelnemers bij zijn gebleven. Bijvoorbeeld dat patiënten die het moeilijk vinden om te stoppen met drinken, ook geadviseerd kan worden om eerst tijdelijk te minderen en te bekijken hoe dit gaat. Een andere eyeopener voor enkele huisartsen was de onwetendheid van patiënten over de relatie tussen alcoholgebruik en (de verergering van) hun klachten of over mogelijke interactie met medicatie. Ook gaven huisartsen aan dat zij na de training patiënten vaker duidelijk maken dat het alcoholgebruik vanuit het perspectief van de arts als schadelijk en problematisch wordt betiteld, ook al is de patiënt het er niet mee eens; de keuze om er iets aan te doen is aan de patiënt. De verantwoordelijkheid om geholpen te worden, lag volgens deze deelnemers bij de patiënt en niet bij de huisarts.

### **Deelnemers zijn tevreden over de opzet van de verdiepingscursus**

Ook de verdiepingscursus werd goed gewaardeerd met een 8 gemiddeld. De deelnemers beoordeelden de informatie uit de cursus als bruikbaar voor de praktijk (gemiddeld een 8). De werkvormen en presentatie van de verslavingsarts werden eveneens positief beoordeeld (gemiddeld een 8). Hetzelfde gold voor het werken met de acteur in de rollenspelen en de cursusmaterialen (gemiddeld een 8).

Het grootste deel van de bijeenkomst bestond uit het oefenen van patiënt contacten met een acteur. Dit werd door het merendeel van de deelnemers genoemd als een goed onderdeel van de training; het was confronterend:

*“Het was heel goed dat we uitgedaagd werden in de rollenspelen”.*

Maar vooral nuttig en leerzaam:

*“Je staat er tijdens het oefenen met de acteur bewuster bij stil dat het toch behoorlijk lastig is”.*

Door het aantal deelnemers in de groep (n=7) was er volgens de deelnemers voldoende mogelijkheid om zelf aan de slag te gaan, of mee te denken wanneer anderen aan de beurt waren. Hierbij werden zij naar eigen zeggen op milde wijze en zonder oordeel gecoacht door de trainer. De casussen van de verdiepingscursus gingen volgens drie huisartsen vooral over notoire zware drinkers en waren niet

allemaal representatief voor de riskant drinkende patiënt die (nog) niet voldoet aan de criteria voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid. Deze mening werd niet door de andere vier huisartsen gedeeld. Eén deelnemer had de casuïstiek graag van te voren doorgelezen.

### **Verdiepingscursus geeft bruikbare informatie voor de praktijk**

De verdiepingscursus leverde de deelnemende huisartsen praktisch relevante informatie op over signalering, behandeling en verwijzing. Zij gaven aan nieuwe kennis te hebben opgedaan over motiverende gespreksvoering en de verschillende fasen<sup>8</sup> waar patiënten zich in kunnen bevinden:

*“Ik heb minder schroom om alcohol ter sprake te brengen tijdens een consult, ik doe het vaker, bij minder duidelijke gevallen en ik vraag vaker en meer door naar het drinkgedrag”.*

Daarnaast rapporteerden de huisartsen dat zij meer inzicht hadden gekregen in regionale doorverwijsmogelijkheden. De sociale kaart van Rotterdam die in de factsheet is opgenomen werd positief beoordeeld, omdat het een duidelijk en compleet overzicht was van de verwijsmogelijkheden in de regio. Vijf huisartsen gaven aan graag een verkorte versie van de factsheet te ontvangen, bijvoorbeeld een geplastificeerd kaartje dat tijdens een consult snel erbij gepakt kan worden of aan de patiënt kan worden meegegeven.

## **3.2 Visie op problematisch alcoholgebruik en rol van de huisarts**

### **Problematisch alcoholgebruik: mate van consumptie en gerelateerde problemen**

De definitie van problematisch alcoholgebruik die huisartsen hanteerden, is gedurende de pilot niet veranderd. Problematisch alcoholgebruik werd door de huisartsen gedefinieerd in termen van de hoeveelheid die gedronken wordt en/of het ontstaan van problemen in het dagelijks functioneren en onderhouden van relaties met anderen. Dit is conform de definitie van problematisch alcoholgebruik die in de NHG standaard gehanteerd wordt.

Qua hoeveelheid lagen de grenzen voor verantwoord alcoholgebruik volgens de deelnemers<sup>9</sup> op maximaal 3 tot 4 glazen per dag of maximaal 21 glazen per week voor mannen. Bij vrouwen werden grenzen gerapporteerd van maximaal 2 glazen per dag of 14 glazen per week. Drie huisartsen maakten in de grenswaarden voor verantwoord alcoholgebruik geen onderscheid tussen mannen en vrouwen, ook al wisten ze dat dit eigenlijk wel zou moeten. Een huisarts legde uit:

*“De meeste vrouwen in deze praktijk drinken niet. Denk ik, want ze zijn allochtoon. Ik heb weinig ervaring met het uitvragen van alcoholgebruik bij vrouwen. Ik kom er eigenlijk nu pas achter [tijdens het evaluatiegesprek] dat ik de vrouwen nog beter kan ondervragen”.*

Vier huisartsen zeiden ook piekdrinken<sup>10</sup> en dagelijks alcoholgebruik af te raden. Patiënten zouden maximaal 5 dagen per week alcohol moeten drinken. Een aantal deelnemers zei dat veel patiënten deze

<sup>8</sup> Met deze fasen worden de fasen bedoeld zoals omschreven in het Stages of Change model (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) dat in de cursus werd onderwezen. Volgens dit model bevinden mensen zich in een van vijf fasen, van pre-contemplatie (nog niet nadenken over gedragsverandering, in dit geval minderen met drinken) naar contemplatie, voorbereiding, verandering en blijvende verandering.

<sup>9</sup> Bij de eerste evaluatie ging het om de mening van vier van de 14 huisartsen. De overige deelnemers hadden op dat moment nog geen scholing gevolgd. Aan hen is de vraag naar grenzen van verantwoord alcoholgebruik derhalve niet voorgelegd (zie Tabel 1 in het hoofdstuk Methode voor een overzicht van de uitkomstmaten per meetmoment).

<sup>10</sup> Binge drinken ofwel veel drinken in korte tijd.

grenswaarden voor verantwoord alcoholgebruik te laag vinden, waardoor het moeilijk is hen te motiveren tot minderen of stoppen met drinken. Eén huisarts wist dat er inmiddels lagere standaarden<sup>11</sup> in de landelijke richtlijnen worden gehanteerd.

Naast de hoeveelheid die gedronken wordt, ging het volgens de respondenten bij problematisch drinkgedrag ook om andere kenmerken, zoals de context/rede van het gebruik en mogelijke effecten/gevolgen, waaronder gezondheidsproblemen (hypercholesterol, onregelde diabetici, hoge bloeddruk) en disfunctioneren op psychosociaal, maatschappelijk, werk, of seksueel gebied: slaapproblemen of slecht kunnen opstaan 's morgens, concentratieproblemen, arbeidsconflicten vanwege verslechterd functioneren. Mensen die het moeilijk vinden om het drinken te laten staan waren volgens de huisartsen eveneens zorgwekkend:

*“Als je het nodig hebt, is het een probleem”.*

Vier deelnemers vonden de hoeveelheid alcohol die gedronken wordt van ondergeschikt belang. Zij gingen soepel met de richtlijnen om en schatten de situatie afhankelijk van de gepresenteerde klachten en kenmerken van de patiënt in (leeftijd, werk, karakter, aanleg). “Je moet erachter komen of het drinken zelf een probleem is, of dat ze drinken omdat ze een probleem hebben”.

Een te hoge score op de Five-Shot vragenlijst (2,5 of hoger) deed bij de deelnemers ook vermoedens van riskant drinkgedrag rijzen, hoewel dit volgens een enkele huisarts niet altijd problematisch hoefde te zijn, ook wanneer het gebruik boven de landelijke richtlijnen lag. Deze persoon gaf aan geen vaste definitie van problematisch alcoholgebruik te hanteren. “De alarmbellen gaan bij mij rinkelen als mensen regelmatig met ongrijpbare klachten terugkomen”. Ook ontwijkende antwoorden van patiënten op vragen naar het alcoholgebruik, verstoorde bloedwaarden en wanneer de omgeving er hinder van ondervindt werden genoemd als triggers. Ten slotte werd belang gehecht aan de mening van de patiënt zelf over het alcoholgebruik. Wanneer patiënten hun eigen consumptie problematisch vonden was dit een sterke aanwijzing voor riskant alcoholgebruik, maar dit kwam volgens de deelnemers erg weinig voor.

### ***Inschatten van de prevalentie in de praktijk blijkt lastig***

Zowel bij de nulmeting (vooraf aan de pilot) als tijdens het eerste en tweede evaluatiemoment vonden de huisartsen het lastig om een inschatting te maken van het aantal patiënten in de praktijk dat overmatig drinkt. Bij de nulmeting lag de schatting tussen 2 tot 10 op de 100 patiënten. Enkele huisartsen gaven aan geen antwoord op deze vraag te kunnen geven.

Ten tijde van het eerste evaluatiemoment<sup>12</sup> schatten 2 huisartsen het aantal op 5-10 en 15-20 op de 100 patiënten. Twee andere huisartsen durfden er geen uitspraken over te doen, maar verwachtten wel dat het om meer patiënten gaat dan zij dachten. Schattingen die bij het tweede evaluatiemoment gemaakt werden, lagen tussen de 5-10 op de 100 patiënten. Sommige deelnemers verklaarden hun (lage)

---

<sup>11</sup> In de scholing zijn grenzen voor verantwoord alcoholgebruik van maximaal 21 standaardglazen voor gezonde volwassen mannen en maximaal 14 standaardglazen voor gezonde volwassen vrouwen gecommuniceerd. In 2006 heeft de Gezondheidsraad geadviseerd deze grenzen naar beneden bij te stellen en uit te gaan van dagmaxima, namelijk maximaal 2 standaardglazen per dag voor gezonde volwassen mannen en maximaal 1 standaardglas per dag voor gezonde volwassen vrouwen (Gezondheidsraad, 2006). Daarnaast wordt er in de landelijke richtlijnen inmiddels gesproken van ‘aanvaardbaar’ in plaats van ‘verantwoord’ alcoholgebruik ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)).

<sup>12</sup> De inschatting is gemaakt door de vier deelnemers die de scholing inmiddels hadden gevolgd (zie Tabel 1 in het hoofdstuk Methode voor een overzicht van de uitkomstmaten per meetmoment).

inschatting doordat hun patiëntenpopulatie voornamelijk bestaat uit allochtone (onder andere Islamitische) patiënten of jonge kinderen.

### ***Visie huisartsen: (vroeg)signalering is hun taak***

Zowel voor als na de pilot periode waren de deelnemers het erover eens dat de huisarts een taak heeft in het herkennen van mogelijk problematisch alcoholgebruik bij patiënten. Bij het tweede evaluatiemoment was deze opvatting niet veranderd. Alle huisartsen zagen signalering als de eerste stap en een logische taak voor de huisarts, want “wij zien mensen vaak en op laagdrempelige wijze”. Het was volgens sommigen wel extra werk, maar het paste meestal binnen het consult als er daadwerkelijk klachten waren die vragen naar alcoholgebruik rechtvaardigden. “Het hoort bij het vak, daar hoeft geen aparte taak voor ingericht te worden”.

Na afloop van het project was de visie op (vroeg)signalering concreter geworden, deelnemers konden beter aangeven waarom het belangrijk is om het gebruik goed uit te vragen. Veelgenoemde argumenten om naar het alcoholgebruik te informeren waren de farmacologische interacties van alcohol met medicatie en omdat alcoholgebruik gerelateerd is aan verscheidene lichamelijke en psychosociale klachten. Dit hielp om de klachten in de juiste context te kunnen plaatsen, zodat de arts zich niet ten onrechte op andere problemen richtte en daarmee missers kon helpen voorkomen.

## **3.3 Signaleren en ter sprake brengen**

### ***Signalering en verwijzing voorafgaand aan scholing***

Voorafgaand aan de deskundigheidsbevordering is via de nulmeting in kaart gebracht wat huisartsen onder problematisch alcoholgebruik verstaan en hoe zij hier in de praktijk mee omgingen. De grenzen die zij hanteerden voor problematisch alcoholgebruik lagen op maximaal gemiddeld 17 standaardglazen<sup>13</sup> per week voor mannen en voor vrouwen niet meer dan gemiddeld 12 glazen per week. Op de vraag welke drinkadviezen de deelnemers geven wanneer zij naar aanleiding van lichamelijke klachten of signalen het alcoholgebruik met patiënten bespreken, antwoordden deelnemers gemiddeld maximaal 10 glazen per week. Bij psychosociale klachten werd een lagere gemiddelde consumptie geadviseerd (niet meer dan 8 glazen per week); bij medicatie ging het om een gemiddelde van wekelijks maximaal 5 glazen alcohol. Het aantal problematische drinkers per 100 patiënten in de praktijk werd voorafgaand aan de basis cursus op gemiddeld 6 personen geschat.

Ook is bij de nulmeting geïventariseerd bij hoeveel patiënten deelnemers<sup>14</sup> in de afgelopen maand vermoedens hadden van problematisch alcoholgebruik. De antwoorden varieerden van 0-20 patiënten in de afgelopen maand met een gemiddelde van 5 patiënten. Het alcoholgebruik werd door de huisartsen bij gemiddeld 11 patiënten in de afgelopen maand ter sprake gebracht. Slechts één huisarts zei in de maand voorafgaand aan de scholing bij 2 patiënten de Five-Shot te hebben afgenomen. Zeven huisartsen hadden in de maand voor de scholing met gemiddeld bijna vier patiënten een vervolgspraak gemaakt om het alcoholgebruik te monitoren. Vier huisartsen gaven aan in de maand vóór de scholing gemiddeld één patiënt te hebben doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverlening of zelfhulp.

---

<sup>13</sup> Elk soort alcoholhoudende drank heeft zijn eigen standaardglas. Op deze manier bevatten een standaardglas bier van 5% (250 cc), wijn van 12% (100 cc) en sterke drank van 35% (35 cc) allemaal evenveel pure alcohol, namelijk ongeveer 10 gram ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)).

<sup>14</sup> Twee huisartsen vulden de nulmeting niet in.

### **Registratie van signaleringen**

Twaalf van de 14 deelnemende huisartsen hadden gedurende de registratieperiode (september 2009 tot en met half februari 2010) met behulp van de registratieformulieren consulten geregistreerd na een vermoeden van problematisch alcoholgebruik. In totaal werden 250 formulieren ingevuld, gemiddeld 21 per registrerende deelnemer (minimaal 6, maximaal 44 formulieren). Eén huisarts liet de formulieren ook invullen door de POH (Praktijkondersteuner Huisartsenzorg) en assistenten. Hieronder worden de resultaten op basis van de registratieformulieren gepresenteerd. Omdat slechts een klein gedeelte van het aantal consulten geregistreerd is, moet er rekening mee gehouden worden dat geregistreerde consulten en de daarbij behorende patiënten kunnen afwijken van niet geregistreerde consulten en patiënten.

Van alle geregistreerde consulten ging het vaker om mannelijke (70%) dan vrouwelijke (30%) patiënten. De leeftijd van de patiënten varieerde van 15 - 82 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar. Huisartsen konden aangeven waar zij hun vermoeden van problematisch alcoholgebruik op baseerden en hierbij meerdere antwoorden geven. Bij 60% van de registraties ging het volgens de huisarts om lichamelijke signalen die aanleiding gaven tot een verdenking van problematisch alcoholgebruik. In 32% van de gevallen was er (daarnaast) sprake van psychosociale klachten, in 3% van de gevallen van bepaalde medicatie of overmatig medicijngebruik. Een onduidelijk of vaag klachtenpatroon was in 5% van de consulten reden tot een vermoeden, bij 1% ging het om veelvuldig spreekuurbezoek en eveneens bij 5% om signalen vanuit de omgeving. Daarnaast had 20% van de deelnemers andere redenen voor het vermoeden. In veruit de meeste gevallen ging het hierbij om afwijkende labwaarden. Overige redenen waren eerder alcohol- of druggebruik van de patiënt waar de huisarts van op de hoogte was, opmerkingen over het alcoholgebruik van de patiënt vanuit de verslavingszorg of eerste hulp van het ziekenhuis, ontzegging van het rijbewijs in het verleden, een alcohollucht (foetor), of doordat de patiënt er zelf over begon. De score op de Five-Shot varieerde van 0 tot 6 (maximum is 7), met een gemiddelde score van 2,8.

### **Aanleidingen om alcoholgebruik ter sprake te brengen varieerden sterk**

Bij de nulmeting en tijdens het eerste evaluatiemoment is de deelnemers gevraagd bij welke aanleidingen zij het alcoholgebruik met patiënten bespreken<sup>15</sup>. Naar eigen zeggen had de training de deelnemers handvatten opgeleverd hoe alcoholgebruik bij patiënten te signaleren. Zij zeiden meer kennis te hebben over klachten en signalen waarbij alcohol een rol kan spelen. Deze zijn onderverdeeld in lichamelijke en psychosociale aanleidingen en medicatie. Op alle gebieden werd een breed scala aan signalen en risicogroepen genoemd.

### **Lichamelijke klachten en signalen**

Op lichamenlijk gebied werden geen grote verschillen tussen de nulmeting en beide nametingen waargenomen in de genoemde aanleidingen of de aantallen hiervan. Het ging om klachten zoals een hoge bloeddruk, maagklachten, vergrote buikomvang/lever, verminderde eetlust, neuropathie (verminderde zenuwwerking), seksuele stoornissen en pijnklachten. Ook lichamelijke kenmerken zoals trillen, zweten, foetor (ruiken naar alcohol) een rood/opgeblazen gezicht of rode handpalmen, gele ogen, een slecht uitzijende huid, overgewicht en verminderde spieromvang werden gerapporteerd. Verder waren veelvuldig spreekuurbezoek met vage en/of wisselende klachten, consulten op maandagochtend met hoofdpijnklachten of ongevallen op vreemde tijdstippen redenen voor huisartsen om het alcoholgebruik uit te vragen.

<sup>15</sup> Dit onderwerp is bij het tweede evaluatie moment niet meer aan bod gekomen (zie Tabel 1 in het hoofdstuk Methode voor een overzicht van de uitkomstmaten per meetmoment).

Daarnaast zeiden vijf huisartsen vaker bloed af te nemen en alerter te zijn op bloedafwijkingen waar alcoholgebruik een rol bij kan spelen (stoornissen in leverenzymen, hoge cholesterolwaarden):

*“Bijvoorbeeld wanneer de bloedwaarden niet overeen komen met hun verhaal. Eerder had ik in dit soort gevallen niet aan alcohol gedacht en dus niet naar het gebruik gevraagd”.*

Ook een andere deelnemer gaf aan de riskante drinkers met name via bloedonderzoek te identificeren:

*“Mensen schrikken ervan als je bloedwaarden laat prikken. Je kunt er heel somber over doen, dan motiveert het ze om te minderen of stoppen. En als het goede waarden zijn, doe je er positief over. Je kunt aan de hand van bloedwaarden goed uitleggen dat alcohol schade aanricht, en dat dit bij de één sneller gaat dan bij de ander”.*

Andere triggers betroffen bepaalde risicogroepen, zoals patiënten met hart- en vaatziekten of diabetespatiënten.

### **Psychosociale klachten en signalen**

Op psychosociaal gebied werden bij de nulmeting meer aanleidingen genoemd om alcoholgebruik uit te vragen dan bij het eerste evaluatiemoment. Tijdens de nulmeting werden onder andere concentratieproblemen, stressklachten, overspannen/burn-out, eenzaamheid, relatieproblemen, financiële moeilijkheden en een onverzorgd/verwaarloosd uiterlijk genoemd.

Aanleidingen die bij beide nametingen gerapporteerd werden, betroffen algehele of chronische moeheid, malaise, neerslachtige gevoelens of depressie, psychotische klachten en algemene psychische problematiek. Ook hier werden een aantal risicogroepen genoemd: patiënten in rouw of met een ernstige ziekte, alleenstaande mannen en jongeren. Vanuit de omgeving (partner, ouder, kinderen) letten deelnemers op opmerkingen van gedragsverandering van partners, kinderen of ouders.

### **Medicatie of overmatig medicijngebruik**

Veel medicijnen gaan slecht samen met alcohol of kunnen zeer riskante gevolgen hebben wanneer zij in combinatie met alcohol worden ingenomen. Dit is opgenomen in de achtergrondinformatie die verstrekt is tijdens de scholing. Zowel bij de nulmeting als het eerste evaluatiemoment werden weinig verschillende vormen van medicatie gerapporteerd waarbij de huisarts aanleiding zag om het drinkgedrag van patiënten ter sprake te brengen. Genoemde medicatie betrof antidepressiva, maagmedicatie, angstremmers en psychofarmaca:

*“Ik moet weten in hoeveel promillage de medicatie drijft die ik voorschrijf”.*

Bij het eerste evaluatiemoment werden drie aanvullende vormen van medicatie gerapporteerd: metronidazol (antibioticum), benzodiazepinen (kalmeringsmiddelen) en slaapmiddelen. Eén huisarts gaf aan bij kalmeringsmiddelen wel altijd de beïnvloeding van de rijvaardigheid te noemen, maar niet standaard de slechte combinatie met alcohol.

### **Wisselende ervaringen met signaleren in de praktijk**

Tijdens en na afloop van de pilot periode bleek dat de deskundigheidsbevordering ertoe leidde dat de huisartsen bij een vermoeden van probleemdrinken actiever en gericht naar het alcoholgebruik van patiënten vroegen, op klachtgerichte wijze:

*“In het begin van het project, toen ik de training nog niet gevolgd had, vroeg ik iedereen naar hun alcoholgebruik. Dat werkt niet, want het kost veel tijd en patiënten begrijpen niet waarom je ernaar vraagt”.*

De routine waarmee deelnemers problematisch alcoholgebruik bij patiënten leerden onderkennen, varieerde echter sterk. Drie huisartsen had gedurende de pilot periode overwegend positieve ervaringen met signaleren en ter sprake brengen. Zij gaven aan dat patiënten over het algemeen begrijpen dat alcoholgebruik erbij hoort om na te vragen:

*“Ik merk dat patiënten het heel normaal vinden als ik naar het alcoholgebruik vraag”. Een ander vulde aan: “Doordat ik er zelf wat losser in sta, vraag ik het ook onschuldiger. Ik doe er gewoon over, en zij daardoor ook meer”.*

Andere huisartsen vonden het tegenvallen om problematisch alcoholgebruik te signaleren en aan de orde te stellen tijdens patiëntcontacten:

*“Het is niet vanzelfsprekend dat je ze allemaal ziet. Ze glippen er snel doorheen”.*  
*“De focus is wel overgekomen, maar ik denk dat het moeilijk is om binnen een praktijk een helder beeld te krijgen van het probleem”.*

Hoewel de deelnemers zich ervan bewust waren dat zij niet alle probleemdrinkers binnen de praktijk in beeld hadden, vonden ze over het algemeen wel dat dit verbeterd is door het project:

*“Bij een aantal patiënten had ik niet aan alcohol gedacht, maar toch gevraagd en het bleek een enorm probleem te zijn”.*

### **Verschillende drempels maakten (vroeg)signalering moeilijk**

Naar eigen zeggen zagen de huisartsen alleen het topje van de ijsberg, omdat patiënten het gebruik bagatelliseerden, ontkenden of een afwijzende houding aannamen wanneer de huisarts naar het drinkgedrag vroeg:

*“Patiënten reageren heel defensief: denk maar niet dat ik teveel drink hoor. Ook als ik het klachtgericht uitvraag”.*  
*“Het wordt gezien als een privéprobleem waar mensen moeilijk over praten.”*

Daarnaast zullen er volgens de deelnemers altijd patiënten zijn die niet naar het spreekuur komen, zoals jongeren en studenten. In andere gevallen kwamen de partners naar het spreekuur, terwijl de mensen waar het om ging wegbleven:

*“Ze weten dat als ze hier komen, ze erop aangesproken worden”.*

Door de dagelijkse hectiek in de praktijk, tijdgebrek of drukte bleven er eveneens gevallen liggen waarbij de huisarts het alcoholgebruik niet ter sprake brengt of er niet aan denkt het uit te vragen:

*“Ik kom er in de praktijk achter dat het lastig is. Patiënten komen met bepaalde klachten en als je het alcoholgebruik er uitgebreid bij wilt bespreken heb je meer tijd nodig.”*



Vanwege de grote verscheidenheid aan klachten waarmee mensen op het spreekuur verschijnen, was er ook niet altijd aanleiding om op basis van de gepresenteerde klachten het alcoholgebruik ter sprake te brengen. Soms waren er dagen waarop er alleen mensen kwamen met verkoudheidsklachten, terwijl er op andere dagen ook personen met bijvoorbeeld vage lichamelijke klachten, slaapproblemen of psychosociale problematiek het spreekuur bezochten. Bij deze laatste groep was informeren naar het alcoholgebruik op klachtgerichte wijze mogelijk en aangewezen.

### ***Mate van gebruik van de Five-Shot test verschilde tussen deelnemers***

Bij het eerste evaluatiemoment rapporteerden alle huisartsen de Five-Shot test te gebruiken, maar niet allemaal in dezelfde mate. Twee deelnemers zei het soms bij de eerste twee vragen te laten wanneer op dat moment al bleek dat de patiënt geen alcohol drinkt. Twee anderen gaven aan het lastig te vinden om de vervolgvragen te stellen wanneer mensen niet (teveel) drinken.

Ook aan het eind van de pilot periode gaven alle huisartsen aan de Five-Shot test af te nemen bij vermoedens van problematisch alcoholgebruik, maar wederom niet altijd volledig. Bij een ruime meerderheid van de consulten die geregistreerd werden (94%) en waar dus een vermoeden van alcoholproblematiek was, werd het alcoholgebruik door de huisarts ter sprake gebracht. In ruim 80% van deze gevallen werd de Five-Shot test tijdens het gesprek geheel of gedeeltelijk afgenomen. Wanneer de test niet volledig werd afgenomen, leverde dit voor de helft van de huisartsen toch meer informatie op.

Genoemde redenen om de Five-Shot test niet af te nemen, waren dat de patiënt geen/weinig alcohol drinkt, dat snel duidelijk werd dat de patiënt (te)veel drinkt of het alcoholgebruik ontkend, dat de omstandigheden het niet toelieten (agressief, afwerend of teruggetrokken gedrag van patiënt, partner op het spreekuur) of vanwege tijdgebrek. Het was volgens twee artsen teveel werk om de lijst gestructureerd af te nemen, hoewel de vragen volgens één van de deelnemers eenvoudig te onthouden zijn. Anderen waren van mening dat het gesloten karakter van de vragen het gesprek teveel onderbreekt. Enkele huisartsen verwerkten de vragen liever informeel in een consult:

*“Ik probeer het in te bouwen in het gesprek, zodat het niet uit de lucht komt vallen”.*

Of ze pikten er één of twee vragen uit, want:

*“De vragen liggen er zo dik bovenop. Mensen hebben soms het idee dat je ze aan het ondervragen bent”.*

### ***Five-Shot werd gezien als een nuttig instrument***

Over het algemeen waren de huisartsen van mening dat de Five-Shot een geschikt instrument is voor het (vroeg)signaleren van problematisch alcoholgebruik bij patiënten. De Five-Shot was volgens de deelnemers behulpzaam bij het vergroten van het inzicht van de patiënt dat het gebruik overmatig is.

De antwoorden werden door enkele huisartsen nauwkeurig gescoord:

*“Ik ken de scoring nog niet uit mijn hoofd”.*

Anderen deelnemers vertrouwden meer op hun eigen intuïtie en ervaring bij het bepalen van de grenzen tussen verantwoord en teveel alcoholgebruik.

Aandachtspunt bij het uitvragen van het alcoholgebruik was volgens de huisartsen de betrouwbaarheid van de informatie. Zo vraagt de Five-Shot naar het aantal glazen dat iemand gedronken heeft, maar:

*“De vraag is hoe groot een glas is”.*

Een enkele huisarts twijfelde over het nut van de Five-Shot test, omdat hij vermoedde dat veel mensen in eerste instantie oneerlijk zullen antwoorden, vooral wanneer ze de eerste keer met de vragen geconfronteerd worden.

### ***Voorgestelde verbeteringen op de Five-Shot test***

Tijdens het evaluatiegesprek opperde een deelnemer om een kleine geplastificeerde versie van de Five-Shot te maken, die op het bureau gelegd kan worden als reminder/spiekbriefje voor het uitvragen van het drinkgedrag. Bij navraag bij andere huisartsen bleken hier vier andere geïnteresseerden voor te zijn. De factsheet of het registratieformulier was hiervoor volgens hen te groot en opvallend. Twee huisartsen gaven aan de Five-Shot als diagnostische bepaling in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) te registreren; zij pleitten ervoor om digitale registratie meer te stimuleren.

In één praktijk had een huisarts de derde vraag van de Five-Shot aangepast. De vraag “Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinkgewoonten?” includeert in principe ook de huisarts zelf wanneer deze naar het alcoholgebruik informeert. Omdat mensen volgens deze huisarts de neiging hebben om ontkennend te antwoorden, vervolgde zij de vraag standaard met “Ergert u zich nu aan mij omdat ik ernaar vraag?”.

## **3.4 Behandelen en verwijzen**

### ***Hoge bereidwilligheid tot gebruik maken van consultatie- en verwijsmogelijkheden***

Tabel 2 geeft een overzicht van de consultatie- en verwijsmogelijkheden waar de deelnemers uit de pilot praktijken gebruik van hebben gemaakt. Data zijn ontleend aan de checklisten die bij de eerste en tweede meting zijn ingevuld. Bij de beschrijving van de resultaten in deze paragraaf is het van belang te beseffen dat het niet altijd noodzakelijk is om een vervolgstap te zetten na het inventariseren van het alcoholgebruik. Wanneer patiënten geen alcohol (zeggen te) drinken of de score op de Five-Shot onder de afkapwaarde van 2,5 blijft, is er geen reden tot het ondernemen van actie. Aanvullend moet gemeld worden dat de huisartsen de formulieren niet allemaal volledig hebben ingevuld. Bij 40 consulten werd geen totaalscore op de Five-Shot gerapporteerd, maar wel dat er een vervolgstap was genomen. Andere huisartsen vulden wel een totaalscore op de Five-Shot in, maar stemden hun beleid daar niet op af. In negen gevallen werd er bijvoorbeeld wel een vervolgstap genomen terwijl de score < 2,5 lag, terwijl er bij 40 consulten geen vervolg werd gegeven aan een gesprek met een patiënt met een totaalscore > 2.5 (omdat de huisarts goede afspraken met de patiënt had kunnen maken rondom mindering van het gebruik, of de patiënt niet gemotiveerd was tot gedragsverandering). De cijfers in deze paragraaf tellen hierdoor niet op tot het totaal van 250 geregistreerde consulten.

Ter sprake brengen van het alcoholgebruik in het consult, het afnemen van de Five-Shot test en het voeren van advies- en motiverende gesprekken werd door evenveel of meer deelnemers gedaan als ze bij aanvang van de pilot in de checklist hadden aangegeven te zullen doen. Het aanraden van websites met informatie en zelftesten over alcohol werd door minder huisartsen gedaan in gevallen van riskant alcoholgebruik bij patiënten dan van tevoren door henzelf ingeschat. Verwijzen naar

internetbehandeling, zelfhulpgroepen, POH of assistentes in de praktijk en de verslavingszorg (inclusief de leefstijltraining) gebeurde door evenveel of meer huisartsen dan zij voorafgaand aan de pilot in de checklist hadden aangegeven. Opvallend is dat bijna alle huisartsen bij de start van het project bereid waren om patiënten door te verwijzen naar de verslavingsconsulent, terwijl na afloop bleek dat slechts 5 deelnemers dit uiteindelijk ook hadden gedaan wanneer patiënten teveel bleken te drinken. Dit werd door de huisartsen toegeschreven aan een laag aanbod en een lage motivatie van patiënten die voor verwijzing naar de consulent in aanmerking kwamen. Later in deze paragraaf gaan we hier verder op in.

Tabel 2. Aantal huisartsen (n=14) dat gebruik wil maken (eerste evaluatie) of gebruik heeft gemaakt (tweede evaluatie) van de aangeboden ondersteuningsmogelijkheden binnen de pilot. Data gebaseerd op zelfrapportage via checklisten.

|   | Eerste nameting<br>(kennismaking) | Tweede nameting<br>(evaluatie pilot) |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Ter sprake brengen                                | 14                                | 14                                   |
| Five-Shot afnemen                                 | 14                                | 14                                   |
| Adviesgesprek voeren                              | 12                                | 14                                   |
| Motiverend gesprek voeren                         | 5                                 | 14                                   |
| Websites aanraden                                 | 12                                | 7                                    |
| Verwijzen naar internetbehandeling                | 6                                 | 7                                    |
| Verwijzen naar zelfhulpgroepen                    | 9                                 | 9                                    |
| Verwijzen naar andere discipline (POH, assistent) | 4                                 | 4                                    |
| Verwijzen naar verslavingsconsulent               | 12                                | 5                                    |
| Verwijzen naar leefstijltraining                  | 11                                | 12                                   |
| Verwijzen naar verslavingszorg                    | 13                                | 14                                   |

### **Registratieformulieren nuanceerden de mate waarin de mogelijkheden zijn toegepast**

Uit de registratieformulieren was op te maken dat in de helft (n= 127) van de geregistreerde consulten er geen verdere vervolgstap werd genomen. Meest genoemde reden hiervoor was dat het alcoholgebruik van de patiënt op dit moment niet problematisch was, omdat het binnen de richtlijnen zoals gecommuniceerd in de scholing bleef of omdat de patiënt aangaf geen alcohol te drinken. De gemiddelde score op de Five-Shot was 2,8 en 39% van de patiënten scoorde onder de cut-off waarde voor problematisch drinken (< 2,5; n = 48 van de in totaal 123 formulieren met een totaalscore op de Five-Shot). Bagatellisering, ontkenning of ontwijking van vragen over alcoholgebruik van de patiënt werd ook meerdere keren gerapporteerd door deelnemers. In enkele gevallen rapporteerde de huisarts de patiënt het advies te hebben gegeven om het drinkgedrag te matigen, bleek de patiënt zelf aangegeven te hebben het gebruik te willen minderen of was de patiënt niet gemotiveerd om iets aan het drinkgedrag te veranderen.

In de consulten waarbij wel een vervolgstap werd geregistreerd, rapporteerden huisartsen in 66 gevallen een nieuwe afspraak te hebben gemaakt om het alcoholgebruik van de patiënt te monitoren. Twee maal werd patiënten het advies gegeven om websites te bezoeken met informatie over alcohol. In eveneens twee geregistreerde consulten werd een patiënt doorverwezen naar de verslavingsconsulent. Bij 16 consulten werden patiënten doorverwezen naar een andere instelling voor hulp, waaronder de regionale verslavingszorg (inclusief leefstijltraining), GGZ, psycholoog, psychiatrie en maatschappelijk werk. Elf maal rapporteerde de huisarts een andere vervolgstap te hebben genomen, waaronder een verwijzing naar de POH, het aanvragen van aanvullend bloedonderzoek en de notitie om terug te komen op het alcoholgebruik bij een volgend consult zonder hier apart een afspraak voor te maken.

### **Zelf behandelen middels een kortdurende interventie**

Bij het eerste evaluatiemoment, aan de start van de pilot periode, verwachtten veel deelnemers adviesgesprekken met patiënten standaard in het consult te zullen voeren. Motiverende gesprekken zouden vaker uitbesteed worden aan de verslavingsconsulent of POH.

Na de pilot periode werd het zelf begeleiden van patiënten door de huisartsen verschillend geïnterpreteerd. De meeste artsen hielden advies- en motiverende gesprekken met patiënten, een enkeling zag begeleiden meer als het behouden van het overzicht bij welke disciplines de patiënten lopen, een “vinger aan de pols”. Huisartsen die adviesgesprekken hadden gevoerd, gaven aan dit meestal tijdens het consult te hebben gedaan, direct nadat het alcoholgebruik ter sprake was gebracht. Motiverende gesprekken werden door minder huisartsen gevoerd, voornamelijk omdat deze meer tijd kostten. Op een enkeling na, verwezen alle huisartsen patiënten in deze gevallen direct door naar de verslavingszorg of een zelfhulpgroep, waar meer tijd en expertise aanwezig is om patiënten te begeleiden.

### **Verdeelde meningen over online ondersteuning**

Tijdens het eerste evaluatiemoment zei geen enkele huisarts in het verleden ervaring te hebben opgedaan met verwijzen naar websites voor informatie over alcohol of een internetbehandeling. De meesten gaven aan ervoor open te staan om dit tijdens de pilot te proberen, maar met een afwachtende houding. Drie deelnemers vonden het te vrijblijvend; zij verwachtten een hoge kans op no-show of drop-out en zagen het gebrek aan persoonlijk contact als een manco. Twee anderen hadden veel laag opgeleide en/of allochtone patiënten in de praktijk, die weinig tot geen gebruik maken van internet en vanwege taalproblemen de websites niet begrijpen. Twee huisartsen zag online behandeling wel als geschikt alternatief, vanwege de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid voor bepaalde groepen patiënten. Zij gaven aan dit eventueel samen met de patiënt achter de computer te willen uitzoeken. Ook als tussenstap voor patiënten die in verband met tijdgebrek niet door de huisarts zelf behandeld kunnen worden maar (nog) niet naar de kliniek willen, zou online hulp volgens deze huisartsen een optie kunnen zijn.

Aan het eind van de pilot periode gaven veel huisartsen, die eerder de intentie hadden om websites of internetbehandeling aan patiënten te adviseren, aan dit niet te hebben gedaan. Door drukte dachten ze er niet aan of hadden zij de internetadressen niet bij de hand. Het gebrek aan menselijk contact weerhield enkele deelnemers ervan om de mogelijkheden van e-health actief te promoten. Zij gingen bij voorkeur zelf met de patiënt aan de slag:

*“Ik heb liever contact met de persoon: hoe ga je ermee om, wat doet het met je leven. In plaats van dat ze in hun eentje achter de computer zitten. Dan heb ik er geen zicht op”.*

Enkele huisartsen losten dit op door samen met de patiënt via Google informatie op te zoeken, of de patiënt thuis een zelftest in te laten vullen en met het resultaat terug te laten komen naar het spreekuur. Voor jongere patiënten, die meer zijn opgegroeid met de mogelijkheden van internet, zou dit geschikt kunnen zijn. Er waren ook huisartsen die naar eigen zeggen te weinig van (de effectiviteit van) e-health wisten om patiënten erover te kunnen adviseren. Een andere deelnemer ging ervan uit dat mensen zelf het internet zullen raadplegen wanneer ze vinden dat ze een probleem hebben.

### **Weinig verwijzingen naar de verslavingsconsulent**

Verscheidende huisartsen gaven bij de start van de pilot periode aan kennis te willen maken met de verslavingsconsulent, om te bekijken op welke manier deze de huisarts ondersteuning zou kunnen bieden bij de begeleiding van problematisch drinkende patiënten. Bij de eerste evaluatie, enkele weken na de scholing, bleek één huisartsenpraktijk met 5 deelnemende huisartsen tweewekelijkse gesprekken van de verslavingsconsulent te hebben ingepland. De huisartsen konden in overleg met de patiënt direct een afspraak in de agenda van de consulent inplannen; in verband met de privacy zonder tussenkomst van de balie assistentes. De overige huisartsen, met name solopraktijken, verwachtten dat het aanbod aan geschikte patiënten onvoldoende was om een spreekuur voor de consulent te kunnen vullen. Hier hadden zij verschillende oplossingen voor gevonden. Vijf huisartsen uit twee verschillende praktijken hadden de afspraak dat zij de consulent op telefonisch afroep konden inschakelen. Drie huisartsen met een solopraktijk hadden afgesproken hun patiënten naar een naastgelegen grotere praktijk te sturen waar de consulent wel een spreekuur had, of direct naar de nabijgelegen vestiging van de verslavingszorg.

Tijdens de tweede evaluatieronde werd echter duidelijk dat de verslavingsconsulent in veel praktijken niet was ingeschakeld, omdat het aanbod van geschikte en bereidwillige patiënten volgens de deelnemers te laag was. Een kort gesprek bij de huisarts wilden patiënten meestal wel, maar een vervolg bij iemand anders vaak niet:

*“Theoretisch is het prima en laagdrempelig, maar vaak is het alcoholgebruik slechts één aspect van iemands leven, dat af en toe boven water komt”.*

Veel patiënten gaven aan eerst zelf met het probleem aan de slag te willen, of in enkele gevallen online hulp te zullen zoeken.

Zeven huisartsen hadden wel van het aanbod van de consulent gebruik gemaakt. Eén huisarts had een patiënt succesvol doorverwezen naar de consulent. De patiënt was enthousiast over het gesprek en de consulent heeft de huisarts een goede terugkoppeling gegeven. Bij de overige deelnemers was verwijzing naar de verslavingsconsulent echter niet naar verwachting verlopen. Eén huisarts had een patiënt doorverwezen naar de verslavingsconsulent, maar geen feedback gekregen. Later bleek dat de patiënt niet naar de afspraak is gegaan. Een andere huisarts had twee patiënten doorverwezen, die vanwege ziekte uiteindelijk niet naar de afspraak zijn gegaan. Er was in beide gevallen geen nieuwe afspraak gepland. Een derde huisarts had geen gebruik kunnen maken van ondersteuning door de consulent vanwege ziekte van de consulent. Hij zei dit te betreuren, omdat de solopraktijk erg druk is en er regelmatig tijd tekort is in het consult om met het alcoholgebruik aan de slag te gaan. In een andere praktijk bleek de consulent in twee gevallen niet bereikbaar voor een telefonisch consult, waarbij de huisarts wilde overleggen over een mogelijke verwijzing. Twee verwijzingen van verschillende praktijken waren niet naar tevredenheid afgehandeld. Eén patiënt bleek voor een eerste gesprek een behoorlijk bedrag te moeten betalen. Dit was van tevoren niet duidelijk gecommuniceerd en paste niet binnen het budget van de patiënt. De mogelijkheden voor vergoeding via de verzekering waren niet helder. De patiënt heeft hierop het gesprek afgezegd. De andere patiënt, afkomstig van een solo huisarts, werd op de agenda van de verslavingsconsulent in nabije groepspraktijk gezet. Dit werd echter onvoldoende gecommuniceerd, waardoor de receptie van de groepspraktijk niet op de hoogte was van de komst van de patiënt. De afspraak kon geen doorgang vinden omdat de persoon niet als patiënt bij de betreffende praktijk stond ingeschreven.

### ***Uiteenlopende redenen voor het lage gebruik van de verslavingsconsulent***

De verslavingsconsulent was volgens meerdere huisartsen te vroeg in het project aangesteld:

*“We moesten eigenlijk nog een beetje op gang komen toen de consulent aanwezig was in de praktijk. We hadden nog geen patiënten die besproken moesten worden”.*

Een suggestie van deze deelnemers was om het aanbod van de verslavingsconsulent pas een aantal weken na de start van de signalering- en registratieperiode in te stellen, zodat huisartsen eerst op gang kunnen komen en (vroeg)signalering van problematisch alcoholgebruik in hun dagelijkse werkzaamheden kunnen inbouwen. Na verloop van tijd ontstaat er een aanbod van patiënten waarmee de consulent aan de slag kan.

Voor drie huisartsen met een solopraktijk was het aanbod van geschikte en bereidwillige patiënten voor de verslavingsconsulent door de kleinschaligheid van de praktijk überhaupt te laag om een fulltime consulent voor de praktijk te organiseren. Deze solisten zagen echter wel de voordelen van de consulent: iemand die veel van verslaving weet, regelmatig contact kan hebben met de patiënt en op deze manier tijds winst kan betekenen voor de huisarts. Zij stonden ervoor open de consulent in de toekomst te delen met een andere praktijk of een HAGRO (huisartsengroep), of de consulent op telefonische afroep in te zetten.

Voor huisartsen leek de drempel om patiënten naar een (onbekende) derde door te verwijzen hoog te zijn. Een paar deelnemers gaf aan hier voorzichtig mee om te gaan:

*“Ik heb geen patiënten gehad waarbij ik er zelf niet uit kwam en die ik met een goed gevoel kon adviseren de consulent te bezoeken, zonder mijn relatie met de patiënt in gevaar te brengen”.*

Zij behandelden patiënten liever zelf, eventueel in een dubbel consult, en verwezen bij ernstige en complexe gevallen direct door naar de klinische verslavingszorg. Anderen hadden het aanbod van de consulent nog niet voldoende in hun systeem zitten:

*“Ik denk dat het wel nuttig zou zijn, maar ik denk er niet aan. Als ze [de consulent] vaker aanwezig zou zijn, zou het misschien meer in mijn hoofd zitten”.*

Eén van de huisartsen vroeg zich af of de term *verslavingsconsulent* patiënten zou afschrikken. Hij suggereerde een neutralere term te kiezen, bijvoorbeeld *leefstijlconsulent*. Dit om het gat tussen ‘overmatig drinken’ en ‘wilt u eens met een verslavingsconsulent gaan praten’ te overbruggen en te voorkomen dat de term weerstand bij patiënten oproept: “Ik ben toch niet verslaafd?”.

Vijf deelnemers gaven na afloop van de pilot aan bij voorkeur tijd te steken in het opleiden van een goede POH GGZ (Praktijkondersteuner Huisartsenzorg Geestelijke Gezondheidszorg) in plaats van gebruik te maken van een verslavingsconsulent, omdat het aanbod van problemen in de praktijk breder is dan alleen middelenproblematiek. De POH zou getraind kunnen worden door de regionale verslavingszorg, om daarna de functie van verslavingsconsulent in de praktijk op zich te nemen door uitgebreide begeleidende gesprekken met problematisch drinkende patiënten te voeren.

## **POH**

Tijdens het eerste evaluatiemoment noemden vijf huisartsen met een (wens voor een) POH (GGZ) deze als mogelijkheid om riskant drinkende patiënten binnen de praktijk naartoe te sturen. Hoewel de POH in veel deelnemende praktijken geen specifieke taakstelling heeft voor het begeleiden van patiënten met problematisch alcoholgebruik, zou het onderwerp volgens de huisartsen een aandachtspunt kunnen zijn bij diabetescontroles, COPD spreekuren, bloeddrukcontroles, stoppen met roken en hart- en vaatziekten. Op deze manier zou alcoholgebruik standaard uitgevraagd kunnen worden bij de leefstijladviezen voor de patiënt en kunnen patiënten indien nodig verwezen worden naar de huisarts.

Na afloop van de pilot periode bleken de POH en assistenten bij één praktijk zelfstandig problematisch alcoholgebruik bij patiënten te hebben gesignaleerd. Dit werkte echter volgens de huisarts minder goed dan verwacht:

*“Ik heb gemerkt dat zij ook minder rechtstreekse antwoorden krijgen, dus ik kan het beter zelf uitvragen”.*

Huisartsen die geen POH hadden, gaven aan dat de assistente informele gesprekken voerde met patiënten en hen hiermee een hart onder de riem kon steken bij het aanpakken van het alcoholgebruik.

## **Regionale verslavingszorg**

De meningen over verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening waren bij de start van het project verdeeld. Bijna alle huisartsen zeiden patiënten meestal naar de regionale verslavingszorg door te verwijzen bij ernstige of complexe problematiek, terwijl drie anderen ook ervaring hadden met zelfhulpgroepen (zie hieronder).

Na afloop van het project gaven de deelnemers aan dat het van de ernst van het probleem en van wat de patiënt wilde afhing, hoe het vervolgtraject eruit kwam te zien. Wanneer het probleem rondom het alcoholgebruik ernstig was, was het volgens de deelnemers noodzakelijk om over te gaan naar behandeling door een deskundige. Die hebben meer expertise en tijd beschikbaar, waardoor ze intensievere begeleiding kunnen bieden. Maar verwijzen naar verdere hulpverlening bleek lastig te zijn:

*“Mensen gaan vaak niet. Tijdens het gesprek willen ze wel, maar dan duurt het een paar dagen voordat ze terecht kunnen en dan haken ze af”.*

*“Patiënten moeten er wel voor open staan, maar sommigen zijn zo passief.. die krijg ik nergens heen. Mensen moeten zelf ook willen veranderen.”*

Soms was het bovendien door de taalbarrière lastig om allochtone patiënten te motiveren voor een verwijzing:

*“Er zijn wel tolken bij de verslavingszorg, maar hoe krijg je ze er naartoe?”*

In dergelijke gevallen bleven de deelnemers het drankgebruik monitoren:

*“Soms hoor je iets van familie, dat er overal flessen wijn liggen. Dan moet je er weer even iets mee, maar structureel verander je niets. Die mensen blijven komen”.*

### **Zelfhulpgroepen**

Verwijzingen naar de AA (Anonieme Alcoholisten) kwamen niet voor. Twee huisartsen gaven aan hier vroeger wel naar te verwijzen, maar nu niet meer goed van het aanbod en de mogelijkheden van zelfhulpgroepen op de hoogte te zijn. Drie anderen gaven aan patiënten soms zelfhulp aan te raden. Eén van hen zei betere ervaringen met zelfhulpgroepen te hebben dan met de regionale verslavingszorg, vooral op het gebied van effectiviteit op de lange termijn en voor hoger opgeleide mensen. Bij de regionale verslavingszorg haken mensen af door wachtlijsten, vallen snel terug en er is weinig tot geen nazorg. De instellingen zijn hierin volgens deze deelnemer onvoldoende proactief.



## 4. Beschouwing en conclusie

### 4.1 Beschouwing

In deze rapportage presenteren we de resultaten van de evaluatie van een pilot project gericht op het stimuleren van (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik in Rotterdamse huisartsenpraktijken. Er is informatie ingewonnen over hoe huisartsen de pilot waardeerden, wat ze ervan geleerd hebben, over verandering in opvattingen van deelnemende huisartsen rondom alcoholproblematiek bij patiënten en over hun ervaringen en omgang met dit onderwerp. De pilot heeft gegevens opgeleverd waarmee (vroeg)signalering en behandeling van probleemdrinken in de huisartsenpraktijk verbeterd kan worden. Dit hoofdstuk geeft een beschouwing van de gevonden resultaten, op basis waarvan we conclusies trekken en aanbevelingen doen. De paragrafen in de beschouwing slaan terug op de onderzoeksvragen.

Het aantal deelnemers binnen dit project was hoger dan verwacht. Dit is mede gerealiseerd door een goede borging van belangrijke partijen in de projectgroep (LHV kring district Rotterdam, NHG, ZorgImpuls) en het betrekken van de regionale verslavingszorginstellingen (Brijder Verslavingszorg en Bouman GGZ). Desondanks moet worden opgemerkt dat het onderzoek betrekking heeft op 14 huisartsen, die niet representatief zijn voor de totale huisartsenpopulatie in Rotterdam. De conclusies en aanbevelingen kunnen daarom niet één-op-één vertaald worden naar alle Rotterdamse huisartsen.

#### 4.1.1 Evaluatie van pilot interventies

##### ***Waardering deskundigheidsbevordering***

Zowel de basiscursus als de verdiepingscursus werden met een 8 gemiddeld goed gewaardeerd. De basisscholing stimuleerde bewustwording en een actieve houding van huisartsen ten aanzien van problematisch alcoholgebruik bij patiënten. De verdiepingscursus bood de deelnemers de mogelijkheid om vaardigheden in het ter sprake brengen en motiveren van patiënten te oefenen. Op twee aspecten kon de scholing volgens de deelnemers verbeterd worden: door meer tijd te reserveren voor discussie en interactie, en door meer casuïstiek in verhouding tot theorie te behandelen. Deze punten werden met name bij de basiscursus genoemd.

##### ***Kennis en vaardigheden***

Deelnemers waren zich naar eigen zeggen na afloop van de scholing meer bewust van de mogelijke relatie tussen alcoholgebruik en klachten van patiënten. Zij gaven aan hun anamnese beter te kunnen afnemen met behulp van de specifieke vragen van Five-Shot test gericht op het drinkgedrag van de patiënt, en hiermee meer patiënten eruit te pikken die problematisch drinken. Ook voelden zij zich beter in staat om mensen tot bewustzijn te brengen en de eerste stap tot verandering te nemen. Het geven van begeleiding aan patiënten met problematisch drinkgedrag werd door de deelnemers op verschillende wijze vormgegeven, namelijk door het actief voeren van advies- en/of motiverende gesprekken of door het houden van een vinger aan de pols middels het monitoren van de consumptie van de patiënt.

De definitie van problematisch alcoholgebruik die huisartsen hanteerden kwam overeen met de begripsomschrijving in de NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik en bleef onveranderd gedurende de pilot. Hierin waren twee belangrijke kernelementen te onderscheiden: de hoeveelheid alcoholgebruik die geconsumeerd wordt en het ontstaan van problemen door het gebruik. Qua hoeveelheid lagen de gerapporteerde grenzen van de deelnemers in lijn met de gecommuniceerde richtlijnen voor verantwoord alcoholgebruik uit de basiscursus<sup>16</sup>. Problemen of kenmerken die het alcoholgebruik problematisch maken werden genoemd op verschillende leefgebieden, zoals gezondheid, niet meer zonder alcohol kunnen en de achterliggende reden(en) voor het gebruik. Meer dan de helft van de vermoedens van riskant alcoholgebruik tijdens de pilot was gebaseerd op lichamelijke klachten of signalen, gevolgd door aanwijzingen op psychosociaal gebied. Huisartsen waren voorafgaand aan en na de pilot beter op de hoogte van lichamelijke klachten en signalen die verband kunnen houden met problematisch alcoholgebruik dan van psychosociale aanleidingen of vormen van medicatie die niet of slecht samengaan met alcohol. Dit verdient in de toekomst extra aandacht bij scholing voor huisartsen.

Deelnemers hadden naar eigen zeggen behoefte aan parate kennis over verwijsmogelijkheden in Rotterdam. Naar aanleiding hiervan is een handzame sociale kaart van verwijsmogelijkheden in de vorm van een kubus ontwikkeld. Hierop staan mogelijkheden voor (online) hulpverlening rondom verschillende leefstijl thema's, waaronder problematisch alcoholgebruik. Na afloop van de pilot is de kubus onder alle Rotterdamse huisartsen verspreid.

### ***Visie op (vroeg)signalering en de rol van de huisarts***

De visie op de rol van de huisarts op signalering van alcoholproblematiek is gedurende de pilot niet zozeer veranderd, alswel duidelijker geworden. Huisartsen zagen het van begin af aan als hun taak om actief in te zetten op de herkenning van problematisch alcoholgebruik bij patiënten. Later, gedurende de pilot, konden ze deze rol concreter verwoorden: problematisch alcoholgebruik kan volgens de deelnemers zowel oorzaak als gevolg zijn van somatische, psychische en maatschappelijke problemen; bespreking van het onderwerp geeft de huisarts de mogelijkheid om de gepresenteerde klachten in de juiste context te plaatsen. Tegelijkertijd werden de huisartsen zich ook meer bewust van hun eigen rol in dit proces: signalering zagen zij als een taak voor de eerste lijn, maar voor verdere behandeling is meer tijd en expertise nodig dan een huisarts kan bieden.

### ***Waardering en gebruik doorverwijsmogelijkheden en consultatiemogelijkheden***

Er is wisselend gebruik gemaakt van de verwijs- en consultatiemogelijkheden die binnen de pilot werden aangeboden. Verwijzingen naar de reguliere verslavingszorg hebben bij alle huisartsen gedurende de pilot periode plaatsgevonden. Van verwijzingen naar zelfhulpgroepen en internetbehandelingen is minder vaak gebruik gemaakt. Hoewel de helft van alle deelnemende huisartsen gebruik heeft gemaakt van de verslavingsconsulent voor een verwijzing of advies, is dit slechts in een enkel geval naar tevredenheid verlopen. De taakverlichting van de consulent is door praktische problemen niet goed van de grond gekomen. Ook verwijzingen naar een andere discipline binnen de praktijk, zoals de POH, hebben maar in enkele gevallen plaatsgevonden.

---

<sup>16</sup> De richtlijnen uit de basiscursus (maximaal 21 glazen per week voor mannen, maximaal 14 glazen per week voor vrouwen) liggen niet meer in lijn met de huidige richtlijnen van de Gezondheidsraad voor aanvaardbaar alcoholgebruik bij gezonde volwassenen (maximaal 2 glazen per dag voor mannen, maximaal 1 glas per dag voor vrouwen). Deze grenzen zullen moeten worden aangepast wanneer de scholing wordt herhaald.

De mogelijkheid tot het verwijzen van patiënten naar online ondersteuning, waarbij zij zelf hun gebruik kunnen testen of er middels een online hulpaanbod mee aan de slag kunnen, werd niet door alle huisartsen positief ontvangen. Een gebrek aan menselijk contact, de vrijblijvendheid van het aanbod en/of een patiëntenpopulatie (laag opgeleid, allochtoon) die niet aansluit op de doelgroep van e-health hielden deelnemers hierin tegen. Uit onderzoek is bekend dat online ondersteuning inderdaad andere groepen aanspreekt (hoger opgeleiden, vrouwen) dan de patiëntenpopulaties van de betreffende huisartsenpraktijken (Postel e.a., 2005).

Verwijzingen naar een andere discipline binnen de praktijk, de verslavingsconsulent of de reguliere verslavingszorg werden door huisartsen afgewogen op basis van de ernst van het probleem en de wensen van de patiënt. Over het algemeen bleek het motiveren van patiënten tot een verwijzing lastig te zijn. Ook twijfelden huisartsen aan de therapietrouw van patiënten: mensen gingen niet naar de afspraak of haakten snel af.

Samenwerking met een verslavingsconsulent verliep moeizaam, met name in solopraktijken. Het bleek lastig om een geschikte ruimte voor de consulent te vinden en het ging het om een te gering aantal patiënten om voet aan de grond te krijgen. Ook in de gezondheidscentra werden weinig patiënten doorverwezen naar de verslavingsconsulent. Huisartsen vonden het lastig om patiënten te signaleren met riskant alcoholgebruik die mogelijk gebaat waren bij een gesprek met de consulent. Dit had te maken met het lage aanbod van geschikte patiënten en met het feit dat huisartsen naar eigen zeggen nog 'op gang' moesten komen op het moment dat de consulent werd aangesteld. Ook het motiveren voor een verwijzing viel hen tegen. Patiënten waren terughoudend bij het instemmen met een gesprek met een externe persoon over hun drinkgedrag, zelfs wanneer dit gesprek binnen de muren van de praktijk kon plaatsvinden. Enkele huisartsen gaven aan zelf ook moeite te hebben met het verwijzen van patiënten naar een (onbekende) derde.

De verwijzingen die binnen het project hebben plaatsgevonden, betroffen in veel gevallen patiënten die in feite al alcoholafhankelijk waren. Hoewel het van belang is prioriteit te geven aan de overduidelijke probleemgevallen die in eerste instantie worden gesignaleerd, is het mogelijk dat de aandacht van huisartsen hierdoor niet of minder gericht was op patiënten met een verhoogd risico op (maar nog geen ontwikkelde) alcoholproblematiek. Dit was de beoogde doelgroep waar de consulent ondersteuning bij kon bieden door de begeleiding van de huisarts over te nemen. Door de relatief korte pilot periode van enkele maanden zijn veel praktijken echter niet toegekomen aan vroegsignalering. De aanlooperperiode voor een dergelijke nieuwe interventie in de huisartsenpraktijk duurde, mede door vertraging opgelopen door drukte rondom de Mexicaanse griep, langer dan verwacht. Hierdoor waren er nog nauwelijks riskant drinkende patiënten gesignaleerd voor verwijzing naar de consulent op het moment dat deze in de pilot geïntroduceerd werd. Blijkbaar hebben huisartsen meer tijd nodig om problematisch alcoholgebruik in een vroeg stadium te leren herkennen. Uit eerder onderzoek bleek dit een te verwachten patroon (Kersten, 2007). De consulent kan door in het begin alle verwijzingen te accepteren en te bespreken, de huisarts stimuleren deze beoogde doelgroep te bereiken. Dit vraagt ook om een inhoudelijk ervaren consulent, die ambassadeur wil zijn voor de zaak. Huisartsen suggereerden om de consulent op een later moment in het project te introduceren, nadat zij ervaring hadden opgedaan met (vroeg)signalering van problematisch alcoholgebruik bij patiënten en er een aanbod van patiënten voor de consulent was ontstaan.

Naast het lage aantal verwijzingen kwam de ondersteuning van de verslavingsconsulent onvoldoende van de grond. Redenen hiervoor waren miscommunicatie, onbereikbaarheid en ziekte van de consulent.

Dit is bij meerdere huisartsen misgelopen. Zij gaven aan dat er bij het aanbieden van dergelijke mogelijkheden in de toekomst duidelijkere afspraken nodig zijn rondom de werkwijze en kosten van het aanbod. De huisartsen betreurden de gang van zaken rondom de tegenvallende implementatie van de consulent in de praktijk. Desondanks verwachtten zij naar aanleiding van de ervaringen met signalering en behandeling in de pilot, dat de verslavingsconsulent een goede tussenstap kan zijn voor patiënten die teveel drinken, maar waarbij de huisarts onvoldoende tijd heeft om ze te begeleiden. Een verslavingsconsulent heeft meer tijd en expertise om uit te zoeken welke werkwijze geschikt is voor de wensen en situatie van de patiënt en kan de huisarts hiermee ontlasten. Omdat de consulent in de praktijk aanwezig is, is het daarnaast minder confronterend voor de patiënt omdat deze niet naar de kliniek van de verslavingszorginstelling hoeft. Dit kan drempelverlagend werken in het verwijzingsproces en acceptatie van zorg door de patiënt.

Mede door de problemen rondom de inbedding van de verslavingsconsulent in de huisartsenpraktijk, suggereerden een aantal deelnemers om de mogelijkheden voor begeleiding en consultatie door de POH binnen de praktijk te bekijken, eventueel na een aanvullende training gericht op middelenmisbruik verzorgd door de regionale verslavingsinstelling. Ook werd geopperd de term verslavingsconsulent aan te passen naar leefstijlconsulent, om de negatieve connotatie van verslaving te vermijden en aan te geven dat alcoholgebruik een onderdeel is van de totale leefstijl van patiënten. Met deze terminologie, die meer omvat dan alleen alcohol- of middelengebruik, sluit het begeleiden van patiënten rondom het stimuleren van een gezonde leefstijl aan op het takenpakket van een POH (GGZ).

#### **4.1.2 Evaluatie van verandering in zorg**

De registratieformulieren waarmee verandering in zorg werd gemeten, zijn minder vaak ingevuld dan van tevoren was verwacht op basis van eerder onderzoek (Van der Linden, 2004; zie voetnoot pagina 9). Meerdere huisartsen gaven tijdens het evaluatiegesprek aan het alcoholgebruik wel met patiënten te bespreken, maar dit niet structureel te verwerken op een registratieformulier. Bij drukte, onder andere door de Mexicaanse griepgolf en vakantie van collega's, werd het invullen van de registratieformulieren een extra taak die bleef liggen. In plaats van te registreren onthielden sommige huisartsen naar eigen zeggen de score van de Five-Shot, of noteerden het in het digitale dossier (als opmerking of indien beschikbaar in de digitale Five-Shot).

Wanneer ook andere collega's aan het project deelnamen, bleek dit voor sommige huisartsen een stimulans te zijn door elkaar op de hoogte te houden van het aantal ingevulde formulieren. Ook gaven deelnemers aan dat er sprake was van een bepaalde vorm van terugkoppeling vanuit de projectgroep gedurende de pilot. Hoewel deelnemers dus positief waren over de contactmomenten met de projectgroep, had de aandacht voor signaleren en registreren wellicht beter vastgehouden kunnen worden door het aantal contactmomenten verder op te schroeven. Een mogelijkheid hiervoor was volgens een aantal huisartsen om via sms of telefonisch wekelijks herinnerd te worden aan het belang van het onderwerp.

#### ***Ter sprake brengen van alcoholgebruik***

Afgaande op de ingevulde registratieformulieren hebben deelnemers in het merendeel van de geregistreerde consulten het alcoholgebruik van patiënten ter sprake gebracht bij vermoedens van problematisch drinkgedrag. Ook de vragen van de Five-Shot test zijn bij de meeste consulten geheel of gedeeltelijk in het gesprek verwerkt. Hierbij moet echter rekening gehouden worden met het lage aantal

ingevulde registratieformulieren en de mogelijkheid dat deze niet representatief zijn voor de werkelijke consulten die tijdens de pilot periode hebben plaatsgevonden (zie ook paragraaf 4.1.3).

De huisartsen vonden de Five-Shot een nuttig instrument om riskant alcoholgebruik te signaleren en rapporteerden een verbetering in kennis en vaardigheden met betrekking tot signalering. Desondanks waren zij zich ervan bewust dat zij niet alle problematische drinkers opmerkten. Veel patiënten ontkenden of onderschatten hun alcoholgebruik, wat het lastig maakte voor de huisarts om hier doorheen te prikken. Hier dient in nieuw te plannen scholingen extra aandacht aan besteedt te worden. Ook was er, voornamelijk gedurende de griepperiode, niet altijd aanleiding om op basis van de gepresenteerde klachten naar het alcoholgebruik te vragen.

Het is mogelijk dat het referentiekader van problematisch alcoholgebruik van deelnemers invloed heeft gehad op de tegenvallende signaleringcijfers. Eén huisarts gaf tijdens het evaluatiegesprek zelf al aan “dat het er vanaf hangt wat je zelf vindt en hoeveel je zelf drinkt”. Van alle huisartsen rapporteerde één deelnemer een wekelijkse consumptie die boven de huidige aanbevolen richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik bij volwassenen<sup>17</sup> lag. De zelfgerapporteerde drinkadviezen die deze huisarts aan patiënten gaf, lagen echter wel in lijn met de gecommuniceerde grenzen uit de training. De gemiddelde alcoholconsumptie van de deelnemers lag met 9 glazen per week bij mannelijke huisartsen en 5 glazen per week bij vrouwelijke huisartsen binnen de richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik.

### ***Gesignaleerde problematische drinkers***

Patiënten waarbij de Five-Shot test is afgenomen en de score op 2,5 punten of meer uitkwam, zijn in deze pilot aangemerkt als mogelijk problematisch drinker. Bij 61% van de geregistreerde consulten waar de Five-Shot is uitgevraagd bleek dit het geval.

### ***Kortdurende interventies en verwijzingen***

Analoog aan de principes van motiverende gespreksvoering die werden behandeld in de scholing, gaven huisartsen aan drie dingen te doen wanneer zij een indicatie van problematisch alcoholgebruik bij een patiënt hadden gesignaleerd: (1) het vermoeden (nog) niet uitspreken naar de patiënt, (2) op een later moment op het vermoeden terugkomen als de patiënt het probleem bagatelliseerde of ontkende, of (3) het vermoeden aan de orde stellen en de patiënt terug laten komen naar het spreekuur om het gebruik in de gaten te houden en/of de patiënt verwijzen naar de verslavingsconsulent of een andere (externe) discipline.

Bij de helft van de geregistreerde consulten heeft er geen vervolgstap plaatsgevonden. Huisartsen gaven aan het in deze gevallen bij het betreffende consult te laten, omdat de patiënt aangaf geen alcohol te drinken of omdat de consumptie binnen de richtlijnen lag. Wanneer er wel een vervolg aan het consult werd gegeven, draaide dit in de meeste gevallen om een tweede consult om het alcoholgebruik te monitoren, in combinatie met het advies het alcoholgebruik te minderen of te stoppen. Verwijzingen naar een andere instelling voor hulp kwamen eveneens voor, waarbij de regionale verslavingszorg het meest genoemd werd. Verwijzingen naar een andere discipline binnen de praktijk of naar de verslavingsconsulent werden slechts in enkele gevallen geregistreerd.

---

<sup>17</sup> De Gezondheidsraad adviseert gezonde volwassen mannen niet meer dan 2 standaardglazen alcohol per dag te drinken en gezonde volwassen vrouwen niet meer dan 1 standaardglas. Deze hoeveelheden veroorzaken weinig risico's voor de gezondheid ([www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)).

### 4.1.3 Beperkingen

De huidige evaluatie kent een aantal beperkingen. Hoewel de werving boven verwachting is verlopen, moet benadrukt worden dat de resultaten van deze pilot gebaseerd zijn op de zelfgerapporteerde mening en ervaringen van veertien huisartsen, waarbij verandering in kennis en gedrag niet getoetst is op significantie. Bovendien bestaat de onderzoeksgroep vanwege praktische redenen uit een zogenaamd 'convenience sample', wat inhoudt dat de deelnemende huisartsen niet a-select zijn geworven voor de pilot. Deze vorm van werving heeft mogelijk geleid tot een onder- of overschatting van de resultaten uit het evaluatie onderzoek, doordat huisartsen die het onderwerp belangrijk vonden wellicht meer geneigd waren om deel te nemen aan de pilot. De conclusies en aanbevelingen kunnen hierdoor niet gegeneraliseerd worden naar alle huisartsen in Rotterdam. Wel vormen ze een goede basis om een dergelijk project aan te passen en voort te zetten.

Tien van de veertien huisartsen volgden de basiscursus na de start van de registratieperiode en hadden daarom al een aantal weken gesignaleerd voordat zij in de scholing de theorie en vaardigheden rondom problematisch alcoholgebruik leerden (zie paragraaf 2.2, Tabel 1). De eerste bijeenkomst van de verdiepingscursus werd voortijdig afgeblazen vanwege een te laag aantal deelnemers. De tweede mogelijkheid om de verdiepingscursus te volgen was aan het eind van de pilot periode gepland (zie Tabel 1). Hierdoor konden deelnemers de opgedane kennis en vaardigheden slechts enkele weken in de praktijk toepassen, voordat de afrondende evaluatiegesprekken plaatsvonden. Dit heeft mogelijk invloed gehad op het signaleergedrag van de deelnemers en het aantal ingevulde registratieformulieren.

Bij de start van de pilot was uitgegaan van minimaal 100 ingevulde registratieformulieren per deelnemende huisarts met een fulltime praktijk. De werkelijke aantallen waren echter stukken lager, met een gemiddelde van 21 ingevulde formulieren per registrerende huisarts. Dit zegt echter niets over het aantal gesignaleerde patiënten met problematisch alcoholgebruik. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat geregistreerde consulten en de daarbij behorende patiënten kunnen afwijken van niet geregistreerde consulten en patiënten. De conclusies die getrokken worden uit het analyseren van de registratieformulieren moeten daarom met voorzichtigheid worden beoordeeld. Ze bieden mogelijk geen representatief beeld van de werkelijke consulten. Zo werden bijvoorbeeld in drukke tijden geen formulieren bijgehouden. Mogelijk betekent dit dat de consulten die wel geregistreerd zijn, uitgebreider zijn geweest omdat er meer tijd beschikbaar was.

Een tweede knelpunt rondom het signaleren van problematisch alcoholgebruik bij patiënten middels de voorgedrukte registratieformulieren is dat dit niet systematisch is gebeurd. De bedoeling was met de registratieformulieren cijfers te krijgen over het aantal gesignaleerde problematisch alcoholgebruikers. Op een andere manier is het niet uitgevraagd, dus er waren geen data beschikbaar die een vergelijking tussen vóór en na de pilot mogelijk maakten wat betreft de (ingeschatte) frequentie van signalering, behandeling en verwijzing. Hierdoor was het niet mogelijk om te bepalen of alcoholgebruik vaker ter sprake was gebracht (onderzoeksvraag 7) en of het aantal gesignaleerde problematische drinkers (onderzoeksvraag 9), het aantal kortdurende interventies (onderzoeksvraag 10) en het aantal verwijzingen (onderzoeksvraag 11) was toegenomen sinds de start van de pilot.

Ondanks bovenstaande opmerkingen, levert het implementatietraject zoals geëvalueerd in deze pilot bruikbare kennis op over de verwachtingen, (on)mogelijkheden en opbrengsten van de aanpak van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk.

## 4.2 Conclusie

Signalering van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk vindt vaak plaats wanneer er nog geen sprake is van ernstige problematiek en de patiënt in veel gevallen nog een compleet en ondersteunend sociaal netwerk heeft. Vanuit het stepped-care principe werd daarom in deze pilot steeds naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm gestreefd, die rekening houdt met de aard en ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de patiënt (indien aanwezig).

De scholing werd positief gewaardeerd door de deelnemers. Hoewel bekend is dat nascholing op zichzelf geen effect heeft op gedragsverandering, heeft het wel bijgedragen aan een toename in bewustwording voor de problematiek onder de deelnemers. Ook hebben de huisartsen nieuwe kennis opgedaan, zijn hun vaardigheden in de omgang met problematisch alcoholgebruik bij patiënten verbeterd en is hun visie op de problematiek geconcretiseerd.

Huisartsen waren over het algemeen te spreken over de aangeboden ondersteuningsmogelijkheden binnen de pilot. Het begeleiden van patiënten werd bij minder ernstige gevallen door de huisarts zelf opgepakt. Het ging hierbij wel om patiënten met duidelijke alcoholproblematiek; vroegsignalering van beginnende problematiek bleek een stuk ingewikkelder en heeft bij de meeste praktijken niet plaatsgevonden. Bij complexe problematiek probeerden deelnemers patiënten door te verwijzen naar online hulp, zelfhulp, een verslavingsconsulent binnen de praktijk of de reguliere verslavingszorg. Het motiveren van deze categorie van patiënten voor een verwijzing bleek echter lastig te zijn. Daarnaast kende de samenwerking met de verslavingsconsulent de nodige opstartproblemen in een aantal praktijken. Dit deed sommige deelnemers echter inzien dat zij wellicht meer gebruik kunnen maken van de POH (GGZ) om dergelijke begeleiding aan patiënten te kunnen bieden.

Hoewel er geen cijfers beschikbaar zijn over een toename in signalering, behandeling en/of verwijzing van problematische drinkers in de deelnemende huisartsenpraktijken, heeft dit project zicht gegeven op belangrijke bevorderende en belemmerende factoren. Deze worden in de volgende paragraaf besproken.

## 4.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van de evaluatie van deze pilot kunnen een aantal aanbevelingen worden geformuleerd met betrekking tot het stimuleren van (vroeg)signalering, behandeling en verwijzing van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk. Deze punten zullen verwerkt worden in de verdere uitrol van het project bij huisartsenpraktijken in Rotterdam.

- **Deskundigheidsbevordering als startpunt**

Deskundigheidsbevordering is een eerste noodzakelijke stap in het stimuleren van (vroeg)signalering van problematisch alcoholgebruik door huisartsen. Het is daarom van belang deze in het begin van een dergelijk implementatietraject aan te bieden, middels korte inhoudelijke trainingen met rollenspelen en herhaling van de reeds aangeboden stof bij vervolg- of opfriscursussen.

- **Alcoholgebruik in het kader van leefstijl**

Het is binnen de deskundigheidsbevordering aan te bevelen om alcoholgebruik als onderwerp te

betrekken in het kader van de leefstijl van patiënten in breder perspectief, en hiervoor aan te sluiten bij bestaande scholingen. Alcoholgebruik kan ook als risicofactor bij trainingen over onder andere hart- en vaatziekten, diabetes (bijvoorbeeld binnen de Langerhans symposia over diabetes en leefstijl) en overgewicht aan de orde komen.

- **Interactie en kennisoverdracht in scholing**

De basiscursus kan verder verbeterd worden door meer tijd in te ruimen voor praktische voorbeelden van met name vroegsignalering, casuïstiekbespreking, rollenspelen en interactie. Deze onderdelen worden door de deelnemers hoog gewaardeerd. Het is daarom wenselijk het werken met de acteur in de verdiepingscursus te behouden. Daarnaast dient in beide scholingen extra aandacht besteedt te worden aan welke klachten of signalen verband kunnen houden met problematisch drinkgedrag of welke medicatie niet gecombineerd kan worden met alcohol. Ook is het van belang recente richtlijnen van grenzen voor aanvaardbaar alcoholgebruik bij jongeren, volwassenen en ouderen te communiceren. De huisarts moet zich hierbij bewust zijn van zaken die signalering kunnen bemoeilijken: het eigen referentiekader (eigen drinkgedrag), alcoholgebruik is sociaal geaccepteerd waardoor patiënten weinig probleembesef zullen hebben, en de grens tussen verantwoord en problematisch drinken ligt in een grijs gebied (glijdende schaal).

- **Herinnering aan vroegsignalering**

Het aanbieden van scholing is niet voldoende om herkenning van alcoholproblematiek in de praktijk te borgen en het aantal onderkende problematische drinkers te doen toenemen. Er is herhaling van theorie rondom de onderwerpen uit de scholing en zeer regelmatig contact nodig om de aandacht van de huisartsen voor het thema vast te houden. Dit kan vormgegeven worden door huisartsen via sms of telefonisch wekelijks te herinneren aan de toepassing van signalering en behandeling, en door het onderwerp aan de orde te laten komen in vaktijdschriften en medische literatuur voor professionals in de eerstelijns zorg, via websites van huisartsenverenigingen en verslavingszorginstellingen en bij congressen of symposia voor eerstelijns zorgverleners. Een mogelijkheid om veel huisartsen te bereiken is de jaarlijkse tweedaagse bijeenkomst over nieuwe ontwikkelingen in de huisartsengeneeskunde in Rotterdam, waar de scholing en 'toolkit' die naar aanleiding van de pilot ontwikkeld wordt, onder de aandacht gebracht kunnen worden.

- **Gesprekstechnieken**

Huisartsen moeten vaardig worden in gesprekstechnieken om het alcoholgebruik van patiënten naar voren te brengen en aansluitend in het omgaan met ontkennende of ontwijkende antwoorden van patiënten op vragen rondom het alcoholgebruik. Dit kan als apart onderdeel in de deskundigheidsbevordering opgenomen worden, bijvoorbeeld door hier tijdens de verdiepingscursus in rollenspelen met een acteur specifiek aandacht aan te besteden.

- **Five-Shot**

Deelnemende huisartsen waren over het algemeen tevreden over de Five-Shot test als signaleringsinstrument voor de eerste lijn. Als herinnering aan het signaleren of als hulpmiddel bij het uitvragen van het drinkgedrag wordt aanbevolen de Five-Shot op een klein geplastificeerd kaartje af te drukken en toe te voegen aan de reader van de scholing. Digitale registratie via het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) kan gestimuleerd worden door huisartsen hier tijdens de scholing mee te leren werken. Ook kan gedacht worden aan de ontwikkeling van een 'personal dashboard', waar de huisarts naar eigen inzicht applicaties op kan plaatsen, zoals een applicatie van



de Five-Shot, de factsheet of het aanbod van e-health in de regio (zie ook de volgende aanbeveling).

- **E-health**

Het is van belang aandacht te besteden aan de aarzeling van deelnemers met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar online hulpverlening. E-health is bewezen effectief gebleken in het reduceren van overmatige alcoholconsumptie (Postel e.a., 2005, Riper e.a., 2007; Riper e.a., 2009a; Riper e.a., 2009b). De aarzeling kan weggenomen worden door in deskundigheidsbevordering over problematisch alcoholgebruik aandacht te besteden aan het aanbod van e-health, de werkwijze en de effectiviteit.

- **Ondersteuning**

Ondersteuning door de consulent in het begeleiden van patiënten met problematische drinkgewoonten kan de huisarts veel tijdwinst opleveren. Een duidelijk verbeterpunt is het langer en beter georganiseerd inzetten van de consulent, met een tweeledig doel: (1) ontlasten van de huisarts en (2) stimuleren van huisartsen om vroegsignalering in de vingers te krijgen. Een betere organisatie kan worden vormgegeven door de (praktische) bereikbaarheid van de consulent te vergroten. Dit houdt in een goede telefonische bereikbaarheid, vervanging bij ziekte, het beschikbaar stellen van een geschikte ruimte, het delen van de consulent bij meerdere solopraktijken, het verschaffen van duidelijkheid rondom kosten en werkwijzen en het hanteren van de term leefstijlconsulent in plaats van verslavingsconsulent. Als alternatief kan nagedacht worden aan het betrekken van de POH (GGZ) bij vroegsignalering van riskant alcoholgebruik onder patiënten. Randvoorwaarde hiervoor is training van de POH (GGZ), eventueel in combinatie met de huisarts. Dit gebeurt bij voorkeur via een cursus die gericht is op het bevorderen van een gezonde leefstijl van patiënten en waarbij onder andere aandacht aan alcoholgebruik wordt besteed.



## Literatuur

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Third Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Anderson, P. (2003). *The risk of alcohol. What general practice can do* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(2), 191-199.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

Fink, A., Tsai, M. C., Hays, R. D., Moore, A. A., Morton, S. C., Spritzer, K., e.a. (2002). Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 34, 55-78.

Erdem, Ö., Nanninga, C., Kiela, R., & Klaus-Meijs, W. M. M. (2010). *Gezondheid in kaart*. Rotterdam/Bilthoven: GGD Rotterdam-Rijnmond/ RIVM.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., e.a. (2005). 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. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 379-388.

Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B., & Smith, A. (2002). The FAST alcohol screening test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 61-66.

Kaner E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Pienaar, E. D. E. D., Campbell, F., Schlesinger, C., e.a. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Kersten, C. G. M., De Jong, C. A. J., Kuik, M., Koole, S. K., & Aalders, J. W. M. (2007). *Alcohol? Geen probleem, dokter! Verslag van het SIGNAAL-project (SIGNalering, motivering, begeleiding en verwijzing bij Alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk)*. Nijmegen: NISPA.

- Meerkerk, G.-J., Aarns, T., Dijkstra, R. H., Weisscher, P., Njoo, K., & Boomsma, L. J. (2005). NHG Standaard Problematisch Alcoholgebruik. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 284-295.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1993). *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*. In: G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Van der Linden, M. W., Westert, G. P., De Bakker, D. H., & Schellevis, F. G. (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Nygaard, P., Paschall, M. J., Aasland, O. G., & Lund, K. E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 45(2), 201-212.
- Postel, M. G., de Jong, C. A. J., & de Haan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinkers reach hidden populations? *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2393.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Projectgroep Aanpak Probleemdrinken vanuit de Eerstelijnszorg (2009). *Herkennen van problematisch alcoholgebruik in de Rotterdamse huisartsenpraktijk*. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2007). Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Riper, H., Kramer, J., Conijn, B., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009a). Translating effective web-based self-help for problem drinking into the real world. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(8), 1-8.
- Riper, H., Van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009b). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions. A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(3), 247-255.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). The development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88, 791-804.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Seppä, K., Lepistö, J., & Sillanaukee, P. (1998). Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1788-1791.
- Verstuyf, G. (2007). *Dossier Vroeginterventie*. Brussel: VAD.

# Bijlage 1: Columns huisarts – ambassadeur pilot

## December 2009: de cursus en de praktijk

Ruim twee maanden geleden is de pilot 'Vroegsignalering Problematisch Alcoholgebruik' gestart. Bij probleemdrinken gaat het niet om alcoholisme, maar om een drinkpatroon dat leidt tot allerlei klachten op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied. In Rotterdam is drie tot tien procent van de patiënten in een huisartspraktijk probleemdrinker. Dit betekent ongeveer 200 mensen per praktijk.

Veertien huisartsen uit Rotterdam nemen deel aan de pilot. Deze huisartsen testen de mogelijkheden voor signalering en kortdurende behandeling. Zij verspreiden de resultaten volgend jaar onder hun Rotterdamse collega's. Eén van de huisartsen, die deelneemt aan de pilot, is Marcia de Krom. Vanaf nu deelt zij maandelijks haar ervaringen.

"In september heb ik de cursus "Vroegsignalering Problematisch Alcohol Gebruik in de Huisartsenpraktijk" van Context (Centrum voor GGZ Preventie) gevolgd. Verslavingsarts Romeo Ashruf begon de cursus met een interessant en kleurrijk geïllustreerd verhaal over de nieuwe doelgroepen: de jongeren en de ouderen met problematisch alcoholgebruik. Daarnaast werd de Five-Shot, een instrument om probleemdrinken te signaleren bij patiënten, uitgebreid besproken. Erg nuttig vond ik. In onze NHG standaard staat deze informatie ook wel, maar ik moet bekennen dat je deze kennis niet altijd paraat hebt. Met behulp van een motivatiecirkel leerden we te analyseren waar een patiënt zit in de verschillende fases van het al dan niet matigen of stoppen met alcoholgebruik. Nadat we ook ons eigen drankgebruik onder de loep hadden genomen (de uitslag hiervan valt onder het medisch beroepsgeheim), stoeiden we met een aantal casussen waarin we al onze nieuw verworven kennis konden toepassen. Goede cursus, op naar de praktijk!"

### *De praktijk*

"De dag na de cursus was een vrijdag. De gebruikelijke vrijdagmiddagborrel begon al vroeg: tijdens mijn spreekuur om 14.00 uur. Mijn eerste patiënten waren twee broers met problematisch alcohol- en drugsgebruik ( en dus al voorbij het stadium van vroegsignalering). Beiden al een biertje (of meer) achter de kiezen. "We weten dat we moeten stoppen, maar ja wat voor leven heb je dan nog 'doc' als je niets meer mag drinken of gebruiken!", zeiden beide heren. Mijn volgende patiënt was een Antilliaanse man. Hij bezocht vrolijker dan ik hem kende mijn spreekuur. Mijn gevoel zei dan ook dat hij al een paar biertjes had genuttigd. Nadat ik via een omweg naar zijn drinkgedrag vroeg, zei hij dat hij niet veel drinkt: soms één biertje soms zes. Maar dat vond hij geen probleem. Hij drinkt alleen voor de gezelligheid. Er valt nog veel werk te verrichten, maar ik ben nu zeker beter bewapend voor het langdurige gevecht."

## Februari 2010: patiënten nauwelijks bewust van gevolgen probleemdrinken

"De pilot loopt alweer een tijdje. Ik merk dat het lastig blijft om problematisch alcoholgebruik te (h)erkennen, zowel voor de dokter als voor de patiënt. Afwijkende labuitslagen (vooral gestoorde leverfuncties) en psychosociale stressfactoren zijn voor mij belangrijke signalen om patiënten te vragen naar hun alcoholgebruik. Bij patiënten die in scheiding liggen, ontslagen zijn of een rouwproces doormaken is de verleiding ook groter om naar de fles te pakken. Daarnaast zijn vage klachten een mooi

aanknopingspunt om eens verder te vragen, daargelaten dat een groot deel van mijn spreekuur bestaat uit allochtone vrouwen met vage klachten, maar daar kan ik een hele andere column aan wijden!

Als de patiënt eerlijk is over zijn alcoholgebruik, merk ik dat het toch zeker een aantal consulten duurt voordat hij/zij zich bewust is van het effect van alcohol en de mogelijke relatie met zijn of haar klacht. Ik heb een aantal mannen van middelbare leeftijd in de praktijk die er echt geen kwaad in zien om dagelijks 4 à 5 glazen alcohol te nuttigen. Puur uit gewoonte, omdat ze het lekker vinden. Ze begrijpen dan niet dat hun hoge bloeddruk een relatie heeft met hun drankgebruik. Ik blijf bij deze patiënten op hun drankgebruik terugkomen en maak ook een notitie in de probleemlijst van hun dossier. Het is lastig en toch ook frustrerend om te zien hoe weinig je eigenlijk voor elkaar krijgt met je beste bedoelingen en mooie training als bagage. Patiënten schieten vaak in de verdediging zodra ik hun alcoholgebruik ter sprake breng of ze zeggen dat ze toch niet minder gaan drinken, dus dat ik dat onderwerp niet moet aansnijden. Daarnaast speelt voor mij als huisarts tijdens het consult gebrek aan tijd een belangrijke rol. Als mijn spreekuur uitloopt en de patiënt is al met drie klachten bij mij geweest, is het erg verleidelijk om niet heel diep door te vragen naar het alcoholgebruik.”

#### *Alarmbellen rinkelen*

“Via de pilot kan ik een beroep doen op verslavingsconsulente Linda van BoumanGGZ. Zij houdt een keer per twee weken spreekuur in het gezondheidscentrum. Jammer genoeg maken we nog te weinig gebruik van haar, omdat het echt lastig is om patiënten in te laten zien dat ze een alcoholprobleem hebben. Laat staan dat ze instemmen met een verwijzing naar een verslavingsconsulent. Ik heb laatst wel een patiënt doorverwezen: een Hindoestaanse oudere man die mij bij binnenkomst in de spreekkamer niet herkende (er gingen hier wel degelijk wat alarmbellen rinkelen!). Tijdens het consult vertelde hij dat hij al wat langer problemen had met zijn geheugen. En hij gaf tot mijn verbazing toe dat hij misschien wel wat glaasjes te veel drinkt. Naast een verwijzing naar de neuroloog, ter analyse van zijn cognitieve stoornis, ging hij akkoord met een verwijzing naar Linda. Met Linda heeft hij vervolgens de verschillende mogelijkheden voor verwijzing en een behandeling besproken. De patiënt was tevreden met het consult. Nu vindt eerst een analyse bij de neuroloog plaats, maar de ingang richting hulp om zijn alcoholgebruik aan te pakken, is er zeker! De samenwerking met de verslavingsconsulent bevalt mij erg goed. Ik blijf patiënten motiveren om eens met haar te gaan praten.”

#### **Maart 2010: succesverhalen uit de praktijk**

“Gelukkig heb ik af en toe ook kleine successen in mijn praktijk. Tijdens het spreekuur van de praktijkondersteuner zit een 58-jarige Spaanssprekende vrouw in de wachtkamer. Oorspronkelijk komt ze uit het Caribische gebied. Ze is diabetes en heeft een hoge bloeddruk. Tijdens haar laatste bloedonderzoek blijkt dat ze ook een flinke leverfunctiestoornis heeft en eiwit verliest via haar urine. Aangezien ik de patiënt wil spreken over de uitslag word ik door de praktijkondersteuner bij het consult geroepen. Een fijne bijkomstigheid is dat ik Spaans spreek dus het gesprek zelf, zonder tolk, kan voeren. Bij uitvragen naar de verschillende oorzaken van de leverfunctiestoornis neem ik netjes ook haar alcoholconsumptie mee. Ze vertelt me zonder blikken of blozen dat ze 10 glazen bier per avond drinkt. “Ik vind bier lekker en dat kan toch geen kwaad dokter?”, vertelt ze. Ik leg haar de nadelen uit en het duidelijke effect dat alcohol op haar lever heeft. Ik spreek met haar af dat ze stopt met drinken en dat we over een maand weer afspreken om te kijken hoe het gaat. Na een maand blijken haar labuitslagen al aanzienlijk te zijn verbeterd en vertelt ze me opgewekt dat ze zich beter dan ooit voelt, veel fitter. Het

kost haar geen moeite om haar dagelijkse biertjes te laten staan. Haar bloeddruk is bij lichamelijk onderzoek ook al netjes gedaald.”

#### *Schade door alcoholgebruik*

“Een tweede voorbeeld is een Nederlandse vrouw van 38 jaar oud. Drie jaar geleden bezocht ze voor het laatst het spreekuur van mijn waarnemer. Ze had toen vermoeidheidsklachten en een forse alcoholconsumptie, zeg maar gerust problematisch alcoholgebruik. Mijn collega heeft haar naar Bouman verwezen, maar daar is ze nooit geweest. Nu bezoekt ze het spreekuur met vele lichamelijke klachten, die ze heeft sinds ze is gestopt met het drinken van alcohol, vertelt ze spontaan. Ze blijkt 20 jaar problematisch te hebben gedronken, maar met behulp van een nieuwe relatie is het haar gelukt om zelf te stoppen met drinken. Ze heeft nu klachten die mensen hebben wanneer ze stoppen met drinken. Hopelijk gaan ze nog over, maar ik ben bang dat er mogelijk al schade is opgetreden door haar jarenlange alcoholgebruik. Ze is 20 kilo afgevallen en voelt zich, naast het tintelen van haar handen en voeten erg goed.”

#### *Goed monitoren*

“De eerste patiënte is een mooi voorbeeld van hoe waardevol het is om bij alle patiënten en zeker bij onze diabeten en bloeddruk patiënten naar het alcoholgebruik te vragen, ook door de praktijkondersteuner.

Een simpel gesprekje brengt soms zo veel informatie aan het licht en bovendien is voorlichting aan patiënten een belangrijk deel van ons werk.

Misschien overschatten we soms ook de kennis van patiënten. De tweede patiënte is een mooi voorbeeld van de vele patiënten in onze praktijk die we eigenlijk zelden zien. Als we deze mensen niet goed monitoren, zijn ze zo weer uit beeld verdwenen. Ook daar valt nog veel winst te behalen!

Deze twee succesverhalen geven zeker weer goede moed om door te gaan met uitvragen, motiveren en registreren.”





## Bijlage 2: Samenvatting afsluitende bijeenkomst

Tijdens de bijeenkomst zijn een tweetal stellingen aan bod gekomen. Onderstaande opsomming bevat een selectie van de reacties van huisartsen op deze stellingen. Ieder punt geeft de mening van een individuele deelnemer weer.

### **Stelling: In de waan van de dag zal vroegsignaleren het eerst sneuvelen.**

- Het vroegsignaleren van alcoholmisbruik moet warm gehouden worden, er is een stimulans nodig om ermee bezig te blijven, want er zijn heel veel andere dingen die je als huisarts moet doen.
- Gesprekstechnieken om alcoholgebruik ter sprake te brengen zijn lastig. Ik zie graag meer scholing en oefening hierin, als startpunt van implementatie. Ik heb behoefte aan 'tools' om dingen uit mensen te trekken.
- Je kunt aansluiten bij andere projecten of scholing. Bijvoorbeeld nascholing over leefstijl; alcohol zit daar vaak niet in maar het onderwerp zou er zo tussen kunnen, in het kader van hart- en vaatziekten, diabetes, overgewicht. Probeer het niet apart te houden, maar juist breder aan te pakken.
- Er zijn bijvoorbeeld bijeenkomsten over nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde van de Erasmus Universiteit, daar zou een nascholing over alcohol goed in passen. Dit duurt 2 dagen, waarbij er per onderwerp presentaties zijn van 30 minuten.
- Er is niet altijd een geschikt moment voor vroegsignalering. Een POH doet het heel natuurlijk als het relevant is binnen een gesprek. Dus de POH betrekken bij vroegsignalering lijkt een goed idee. POH is laagdrempeliger, maar belangrijker nog: de POH heeft meer tijd dan de huisarts. Als je als huisarts door begint te hebben dat de problematiek met alcohol te maken heeft, dan loop je uit, want je hebt geen tijd in het consult om er dan nog op in te gaan. Of je vraagt de patiënt terug te komen, maar dat doen ze niet altijd.
- Denk er ook aan dat (alcohol)problemen zich soms vanzelf oplossen, wij zijn niet altijd nodig.
- Oudere artsen hebben de inhoud van cursus niet gehad in hun opleiding, jongere huisartsen wel. Voor jonge huisartsen is het leren van praktische vaardigheden en gesprekstechnieken daarom het belangrijkste in de cursus, want de theorie kennen ze al uit de opleiding.
- Je zou vroegsignalering in kunnen passen door vragenlijsten in de wachtkamer gericht op leefstijl af te nemen, inclusief vragen over alcohol. Op basis daarvan kun je patiënten actief benaderen die positief gescreend worden (een dergelijke checklist heb je ook voor diabetes). Op deze manier kun je alcohol betrekken in kader van leefstijl. Een nadeel is echter dat je sommige groepen op deze manier niet bereikt. Jongeren komen bijvoorbeeld bijna nooit naar het spreekuur en zullen niet snel een vragenlijst invullen in de wachtkamer.

### **Stelling: vroegsignaleren zal nooit een breed gedragen taak worden in de huisartsenpraktijk.**

- Vroegsignalering is een vaardigheid die je moet leren. Het gaat niet per se over alcohol, maar kan ook toegepast worden op andere gedragingen. De gesprekstechnieken moet iedere huisarts zich eigen maken, want dat is het grootste deel van het vak.
- Vroegsignaleren van alcoholproblematiek is lastig. Het verschil met bijvoorbeeld diabetes is dat mensen van diabetes weten dat het ongezond is en er wel wat aan willen doen. Alcoholgebruik bouwt zich op en is sociaal geaccepteerd, het wordt minder als problematisch

gedrag gezien. Alcoholgebruik is een grijs gebied, een glijdende schaal. Vanaf wanneer is drinken problematisch? Dat is moeilijk voor patiënten in te schatten. Het bespreken van alcoholgebruik kost daarmee meer tijd.

- Soms is het ook moeilijk om ernaar te vragen als er bijvoorbeeld kinderen bij zijn tijdens het spreekuur, of er andere redenen zijn waardoor je als huisarts remmingen voelt om ernaar te vragen. In de cursus leer je om meer te vragen dan je zelf had bedacht, bijvoorbeeld door te benoemen wat je ziet of ruikt zonder er een interpretatie of oordeel aan te geven.
- Wanneer je leert om riskant gebruik te herkennen, kun je gekke dingen zoals moeilijk te verklaren klachten makkelijker verklaren. Daarmee krijg je de patiënt beter in kaart. Weten wat er speelt in iemand situatie, waaronder alcoholgebruik, geeft een prettig gevoel voor de huisarts.
- Het ter sprake brengen zelf is niet zo moeilijk, dit lukt meestal wel, bijvoorbeeld met een grapje. Maar je krijgt het toch niet in één consult boven tafel, er gaan vaak meerdere consulten overheen voordat je een goed beeld hebt.
- Er moet veel herhaling zijn om het signaleren van alcoholproblematiek onderdeel van je systeem te maken. Bijvoorbeeld via scholing. Het is goed om dit in groepsverband te doen in plaats van bijvoorbeeld via e-learning. Het werken in een groep biedt meerwaarde omdat je op elkaar kunt reageren, dat is vooral bij dit onderwerp belangrijk.
- De Five-Shot zou ook in bestaande registratiesystemen opgenomen kunnen worden, met een pop-up bij risicogroepen of patiënten met een te hoge score.
- Een mogelijke ingang om vroegsignalering in de huisartsenpraktijk te implementeren is via hagro's (huisartsengroep) of fto's (farmacotherapie overleg). In ieder geval via bestaande structuren door mensen persoonlijk te benaderen. Dit werkt beter dan via alle brieven aan huisartsen over een project, die krijgen we zoveel.

