Aandacht voor alcoholgebruik bij de huisarts: een praktijkverbeterend project.



Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

HAIO – Roxanne Devadder

Promotor – Prof. Dr. Cathy Matheï, KULeuven

Co-promotor – Dr. Lodewijk Pas, KULeuven

0. Abstract

Context: Alcoholgebruik wordt te weinig nagegaan bij patiënten. Nochtans is het de derde grootste risicofactor op gezondheidsproblemen en mortaliteit. Patiënten motiveren om hun gebruik tijdig aan te passen naar aanvaardbare hoeveelheden is een belangrijke taak van de huisarts.

Onderzoeksvraag: We gaan na wat de rol van de huisarts is, om zodoende de identificatie, aanpak en opvolging van patiënten te verbeteren. Er wordt gezocht naar interventies die de huisartsen kunnen ondersteunen in hun opdracht.

Doel: Het aantal patiënten bij wie alcohol besproken wordt laten toenemen.

Methode: Een praktijkverbeterend project volgens de PDCA-cyclus (Plan Do Check Act). De volgende interventies moeten de artsen ondersteunen in hun aanpak: een praktijkprotocol, het aanbieden van materiaal zoals folders en een regionale doorverwijsgids, een live training en het aanmaken van een herinnering in het programma Medidoc voor een geselecteerde doelpopulatie. Zo wordt bij alle mannen en vrouwen met een gekende co-morbiditeit een herinnering geplaatst. Het is deze doelpopulatie die in een voormeting, tussenmeting en nameting gevolgd zal worden om het project te evalueren. Door op regelmatige basis het project te evalueren worden barrières opgespoord en kunnen nieuwe afspraken gemaakt worden.

Resultaten: Bij onze doelpopulatie steeg het aantal patiënten bij wie alcohol besproken werd van 2% in de voormeting, naar 8,7% in de nameting.

Conclusie: Het project kan als geslaagd beschouwd worden omdat de aandacht voor alcoholgebruik meetbaar toegenomen was. De stijging naar 8,7% betekent echter ook dat er 91,3% ‘gemiste kansen’ waren. Alcohol bevragen blijft dus een moeilijke opgave voor de huisarts ondanks de geleverde inspanningen.

Inhoudstafel

0. Abstract **1**

1. Inleiding **3**

2. Probleemstelling **3**

3. Literatuurstudie **4**

3.1 Zoekstrategie *4*

3.2 Aanpak door de huisarts *4*

3.3 Prevalentie van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid *7*

4. Praktijkverbeterend project **8**

4.1 Huidige aanpak in de praktijk *8*

4.2 Doelstelling en interventies *8*

4.3 Evaluatie van het project *10*

4.4 Resultaten *11*

5. Bespreking **17**

6. Toekomstvisie **19**

7. Conclusie **20**

8. Dankwoord **21**

9. Referenties **22**

10. Bijlagen **24**

1. Inleiding

“ Drinkt u soms alcohol? “ : de vraag is eenvoudig, maar slechts weinig huisartsen snijden dit gespreksonderwerp graag aan, zeker als er geen vuiltje aan de lucht is. De redenen zijn divers. Huisartsen willen bijvoorbeeld niet onnodig stigmatiseren. Daarnaast is het voor de arts niet altijd eenvoudig een link te leggen tussen alcohol en bepaalde klachten. En wat te doen als er effectief ernstige problemen blijken te zijn? Niet elke arts voelt zich voldoende bekwaam om hiermee om te gaan.

Hieraan wou ik iets doen: met dit praktijkverbeterend project wil ik de identificatie van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijke patiënten verhogen en de daaropvolgende aanpak verbeteren. Dit doe ik samen met vier huisartsen in een groepspraktijk te Halle, waar ik als huisarts in opleiding (HAIO) de laatste twee jaar van mijn studie afrond.

2. Probleemstelling

Alcoholmisbruik veroorzaakt zowel op korte als op lange termijn fysieke en/of psychische schade. Bovendien kan alcohol, als verdoken risicofactor, de aanpak van veelvoorkomende ziektebeelden in de eerstelijnszorg ondermijnen. In de medische dossiers van de praktijk werd alcoholgebruik tot nu toe zelden gedocumenteerd en tijdens een rondvraag bleek er geen eenduidige aanpak onder de collega’s te bestaan.

Hoe kunnen we een strategie toepassen in de klinische praktijk, en welke strategie zou dit dan moeten zijn? Een zoektocht in de huidige literatuur naar de rol van de huisarts zal als leidraad dienen voor dit praktijkverbeterend project.

3. Literatuurstudie

3.1 Zoekstrategie

De nationale en internationale richtlijnen omtrent de aanpak van alcoholproblematiek in de eerstelijnszorg werden vergeleken. De volgende zoektermen werden gehanteerd in Pubmed: ‘general practicioner’, ‘primary health care’, ‘alcohol use disorder’, ‘alcohol misuse’, ‘alcohol abuse’, ‘alcohol dependency’, ‘alcohol screening’, ‘brief intervention’, ‘alcohol treatment’ en ‘collaborative care’.

3.2 Aanpak door de huisarts

3.2.1 Definities

Problematisch alcoholgebruik wordt volgens de Amerikaanse Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSMIV) classificatie in alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid onderverdeeld.[1] Alcoholmisbruik wordt verder gespecificeerd volgens de World Health Organization (WHO) criteria in hazardous (‘gevaarlijk’) en harmful ('schadelijk') drinken.[2] Bij de introductie van de DSMV in 2013 werd alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid onder één noemer gebracht: alcohol use disorder (AUD) met een onderverdeling in mild, matig en ernstig alcoholgebruik. In deze tekst verkiezen we de eerstgenoemde onderverdeling.

Alcoholmisbruik wordt volgens de DSM-IV-criteria gedefinieerd als herhaaldelijk en onaangepast gebruik van alcohol met problemen in sociaal, professioneel, psychisch of lichamelijk functioneren tot gevolg.

Gevaarlijk drinken wordt beschouwd bij een door de WHO welbepaalde hoeveelheid (21 of meer standaardglazen per week voor mannen, en 14 eenheden voor vrouwen) of patroon van alcoholconsumptie (meer dan 7 eenheden per keer, 3 maal in de week) waarbij een individu een verhoogd risico loopt om schadelijke gevolgen op zijn gezondheid te ervaren door zijn drinkgedrag.

Bij *schadelijk drinken* vertaalt het alcoholgebruik zich in fysieke of psychologische schade.

Alcoholafhankelijkheid wordt gekenmerkt door langdurig hoog, niet intentioneel gebruik, tolerantie en problemen om te stoppen of te minderen door onthoudingsverschijnselen of controleverlies. Het gebruik van alcohol heeft een belangrijke plaats ingenomen in het dagelijkse leven van de persoon. Alcoholafhankelijkheid wordt gediagnostiseerd indien minstens 3 van de 7 DSM-IV-criteria van alcoholafhankelijkheid positief zijn over een periode van 12 maanden.

Een standaardglas alcohol (eenheid of E) bevat 10g of 12,7 mL pure alcohol. Dit komt overeen met een glas pils bier van 25cL, een glas wijn van 10cL of 3,5cL sterke drank.

In Vlaanderen werd de *aanvaardbare hoeveelheden alcoholgebruik* door het VAD aangepast naar maximaal 10 E per week voor zowel mannen als vrouwen. Deze aanbeveling verschilt met internationale richtlijnen waar 3 tot 4 E per dag en niet meer dan 21 E per week voor mannen, en 2 tot 3 E per dag en niet meer dan 14 E per week voor vrouwen, met behoud van enkele alcoholvrije dagen, doorgaans gebruikt wordt. De aanpassing gebeurde in november 2016, tijdens het praktijkverbeterend project, en ligt niet in lijn met de huidige internationale literatuur. Daarom blijven de oude aanvaardbare hoeveelheden van kracht.

3.2.2 Screening

Onderzoek toont aan dat huisartsen via anamnese en klinisch onderzoek alcoholische problemen met slechts een sensitiviteit van 6-36% herkennen.[3] Het hanteren van een strategie en een betrouwbare screeningsmethode moeten dit probleem verhelpen. Daarom werden verschillende vragenlijsten ontwikkeld. De meest courant gebruikte vragenlijsten worden hieronder kort besproken.

De CAGE (acroniem voor Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) bestaat uit vier vragen die telkens met ja of nee beantwoord worden.[4] Vanaf twee positieve antwoorden is er een risico op alcoholmisbruik of afhankelijkheid. Hij is bruikbaar in verschillende settings, zoals een spoedgevallen dienst of in de eerstelijnszorg. De CAGE slaagt erin patiënten met alcohol problemen te identificeren, maar voor patiënten met relatief beperkt alcoholmisbruik, de gevaarlijke drinkers, is deze test minder sensitief. Daarom is hij minder geschikt om te gebruiken in een preventieve setting zoals een huisartsenpraktijk.

De AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) werd door het WHO ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijnszorg.[5] Deze test bestaat uit 10 vragen en is geschikt om alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid op te sporen. Hij laat toe om ook de gevaarlijke drinkers te identificeren, wat van belang is bij de huisarts, waar vroege detectie problemen kan helpen voorkomen. De AUDIT overlopen vergt echter veel tijd en inspanning, waardoor hij in de praktijk ondergebruikt is.

Daarom werden kortere versies ontworpen. De AUDIT-C, ontwikkeld door Bush *et al*, omvat de eerste drie vragen van de AUDIT, en peilt naar het consumptiegedrag van de patiënt om zo het risico op alcoholmisbruik in te schatten.[6] Enkel indien het risico verhoogd is, dienen de volgende 7 vragen van de AUDIT bevraagd te worden. De AUDIT-C blijkt als screening even effectief te zijn als de AUDIT bij een mannelijke populatie.[3,6] Voor de vrouwelijke populatie haalde de AUDIT-C in een studie van Aertgeerts *et al* slechts een sensitiviteit van 50%, en 65% bij de volledige AUDIT. De FIVE-SHOT test, bestaande uit twee vragen van de AUDIT en de laatste drie uit de CAGE, haalde bij deze populatie de beste resultaten.[3]

Systematisch screenen brengt een hoge werklast mee voor de drukbezette huisarts. Daarnaast ligt het onderwerp dikwijls niet in lijn met de contactreden van de patiënt. Daarom raadt de Vlaamse richtlijn, uitgegeven door domus medica, een gerichte screeningsmethode aan (noot[1]).[7] Wanneer men moet screenen naar alcoholmisbruik werd in consensus vastgelegd door zich te baseren op de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) en de NHG-Standaard.

Screenen op basis van laboratoriumonderzoeken heeft een lagere sensitiviteit dan vragenlijsten en wordt bijgevolg afgeraden. [3]

[1] Problematisch alcoholgebruik moet opgespoord worden wanneer de patiënt zich presenteert met één van deze signalen: psychische of sociale problemen, slaapproblemen, regelmatig vragen naar kalmeringsmiddelen en/of slaappillen, diverse lichamelijke klachten, veelvuldig consulteren met een onduidelijk klachtenpatroon. Daarnaast moet alcohol bevraagd worden tijdens het opvolgen van grotere medische problemen (zoals arteriële hypertensie, diabetes, obesitas, …) en tijdens een algemeen preventief gezondheidsonderzoek.[7]

3.2.3 Kort advies en korte interventie

Bij een positieve screening moet de huisarts dit aankaarten bij de patiënt. De zogenaamde *brief intervention* (korte interventie) is een gevalideerde strategie om het alcoholgebruik te doen dalen bij alcoholmisbruik.

Een korte interventie omvat een heterogene groep interventies die onderling verschillen in doelgroep, duur, intensiteit en structuur. Hierbij wordt op een korte en gestructureerde manier advies en feedback gegeven op maat van de patiënt en motiveert men de patiënt om het gedrag op een positieve manier te veranderen. In principe duurt deze interventie 20 à 30 minuten die in een reeks consultaties gegeven wordt. Toch zal niet elke huisarts zich geroepen of bekwaam genoeg voelen dit onderwerp diepgaand te analyseren. Een zekere toewijding en deskundigheid van de arts zijn hiervoor essentieel.

Een kort advies legt de nadruk op feedback en informatie, en neemt slechts enkele minuten in beslag. Dankzij zijn korte duur kan een advies eenvoudig geïntrigeerd worden tijdens een consultatie en voelt het minder of niet stigmatiserend aan voor de patiënt. De huisarts heeft een ideale positie om een kort advies te geven door zijn breed bereik, laagdrempeligheid en rol in de maatschappij. Bovendien nemen patiënten graag advies aan van hun huisarts. Elke huisarts zou in staat moeten zijn een gestructureerd kort advies te geven zo nodig, het vraagt in ieder geval weinig training.[7]

Korte interventies en kort advies zijn beiden effectief om het alcoholgebruik te doen dalen bij gevaarlijke en schadelijke drinkers. Uit een *Cochrane review* (2009) daalde het gebruik na 1 jaar met gemiddeld 38 gram alcohol per week per persoon, wat overeenkomt met 4 standaardglazen alcohol. Het effect was duidelijk bij volwassen mannen, maar kon niet aangetoond worden bij vrouwen, adolescenten en ouderen (> 65 jaar). Een langere duur van de interventie ging niet gepaard met betere uitkomsten.[8,9]

Ook de SIPS-trial onderzocht verschillende methodes van interventie en kwam tot dezelfde conclusie. Sterker nog, het geven van een kort advies of korte interventie was niet effectiever dan een informatiebrochure om gevaarlijk en schadelijk drinken te verminderen. Screening gevolgd door feedback en het meegeven van een informatiebrochure zou een goede strategie kunnen zijn om het drinkgedrag te beïnvloeden.[10]

3.2.4 Doorverwijzing

Doorverwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd bij de volgende situaties: een vermoeden van alcoholafhankelijkheid (AUDIT score ≥ 20) en psychiatrische of lichamelijke co-morbiditeiten die niet in de eerste lijn verholpen kunnen worden. De huisarts en patiënt kunnen ook samen kiezen voor gespecialiseerde hulp, bijvoorbeeld als de huisarts de zorg niet op zich wil nemen of als herhaalde interventies de situatie niet kunnen veranderen. Verwaarlozing van de omgeving, huiselijk geweld of andere sociale problematiek dringen eveneens aan tot gespecialiseerde hulp.[7,11]

De gespecialiseerde hulp kan bestaan uit ambulante zorg bij een specialist, kortdurende en langdurige opnames, en zelfs psychiatrische thuiszorg. De huisarts moet dit landschap kunnen schetsen, en in samenspraak met de patiënt de beste optie kunnen kiezen. Barrières kunnen patiënten er van weerhouden deze hulpverlening te aanvaarden. Het is aan de huisarts om deze bloot te leggen en te verhelpen. Zo kunnen herhaalde afspraken bij de huisarts nodig zijn om een

patiënt te motiveren. De verschillende behandelingen in een gespecialiseerde setting worden hier niet verder besproken.

Naast de gespecialiseerde hulpverlening, zijn er ook zelfhulpgroepen – zoals de *Anonieme Alcoholisten* (AA) – waar patiënten steun kunnen vinden. Zo nodig wordt er verwezen naar maatschappelijke werkers, psychologen, … aangezien ernstige alcoholproblemen een diepe impact nalaten op verschillende aspecten van het leven.[7]

3.2.5 Opvolging

Een grote groep zal nooit in contact komen met gespecialiseerde hulpverlening. Bij relatief beperkt alcoholmisbruik (AUDIT-score ≤ 15), moet er na een kort advies niet meer teruggekomen worden op het onderwerp. Enkel wanneer signalen zich weer voordoen moet een kort advies herhaald worden. Bij ernstiger alcoholmisbruik (AUDIT-score 16 - 19) raadt de Vlaamse richtlijn aan om een vervolgafspraak vast te leggen binnen de zes maanden, al naargelang de noden van de patiënt.[7]

Wanneer de patiënt na een doorverwijzing terug bij de huisarts komt, zal hij nagaan of de doorverwijzing effectief is doorgegaan, of de afspraken nagekomen zijn, en hoe de patiënt dit kan volhouden. Het is een taak van de huisarts om patiënten met dergelijke voorgeschiedenis levenslang op te volgen. Daarom zou een uitgewerkt model of een 'zorgtraject' – zoals voor diabetes mellitus en chronische nierinsufficiëntie – idealiter uitgestippeld moeten worden voor deze patiënten. Het risico op herval is immers groot, met alle gevolgen van dien. Een langdurige multidisciplinaire opvolging waarbij de huisarts een coördinerende rol speelt werkt effectief om herval te voorkomen.[7,13,14]

3.3 Prevalentie van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid

De laatste gezondheidsenquête over gezondheidsgedrag en leefstijl in België werd in 2013 uitgevoerd. Het percentage van personen ouder dan 15 jaar die alcohol gebruiken bleef stabiel op 82%. De personen die dagelijks alcohol consumeren stegen van 12% (2008) naar 14% (2013). Er werd overmatig alcoholgebruik vastgesteld bij 6 % van de bevolking ouder dan 15 jaar. Als we enkel de groep van wekelijkse gebruikers bekijken (64% van de bevolking), bedraagt het percentage van overmatige gebruikers 13%.[16] Het zijn vooral de mannen van 25 - 34 jaar (16%) en van 45 - 64 jaar (17%) die alcoholmisbruik vertonen. Bij de vrouwen zijn dit de 45 - 54 jarigen, waarbij 9% alcoholmisbruik vertoont.[7]

De prevalentie van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid bij patiënten (ouder dan 18 jaar) die zich bij de huisarts presenteren bleek uit de studie van Aertgeerts *et al* 8,9% te zijn. Andere studies over de prevalentie in de Vlaamse huisartsenpraktijk variëren tussen de 5 en 15%, al naargelang de gehanteerde normen.[3,7]

4. Praktijkverbeterend project

4.1 Huidige aanpak in de praktijk

Alvorens het project te starten werden alle artsen geïnterviewd over hoe zij met alcohol omgaan tijdens de consultatie. Over het algemeen bleek er geen standaard strategie toegepast te worden. Zo werd alcohol bij niemand systematisch bevraagd, ook niet bij nieuwe patiënten of bij algemene controle. De momenten waarbij alcohol wel bevraagd werd waren na een specifieke aanleiding in de kliniek of vanuit afwijkende labowaarden en een algemene controle, maar dit gebeurde niet altijd. Toch gaf de meerderheid aan niet meteen drempels te ondervinden om erover te beginnen.

De AUDIT- of CAGE-vragenlijst werd door niemand gebruikt omdat deze niet gekend waren of omdat ze te geforceerd aanvoelden. Het onderscheid tussen alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid werd gemaakt door het aantal eenheden te bevragen en door een gesprek aan te knopen. Er werden geen standaardvragen gebruikt om dit te achterhalen. Een diagnose werd eerder genoteerd onder de vorm van een verhaal, waarin verschillende aspecten aan bod komen zoals het continu of in episodes overmatig drinken, weerslag op het dagelijkse leven, enzovoort. Indien alcoholgebruik tussen de actieve diagnoses stond in het medisch dossier, werd deze soms verwijderd bij het delen van medische gegevens onder de vorm van SUMEHR's, omdat het te stigmatiserend zou zijn.

De aanpak was verschillend onder de vier artsen. Ook de mate van betrokkenheid om het probleem aan te pakken was verschillend. Het advies dat gegeven werd, was afhankelijk van patiënt tot patiënt. Vervolgafspraken werden door één arts telkens vastgelegd als dit nodig was, andere artsen verkozen dan weer doorverwijzing naar een psycholoog of naar een zelfhulpgroep zoals de AA. Soms besloot een arts de patiënt zelf medicamenteus te begeleiden om te stoppen met drinken.

Patiënten met een duidelijke hulpvraag, verslavingsproblematiek, of met problemen in het dagelijkse functioneren werden doorverwezen. Er was echter geen standaardprocedure om door te verwijzen. Langdurige opnames werden meestal vanuit een ziekenhuisopname geregeld. Er waren twijfels om patiënten door te verwijzen naar de lokale PAAZ-afdeling, en over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg heerste er algemeen ongenoegen. Positieve reacties gingen uit naar de mobiele equipes psychiatrische thuiszorg zoals het SPPiT (Samenwerkingsinitiatief voor mensen met Psychiatrische Problemen in de Thuissituatie) en MCT (Mobiele Crisis Team) Pharos, waar meermaals mee samengewerkt werd. Uiteindelijk vonden de artsen dat verbetering mogelijk was in de vroegdetectie, door dit meer systematisch te bevragen en taboes te doorbreken. Hulpmiddelen, zoals brochures of websites, hadden ze momenteel niet voor handen.

4.2 Doelstelling en interventies

4.2.1 Doel

Het doel van dit praktijkverbeterend project is het aantal contacten waar alcohol aan bod komt te verhogen. Er zal gewerkt worden volgens het PDCA-cyclus (Plan Do Check Act) om interventies te implementeren, te evalueren en aan te passen.

Dit doen we door een gerichte screeningsmethode te introduceren, en door de huisartsen te ondersteunen in de aanpak van alcoholproblematiek. Om dit te bekomen wordt er onder andere een praktijkprotocol opgemaakt, en zullen er hulpmiddelen ter beschikking gesteld worden.

De screening zal niet systematisch plaats vinden, maar enkel bij situaties waarbij de levensstijl bevraagd wordt (zoals een algemene controle of bij een nieuwe patiënt) en bij risicopatiënten.

4.2.2 Interventies

Praktijkdocumenten

Verschillende nuttige documenten werden gegroepeerd in een gemeenschappelijke map op de server van de praktijk. Deze map bevat informatiebrochures voor patiënten, de richtlijn van domus medica, en een flowchart op basis van deze richtlijn. Een regionale doorverwijsgids werd samengesteld en eveneens in deze map geplaatst.

De strategie van de praktijk werd kort samengevat in het te volgen praktijkprotocol. Deze werd op geplastificeerd papier aan elke collega gegeven om dicht bij de hand te houden.

De informatiebrochure 'Hoeveel is te veel?', opgesteld door het VAD, werd in grote hoeveelheden besteld zodat de artsen deze altijd ter beschikking hadden om mee te geven aan de patiënt. Deze brochure omvat de belangrijkste informatie over alcoholgebruik, een kort advies en de volledige AUDIT-vragenlijst. Meer gerichte informatiebrochures (bijvoorbeeld voor ouderen, zwangere vrouwen, de omgeving,…) waren terug te vinden op de gemeenschappelijke server.

Praktijkprotocol

Een praktijkprotocol werd opgesteld met de te volgen strategie, samen met duidelijke afspraken omtrent de registratie in het dossier (bijlage 2). Hij is gebaseerd op de huidige richtlijn van domus medica. Hieronder volgt een korte samenvatting.

Alle patiënten die zich voor een algemene controle of met een co-morbiditeit presenteerden werden bevraagd met de AUDIT-C (noot[2]).

Enkele standaardzinnen werden aangeleerd om stigmatisering te omzeilen.

Bij een verhoogd risico op alcoholmisbruik, werd dit meegedeeld aan de patiënt. De overige vragen van de AUDIT moesten daarna gesteld worden. Dit kon door een afgedrukte versie van de AUDIT mee te geven, of door samen de vragenlijst in te vullen in het EMD. Bij tijdsgebrek of als de patiënt de vragenlijst thuis invulde, werd een nieuwe afspraak vastgelegd om hier verder op in te gaan.

Na een positieve AUDIT-C volgde een kort advies, al dan niet gekoppeld aan een co-morbiditeit.

Bij een gemotiveerde patiënt werd het meest wenselijke doel besproken: verminderen of volledige abstinentie. Een vervolgafspraak werd daarna vastgelegd. Was de patiënt weinig of niet gemotiveerd, dan bood de arts een informatiefolder aan.

Indien er sprake was van alcoholafhankelijkheid moest doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg bekomen worden. Indien de patiënt niet gemotiveerd was, werd een vervolgafspraak vastgelegd, met als doel de patiënt op te volgen en zijn motivatie te verhogen.

[2] Enkel de patiënten met een co-morbiditeit zullen opgevolgd worden om het project te evalueren.

PC Module

Het medisch programma Medidoc biedt mogelijkheden aan om de huisarts te ondersteunen. Een planning werd aangemaakt om de AUDIT-C toe te passen bij alle hoog-risicopatiënten. Op deze manier verschijnt de herinnering 'AUDIT-C alcoholgebruik' bij elke patiënt die gekend is met een gerelateerde aandoening. Daarnaast kan de AUDIT rechtstreeks ingevuld worden in het EMD: zo kan het risicoprofiel van de patiënt berekend worden, alsook de uitkomst van de overige zeven vragen.

Live training

Alvorens het project van start ging, werd een training gegeven door Dr. Lodewijk Pas, een huisarts gespecialiseerd in deze problematiek en tevens co-promotor van deze masterproef. Naast een korte revisie van de theorie werden technieken aangeleerd om alcohol te bevragen, en patiënten te motiveren hun gebruik te minderen. De training was interactief dankzij discussie en live rollenspellen van uitgewerkte casuïstiek.

VAD- studiedag

Het VAD (Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen) organiseerde op 25 november 2016 een studiedag over alcohol. Achteraf werd een presentatie gegeven over de belangrijkste 'take home messages'.

4.3 Evaluatie van het project

4.3.1 Methode

Om het praktijkverbeterende project te evalueren werden resultaten opgevraagd, zowel voor als na het toepassen van de verschillende interventies.

Alle mannen en vrouwen die risicopatiënt zijn, worden geïncludeerd om de registratie van alcoholgebruik te kunnen opvolgen. Een risicopatiënt heeft een co-morbiditeit waarvan het gebruik van alcohol een risicofactor vormt, of waarbij net een hoger risico op overmatig alcoholgebruik gekend is. Een lijst met co-morbiditeiten werd opgesteld in bijlage 1 (noot[3]). We kozen deze populatie uit omdat we enerzijds de aandacht op deze risicogroep wilden vestigen, en anderzijds omdat ze eenvoudig traceerbaar en vergelijkbaar zijn.

Twee periodes werden afgebakend: periode I van 15 september 2015 tot en met 15 maart 2016 en periode II van 15 september 2016 tot en met 15 maart 2017. Periode I is onze voormeting, wanneer er nog geen sprake is van een interventie. Tijdens periode II is het project van start gegaan. Een tussentijdse meting werd uitgevoerd na 3 maanden (15 december 2016) om tijdig te kunnen evalueren. De twee periodes werden zodanig gekozen dat jaarlijkse gebeurtenissen – zoals seizoenen of feestdagen – geen invloed konden spelen. Tussen periode I en periode II werd het project voorbereid.

Om de populatie te vinden waarbij alcohol ter sprake kwam tijdens een consultatie werden de databestanden voor 'Subjectief', 'Evaluatie', 'Actieve ziekten' en 'Behandelingen en verrichtingen' met de Query module van Medidoc doorzocht op de woorden 'alcohol' en 'ethyl' die als vrije tekst werden ingegeven. Enkel deze twee woorden konden alle alcoholgerelateerde aandoeningen of

[3] Voor deze lijst werd een selectie gemaakt, gebaseerd op aandoeningen die regelmatig door de huisarts gezien worden.

behandelingen opvragen uit de databank van Medidoc. Vanaf periode II werden de databestanden van 'Behandelingen en verrichtingen' doorzocht op de vrije tekst 'audit'. Er werd afgesproken dit woord te registreren omdat ingevulde vragenlijsten niet opgevraagd konden worden. Patiënten zonder co-morbiditeit werden uiteindelijk uit deze lijst geëxcludeerd.

De populatie met een geselecteerde co-morbiditeit werd opgevraagd met behulp van dezelfde Query module. Voor elke periode werden de patiënten per co-morbiditeit verzameld, en achteraf werd de totaalpopulatie berekend. Met behulp van het programma Excel werden duplicaten, namelijk patiënten die in meerdere lijsten voorkwamen, er uit gehaald.

Door de patiënten contacten op te vragen, weten we wie tijdens een periode op raadpleging kwam of een huisbezoek had met één van de artsen. Naderhand werd onze doelgroep geëxtraheerd: namelijk alle risicopatiënten die tijdens de geselecteerde periodes contact hadden met één van de artsen.

Om periode I met periode II te kunnen vergelijken, werd de groep patiënten met een co-morbiditeit waarbij alcohol ter sprake kwam, vergeleken met alle risicopatiënten bij wie we normaal gezien alcohol moesten bevragen tijdens die periode. Dit percentage zou in periode II, dankzij de verschillende interventies, beter moeten zijn dan in periode I.

4.4 Resultaten

4.4.1 Periode I: 15 september 2015 tot en met 15 maart 2016

Tijdens periode I waren er 3.321 patiënten die contact hadden met een arts, waarvan 1.204 patiënten gekend waren met een co-morbiditeit.

Bij 29 patiënten kwam alcohol aan bod tijdens een consultatie. De 29 dossiers werden vooral teruggevonden door de invoerschermen 'Subjectief en 'Evaluatie' te doorzoeken. Er waren 5 patiënten die geen co-morbiditeit hadden. Ze werden van de analyse uitgesloten omdat de doelgroep een co-morbiditeit moest hebben.

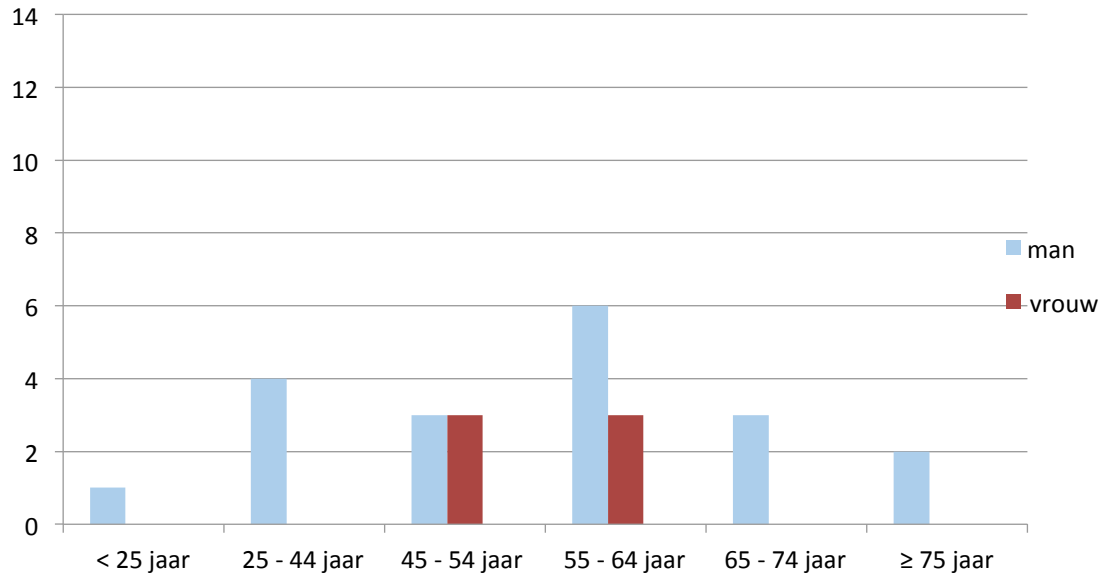
Van deze 5 patiënten waren er 3 patiënten gekend met een ernstig alcoholprobleem in de voorgeschiedenis, gaande van ethylisme in episodes tot alcoholafhankelijkheid. Bij wijze van opvolging kwam alcohol bij deze 3 patiënten aan bod, en uiteindelijk werd er bij één van deze patiënten toch nog een co-morbiditeit gevonden in de briefuitwisseling. Ze werd niet geïncludeerd. Voor de overige 2 uitgesloten patiënten werd bij de ene patiënt alcohol besproken tijdens een algemene levensstijl bevraging, en bij de andere ging het om een signalisatie van overmatig gebruik door de partner.

Bij de 1.204 risicopatiënten die tijdens periode I in contact waren geweest met een arts, werd 24 keer iets over alcohol genoteerd in het dossier, wat overeenkomt met 2%. Er waren 4 patiënten die opgevolgd werden voor schadelijk alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, geregistreerd onder antecedenten of actieve ziekten. In werkelijkheid waren er 10 patiënten bij wie alcohol besproken werd in kader van opvolging.

Het waren vooral mannen (79 % van de patiënten) van middelbare leeftijd bij wie alcohol besproken werd. In de onderstaande grafiek wordt een verdeling volgens leeftijdscategorie en geslacht weergegeven.

In geen enkel dossier werd de AUDIT-C toegepast. Wat er wel over de aanpak besproken en geregistreerd werd, is terug te vinden in bijlage 4.

De meeste patiënten hadden arteriële hypertensie als gekende co-morbiditeit (7), gevolgd door diabetes mellitus (6) en gastro-oesofageale klachten (6). Psychiatrische co-morbiditeiten kwamen ook regelmatig aan bod als surmenage (4), angst (3), depressie (2), verslavingsproblematiek (2) en dementie (1). Tenslotte waren er enkele patiënten met jicht (3), polyneuropathie (2), leversteatose (2), pancreatitis in de voorgeschiedenis (1), obesitas (1), een functionele darmstoornis (1) en epilepsie (1).



Grafiek 1: Periode I. Verdeling van 24 patiënten volgens leeftijdscategorie en geslacht.

4.4.2 Periode II, tussentijdse meting: 15 september tot en met 15 december 2016

Bij 3% van onze doelgroep werd het alcoholgebruik bevraagd en genoteerd (bijlage 4).

Het waren vooral volwassen mannen (67%) van middelbare leeftijd en ouder. De verdeling wordt weergegeven in de onderstaande grafiek.

Bijna altijd werd de AUDIT-C bevraagd, namelijk in 88% van de gevallen. De AUDIT-C was meestal normaal, maar bij 38% was verdere analyse nodig. Deze groep kreeg meestal wel een kort advies, maar het volledig invullen van de AUDIT werd niet consequent toegepast: bij 3 patiënten, of 27% bij wie verdere analyse nodig was, werd de volledige lijst ingevuld. Deze 3 patiënten kregen ook een consultatie gewijd aan het bespreken van hun alcoholgebruik. Een enkele keer werd preventief advies gegeven na een normale AUDIT-C. Daarnaast werden er 6 folders meegegeven en geregistreerd in het dossier.

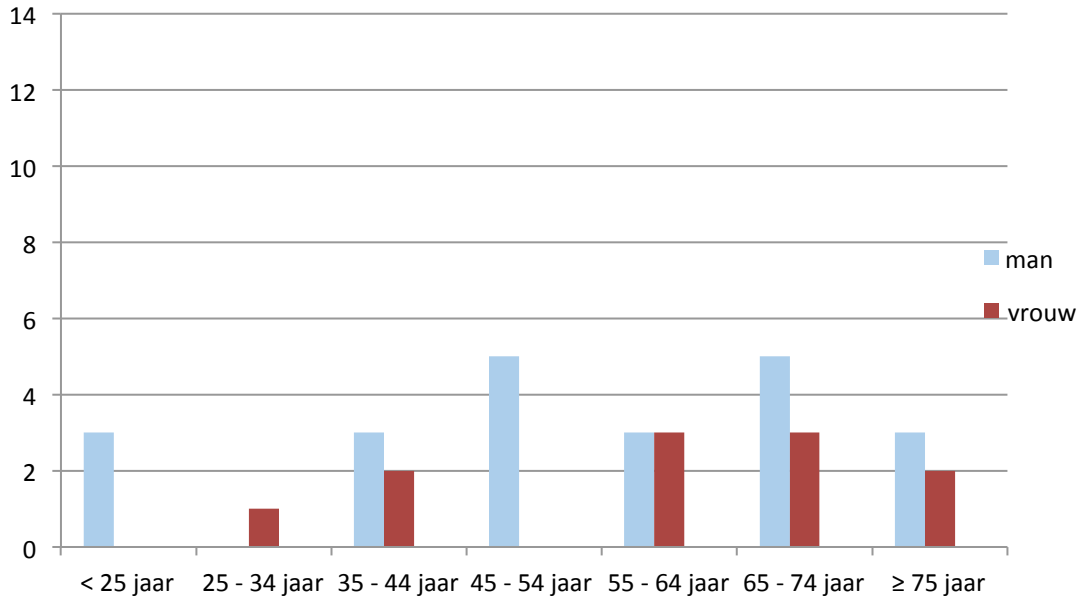
Er was sprake van opvolging bij 8 patiënten: er werd in meerdere consultaties teruggekomen op hun gebruik (1), of ze waren al gekend met overmatig gebruik in een eerdere periode (7). Het ging meestal over ernstig alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Deze eerste 3 maanden werden er ook nieuwe diagnoses geregistreerd (5). Daarbij kwam ook gevaarlijk drinken aan bod, namelijk 3 keer. De overige nieuwe diagnoses waren ‘alcoholisme, in remissie’ en ‘problematisch alcoholgebruik’.

Tijdens deze periode vonden er geen doorverwijzingen plaats.

De co-morbiditeiten die het meeste voorkwamen waren arteriële hypertensie (14 patiënten), gastro-oesofageale klachten (8) en diabetes mellitus (6). Psychiatrische pathologie zoals depressie

(3), surmenage of burn-out (3), angst (2), slaapstoornissen (2) en verslaving (2) kwam ook regelmatig voor. Verder waren er patiënten met jicht (2), een functionele darmstoornis (2), een hartritmestoornis (2), cardiomyopathie (1), obesitas (1) en polyneuropathie (1).

Tijdens periode I kwam alcohol aan bod bij 2% van onze doelgroep. Na het toepassen van de verschillende interventies steeg dit percentage naar 3%.



Grafiek 2: Tussentijdse meting periode II. Verdeling van de 33 patiënten volgens leeftijdscategorie en geslacht.

4.4.3 Aanpassing van het protocol

Na het afnemen van interviews en de povere resultaten besloot ik op zelfstandige basis enkele stappen in het praktijkprotocol aan te passen. Op drie vlakken vond ik dat er een aanpassing noodzakelijk was: onze doelpopulatie moest systematischer bevraagd worden, het protocol moest beter aanleunen tegen de realiteit en de registratie moest vlotter en functioneler verlopen.

Om de doelpopulatie te bevragen, werden de aanbrengtechnieken herhaald, want het vinden van een aanknopingspunt vormde voor iedereen een probleem. Dit kon omzeild worden door vragen te stellen in het kader van een project, als een project van de arts zelf, bijvoorbeeld: "*Ik ben mijn dossiers aan het vervolledigen, mag ik nog enkele vragen stellen?"* of het project van de HAIO: "*Mag ik nog enkele vragen stellen, er loopt een project over alcohol in onze praktijk, en ik zie in uw dossier dat … waarbij alcohol een risicofactor is, …*".

Het viel enkele artsen op dat folders die zichtbaar op het bureau van de arts lagen de aandacht trokken. Vanaf nu werden alle folders in handbereik klaargelegd op het bureau.

Bij een verhoogd risico op alcoholmisbruik, werd er vanaf nu altijd een informatiebrochure meegegeven en niet enkel wanneer een patiënt ongemotiveerd was. Om tijdsgebrek tegen te gaan, biedt deze brochure een eenvoudige oplossing. De nadruk moest gelegd worden op het advies en de nuttige tips die er in staan, maar vooral op de vragenlijst: "*Het lijkt mij zinvol deze thuis in te vullen, en met het resultaat terug te komen, indien u wenst leggen we al een afspraak vast*." Als de patiënt chronisch gevolgd werd voor zijn of haar co-morbiditeit, moest de nadruk gelegd worden op die volgende afspraak: "*We zien elkaar binnen 3 maanden terug voor …, neem die vragenlijst dan ingevuld mee*." De verplichting om een afspraak vast te leggen viel weg, maar het moest wel systematisch voorgesteld worden. De uiteindelijke beslissing lag nu bij de patiënt.

Sinds november 2016 werden de informatiebrochures aangepast, waardoor de nieuwe brochures geen AUDIT-vragenlijst meer bevatten. Daarom werden er twee groepen gemaakt: een groep van twee artsen die werken zoals hierboven vermeld. En een groep van drie artsen die naar de vragenlijst op de website 'www.alcoholhulp.be' verwezen. Deze website staat genoteerd in zowel de oude als de nieuwe informatiebrochure.

Om voldoende informatiebrochures bij de hand te hebben, werd er wekelijks bij elke arts langsgegaan worden, om deze aan te vullen.

Het registreren in het dossier kon duidelijker en eenvoudiger voorgesteld worden in het protocol. Vooral de opvolging van de AUDIT-C en te volgen stappen bij een verhoogd risico waren nog niet duidelijk genoeg. Aanpassingen zijn weergegeven in bijlage 3.

Registratie van de AUDIT-C als vrije tekst onder 'Behandeling + verrichtingen' bleef van toepassing. Bijkomend, moest hier meer informatie genoteerd worden. Op deze manier werd het zichtbaar wanneer de arts op dit onderwerp moest terugkomen. Wanneer een AUDIT volledig ingevuld werd, moest dit vanaf nu ook geregistreerd worden samen met de uitkomst.

Het elektronisch invullen van de AUDIT was te tijdrovend en werd om die reden niet door iedereen toegepast. De verplichting viel weg, want we beschikten over materiaal waardoor de elektronische versie overbodig was. Toch werd er aangeraden deze in te vullen, zodat er in de toekomst een vergelijking mogelijk bleef

Een werd besloten om een diagnose enkel achter het uitvoeren van de AUDIT te noteren, en niet meer onder 'Actieve ziekten'. Dit stootte bij de meeste artsen op weerstand omwille van het stigmatiserend karakter. Indien de arts het noodzakelijk vond, dan mocht een diagnose onder 'Actieve ziekten' genoteerd worden. De andere stappen bleven ongewijzigd.

4.4.4 Periode II, eindevaluatie: 16 december 2016 tot en met 15 maart 2017

Bij 9% van onze doelgroep werd alcohol besproken en geregistreerd in het dossier (bijlage 4).

Bij de 7 patiënten die uitgesloten werden, kwam alcohol aan bod in het kader van een algemene levensstijl bevraging, 1 patiënt was een virtuele 'test' patiënt van het programma Medidoc.

Deze keer liep de verdeling tussen man (52%) en vrouw (48%) gelijker op. Opnieuw is de middelbare leeftijd en ouder het sterkst vertegenwoordigd, zo is 78% ouder dan 45 jaar.

De AUDIT-C werd bij 78 patiënten bevraagd, bij de overige 5 patiënten was er reeds een alcoholprobleem gekend in de voorgeschiedenis. De meerderheid van de AUDIT-C's toonden geen verhoogd risico, bij 31% was wel verdere evaluatie nodig. Dit gebeurde slechts in 21% van de gevallen. Nagenoeg iedereen die het nodig had, ontving wel een kort advies (92%).

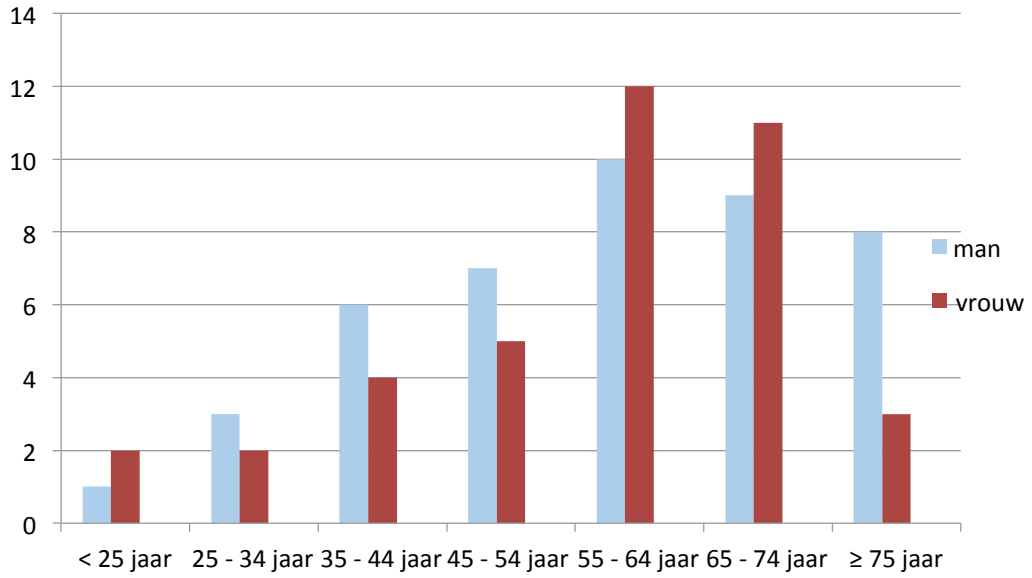
Bij 17 patiënten was er sprake van opvolging. Meestal kwamen patiënten voor een andere contactreden en werd er terloops opnieuw gepolst naar het alcoholgebruik. Er waren 12 patiënten met een geregistreerde diagnose voor deze periode, ook hier ging het meestal om schadelijk alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Er werd 2 maal een nieuwe diagnose geregistreerd: 'alcoholafhankelijkheid, in remissie' en 'problematisch alcoholgebruik'.

Gespecialiseerde hulp was nodig bij 1 patiënte, eerder omwille van een ernstige psychiatrische co-morbiditeit en bijhorende angst voor herval. De patiënte werd de dag zelf nog gezien door de psychiater. Er volgde geen opname, maar wel ambulante zorg. In de praktijk werd zij tot op heden niet verder opgevolgd. Een andere patiënte werd doorverwezen naar een zelfhulpgroep (AA).

Folders werden 6 keer meegegeven en geregistreerd in het dossier. Het aantal was te klein om een verschil te kunnen opmaken tussen het aanwijzen van een website en het aanduiden van de papieren vragenlijst.

De co-morbiditeit die veruit het meeste voorkwam was arteriële hypertensie (47%), gevolgd door maag-en slokdarmaandoeningen (20%). Diabetes, burn-out of surmenage en depressie nemen een gedeelde derde plaats met 17%. Meer dan de helft van deze groep heeft meerdere co-morbiditeiten variërend van 2 tot 4 aandoeningen.

Tijdens het tweede deel van onze interventieperiode was er een forsere stijging van het aantal patiënten bij wie alcohol aan bod kwam: waar er tijdens de eerste 3 maanden 3% van onze doelgroep bevraagd werd over alcoholgebruik, was dit tijdens de laatste 3 maanden toegenomen naar 9%. Deze keer werden er ook meer vrouwen bevraagd: er was een stijging van 21% (periode I) naar 33% (tussenmeting) tot 48% vrouwen tijdens de laatste 3 maanden van het project.



Grafiek 3: Laatste 3 maanden van periode II. Verdeling van 83 patiënten volgens leeftijdscategorie en geslacht.

4.4.5 Periode II, van 15 september 2016 tot en met 15 maart 2017

Tenslotte kijken we naar de gegevens van de volledige 6 maanden (bijlage 4).

Tijdens periode II waren er 110 patiënten met een co-morbiditeit bij wie alcohol aan bod kwam tijdens een consultatie. Er waren 6 patiënten die zowel voor als na de tussenmeting ter sprake kwamen. Er werd bij onze doelgroep tot actie gekomen in 8.7% van de gevallen.

Alle 6 patiënten die in beide periodes aan bod kwamen hadden een positieve AUDIT-C, waarvan 4 patiënten verdere analyse ondergingen door de volledige AUDIT te overlopen.

De verdeling volgens geslacht en leeftijdscategorie wordt in de onderstaande grafiek weergegeven. Meer dan de helft is mannelijk (55%) en ouder dan 45 jaar.

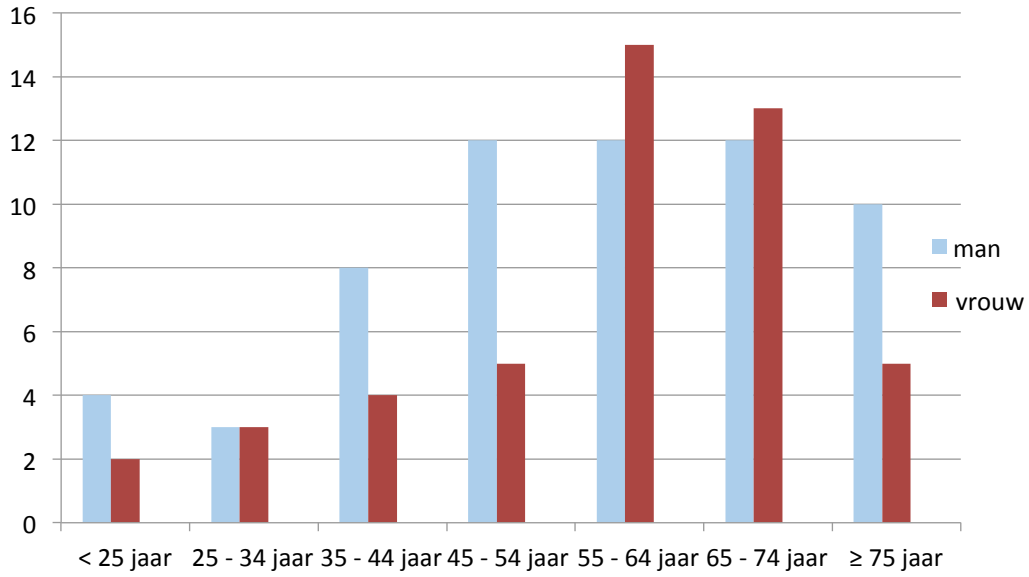
Mannen hadden vaker een positieve AUDIT-C dan vrouwen. Zo hadden 41% van de mannen verdere evaluatie nodig na het bevragen van de AUDIT-C. Bij de vrouwen was dit 14%.

Folders met kort advies werden 12 keer meegegeven en geregistreerd in het dossier. In de praktijk waren het er meer. Er werden 202 folders besteld bij het VAD. Daarvan gingen er 121 de deur uit.

Of de patiënten in onze doelgroep zaten, kon niet meer achterhaald worden. De folders lagen namelijk op het bureau van de artsen, en mochten door iedereen meegenomen worden.

De AUDIT-C werd bij 95% van de patiënten uitgevoerd. Onder hen had 31% verdere evaluatie nodig, wat bij 1 op 4 effectief gebeurde. Meer details over de aanpak zijn te vinden in bijlage 4 en in de bovenstaande tekst over de afzonderlijke periodes van periode II.

Als we periode I vergelijken met periode II is er een stijging van 6,7% waarneembaar om alcohol bespreekbaar te maken bij onze doelgroep. De co-morbiditeit die het meeste voorkwam bij deze patiënten was arteriële hypertensie. Tevens was arteriële hypertensie de co-morbiditeit met de grootste prevalentie in onze praktijk tijdens beide periodes. Hoe meer aandacht er ging naar het bevragen van alcoholgebruik, hoe meer aandacht er ook ging naar de vrouwen. Zo was 45% van deze patiënten vrouw tijdens periode II. Dit was zonder interventies nog 21% tijdens periode I.



Grafiek 4: Periode II. Verdeling van 110 patiënten volgens leeftijdscategorie en geslacht.

5. Bespreking

Dankzij het project is er meer aandacht gegaan naar alcoholgebruik bij onze risicopatiënten. Dat zagen we in de stijgende percentages over de verschillende periodes. Maar een stijging naar 8,7% in periode II, wil ook zeggen dat er 91,3% gemiste kansen waren om over alcohol te spreken. Hoe komt het dat het praktijkprotocol niet altijd toegepast werd?

Een collega zei: "*Tijdsgebrek is geen goed excuus en toch speelt dit ook mee, omdat je weet dat het niet op 2 minuten kan gebeuren.*" Tijdsgebrek is een doorslaggevende factor. Wanneer de patiënt voor een andere contactreden komt, betekent over een nieuw onderwerp beginnen een verlenging van de consultatie. Dat er niet bij elke co-morbiditeit gevraagd wordt naar alcoholgebruik valt in dat opzicht te begrijpen. De lijst met verwante aandoeningen is immers behoorlijk lang en zodoende dagelijkse kost voor de huisarts.

Stigmatisering en taboe blijft een heikel punt, want deze komt een arts-patiënt relatie niet altijd ten goede. Een patiënt wijzen op alcoholgebruik, terwijl er zich geen manifeste problemen voordoen, kan zo wel eens in het verkeerde keelgat schieten: "*Er blijft ook nog steeds de drempel 'taboe' om er 'out of the blue' over te beginnen*."

Deze factoren spelen bijvoorbeeld een rol als we kijken hoe zelden een volledige AUDIT uitgevoerd of besproken werd door de artsen (1 op 4 na een positieve AUDIT-C). De volledige AUDIT is immers tijdrovend met tien vragen die niet uit het hoofd gekend zijn door de artsen. De vragen dienen dan ook afgelezen te worden, wat de consultatie 'doorbreekt'. Hoe langer je dan als arts blijft hangen bij dit onderwerp, hoe stigmatiserender het aanvoelt naar de patiënt toe. Daarbij zei een arts het volgende: "*Er is toch nog een rem bij de arts om verder door te vragen als de patiënt het probleem niet erkent*."

De patiënt thuis de vragenlijst laten invullen, kan dit probleem verhelpen. Maar deze patiënten werden zelden terug gezien met een ingevulde vragenlijst. Een afspraak op voorhand vastleggen zou deze leegloop kunnen vermijden, maar dit werd niet gedaan, zo citeer ik een collega: "*Het ligt niet in lijn met de verwachting van mijn patiënt*." En als het niet in lijn ligt met de verwachting, zou het wel eens stigmatiserend kunnen overkomen.

De welwillendheid van de arts om alcohol bespreekbaar te maken was niet voor iedereen gelijk. Zo werkten er vooral 3 van de 5 artsen mee aan dit project. Ikzelf als HAIO, had er natuurlijk alle belang bij dat het project zou slagen, mijn praktijkopleidster (PO) indirect ook. De twee artsen die het laatst in de praktijk begonnen te werken hadden eigenlijk zelden een patiënt actief ondervraagd. Één van de artsen was sinds een jaar begonnen in de praktijk (november 2015), de andere arts sloot zich aan tijdens het project (oktober 2016). Ze werd ingelicht net zoals de rest, maar de voorbereiding en live training eerder dat jaar had zij bijvoorbeeld niet mee gevolgd.

De duur van de arts-patiënt relatie zou een verklaring kunnen zijn waarom deze 2 artsen zich niet geroepen voelden deel te nemen aan het project. De twee andere artsen die wel actief deelnamen, hadden elk al een jarenlange relatie opgebouwd met de patiënten. Het is voor hen dan ook eenvoudiger om dit onderwerp aan te snijden. We mogen niet vergeten dat het voor patiënten ook minder evident wordt om een vertrouwensband met een arts op te bouwen: door de opkomst van groepspraktijken zullen patiënten niet langer door één en dezelfde arts gevolgd worden.

Voor de tussenmeting werd bij 3% van onze risicopatiënten alcohol bevraagd. Dit percentage lag na de tussenmeting hoger (9%). Dit valt te verklaren door de werkstrategie van één van de artsen: ze noteerde alle patiënten in een aparte Excel lijst, om nadien de gegevens in het dossier te registreren. Nadien zei ze: "*Vaak werd alcohol informeel bevraagd en was er niet de reflex die te*

noteren. Het lijkt extra werk en administratie. Omwille van uitstelgedrag heb ik dan maar snel nota genomen en later in het dossier ingevoerd, wat duidelijk minder efficiënt is. Naar mijn gevoel was er geen ruimte meer voor in de consultatie." Deze lijst van patiënten registreerde ze op het einde van het project alsnog op de juiste plaats. Hoewel ze de data mee ingevoerd had, bleek de zoekfunctie enkel het feitelijk geregistreerde moment te respecteren. De Excel lijst had ze ondertussen al verwijderd.

Registreren volgens een bepaalde methode heeft ook enige 'inwerkingstijd' nodig. Zo bleek het registratieprotocol nog niet bij iedereen onder de knie te zitten tijdens de tussentijdse evaluatie: "*Sinds we het nieuwe schema hebben gekregen, was het noteren in het dossier geen probleem meer. Voordien vrees ik dat ik mij meerdere malen heb vergist en het niet altijd op de juiste plek is terecht gekomen*." Dit had eerder opgemerkt kunnen worden door frequenter een evaluatie in te plannen. Achteraf zei een collega: "*Op zich was het niet moeilijk om te registreren, maar er moesten wel een aantal stappen in het dossier worden gezet*." wat wijst op het tijdrovend karakter van het registratieprotocol.

Bovendien was er een zekere terughoudendheid om te registreren in het dossier omdat het stigmatiserend aanvoelt.

Over het algemeen zijn de patiënten ouder dan 45 jaar het sterkst vertegenwoordigd. Op zich valt dat te begrijpen, aangezien jongere patiënten minder te kampen hebben met gezondheidsproblemen en dus minder bij de huisarts op consultatie komen. Daarbij komt het overeen met het feit dat voornamelijk mannen en vrouwen van middelbare leeftijd alcoholmisbruik vertonen, waar tijdens praktijkvergaderingen de nadruk opgelegd werd.[7] Dat jongere patiënten ondervertegenwoordigd zijn, betekent anderzijds dat er ook bij hen meer aandacht besteed moet worden om alcohol te bevragen, zeker als we weten dat er ook bij mannen van 25 - 34 jaar veel alcoholmisbruik is.[7]

Tijdens de voormeting was bij 42% van de patiënten het alcoholgebruik reeds gekend uit een eerdere periode. Dit was in periode II gedaald tot 21%, wat betekent dat artsen meer 'nieuwe' patiënten over alcohol hadden aangesproken. Het toepassen van een neutrale strategie – zonder dat de arts op zijn buikgevoel afgaat – heeft er bovendien voor gezorgd dat er bijna evenveel vrouwen als mannen bevraagd werden. Het aantal patiënten tijdens periode I was natuurlijk veel kleiner, wat een vertekend beeld kan geven.

De AUDIT-C was bij mannen vaker positief dan bij vrouwen (41% vs 14%). Enerzijds leunt dit aan bij epidemiologische gegevens, anderzijds kan dit betekenen dat de AUDIT-C bij vrouwen minder geschikt is als screeningstool, zoals de studie van Aertgeerts *et al.* ons eerder al aangaf. Mogelijks heerst er bij vrouwen een grotere taboesfeer rond alcoholgebruik omdat overmatig gebruik bij mannen algemeen beter aanvaard lijkt.

6. Toekomstvisie

Werkgewoontes bijsturen van huisartsen is mogelijk, maar het vergt een zekere inspanning en alertheid. De resultaten van het project toonden vooruitgang, maar ook ruimte en aanwijzing voor verbetering. Zo zal in de toekomst extra aandacht naar vrouwen en jongvolwassen patiënten moeten gaan en is het duidelijk dat een groot deel van onze doelgroep nog niet bevraagd is geweest. De 'audit-c'- waarschuwing zal dan ook blijven bestaan bij alle patiënten met co-morbiditeiten. Een collega stelde voor dit éénmaal per jaar te evalueren zodat er meer routine in komt. De volledige audit invullen was voor de meeste artsen echter te omslachtig om verder te gebruiken. Vermoedelijk zal deze slechts bij geselecteerde gevallen toegepast worden. De folders werden positiever ontvangen en zullen blijvend deel uitmaken van de aanpak.

Binnenkort zal de praktijk werken met het programma Care Connect, waarbij iedereen uitkijkt naar zijn gebruiksvriendelijkheid. Dit kan ook in het voordeel spelen om alcoholgebruik te registreren: zo heeft Care Connect een 'Notitie' scherm dat openstaat op het werkblad. Het is ontworpen om informatie te noteren die van belang is voor de arts en zijn collega's, maar niet gedeeld wordt in verwijsbrieven en SUMEHR's. Daarbovenop is er de mogelijkheid om er een 'slotje' op te zetten, zodat informatie niet op het werkblad verschijnt, maar enkel een icoontje. Zo zullen toevallig meelezende patiënten geen notities over alcohol te zien krijgen. Dit zou de terughoudendheid om te registreren in de hand kunnen werken.

Het tijdsgebrek kan op verschillende manieren aangepakt worden. Bijvoorbeeld door hulpmiddelen zoals folders en websites, maar ook door een deel van de anamnese uit te besteden aan derden. In groepspraktijken zou een praktijkassistente screening of het invullen van vragenlijsten deels kunnen overnemen.

We moeten ook durven kijken naar de aanpak op grotere schaal: het beleid rond rookstop in de eerstelijnszorg is bijvoorbeeld veel sterker uitgebouwd. Opleidingen tot tabakoloog zijn laagdrempelig voor gezondheidsmedewerkers en artsen. Ze worden bovendien vergoed door nomenclatuurnummers. Iets dergelijks om patiënten met alcoholmisbruik te helpen stoppen of minderen met drinken, is bij mijn weten onbestaande. Een 'ethyloloog' klinkt niet bijster aantrekkelijk. Maar aangezien de functie niet bestaat, hebben we nog tijd om een betere naam te verzinnen. Indien zo'n functie aan bekendheid wint, zou de stap om begeleiding te zoeken lager kunnen worden. Ook het toepassen van nomenclatuurnummers voor de geïnvesteerde tijd zou een stap in de goede richting zijn. Voor patiënten met alcoholafhankelijkheid zou een zorgtraject uitgewerkt kunnen worden, zoals we kennen voor diabetes of chronische nierinsufficiëntie.

In de toekomst zou dit project eveneens toegepast kunnen worden op andere onderwerpen. Een planning opmaken voor een specifieke doelgroep is eenvoudig en kan de arts alleen maar ondersteunen. Zo wekte dit project interesse om hetzelfde te doen voor bijvoorbeeld osteoporose, rookgedrag, vaccins voor risicopatiënten, hypercholesterolemie, diabetes, screeningsonderzoeken voor een bepaalde leeftijd, …

7. Conclusie

We mogen besluiten dat er nog een lange weg te gaan is om alcohol vlot bespreekbaar te maken. Huisartsen spelen hier een cruciale en centrale rol in. Dankzij het project konden we meer patiënten bevragen en bovendien de pijnpunten van het gangbare beleid blootleggen. Zo waren tijdsgebrek, moeite om gewoontes aan te passen, de welwillendheid van de arts, de duur van de arts-patiënt relatie en angst voor stigmatisering de belangrijkste barrières.

Dankzij deze barrières op te sporen en te bespreken konden we de aandacht van de huisartsen verscherpen: naarmate het project vorderde stegen de resultaten. In de toekomst zullen er enkele interventies behouden blijven, maar zullen er ook enkele sneuvelen: tijdsgebrek en stigmatisering verhinderen de artsen om dieper op het onderwerp in te gaan. Misschien zal dit in de toekomst nog verbeteren, want de artsen leken gemotiveerd om dit jaarlijks te evalueren. Alleszins zijn we dankzij dit praktijkverbeterende project weer een stapje verder om alcohol onder de belangstelling te brengen.

8. Dankwoord

Deze masterproef kon ik niet presenteren in zijn hoedanigheid, zonder de hulp van experts in dit onderzoeksgebied. Daarom wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Cathy Matheï, en co-promotor Dr. Lodewijk Pas bedanken voor het advies, de begeleiding en verbetering van het project. In het bijzonder wil ik nog Dr. Lodewijk Pas bedanken voor de livetraining die hij aan onze groepspraktijk gegeven heeft.

Verder kon het project niet slagen zonder de motivatie en inzet van al mijn collega's: bedankt Dr. Greta Roosens, Dr. Nele Vermeersch, Dr. Diana Petrescu en Dr. Nathalie Schottey. Dr. Tania Moerenhout vertrok alvorens periode II van start ging naar het buitenland voor 1 jaar, haar wil ik speciaal bedanken voor het opsturen van relevante artikels, en alsnog betrokken te blijven met het project ondanks de verre afstand.

Veel dank gaat uit naar mijn familie en vrienden, in het bijzonder Michiel Geldof voor de hulp met de lay-out en het vele geduld en Robby Devadder en Lien Craps voor het nalezen van de tekst. Een dikke merci! Verder wil ik nog al mijn vrienden bedanken die mij hielpen om de motivatie hoog te houden en hun 'tips en tricks' met mij te delen.

9. Referenties

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. 4th revised edition. Washington DC*: American Psychiatric Press*. 2000.

2. World Health Organization (WHO). WHO global status report on alcohol 2004. Geneva: WHO; 2004.

3. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, *et al*. 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.* 2001; 51(464): 206-217.

4. Ewing JA. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire.*JAMA*..1984;252:1905-1907.

5. Babor TF, Ramon de la Fuente J, Saunders J, *et al. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.* Geneva: Substance Abuse Departement, World Health Organisation, WHO/PSA/92.4, 1992.

6. Bush K, Kivlahan DR, McDonnel MB, *et al*. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*. 1998; 16: 1789-1795.

7. J. Michiels, S. Hoeck, G. Dom, M. Goossens, G. Van Hal, P. Van Royen. Problematisch alcoholgebruik:aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu*. 2011;40(5):137-160.

8. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. *www.nta.nhs.uk*

9. Kaner EF , Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, *et al*. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009*;*1-93.

10. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, *et al*. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. Jan 2013;346:e8501.

11. Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, *et al*. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening).*Huisarts Wet*. 2014;57(12):638-46.

12. Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J. What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2012;47(4):333-346.

13. Blodgett J, Maisel N, Fuh I, Wilbourne P, Finney J. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatmen.t* 2014;46:87-97.

14. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, Aertgeerts B. Continuing care
for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence.* 2014;135:9-21.

15. Gisle L, Demarest S. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Samenvatting van de onderzoeksresultaten D/2014/2505/71 – Intern referentienummer: PHS Report 2014-49.

10. Bijlagen

Bijlage 1: co-morbiditeit en gehanteerde ICPC-2 codering

Arteriële hypertensie	K86
Beroerte	K89, K90, K91
Cardiomyopathie	K80, K78, K79, K04
Hartritmestoornis	K75,K76,K74,K77
Maag-en slokdarmklachten	D02,D03,D84, D86, D87
Functionele darmstoornis	D93, D07, D11
Leverziekten	D97
Pancreasaandoening	D99
Dementie	P20, P70
Polyneuropathie	N94
Epilepsie	N88
Slaapstoornis	P06
Suïcideneiging	P77
Depressie	P76, P03, P73
Angst	P01, P74
Geneesmiddelen-of drugsverslaving	P19, P18
Surmenage, Burn-out	P78, P29, Z05
Diabetes	T89,T90
Obesitas	T83, T82
Jicht	T92

Bijlage 2: praktijkprotocol

Geassocieerde problemen

Registratie

Vasculair: arteriële hypertensie, CVA,TIA **Cardiomyopathie**: hartritmestoornissen, voorkamerflutter/fibrillatie, hartfalen, angor pectoris, palpitaties, tachycardie **Gastro-intestinaal**: functionele darmstoornis, spastisch colon, chronische diarree, maagklachten, dyspepsie, gastro-oesophagale reflux, levercirrose, leversteatose, acute/ chronische pancreatitis **Neurologisch**: polyneuropathie, dementie, geheugenstoornis **Psychologisch**: surmenage, angstig gevoel, angststoornis, depressie, depressief gevoel, slaapstoornis, suïcidale neiging, drugs of geneesmiddelenmisbruik **Endocrien**: diabetes type 1 en 2, obesitas	**Nieuwe problemen:** gecodeerd registreren **Gekende problemen:** niets, er staat een herinnering in het 'Planning'-scherm om de AUDIT-C te bevragen

Te stellen vragen

AUDIT-C: Hoe vaak drinkt u? Hoeveel E drinkt u tijdens een gewone gelegenheid? Hoe vaak drinkt u meer dan 6 E? TIP: 'ter vervollediging van hun dossier' bevragen van levensstijl gewoonten. 'de HAIO doet een thesis over …' Toestemming vragen om middelengebruik te bevragen	Noteer dit in het centraal invoerscherm onder **"Synthese: evaluatie alcohol AUDIT"** Open **"Risico alcohol"** om de score rechtstreeks te berekenen Noteer **"AUDIT-C"** als vrije tekst onder Huidige behandeling

Bij een verhoogd risico

De bijkomende AUDIT vragen worden gesteld: Een afgeprinte versie wordt meegegeven aan de patiënt. Of De vragen worden samen overlopen tijdens de consultatie. Bij tijdsgebrek wordt er een vervolgafspraak voorgesteld én vastgelegd.	Vul de overige AUDIT vragen in **Noteer het resultaat** onder Actieve ziekten Noteer **"Voorlichting, advies en controle bij alcoholmisbruik"** onder Actieve ziekten indien er een vervolgafspraak vastgelegd is.

Advies

Een kort advies omvat: Situering tov anderen De toegestane aantal E per week Advies te veranderen Een verband met geassocieerde klachten	Noteer "Advies betreffende alcoholgebruik" onder Huidige behandeling
Exploreer: Motivatie om te veranderen: Bespreek een doelstelling, indien er geen motivatie is, geef dan een informatiebrochure mee. Achterliggende problemen	Noteer **"Folder alcohol"** als vrije tekst onder Huidige behandeling

Alcoholafhankelijkheid

Doorverwijzing voor gespecialiseerde hulp is geïndiceerd Informatie vind je terug onder praktijkdocumenten 'flowchart' Bij gebrek aan motivatie: geef een informatiebrochure mee leg een vervolgafspraak vast	Noteer "Verwijzing voor rehabilitatie alcoholisme" of "Verwijzing naar consultatiebureau alcohol" of "Hospitalisatie afkikken alcohol" onder Huidige behandeling Bij een vervolgafspraak: "Voorlichting, advies en controle bij alcohol misbruik" onder Actieve ziekten

Bijlage 3: aanpassing van de registratie

- Extra informatie noteren bij AUDIT-C.
- een volledige AUDIT eveneens noteren met extra informatie.
- de AUDIT elektronisch invullen is aangewezen om in de toekomst een patiënt te kunnen opvolgen.
- Geef altijd een folder mee bij een verhoogd risico: noteren!
- Vraag altijd met de ingevulde vragenlijst terug te komen.
- De populatie die we wensen te screenen blijft ongewijzigd.

Actie en uitkomst	**Registratie onder 'Behandelingen + verrichtingen'**
Screening: een normaal gebruik	AUDIT-C: normaal gebruik
Screening: Verhoogd risico op overmatig gebruik	AUDIT-C: verdere evaluatie noodzakelijk
Informatiebrochure meegegeven: Vragenlijst aanduiden (2 artsen) Website aanduiden (3 artsen)	 Folder Alcohol + vragenlijst Folder Alcohol + website
Kort advies gegeven	*Advies betreffende alcoholgebruik*
Volledige AUDIT: geruststellend gebruik (score 0- 7)	AUDIT: aanvaardbaar gebruik
Volledige AUDIT: overmatig gebruik (acuut en chronisch) (score 8- 19)	AUDIT: alcoholmisbruik
Volledige AUDIT: score vanaf 20	AUDIT: alcoholafhankelijkheid mogelijk
Vervolgafspraak	*Voorlichting, advies en controle bij alcoholmisbruik*

- Alcoholgebruik onder Actieve ziekten noteren, wordt door de arts zelf bepaald
- Indien extra informatie achter de AUDIT genoteerd wordt, kan dit registratie onder Actieve ziekten vervangen
- Suggestie om toch te noteren onder Actieve ziekten, zie infra:

Uitkomst AUDIT	**Registratie onder 'Actieve ziekten'**
AUDIT: aanvaardbaar gebuik	-
AUDIT: alcoholmisbruik Zonder fysieke of psychologische weerslag Met fysieke of psychologische weerslag	 *Overmatig alcohol drinken* *Schadelijk alcoholgebruik*
AUDIT: alcoholafhankelijkheid mogelijk	*Alcoholafhankelijkheid*

Bijlage 4: Resultaten

	Periode I	Periode II tussentijdse meting	Periode II eindmeting	Periode II totaal
Patiëntencontacten				
Totaal	3.321	2.399	2.087	3.130
Met co-morbiditeit	1.204	1.046	929	1.268
Bevraagde patiënten				
Totaal	29	38	90	122
Met co-morbiditeit	24 (2%)	33 (3%)	83 (9%)	110 (8,7%)
Zonder gekend alcoholgebruik	14	26	66	92
Met gekend alcoholgebruik uit vorige periode	10	7	17	18
Screening & analyse				
Geen evaluatie	24 (100%)	4 (12%)	5 (6%)	6 (5%)
AUDIT-C	geen info	29 (88%)	78 (94%)	104 (95%)
AUDIT-C normaal	geen info	18 (62%)	54 (69%)	72 (69%)
AUDIT-C verdere evaluatie	geen info	11 (38%)	24 (31%)	32 (31%)
AUDIT volledig	geen info	3 (27%)	5 (21%)	8 (25%)
Aanpak				
Kort advies	geen info	8	22	27
Korte interventie	geen info	4	2	5
Totaal	geen info	12	24	32
Afspraken				
Afspraken: minderen	11	7	16	19
Afspraken: abstinentie	4	3	2	3
Afspraken: geen motivatie	0	0	2	2
Totaal	15	10	20	24
Opvolging	10	8	17	18
Doorverwijzing				
Doorverwijzing voorgesteld	3	0	2	2
Doorverwijzing effectief	1	0	2	2
Diagnose				
Diagnose in voorgeschiedenis	4	3	12	12
Diagnose nieuw	3	5	2	9

Bijlage 5: Aanvraag ethische commissie

Student(en): Roxanne Devadder

Promotor: Cathy Matheï (catharina.mathei@kuleuven.be - u0009104 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: praktijkverbeterend.

Achtergrond:

Overmatig alcoholgebruik kan een zware impact hebben op de gezondheid. Slechts een minderheid van artsen bevraagt actief alcoholgebruik , geeft hierover advies en volgt het gebruik op. Met een praktijk verbeterend project trachten wij de aandacht en aanpak van overmatig alcoholgebruik in mijn stagepraktijk – een groepspraktijk van 4 artsen en een haio te verbeteren.

Vraagstelling:

Alcohol is een belangrijke risicofactor van veel voorkomende pathologieën in de huisartsenpraktijk, waaronder oa. arteriële hypertensie, diabetes mellitus en geheugenstoornissen. Omgekeerd zijn er pathologieën die het risico op overmatig alcoholgebruik vergroten, bijvoorbeeld: depressie –en angststoornissen, slapeloosheid en surmenage.

Voor deze hoog risico patiënten populatie beogen we - conform de gangbare klinische richtlijnen - het alcoholgebruik actief te bevragen, te registeren in het dossier, advies te geven en evolutie van gebruik op te volgen.

Wij zullen hiertoe de kennis verhogen via scholing in de praktijk, via regelmatige intervisie de aandacht hiervoor hoog houden en via toepassen van praktijk hulpmiddelen (aanbieden van patiënten folders; overlopen van een flowchart gebaseerd op de huidige richtlijnen; het opstellen van een lokale doorverwijzingsgids; elektronische hulpmiddelen: AUDIT-score formulieren, zelfhulpwebsites en ondersteunende websites voor artsen).

Methodologie:

Volgens de PDCA-cyclus (Plan Do Check Act) zal stapsgewijs gewerkt worden om in de eigen praktijk de kwaliteit te verbeteren.

De huidige praktijkaanpak van de collega's zal worden besproken a.d.h.v. beschikbare richtlijnen.

Praktijkvergaderingen met de collega's zullen om de maand plaatsvinden, om problemen in de aanpak te bespreken. Op basis van deze intervisie wordt verder naar oplossingen hiervoor gezocht.

De elektronische medische dossiers (EMD's) zullen gebruikt worden om een audit te maken naar registreren van alcohol consumptie en opvolging van overmatig alcoholgebruik. Als doelpopulatie zullen we de patiënten beschouwen met bovengenoemde co-morbiditeit of risico's (volledige lijst, zie bijlage); dit geschiedt op basis van codering van de diagnoses en redenen van contact; gegevens worden anoniem geëxtraheerd en geaggregeerd volgens geslacht, leeftijdscategorieën (jongeren en jongvolwassenen < 25 jaar, volwassenen 25 – 45 jaar, middelbare leeftijd 45 – 65 jaar en ouderen > 65 jaar) en geassocieerde pathologie.

Gecodeerd alcoholgebruik en 'alcohol' als vrije tekst zullen gerelateerd worden aan de doelgroep populatie die uit eigen beweging op afspraak komt.

Een dergelijke dossier audit zal 3 maal toegepast worden: als voormeting (september 2015 – maart 2016), drie maand na start (december 2016) en na zes maand (maart 2017). Enkel geaggregeerde gegevens over pathologie en alcoholgebruik worden vergeleken.

We zullen het praktijk verbeterend project geslaagd achten als na 6 maanden een stijging zichtbaar is van gecodeerd alcoholgebruik en actief advies bij de beschouwde doelgroep.

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Aandacht voor alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Aandacht voor alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)