Vrije Universiteit Brussel

FACULTEIT GENEESKUNDE EN FARMACIE

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de Master na Master in de Huisartsgeneeskunde.

Middelengebruik bij de Vlaamse huisarts.

Freya Saeys

Promotor: Prof. Dr. H. Cammu, VUB

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Vrije Universiteit Brussel

Academiejaar 2011 - 2012

2. INLEIDING 4

2.1 KEUZE VAN HET ONDERWERP 4

2.2 PRIMAIRE ONDERZOEKSVRAAG 4

3. LITERATUURONDERZOEK 5

3.1 METHODE 5

3.2 ROOKGEDRAG BIJ ARTSEN 5

3.3 ALCOHOL- EN MIDDELENMISBRUIK BIJ ARTSEN 8

3.4 HUISARTSEN EN HUN EIGEN GEZONDHEID 13

4. METHODOLOGIE 16

4.1 DEELNEMERS 16

4.2 VRAGENLIJST 16

4.3 STATISTISCHE ANALYSE 17

5. RESULTATEN 18

5.1 DEELNEMERS 18

5.2 ROKEN, ALCOHOL EN MIDDELENGEBRUIK BIJ ARTSEN 19

5.3 MEERVOUDIG GEBRUIK 35

5.4 OPVATTINGEN EN GEDRAGINGEN 36

6. DISCUSSIE 38

6.1 VERGELIJKING MET ANDERE STUDIES OVER ARTSEN 42

6.2 VERGELIJKING MET DE ALGEMENE BEVOLKING 43

6.3 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK 45

6.4 ADVIEZEN 47

7. BESLUIT 48

8. DANKWOORD 49

9. REFERENTIES 50

1. Abstract

Doel: Het rookgedrag, het alcoholgebruik en het gebruik van middelen wordt bij een substantieel aantal Vlaamse huisartsen nagegaan. Artsen worden als rolmodel beschouwd, hun gedrag en opvattingen over gezond leven hebben een invloed op de raad die ze aan hun patiënten geven.

Methode: Een anonieme, zelfgerapporteerde online vragenlijst, met betrekking tot 1. rookgedrag, 2. alcoholgebruik (frequentie, hoeveelheid en overmatig gebruik), 3. gebruik van middelen (medicatie en illegale drugs) 4. opvattingen over een gezonde levensstijl en gedragingen, wordt naar Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding gemaild. Factoren die het gebruik beïnvloeden, worden nagegaan.

Resultaten: Deze studiepopulatie bedraagt 626 Vlaamse huisartsen, waarvan 57% mannen en 43% vrouwen. 8% is een huidige roker. Onafhankelijke factoren die huidig roken beïnvloeden: werken als solo arts (OR: 3.00, 95% CI: 1.37-6.57, p=0,01), overmatig alcoholgebruik (OR: 0.25, 95% CI: 0.13-0.49, p<0,001) en het gebruik van cannabis (OR: 0.13, 95% CI: 0.05-0.37, p<0,001). Eén op 7 (14%) huisartsen drinkt dagelijks alcohol, 12% drinkt elke maand bij eenzelfde gelegenheid meer dan 6 glazen alcohol (binge drinken), en 1 op 33 (3%) doet wekelijks aan binge drinken. Eén op 3 huisartsen is een risicodrinker. Het mannelijk geslacht (OR: 6.25, 95% CI: 3.95-9.89, p<0,001), huidig roken (OR: 0.26, 95% CI: 0.13-0.53, p<0,001), cannabisgebruik (OR: 4.62, 95% CI: 1.48-14.36, p=0,01), lange werkuren (OR: 0.64, 95% CI: 0.42-0.98, p=0,04) en hoge werkdruk (OR: 2.61, 95% CI: 1.46-4.68, p=0,001) zijn onafhankelijke factoren die het overmatig alcoholgebruik beïnvloeden. Eén op 5 huisartsen gebruikte het voorbije jaar psychotropica en 1 op 9 pijnstillers. De oudere leeftijd van de huisarts (OR: 1.34, 95% CI: 1.11-1.63, p=0,003) en hoge werkdruk (OR: 3.78, 95% CI: 2.17-6.58, p<0,001) zijn onafhankelijke factoren voor het gebruik van psychotropica. Gebruik van pijnstillers en hoge werkdruk zijn geassocieerd (OR: 0.34, 95% CI: 0.18-0.65, p=0,001). Slechts 4% van de huisartsen gebruikte het voorbije jaar cannabis en 1% gebruikte amfetamines, cocaïne, ecstasy of rilatine. Het gebruik van cannabis komt significant meer voor bij mannelijke huisartsen, bij rokers, bij overmatige gebruikers van alcohol en bij huisartsen die in groepsverband werken en huisartsen die aangeven dat ze onder hoge werkdruk meer middelen gaan gebruiken. Negen op 10 huisartsen vinden dat ze een voorbeeldfunctie hebben. 64% van de huisartsen zou het moeilijk vinden, indien hij of zij een alcohol en/of drugprobleem heeft, om als huisarts medische hulp te zoeken.

Conclusie: Huisartsen roken minder, maar drinken meer alcohol dan de gemiddelde bevolking. Slaapmiddelen en mineure opiaten zijn de meest frequent gebruikte geneesmiddelen. Roken, alcohol en/of middelen worden vaak gecombineerd. De gevolgen van dit rookgedrag, alcohol- en middelengebruik op de zorg van patiënten is onbekend. Huisartsen met problemen zoeken moeilijk medische hulp. Er is nood aan een gestructureerd en laagdrempelig zorgsysteem voor de huisarts zelf.

2. Inleiding

2.1 Keuze van het onderwerp

Ongezond gedrag, zoals roken, te veel alcohol gebruiken, onvoldoende bewegen,…is een belangrijke oorzaak van vermijdbare ziekte en sterfte. Huisartsen spelen een cruciale rol in gezondheidsvoorlichting- en bevordering. Ik stelde me de vraag of huisartsen zelf wel het goede voorbeeld geven en er een gezonde levensstijl op na houden. Er wordt namelijk beweerd dat huisartsen geneigd zijn hun eigen gezondheid en welzijn te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Echter als een arts kwalitatief goede zorg aan zijn patiënten wil verstrekken, dan lijkt het logisch dat de arts zelf in goede gezondheid verkeert. Onderzoek toonde al meermaals aan dat een dokter die zelf in optima forma is, makkelijker goede gezondheidsgewoontes zal overbrengen op zijn patiënten [1]. Het gedrag van artsen is een maatstaf voor de kennis van de samenleving met betrekking tot schadelijk gedrag. Zo bleek de spectaculaire daling van het aantal rokende artsen in sommige landen goed te correleren met de kennis van de bevolking over de schade die roken met zich meebrengt [2-4].

Een gezonde levensstijl is belangrijk voor de huisarts zelf, maar daarnaast heeft ze ook een wezenlijke maatschappelijk belang. Heeft een arts bijvoorbeeld een verslaving dan kan dit afstralen op de patiënt. Het privéprobleem wordt bijgevolg een maatschappelijk probleem.

In Vlaanderen zijn gegevens over rookgedrag, alcohol- en middelengebruik bij de huisartsen niet gekend. Vandaar mijn keuze om dit voor een substantieel aantal Vlaamse huisartsen te onderzoeken.

2.2 Primaire onderzoeksvraag

Wat is de prevalentie van roken, van alcoholgebruik en van middelengebruik (drugs en geneesmiddelen) bij een substantieel aantal Vlaamse huisartsen?

Secundaire onderzoeksvragen:

- *Welke factoren beïnvloeden het rookgedrag, het alcoholgebruik en het middelengebruik bij diezelfde groep huisartsen?*
- *Wat zijn de opvattingen en gedragingen over een gezonde levensstijl bij diezelfde groep huisartsen?*

3. Literatuuronderzoek

3.1 Methode

Als uitgangspunt voor de zoektocht naar relevante artikels werd gebruik gemaakt van de PubMed-zoekmachine, waarin aanvankelijk op voor de hand liggende zoektermen als “tobacco smoking”, “alcohol use”, “alcohol abuse”, “substance abuse” werd gezocht, in combinatie met “(general) physician” of via Medical Subject Headings (MeSH) aangegeven synonieme termen als “family physician” en “primary care physician”. Aan de hand van de titel, het abstract, het tijdstip van publicatie en de impactfactor van het publicerende tijdschrift werden een reeks artikels weerhouden, waarvan vervolgens de degelijkheid van de methodiek werd geëvalueerd. In een tweede fase werden publicaties geselecteerd die in de eerste artikelreeks werden geciteerd. Ook deze werden onderworpen aan een kritische evaluatie. Ook werd gedurende de studieperiode de actualiteit over het onderwerp nauwlettend gevolgd. De promotor reikte tevens enkele artikels aan als uitgangspunt voor de studie.

3.2 Rookgedrag bij artsen

Roken is de **grootste, vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit** in de wereld volgens de World Health Organization (WHO) en veroorzaakt meer gezondheidsproblemen dan obesitas en alcoholisme [5]. Roken is daarom een internationaal probleem voor beleidsmakers. Als de huidige trends zich verder zetten, zal roken ongeveer 10 miljoen doden per jaar in de wereld veroorzaken (2020).

In **Vlaanderen** was in 2009 net geen derde van alle overleden mannelijke 35-plussers het gevolg van roken: het gaat om bijna 7.000 sterfgevallen. Bij vrouwen kunnen 1.619 sterfgevallen of ruim 6% van de sterfte door ziekten worden toegeschreven aan het roken. In totaal gaat het dus om meer dan 8.000 doden [6].

Roken is ook een belangrijk probleem in de medische sector, aangezien artsen een voorbeeldfunctie hebben en mede een rol spelen in de preventie van tabaksgebruik [7]. In 1976 werd reeds gesuggereerd dat artsen het best hun patiënt konden overtuigen te stoppen met roken als zij zelf niet rookten [8]. Interessant om weten is dat enkele van de eerste epidemiologische onderzoeken naar de schadelijke gezondheidseffecten van roken werd uitgevoerd bij een cohorte van meer dan 34.000 Britse artsen. Het onderzoek startte in 1951 en eindigde in 2001. De beroemde epidemioloog Richard Doll et al [9] toonden aan dat **levenslang rokende artsen gemiddeld tien jaar vroeger stierven dan niet-rokende collega’s.**

Hoewel de gevaren van roken nu goed gekend zijn door artsen, hebben artsen niet altijd het goede voorbeeld gegeven. In de jaren ’30 en ’40 was roken de norm in de Verenigde Staten en ook de meerderheid van de artsen rookte. Toch was er ook in die tijd publieke ongerustheid over de mogelijke gezondheidsrisico’s van tabaksgebruik. Duitse en Amerikaanse artsen constateerden namelijk in de jaren 1930 het verband tussen roken en kanker [10]. Daarom maakten tabaksproducenten in hun **reclamecampagnes** gebruik van het beeld van de arts om de consument te verzekeren dat hun product veilig was. Camel gebruikte de memorabele slogan “More doctors smoke Camels than any other cigarette”. Echter tegen 1954 meenden reclamemakers dat dit beeld niet langer geloofwaardig was, aangezien er steeds meer angst groeide om de schadelijke gevolgen van roken [11].



Evolutie van het rookgedrag van de arts in de V.S.

Eén van de eerste grote epidemiologische studies in de **Verenigde Staten** naar rookgedrag bij artsen toonde dat anno 1959 ongeveer 40% van de artsen rokers waren [8]. Een cijfer dat daalde tot 21% in het midden van de jaren ’70 [12,13]. Tegen het midden van de jaren 1980 rookten ongeveer 17% van de Amerikaanse artsen nog sigaretten en 8% rookte pijp of sigaar [14]. Een grote prospectieve studie uitgevoerd door de American Cancer Society in 1982 bracht aan het licht dat ongeveer 25% van de artsen rookten [15]. Andere Nationale Health Interview Surveys vonden dat het percentage rokende artsen in de US dramatisch was gedaald tussen 1987 en 1994. Halverwege de jaren 1990 was het aantal rokende artsen onder 10% gedaald [16-18.] **Soortgelijke dalende trends** werden ook gezien in **Scandinavië** [19] en in **Nederland** [20] tijdens de tweede helft van vorige eeuw.

Evolutie van het rookgedrag bij artsen wereldwijd

Een **overzichtsartikel** [21] over het roken van tabak bij artsen toonde aan dat tussen 1974 en 2004 in de meeste ontwikkelde landen het percentage rokende artsen gestaag daalde. Het kleinste percentage rokende artsen vindt men in de USA, Australië en het Verenigd Koninkrijk. Artsen roken minder dan verpleegkundigen en vaak ook minder dan tandartsen. Het is niet duidelijk of huisartsen minder roken dan specialisten: één studie vond van wel, terwijl twee andere studies dan weer het tegendeel aantoonden [21].

Rookstop bij de arts

Enstrom [22] bestudeerde **de trend in mortaliteit** bij een cohorte van meer dan 10.000 mannelijke, Californische artsen tussen 1950 en 1979, die gestopt waren met roken. De SMR *(Standaard Mortaliteit*

Ratio; het echte versus het verwachtte aantal doden in relatie met een gedefinieerde standaard; een SMR van minder dan 100 suggereert dat de studiepopulatie een lagere mortaliteit heeft dan de sterfte in een vergelijkbare groep) voor longkanker bij deze artsen, in vergelijking met Amerikaanse, blanke mannen (=de vergelijkbare groep), daalden van 62 in 1950-1959 naar 30 in 1970-1979. Er waren gelijkaardige dalingen voor andere ziekten gerelateerd aan roken, zoals ischemische hartziekten (van 106 naar 71), bronchitis, emfyseem en astma (van 62 naar 35) en voor andere rookgerelateerde kankers van de slokdarm, mondholte en respiratoir systeem (van 100 naar 63). Deze resultaten zijn consistent met een gelijkaardige studie bij Doll en Peto [9]. De SMR daling werd vooral **toegeschreven aan het stoppen met roken**.

De meeste artsen in een Britse studie vonden dat ze de patiënten dienden te adviseren om te stoppen met roken [23]. In Frankrijk had meer dan de helft van de rokende artsen een ernstige poging ondernomen om zelf met roken te stoppen [24], maar in Italië had meer dan de helft van de huidige rokende artsen nog geen poging ondernomen [25]. In Japan, tenslotte, verklaarde slechts 60% van de rokers het voornemen te hebben om te verminderen of te stoppen [26].

Het rookgedrag van artsen en rookstopadvies

De mate waarin het rookgedrag van artsen hun beroepsuitoefening beïnvloedt, is het onderwerp van verschillende studies. In Griekenland is slechts de helft van de rokende artsen betrokken bij rookstopbegeleiding, bij hun niet-rokende collegae is 100% betrokken [27]. Japans onderzoek toonde aan dat niet-rokende artsen beduidend frequenter vragen naar het rookgedrag van hun patiënten en veel vaker rookstopadvies geven [26,28]. Soortgelijke bevindingen werden ook waargenomen in Finland [29]. Pärna et al.[30] stelden vast dat Estse artsen terughoudend zijn als het over rookstopadvies gaat. Ze wilden de privacy van de patiënt niet verstoren door te vragen naar hun rookgedrag. Echter niet alle studies tonen verschillen tussen rokende en niet-rokende artsen. In Israël bijvoorbeeld vroeg Samuels [31] aan artsen of zij tijdens de consultaties patiënten adviseerden te stoppen met roken. Er bleek geen verschil tussen rokende artsen en niet-rokende artsen. Deze discrepanties tussen de verschillende landen tonen aan dat niet enkel **arts gerichte rookstopbegeleiding** dringend nodig is, maar dat ze ook **cultuur specifiek** moet zijn.

Belang van kennis over het rookgedrag bij de arts

De huidige gegevens over tabaksgebruik bij artsen kunnen de beleidsmakers helpen om te bepalen hoe snel de prevalentie van roken in de algemene populatie kan dalen [21]. Er zijn nu meer vrouwelijke huisartsen dan vroeger en daarom is het interessant om de ontwikkeling van de rookgewoonte naar geslacht te onderzoeken. Ook omdat in verschillende Europese landen het tabaksgebruik onder jonge vrouwen en onder hoogopgeleide vrouwen minder afneemt dan onder mannen of zelfs stagneert [32]. Bij ons, zoals in de meeste ontwikkelde landen, volgt roken een sociale gradiënt. De laagst opgeleide

mannen en vrouwen roken het meest en de hoogst opgeleiden het minst. Vrouwen roken iets minder dan mannen. De sociale groep die het minst rookt zijn vrouwelijke kaderleden (7%).

Artsen als voorbeeldfunctie

Artsen hebben mogelijkheden om de prevalentie van roken bij hun patiënten te reduceren, toch hebben ze hun inspanningen om de tabaksepidemie tegen te gaan nog niet gemaximaliseerd. Artsen hebben een **voorbeeldfunctie** voor hun patiënten met betrekking tot gezond gedrag [33]. Bovendien is er hun publiek imago dat ze ongewild uitdragen buiten de werkomgeving [34]. Rokende artsen kunnen het scepticisme bij de patiënten verhogen. Mensen zijn geneigd zich af te vragen waarom zij zouden stoppen met roken als hun arts dat niet doet [35]. Tabaksgebruik door gezondheidswerkers **ondermijnt de boodschap** aan rokers dat stoppen uitermate belangrijk is. Sachs [36] verklaarde reeds in 1983 dat 80% van de Amerikaanse burgers verwacht dat hun arts niet rookt en in 1984 stelden Wells et al [37] vast dat artsen met goede persoonlijke gezondheidsgewoonten hun patiënten significant meer raad gaven over gezondheid in het algemeen. **Het is belangrijk dat het dalende rookgedrag bij artsen zich de komende jaren doorzet, zodat artsen het voortouw kunnen nemen als voorbeelden voor de volksgezondheid in de 21ste eeuw [21].**

3.3 Alcohol- en middelenmisbruik bij artsen

3.3.1 Definitie

Er bestaat heel wat verwarring en overlap tussen verschillende termen als “gebruik”, “misbruik”, “afhankelijkheid” en “verslaving”.

Misbruik van alcohol wordt omschreven als onaangepast alcoholgebruik in een periode van 12 maanden dat leidt tot significante beperkingen of lijden. Onaangepast gebruik wil zeggen [39]:

- *herhaaldelijk gebruik zodat men niet meer kan voldoen aan verplichtingen van werk, school of thuis of*
- *herhaaldelijk gebruik in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is ofwel*
- *herhaaldelijk in aanraking komen met justitie ten gevolge van het gebruik ofwel*
- *voortdurend gebruik ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein ten gevolge van alcohol.*

Met deze verschijnselen is nog niet voldaan aan de criteria voor afhankelijkheid. **Afhankelijkheid van alcohol** wordt in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition **(**DSM-IV) (omschreven als het in een periode van 12 maanden optreden van tenminste drie van de volgende criteria [39]:

- *tolerantie gedefinieerd als een behoefte aan toenemende hoeveelheden alcohol om de gewenste werking (intoxicatie) te bereiken dan wel een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van eenzelfde hoeveelheid;*
- *onthouding gedefinieerd als het voor alcohol karakteristieke onthoudingssyndroom dan wel gebruik ervan om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden;*
- *gebruik van alcohol in grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd dan men oorspronkelijk van plan was;*
- *aanhoudende wens of weinig succesvolle pogingen om het gebruik van alcohol te verminderen of in de hand te houden;*
- *een groot deel van de tijd gaat op om aan alcohol te komen dan wel herstel van de effecten van alcohol;*
- *sociale- of beroepsmatige bezigheden worden verminderd of opgegeven vanwege gebruik van alcohol;*
- *gebruik wordt gecontinueerd ondanks bekendheid met de effecten van alcohol.*

Overmatig alcoholgebruik [39] houdt in voor **mannen meer dan 21 glazen per week** (>3 glazen per dag) en **vrouwen meer dan 14 glazen per week** (>2 glazen per dag). De gevoeligheid voor alcohol is echter individueel verschillend. Veilig alcoholgebruik gaat uit van ongeveer één eenheid per dag voor mannen en minder dan één eenheid per dag voor vrouwen. Ook matige hoeveelheden alcohol kunnen tot problemen leiden vooral bij jonge mensen, bejaarden en vrouwen.

Een speciale vorm van problematisch alcoholgebruik is het **'binge'-drinken** [39]. Hierbij wordt in een korte periode heel veel gedronken gevolgd door perioden met vrijwel geen gebruik. Er wordt soms een grenswaarde aangegeven van zes eenheden per keer, maar de tijdsperiode is niet omschreven.

3.3.2 Opsporen van problematisch alcohol- en middelengebruik

Laboratoriumtests

De meeste laboratoriumtests zijn **niet bruikbaar** om alcoholproblemen te screenen. Levertests (GOT, GPT, gamma-GT) noch MCV of het bepalen van urinezuur zijn aangewezen om de diagnose van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid te stellen. Deze routinebloedtests zijn meestal ook gestoord bij vooral leveraandoeningen, medicatie-inname en een reeks andere aandoeningen, waardoor ze specificiteit missen [40]. Punt et al. [41] beschreven onlangs de waarde van de bepaling van carbohydraatdeficiënt transferrine (CDT) (een eiwit waarvan de bloedspiegel stijgt na één tot twee weken excessief drinken), een biochemische test die gebruikt wordt om chronisch overmatig alcoholgebruik te detecteren. CDT is geen perfecte, maar voor alcoholismediagnostiek wel de meest geschikte test met een sensitiviteit van 60-75% en een specificiteit van 80-90%.

Vragenlijsten

In tegenstelling tot laboratoriumtests zijn vragenlijsten veel beter om op alcoholproblemen te screenen.

De **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) werd ontwikkelt door de WHO om een bruikbaar instrument te hebben om problematisch alcoholgebruik in de eerste lijn op te sporen. In een systematische review van 38 studies bleek de AUDIT vooral effectief om personen te identificeren met risicovol en overmatig drinkgedrag. De sensitiviteit liep uiteen afhankelijk van de studie van 51-97% en de specificiteit varieerde van 78-96% [39] .

Bush et al. [42] onderzochten de eerste drie vragen van de AUDIT **(AUDIT_C)**, handelend over kwantiteit en frequentie van alcohol drinken en kwamen tot de conclusie dat deze vragen ook effectief waren. De AUDIT-C blijkt in validiteit weinig te verschillen van de AUDIT.

Met behulp van de **CAGE-test** (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener) is men volgens een systematische review redelijk goed in staat om stoornissen in het gebruik van alcohol te herkennen, zowel in de eerste lijn als in de polikliniek; de sensitiviteit loopt uiteen van 43 tot 94%, de specificiteit varieert van 70 tot 97% [43,44].

Op zoek naar een bruikbare vragenlijst voor het opsporen van overmatig drankgebruik bevroegen Seppa et al. [45] in 1995 een grote cohort mannen van 40 jaar. Zij introduceerden de **Five-shot vragenlijst**, een combinatie van de eerste twee AUDIT-vragen en de laatste drie CAGE-vragen. In 2001 onderzocht Aertgeerts [46] deze vragenlijst op zijn screeningskwaliteiten voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bij zowel mannen als vrouwen. De sensitiviteit bedroeg 74% bij mannelijke patiënten en 63% bij vrouwen. Bij een score ≥2,5 was de specificiteit 81% bij mannen en 94% bij vrouwen.

De **ASSIST** (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) werd door de WHO in de jaren ’90 ontwikkeld als opvolging van de AUDIT. Hij gaat echter veel breder dan de AUDIT. Niet enkel screent hij op alcohol, maar hij richt zich ook op tabaksgebruik, medicatiemisbruik en illegale drugs [47].

3.3.3 Alcohol- en middelenmisbruik bij artsen

Middelenmisbruik en- afhankelijkheid zijn van alle tijden. Toch is er relatief weinig informatie beschikbaar in de literatuur wanneer het over gebruik bij artsen gaat. Er blijft een taboe rusten op dit onderwerp.

Prevalentie

In 1989 voerden Hughes et al. [48] het tot nu toe grootste onderzoek uit bij artsen uit de USA. **Alcohol** werd het vaakst gebruikt, waarvan 10% dagelijks. **Lichte opiaten** (zoals codeïne) (18%) en **benzodiazepines** (11%) waren de meest gebruikte middelen het voorbije jaar. In vergelijking met de algemene bevolking gebruiken artsen gemiddeld meer alcohol en benzodiazepines, kalmeermiddelen en opiaten, maar minder illegale drugs. In de studiegroep van Hughes meldde 8% middelenmisbruik of

– afhankelijkheid op een bepaald moment in hun leven. Ongeveer de helft had een alcohol- en een kwart een drugsprobleem. Een kwart leed aan de combinatie alcohol en drugs.

Volgens de internationale literatuur wordt **10-14% van de artsen** op een bepaald moment in hun carrière geconfronteerd met een **middelengebonden stoornis**. Wanneer alcohol wordt uitgesloten, schat men de prevalentie van drugsafhankelijkheid op 1-2% [49].

Oorzaken van alcohol- en middelenmisbruik

Artsen die middelen misbruiken, komen vaak uit disfunctionele families of hebben een **familiale voorgeschiedenis** van middelenmisbruik [50].

Tevens lijdt bijna 90% van de middelenmisbruikers aan een **psychiatrische aandoening**. Depressie, bipolaire stoornis en angststoornis zijn vaak aanwezig bij de misbruiker zelf of in diens familie [50].

Misbruik van alcohol- en/of drugs hangt ook samen met bepaalde **persoonlijkheidskenmerken** die ook vaak bij artsen voorkomen, zoals perfectionisme en idealisme. Artsen behoren tot de intellectuele bovenlaag. Ze houden van uitdagingen en hebben een sterke wil, waarbij ze zichzelf overtuigen dat ze middelen kunnen gebruiken zonder afhankelijkheid te ontwikkelen [51].

Bepaalde risicofactoren op middelenmisbruik komen **specifiek** voor bij artsen:

- **Ze behandelen zichzelf met zelf voorgeschreven medicatie.** Het “farmacologisch optimisme” geldt als risicofactor. Tijdens de opleiding zien studenten de positieve gevolgen van geneesmiddelen, waardoor ze een sterk geloof in de werking ervan ontwikkelen [49]. Wanneer artsen zichzelf behandelen, kiezen ze tevens voor andere, meer risicovolle behandelingen, dan die welke ze hun patiënten aanbevelen [52].
- **Veel stress en lange werkuren.** De werkdruk van artsen behoort ook tot de risicofactoren. Ze worden geconfronteerd met veeleisende patiënten en vaak zijn ze vermoeid door wisselende uren en wachten en veel administratief werk. Dit alles zorgt ervoor dat hun sociaal leven eerder beperkt is.
- **De gemakkelijke beschikbaarheid en toegang tot medicinale drugs.**

Actueel is bijna 1 op 3 artsen vrouwelijk is, toch is bijna 90% van de artsen die verwezen worden voor therapie van het **mannelijke geslacht** [53]. Vrouwelijke artsen die behandeld worden voor middelenmisbruik lijden significant meer aan majeure depressie en minder aan persoonlijkheidsstoornissen. Ze gebruiken minder illegale drugs, maar gebruiken vaker voorgeschreven kalmeermiddelen en opiaten dan hun mannelijke collegae [54].

Herkenning en diagnose

Volgens een Amerikaans onderzoek in 1991 bevraagt slechts 41% van de huisartsen routinematig hun patiënten over alcoholmisbruik, en slechts 20% screent op potentieel middelenmisbruik [55]. Slechts een klein deel van de artsen vindt van zichzelf dat ze over voldoende basiskennis beschikt aangaande de

diagnose en behandeling van middelenmisbruik [56]. De diagnose van middelenmisbruik vaststellen bij een collega-arts is nog moeilijker. De meeste verslaafde artsen functioneren nog redelijk goed tot op het punt dat het probleem zeer ver gevorderd is [50]. Ze verstoppen de signalen en symptomen zeer goed. Wanneer uiteindelijk hun werkprestaties achteruit gaan, is het probleem meestal te ver gevorderd en zeer ernstig. Vaak is er een **stilzwijgen** bij collega-artsen, die hopen dat het probleem zal opgelost raken zonder hun directe tussenkomst. De **late herkenning en interventie** kunnen desastreuze gevolgen hebben voor de arts [49].

Behandeling

De behandeling van een verslaafde arts verschilt niet van de behandeling van een niet-arts. Artsen zijn vaak moeilijke patiënten: ze hebben het als hulpverlener moeilijk om zich in de rol van patiënt te plaatsen. Maar wanneer zij het probleem aanvaard hebben, **doen artsen het evenwel beter dan de gemiddelde bevolking**; tot 70% keert terug naar de werkvloer. Tussen 70 en 90% bereikt een totale abstinentie. Men schrijft deze betere afloop toe aan het hoge studieniveau en door een hoge motivatie voor abstinentie en herstel omwille van belangrijke financiële implicaties [57].

3.4 Huisartsen en hun eigen gezondheid

Huisartsen zijn geneigd hun persoonlijk welzijn, en zelfs hun eigen gezondheid, te verwaarlozen en hun problemen te ontkennen. Huisartsen geloven immers dat ze immuun zijn voor middelengebonden stoornissen. Vaak hebben ze **geen eigen huisarts**, omdat ze liever niet worden geconfronteerd met hun eigen kwetsbaarheid [49]. Pullen [58] en zijn collega's rapporteerden dat slechts 42% van de onderzochte Australische artsen een huisarts hadden en dat de meesten aan auto-medicatie deden. Uallachain [59] stelde vast dat 30% van de jonge Ierse artsen de laatste vijf jaar niet naar een huisarts waren geweest, 65% vond dat ze geen tijd konden vrijmaken van het werk als ze ziek waren, 92% gebruikte ooit zelf voorgeschreven geneesmiddelen en 49% vond dat ze hun gezondheid verwaarloosden. In the British Medical Journal (2001) rapporteerden Thompson et al [60] dat de meeste Britse artsen er zich bewust van zijn dat ze niet goed zorg dragen voor zichzelf. In een gelijkaardig Brits onderzoek uit 2009 vertelden artsen dat ze verder werken wanneer ze ziek zijn en dat ze dat ook van hun collega's verwachten, maar dat gold niet voor hun patiënten, die mochten ziek zijn [61]. De huisarts die ineens zelf patiënt wordt, voelt een zekere schroom. Het is niet vanzelfsprekend om aan de andere kant van de onderzoekstafel te staan en vanuit die positie over jezelf te vertellen. Omdat de meeste artsen privé werken, hebben ze geen toegang tot de arbeidsgeneeskunde. Ze aarzelen om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden, maar ook wegens het niet-gecompenseerde inkomstenverlies [62]. Ze ontkennen hun probleem vaak uit schrik voor de financiële, maatschappelijke en wettelijke gevolgen. Door de **langdurige ontkenning** van het middelengebruik en het vermijden om hulp te zoeken, komen artsen uiteindelijk in een neerwaartse spiraal terecht: van gebruik komt misbruik en vandaar naar middelenafhankelijkheid is een kleine stap [49].

Burn-out

Een Canadese studie [63] toont aan dat twee op drie resident-artsen hun werk te zwaar vinden. Het gevolg is dat één op zes van de resident-artsen hun mentale gezondheid als billijk of slecht beschouwt, dubbel zoveel als in de algemene populatie. Uit een studie die werd uitgevoerd in het Engelse Essex [64] op basis van een vragenlijst die door meer dan 500 huisartsen werd ingevuld, blijkt dat een hoog percentage van de huisartsen te kampen had met emotionele uitputting (bijna de helft van de artsen) en depersonalisatie (42%). Bovendien vindt slechts één op drie (34%) dat er plaats is voor zelfontplooiing.

Volgens de **Fédération des Maisons Médicales** (België) [62] uit 2005 zou één Belgische huisarts op 10 aan een burn-out (emotionele uitputting, depersonalisatie en negatief zelfbeeld) lijden. Dit is geen verrassende vaststelling omdat artsen mogelijkerwijs kwetsbaar zijn voor burn-out. De kwetsbaarheid wordt veroorzaakt door de grote werkdruk, de onwaarschijnlijke administratieve last, de toegenomen hoge verwachtingen en de verzoeken van de patiënt en door een zeer grote professionele inzet en door

de noodzaak om de zorgcontinuïteit te waarborgen aan de bevolking. Dit alles voor een bescheiden verloning [62].

Er heerst hoe dan ook een malaise bij de Belgische huisartsen en de grote schaal waarop burn-out voorkomt bij huisartsen, baart grote zorgen.

Jonge artsen zijn eerder geneigd een drop-out te doen, dan een burn-out. Vrouwelijke artsen hebben in tegenstelling tot hun mannelijke collegae vaak een grotere uitdaging om een goede balans tussen werk en gezin te vinden, wat dan weer zorgt voor meer stress en conflicten [63].

Gevolg voor de zorgkwaliteit

Hanson [65], President van de World Medical Association concludeerde: "Gezonde artsen betekenen gezondere patiënten, een veiligere zorg en een duurzamer personeelsbestand. Artsen zouden niet moeten kiezen tussen het redden van zichzelf en het dienen van hun patiënten, vele artsen zijn inwendig aan het opbranden."

Artsen zijn belangrijk in ons gezondheidssysteem. Ontevreden artsen hebben de neiging om risicovoller voor te schrijven. Hun patiënten zijn minder tevreden en minder trouw [66,67] . Geneeskunde studenten en artsen met minder goede gezondheidsgewoonten bevelen minder evidence-based screening aan en geven minder frequent advies over een gezonde levensstijl dan artsen die er gezonde gewoontes op nahouden [66]. Burn-out, middelenmisbruik, en psychische stoornissen bij artsen hebben een negatieve invloed op de zorg van de patiënten en dus ons gezondheidssysteem [61].

Het gevolg is dat een goede gezondheid van de arts niet enkel de individuele arts ten goede komt, maar ook van vitaal belang is om een goede kwaliteit aan zorg te leveren [61].

Aanpak van de gezondheid van artsen in België

Historisch gezien werd de behandeling van zieke artsen in verband gebracht met de aanpak voor de ongeschiktheid van de artsen om hun beroep uit te oefenen [67]. Deze aanpak was vóór de jaren '70 vooral **straffend** en ze werd uitsluitend beheerd door regelgevende instanties (de Orde van Geneesheren of geneeskundecolleges in de Angelsaksische landen).

In de loop van de jaren '70 nam de Verenigde Staten het voortouw. In 1974 ontstonden dan de eerste **'Physician Health Programs'(PHP)** in de **Verenigde Staten** [68]**.** In 1990 werd de Federatie van PHP (FSPHP) opgericht met de steun van de American Medical Association (AMA). De programma's van het type PHP werden ontwikkeld in verschillende landen, zoals Canada (PHP-Ontario, PFSP-Alberta, PAMQ-Québec), het Verenigd Koninkrijk (PHP-Londen), Australië (VDHP) en Spanje (PAIMM) [62]. Via het PHP worden artsen met een verslavingsprobleem verwezen naar een afkick- en rehabilitatieprogramma. Na succesvolle ontwenning kunnen ze deelnemen aan een

begeleidingsprogramma. De PHP steunen op de invoering van een **therapeutisch contract** met de zieke arts. Dat contract bepaalt dat de arts zich ertoe verbindt om het behandelingsprogramma na te leven, in ruil waarvoor hij dan immuniteit geniet ten opzichte van de sancties van de regelgevende instanties. Elke sanctie wordt voorlopig opgeheven en wordt niet toegepast, als de behandeling slaagt (in bijna 80% van de gevallen [71]). Dit is enkel mogelijk in het kader van een gezamenlijke regeling uitgewerkt tussen de beroepsverenigingen en de regelgevende instanties.

In **Nederland** werd in maart 2011 een **meldpunt voor verslaafde artsen**, genaamd “ABS- Artsen”, opgericht. Artsen kunnen zich telefonisch melden, waarna op indicatie een behandeling in een Nederlandse verslavingskliniek volgt. Daarna komt de arts twee tot vijf jaar in een monitoringprogramma om te kijken of afspraken worden nageleefd. Zo een hulplijn is misschien wel een goed idee. Het moet alleszins een systeem zijn dat een laagdrempelige toegang biedt tot triage en oriëntatie zodat men niet enkel de huisarts kan opvangen of raad kan geven, maar ook gericht kan doorverwijzen naar een netwerk van professionele hulpverleners voor een behandeling op maat [62].

De ervaringen uit het buitenland leren ons dat een doeltreffende aanpak van verslavingsproblemen bij artsen binnen een **globale strategie** moet gebeuren zodat de continuïteit van de interventies kan worden gewaarborgd vanaf de gezondheidspromotie (gericht op systemische problemen en de kwaliteit van de werkomgeving), de primaire preventie (gericht op het risico dat bepaalde problemen op individueel niveau opduiken), de secundaire preventie (vroegtijdige opsporing van bestaande problemen en interventie) tot de curatieve aanpak van bestaande problemen en de opvolging (stabilisatie van de toestand, abstinentie van verslavende middelen, herintegratie in het professioneel leven…) [62].

I**n België** bestaat er geen specifieke procedure voor artsen met een verslavingsprobleem. Bij de Orde der Geneesheren zijn geen specifieke adviezen te vinden over middelenmisbruik bij artsen. Vaak zal in België naar aanleiding van een klacht bij de Orde een onderzoek gestart worden door de provinciale geneeskundige commissie en kan er dan een straf volgen die wordt uitgesproken door de provinciale geneeskundige raad. **In België bestaat er geen enkel programma voor de aanpak van de gezondheid bij artsen.**

4. Methodologie

4.1 Deelnemers

In maart 2011 stelde ik een e-mail op met de uitnodiging deel te nemen aan onze online enquête, een bijhorend wachtwoord werd voorzien en anonimiteit werd verzekerd. Via het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) verkreeg ik de emailadressen van alle praktijkopleiders en HAIO's. Via medische laboratoria en de website www.huisartsen.be kreeg ik eveneens de emailadressen van Vlaamse huisartsen. Ik vroeg de desbetreffende huisarts of hij/zij mijn email kon doorsturen naar de collegae van hun respectievelijke wachtkring. Alle Vlaamse huisartsen kwamen in aanmerking voor ons onderzoek. Ook basisartsen in hun vervolgopleiding huisartsgeneeskunde, huisartsen in opleiding (HAIO's) werden opgenomen. De registratie gebeurde van 1 april 2011 tot 31 mei 2011. Het onderzoeksprotocol van deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel.

4.2 Vragenlijst

Ik opteerde voor een online vragenlijst, die ik via de website, www.enquetemaken.be aanmaakte. De gebruikersinterface op het internet was gebruiksvriendelijk en duidelijk. Ik stelde de vragenlijst zodanig op dat de meeste vragen verplicht dienden te worden ingevuld, alvorens men verder kon gaan met de enquête. Tevens bouwde ik een systeem in dat, afhankelijk van het gegeven antwoord, de arts naar de volgende juiste vraag leidde. Dit zorgde ervoor dat bijvoorbeeld nooit-rokers geen vragen over rookgedrag hoefden in te vullen. Dit systeem zorgde ervoor dat de enquête gemakkelijk in vijf minuten kon worden ingevuld. De gegevens werden in een onmiddellijk bruikbare gegevensbank weggeschreven. De vragenlijst werd zo opgesteld dat vragen over individueel rookgedrag, alcohol- en middelengebruik eerst aan bod kwamen, waarna sociodemografische gegevens, opvattingen en gedragingen omtrent het hebben van een voorbeeldfunctie als huisarts, het informeren naar rookgedrag bij patiënten, rookstopadvies geven aan patiënten, het algemeen rookverbod, de nultolerantie voor alcohol in het verkeer, het zoeken van medische hulp bij een probleem en de relatie werkdruk en meer middelengebruik, werden bevraagd.

Ik contacteerde het blad "de Huisarts". De hoofdredacteur schreef een klein redactioneel artikel over mijn eindwerk en het blad plaatste op haar website een link naar mijn online enquête.

4.3 Statistische analyse

SPSS 17.0 software werd gebruikt voor de statistische analyse. Prevalentie van rookgedrag, alcohol- en middelengebruik werd berekend aan de hand van frequentietabellen. De resultaten werden procentueel vergeleken. We categoriseerden de variabelen. Associaties tussen variabelen werden getest door gebruik te maken crosstabellen en de Pearson Chi-kwadraat-test. Het significantieniveau werd op $p<0.05$ vastgelegd. Daarna werd een multivariabele logistische regressie analyse uitgevoerd om interdependentie tussen variabelen te beoordelen. Hetzelfde model van co-variabelen werd zowel gebruikt voor huidig roken, overmatig alcohol-, psychotropica-, pijnstiller als cannabisgebruik.

5. Resultaten

5.1 Deelnemers

Door het zenden van persoonlijke mails was de respons goed: 626 huisartsen namen deel aan onze enquête, waarvan 359 mannen (57%) en 267 vrouwen (43%). De mediane leeftijd van de deelnemers bedroeg 45 jaar. Onze steekproef is representatief met de algemene huisartsenpopulatie in Vlaanderen volgens leeftijd en geslacht en dit op basis van de jaarstatistieken gezondheidsberoepen in België 2009 [72]. De mannelijke huisartsen zijn hoofdzakelijk ouder dan 45 jaar, hebben kinderen, werken vooral in een solopraktijk en hebben een werkweek van 41 tot 60 uur of langer. De vrouwelijke huisartsen zijn hoofdzakelijk jonger dan 34 jaar, hebben kinderen, werken vooral als HAIO of in een groepspraktijk en hebben een werkweek van 41 tot 60 uur of korter.

Tabel 1: Deelnemende huisartsen volgens geslacht, leeftijd, huishouden, praktijk, ligging en aantal uur per week werkzaam in de praktijk.

	Man (n= 359) (57%)	**Vrouw (n= 267) (43%)**	**TOTAAL (n= 626) (100%)**
Leeftijd			*
<34	65 (18%)	137 (51%)	202
35-44	38 (11%)	71 (27%)	109
45-54	125 (35%)	42 (16%)	167
55-64	115 (32%)	17 (6%)	132
>65	16 (4%)	0 (0%)	16
Huishouden			*
alleenstaand	29 (8%)	34 (13%)	63
eenoudergezin	11 (3%)	11 (4%)	22
Koppel zonder kinderen	73 (20%)	94 (35%)	167
Koppel met kinderen	236 (66%)	123 (46%)	359
Andere	10 (3%)	5 (2%)	15
Praktijk			*
Solopraktijk	187 (52%)	50 (19%)	237
duopraktijk	54 (15%)	52 (19%)	106
groepspraktijk met 3 of meer	70 (19%)	71 (27%)	141
werkt als HAIO	48 (13%)	94 (35%)	142
Ligging			NS
een gemeente	245 (68%)	186 (70%)	431
een stad (Dendermonde, Aalst, Hasselt, e.d.)	84 (23%)	51 (19%)	135
een grootstad (Brussel, Gent, Antwerpen, e.d.)	30 (8%)	30 (11%)	60
uur/week			*
<40u	30 (8%)	51 (19%)	81
41-60u	160 (45%)	187 (70%)	347
61-80u	143 (40%)	26 (10%)	169
>80u	26 (7%)	3 (1%)	29

*Legende: * p<0.001 NS: Niet Significant*

5.2 Roken, Alcohol en middelengebruik bij artsen

5.2.1 Rookgedrag

Er zijn 50 huidige rokers (8%), 36 mannen (10%) en 14 vrouwen (5%) en 89 ex-rokers (14%), 61 mannen (17%) en 28 vrouwen (11%). 487 huisartsen hebben nooit gerookt (78%).

Bij de dagelijkse rokers rookt één op vier minder dan 10 sigaretten per dag, 68% rookt 11-20 sigaretten per dag en 8% rookt meer dan 20 sigaretten per dag. Eén derde rookt zijn eerste sigaret binnen de 30 minuten na het opstaan, één derde pas na één uur. Van de dagelijkse rokers trachtte reeds drie vierde te stoppen met roken. De twee belangrijkste redenen die men opgaf om te stoppen met roken, omwille van de gezondheid en omdat je als arts een voorbeeldfunctie hebt.

De helft van de ex-rokers heeft minder dan 10 jaar gerookt, 40% heeft tussen de 10 en de 20 jaar gerookt en slechts 9% heeft meer dan 20 jaar gerookt. De twee belangrijkste redenen om te stoppen met roken waren dezelfde als bij de huidige rokers, namelijk gezondheid en de voorbeeldfunctie van de arts.

A. ROOKGEDRAG VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD

Tabel 2: Rookgedrag van Vlaamse huisartsen volgens geslacht en leeftijdscategorie

		ROOKGEDRAG					
		Nooit roker		Ex-roker		Huidige roker	
Geslacht/leeftijd		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
n= 626	**TOTAAL**	**487**	**78%**	**89**	**14%**	**50**	**8%**
Man (n=359)	<34 jaar	51	78%	4	6%	10	15%
	35-44 jaar	28	74%	7	18%	3	8%
	45-54 jaar	95	76%	15	12%	15	12%
	55-64 jaar	75	65%	33	29%	7	6%
	>65 jaar	13	81%	2	13%	1	6%
	TOTAAL	**262**	**73%**	**61**	**17%**	**36**	**10%**
Vrouw (n=267)	<34 jaar	116	85%	11	8%	10	7%
	35-44 jaar	62	87%	7	10%	2	3%
	45-54 jaar	35	83%	6	14%	1	2%
	55-64 jaar	12	71%	4	24%	1	6%
	>65 jaar	0	0%	0	0%	0	0%
	TOTAAL	**225**	**84%**	**28**	**11%**	**14**	**5%**

Tabel 2 toont dat meer dan drie vierde van de huisartsen nooit gerookt heeft. Mannelijke huisartsen (10%) roken vaker dan vrouwelijke collegae (5%). Meer vrouwelijke (84%) dan mannelijke huisartsen (73%) hebben nooit gerookt.

Bij de mannen is het merendeel van de nooit-rokers jonger dan 34 jaar of ouder dan 65 jaar. Ex-rokers zijn meestal tussen 55 en 64 jaar en huidige rokers zijn meestal jonger dan 34 jaar of tussen 45 en 54 jaar.

Bij de vrouwen is het merendeel van de nooit-rokers jonger dan 45 jaar. Ex-rokers zijn meestal tussen 55 en 64 jaar en huidige rokers zijn meestal jonger dan 34 jaar of tussen 55 en 64 jaar.

Voor het rookgedrag van de huisartsen worden significante verschillen aangetoond voor leeftijd (p=0,001) en het geslacht (p=0,003) van de huisarts. We vroegen ons af of er nog andere factoren rookgedrag beïnvloeden (Tabel 3).

B. SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN DIE HET ROOKGEDRAG BEÏNVLOEDEN

Tabel 3: Sociodemografische en werkgerelateerde variabelen van Vlaamse huisartsen naargelang hun rookgedrag.

	ROOKGEDRAG			
	Nooit roker	Ex-roker	Huidige roker	**p-waarde**
Ligging				**NS**
Gemeente	69%	67%	70%	
Stad	22%	24%	18%	
Grootstad	9%	9%	12%	
Huishouden				**0,008**
Alleenstaand/eenoudergezin	14%	9%	20%	
Koppel zonder kinderen	30%	15%	28%	
Koppel met kinderen	56%	76%	52%	
Praktijk				**< 0,001**
Solo	35%	43%	52%	
Groepspraktijk (vanaf 2)	40%	51%	22%	
HAIO	25%	7%	26%	
Aantal uur/week werkzaam				**0,043**
<= 60u	71%	61%	58%	
> 60u	29%	39%	42%	

In tabel 3 zien we rookgedrag significant verschilt naargelang de opbouw van het huishouden, de organisatie van de praktijk en het aantal uur dat de huisarts per week werkt. Er wordt geen significant verschil aangetoond met de ligging van de praktijk.

Het valt op dat men onder *huidige rokers (*voornamelijk mannelijke huisartsen) een groter aandeel alleenstaanden vindt, > 60 uur per week werken en dat ze vooral solo werken. Onder n*ooit-rokers* (vooral vrouwelijke huisartsen) vindt men een groter aandeel koppels zonder kinderen, hun werkweek is meestal ≤ 60 uur en ze werken meestal in een groepspraktijk. *Ex-rokers* zijn vaak tussen 55 en 64 jaar, zijn koppels met kinderen en werken in een groepspraktijk.

C. ROOKGEDRAG EN ALCOHOL OF CANNABIS

Van de huidige rokers had 68%, van de ex-rokers 53% en van de nooit-rokers 27% risico op overmatig alcoholgebruik (p< 0,001). Van de huidige rokers deed 40%, van de ex-rokers 24% en van de nooit-rokers 10% meer dan 1 keer per maand aan binge drinken (p< 0,001).

Huidige rokers hebben meer kans op overmatig alcoholgebruik en doen vaker aan binge drinken.

Van de huidige rokers gebruikte 22%, van de ex-rokers 3% en van de nooit-rokers 2% het laatste jaar cannabis (p< 0,001). Met het gebruik van psychotropica of pijnstillers wordt geen significant verschil aangetoond.

Huidige rokers gebruikten vaker cannabis het laatste jaar in vergelijking met ex- en nooit-rokers.

D. ONAFHANKELIJKE DETERMINANTEN VAN ROKEN: MULTIVARIABELE LOGISTISCHE REGRESSIE-ANALYSE

Om onafhankelijke variabelen op te sporen voor het rookgedrag van de huisarts wordt een multivariabele stapsgewijze logistische regressie-analyse uitgevoerd (Tabel 4).

Tabel 4: Multivariabele logistische regressie analyse van variabelen die een invloed kunnen hebben op huidig roken.

Variabelen	B	Odds ratio	95% CI	p-waarde
Werken als solo a	1,10	3,00	1,37-6,57	0,01
Kinderen b				NS
Overmatig alcoholgebruik c	1,37	0,25	0,13-0,49	<0,001
Cannabisgebruik d	2,05	0,13	0,05-0,37	<0,001
Psychotropica gebruik e				NS
Pijnstiller gebruik f				NS
Werkdruk g				NS
Aantal uur/week h				NS
Geslacht i				NS
Leeftijd j				NS

a Werken als solo= 1 werken in groep= 0

b Geen kinderen= 1 wel kinderen= 0

c Wel overmatig alcoholgebruik= 1 geen overmatig alcoholgebruik= 0

d Wel cannabisgebruik= 1 geen cannabisgebruik= 0

e Wel psychotropicagebruik= 1 geen psychotropicagebruik = 0

f Wel pijnstillergebruik= 1 geen pijnstillergebruik = 0

g Onder hoge werkdruk meer middelengebruik= 1 onder hoge werkdruk niet meer middelengebruik= 0

h ≤ 60u/week werkzaam= 1 > 60u/week werkzaam= 0

i Geslacht: man= 1 vrouw= 0

j Leeftijd: >45 jaar= 1 ≤45jaar= 0

Werken als solo arts, overmatig alcohol en cannabisgebruik zijn de enige onafhankelijke factoren die het huidige roken beïnvloeden. Solo artsen roken meer dan artsen die in groepsverband werken. Risicodrinkers of cannabisgebruikers vindt men vaker bij huidige rokers.

5.2.2 Gebruik van alcohol

Om overmatig alcoholgebruik op te sporen maakte ik gebruik van de AUDIT_C vragenlijst. Een score van 5 of meer werd gebruikt als een indicator voor overmatig alcoholgebruik. Met overmatig alcoholgebruik ("hazardous drinking") bedoelen we een drinkpatroon met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen. De afkapwaarde die ik koos, wordt aanbevolen door het Institute of Health & Society van de universiteit van Newcastle (U.K) [73] en gebruikt in andere studies [74,75]. AUDIT_C heeft een sensitiviteit van 54% tot 98% en een specificiteit van 57% tot 93%. AUDIT_C heeft voor allerlei definities van problematisch drinken verschillende afkapwaarden [42,76,77].

Alcoholgebruik de laatste 12 maanden

Tabel 5: Alcoholgebruik het voorbije jaar volgens geslacht (%)

Alcoholgebruik het voorbije jaar	Man (n=359)	Vrouw (n=267)	TOTAAL (n=626)
geen	4%	7%	5%
maximum één keer per maand	4%	13%	8%
2 tot 4 keer per maand	21%	41%	30%
2 tot 3 keer per week	29%	24%	27%
4 keer of meer per week	20%	11%	16%
dagelijks	22%	3%	14%

Het voorbije jaar gebruikten 34 huisartsen geen alcohol (5%), dubbel zoveel vrouwelijke als mannelijke huisartsen. Vijftig huisartsen drinken maximum éénmaal per maand alcohol (8%), driemaal meer vrouwen dan mannen en 187 huisartsen drinken twee tot vier keer per maand (30%), dubbel zoveel vrouwen dan mannen. Er zijn 168 huisartsen die twee tot drie keer per week alcohol drinken (27%), ongeveer evenveel vrouwen als mannen en 101 huisartsen drinken meer dan vier keer per week (16%), dubbel zoveel mannen als vrouwen. 86 huisartsen (14% van het totaal) drinken dagelijks, zeven keer meer mannen dan vrouwen (Tabel 5).

Geen alcohol

Abstinentie van alcohol werd onderzocht op mogelijke associaties met sociodemografische en praktijkgebonden factoren, alsook met rookgedrag, gebruik van cannabis, psychotropica of pijnstillers. Er werd uitsluitend een associatie gevonden met geslacht.

Mannelijke huisartsen lijken beduidend vaker te drinken dan hun vrouwelijke collegae (p<0,001).

Aantal consumpties

Tabel 6: Aantal consumpties, per keer dat men alcohol drinkt, volgens geslacht (%)

Aantal glazen	Man (n=345)	Vrouw (n=247)	TOTAAL (n= 592)
1 tot 2	60%	79%	68%
3 tot 4	34%	17%	27%
5 tot 6	5%	3%	4%
7 tot 9	1%	0%	1%
10 of meer	0%	0%	0%

Als men dan toch alcohol drinkt, dan drinkt de meerderheid van de huisartsen één tot twee glazen alcohol (68%). Eén derde van alle huisartsen drinkt drie tot vier glazen alcohol en 5% van de huisartsen drinkt meer dan vier consumpties alcohol (Tabel 6).

Mannelijke huisartsen drinken beduidend meer consumpties op een dag dan vrouwelijke collegae (p=0,002).

Binge drinken

Tabel 7: Frequentie van binge drinken volgens geslacht (%)

Binge drinken	Man (n=345)	Vrouw (n=247)	TOTAAL (n= 592)
nooit	43%	68%	53%
minder dan een keer per maand	36%	26%	31%
elke maand	17%	6%	12%
wekelijks	5%	0%	3%
dagelijks of bijna dagelijks	0%	0%	0%

Van de huisartsen die alcohol dronken het laatste jaar, doet één op twee huisartsen nooit aan binge drinken, 43% van de mannelijke en 68% van de vrouwelijke huisartsen. Eén op drie huisartsen doet minder dan één keer per maand aan piekdrinken, waarvan één op drie mannen en één op vier vrouwen. 12% drinkt elke maand meer dan 6 glazen alcohol op éénzelfde gelegenheid, waarvan drie keer zoveel mannen dan vrouwen. Wekelijks binge drinken gebeurt haast uitsluitend bij mannen (5%).
Meer mannen dan vrouwen doen aan binge drinken (p<0,001).

Tabel 8: Frequentie van binge drinken volgens geslacht en leeftijdscategorie.

BINGE DRINKEN									
		nooit		<1/maand		elke maand		wekelijks	
Geslacht/leeftijd		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
n= 592	**TOTAAL**	**316**	**53%**	**186**	**31%**	**73**	**12%**	**17**	**3%**
Man (n=345)	<34 jaar	9	15%	24	39%	22	35%	7	11%
	35-44 jaar	16	42%	15	39%	7	18%	0	0%
	45-54 jaar	65	55%	35	29%	15	13%	4	3%
	55-64 jaar	48	43%	43	39%	15	14%	5	5%
	>65 jaar	10	63%	6	38%	0	0%	0	0%
	TOTAAL	**148**	**43%**	**123**	**36%**	**59**	**17%**	**16**	**5%**
Vrouw (n=247)	<34 jaar	69	54%	46	36%	11	9%	1	1%
	35-44 jaar	50	79%	11	17%	2	3%	0	0%
	45-54 jaar	34	87%	4	10%	1	3%	0	0%
	55-64 jaar	15	88%	2	12%	0	0%	0	0%
	>65 jaar	0		0		0		0	
	TOTAAL	**168**	**68%**	**63**	**26%**	**14**	**6%**	**1**	**0%**

Het zijn vooral huisartsen jonger dan 34 jaar die aan binge drinken doen. Bij vrouwelijke huisartsen is er een afname van het binge drinken naarmate men ouder wordt.

A. OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK (AUDIT_C ≥5) VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD

Tabel 9: Overmatig alcoholgebruik (AUDIT_C ≥5) bij Vlaamse huisartsen volgens geslacht en leeftijdscategorie.

		OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK	
Geslacht/leeftijd		Aantal	%
n= 626	**TOTAAL**	**212**	**34%**
Man (n=359)	<34 jaar (n= 65)	40	62%
	35-44 jaar (n= 38)	15	39%
	45-54 jaar (n= 125)	53	42%
	55-64 jaar (n= 115)	57	50%
	>65 jaar (n= 16)	4	25%
	TOTAAL	**169**	**47%**
Vrouw (n=267)	<34 jaar (n= 137)	25	18%
	35-44 jaar (n= 71)	11	15%
	45-54 jaar (n= 42)	5	12%
	55-64 jaar (n= 17)	2	12%
	>65 jaar (n= 0)	0	0%
	TOTAAL	**43**	**16%**

Mannen lopen meer risico op overmatig alcoholgebruik dan vrouwen (Tabel 9). Van alle Vlaamse huisartsen loopt één op drie het risico op overmatig alcoholgebruik. Dit risico is vooral aanwezig bij de mannelijke (47%) dan bij de vrouwelijke huisartsen (16%). Mannen jonger dan 34 jaar (62%) en mannen tussen 55 en 64 jaar (50%) hebben meer kans om overmatig te drinken. Bij vrouwen neemt het

risico op overmatig alcoholgebruik af met de leeftijd. Het grootste risico situeert zich bij vrouwen jonger dan 34 jaar (18%). Er is een significant verschil voor de leeftijd (p=0,002) en het geslacht van de huisarts (p<0,001).

B. SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN DIE HET OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK BEÏNVLOEDEN

Tabel 10: Sociodemografische en werkgerelateerde variabelen van Vlaamse huisartsen naargelang hun risico op overmatig alcoholgebruik.

	OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK	
	%	p-waarde
Ligging		**NS**
Gemeente	33%	
Stad	34%	
Grootstad	42%	
Huishouden		**NS**
Alleenstaand/eenoudergezin	38%	
Koppel zonder kinderen	29%	
Koppel met kinderen	35%	
Praktijk		**NS**
Solo	36%	
Groepspraktijk (vanaf 2)	34%	
HAIO	31%	
Aantal uur/week werkzaam		**NS**
<= 60u	33%	
> 60u	36%	

Volgens Tabel 10 is er geen significant verschil naargelang de ligging van de praktijk, de opbouw van het huishouden, organisatie van de praktijk. Dichotomiseren van de categorieën levert geen nieuwe significanties op. Het aantal uur dat de huisarts per week werkt, is eveneens niet significant.

C. OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK EN ROKEN OF CANNABIS

Van de risicodrinkers gebruikt 9% en van de niet-risico drinkers 1% cannabis (p<0,001). Met rookgedrag werd reeds een associatie aangetoond (p<0,001).

Risicodrinkers rookten vaker sigaretten en cannabis het laatste jaar dan de niet-risicodrinkers.

D. ONAFHANKELIJKE DETERMINANTEN VAN OVERMATIG ALCOHOLGEBRUIK: MULTIVARIABELE LOGISTISCHE REGRESSIE-ANALYSE

Om onafhankelijke variabelen op te sporen voor het overmatig alcoholgebruik van de huisarts wordt een multivariabele stapsgewijze logistische regressie-analyse uitgevoerd (Tabel 11).

Tabel 11: Multivariabele logistische regressie analyse van variabelen die een invloed kunnen hebben op een overmatig alcoholgebruik.

Variabelen	B	Odds ratio	95% CI	p-waarde
Werken als solo a				NS
Kinderen b				NS
Huidig roken c	-1,35	0,26	0,13-0,53	<0,001
Cannabisgebruik d	1,53	4,62	1,48-14,36	0,01
Psychotropicagebruik e				NS
Pijnstiller gebruik f				NS
Werkdruk g	0,96	2,61	1,46-4,68	0,001
Aantal uur/week h	-0,44	0,64	0,42-0,98	0,04
Geslacht i	1,83	6,25	3,95-9,89	<0,001
Leeftijd j				NS

Legende: Afkorting: 95% CI = 95% confidence interval B= regressie coëfficiënt

a Werken als solo= 1 werken in groep= 0

b Geen kinderen= 1 wel kinderen= 0

c Niet huidig roken= 1 huidig roken= 0

d Wel cannabisgebruik= 1 geen cannabisgebruik= 0

e Wel psychotropicagebruik= 1 geen psychotropicagebruik = 0

f Wel pijnstillergebruik= 1 geen pijnstillergebruik = 0

g Onder hoge werkdruk meer middelengebruik= 1 onder hoge werkdruk niet meer middelengebruik= 0

h ≤ 60u/week werkzaam= 1 > 60u/week werkzaam= 0

i Geslacht: man= 1 vrouw= 0

j Leeftijd: >45 jaar= 1 ≤45jaar= 0

Tabel 11 toont dat het **mannelijke geslacht**, een **groot aantal uur** dat de huisarts per week werkzaam is, het vaker gebruiken van middelen onder hoge **werkdruk**, **huidig roken** en **cannabis** gebruiken, onafhankelijke factoren zijn die het overmatig gebruik van alcohol in de hand werken.

Tenslotte nog dit, 1 op 10 huisartsen voelde zich ooit geïrriteerd door kritiek op zijn drinkgedrag en 12% voelde zich ooit schuldig over zijn drinkgewoonten. Slechts 1% van de huisartsen heeft ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden of om van een kater af te komen.

5.2.3 Geneesmiddelen- en drugsgebruik

5.2.3.1 Psychotropica

A. PSYCHOTROPICAGEBRUIK VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD

Tabel 12: Gebruik van psychotropica (slaapmiddelen, kalmeermiddelen of antidepressiva (SSRI/SNRI)) de laatste 12 maanden volgens geslacht en leeftijdscategorie.

Geslacht/leeftijd		Psychotropica	
		Aantal	%
n= 626	**TOTAAL**	**128**	**20%**
Man (n=359)	<34 jaar (n= 65)	8	12%
	35-44 jaar (n= 38)	7	18%
	45-54 jaar (n= 125)	26	21%
	55-64 jaar (n= 115)	27	23%
	>65 jaar (n= 16)	4	25%
	TOTAAL	**72**	**20%**
Vrouw (n=267)	<34 jaar (n= 137)	22	16%
	35-44 jaar (n= 71)	17	24%
	45-54 jaar (n= 42)	14	33%
	55-64 jaar (n= 17)	3	18%
	>65 jaar (n= 0)	0	0%
	TOTAAL	**56**	**21%**

Eén op 5 huisartsen gebruikte het laatste jaar psychotropica. Tot 55 jaar stijgt het gebruik van psychotropica zowel bij mannen als bij vrouwen naargelang de leeftijd. Voor het gebruik van psychotropica het afgelopen jaar is er een significant verschil aangetoond met de leeftijd van de huisarts (p=0,014), maar niet met het geslacht (p=0,427).

Bij de huisartsen die het voorbije jaar psychotropica gebruikten (n=128) waren slaappillen het meest populair (101 van de 128 huisartsen=79%), gevolgd door kalmeermiddelen (34 van de 128 huisartsen= 27%) en tenslotte SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) /SNRI's (Selective Serotonin and Noradrenalin Reuptake Inhibitor) (24 van de 128 huisartsen=19%).

Op alle Vlaamse huisartsen gebruikte 1 op 7 het laatste jaar slaapmiddelen, 1 op 20 gebruikte kalmeermiddelen en 1 op 25 gebruikte SSRI/SNRI's.

B. SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN DIE HET PSYCHOTROPICAGEBRUIK BEÏNVLOEDEN

Tabel 13: sociodemografische en werkgerelateerde variabelen van de Vlaamse huisartsen naargelang hun gebruik van psychotropica het voorbije jaar.

	PSYCHOTOPICA	
	%	p-waarde
Ligging		**NS**
Gemeente	20%	
Stad	21%	
Grootstad	20%	
Huishouden		**NS**
Alleenstaand/eenoudergezin	21%	
Koppel zonder kinderen	18%	
Koppel met kinderen	21%	
Praktijk		**0,017**
Solo	23%	
Groepspraktijk (vanaf 2)	23%	
HAIO	12%	
Aantal uur/week werkzaam		
<= 60u	21%	**NS**
> 60u	20%	

Groepspraktijken of solowerkende huisartsen gebruiken evenveel psychotropica, maar HAIO's gebruiken significant minder frequent psychotropica (Tabel 13). Met ligging van de praktijk en opbouw van het huishouden wordt geen associatie aangetoond. Dichotomiseren van de categorieën levert geen nieuwe significanties op. Het aantal uur dat de huisarts per week werkzaam is, is eveneens niet significant.

C. PSYCHOTROPICAGEBRUIK EN ROKEN OF ALCOHOL OF PIJNSTILLERS OF CANNABIS

Met rookgedrag (p=0,973), met cannabisgebruik (p=0,405) en met risico op overmatig alcoholgebruik (p= 0,068) wordt geen associatie aangetoond. Van de psychotropicagebruiker gebruikt 18% pijnstillers. Van diegenen die geen psychotropica gebruiken, gebruikt slechts 9% pijnstillers (p=0,01).

Huisartsen die psychotropica gebruiken, gebruiken ook vaker pijnstillers.

D. ONAFHANKELIJKE DETERMINANTEN VAN PSYCHOTROPICAGEBRUIK MULTIVARIABELE LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSE

Om onafhankelijke variabelen op te sporen voor het psychotropicagebruik van de huisarts wordt een multivariabele stapsgewijze logistische regressie-analyse uitgevoerd (Tabel 14).

Tabel 14: Multivariabele logistische regressie analyse van variabelen die een invloed kunnen hebben op psychotropicagebruik.

Variabelen	B	Odds ratio	95% CI	p-waarde
Werken als solo a				NS
Kinderen b				NS
Huidig roken c				NS
Overmatig alcoholgebruik d				NS
Cannabisgebruik e				NS
Pijnstillergebruik f				NS
Werkdruk g	1,33	3,78	2,17-6,58	<0,001
Aantal uur/week h				NS
Geslacht i				NS
Leeftijd j	0,29	1,34	1,11-1,63	0,003

Legende: Afkorting: 95% CI = 95% confidence interval B= regressie coëfficiënt

a Werken als solo= 1 werken in groep= 0

b Geen kinderen= 1 wel kinderen= 0

c Niet huidig roken= 1 huidig roken= 0

d Wel overmatig alcoholgebruik= 1 geen overmatig alcoholgebruik= 0

e Wel cannabisgebruik= 1 geen cannabisgebruik= 0

f Wel pijnstillergebruik= 1 geen pijnstillergebruik = 0

g Onder hoge werkdruk meer middelengebruik= 1 onder hoge werkdruk niet meer middelengebruik= 0

h ≤ 60u/week werkzaam= 1 > 60u/week werkzaam= 0

i Geslacht: man= 1 vrouw= 0

j Leeftijd: >45 jaar= 1 ≤45jaar= 0

Tabel 14 toont dat de leeftijd van de huisarts en een hoge werkdruk, de enige onafhankelijke factoren zijn die het gebruik van psychotropica beïnvloeden. Er worden meer psychotropica gebruikt naarmate de huisarts ouder is. Huisartsen die onder hoge werkdruk meer middelen gaan gebruiken, zijn vaker psychotropicagebruikers. Het gebruik van pijnstillers bereikt in de multivariabele analyse geen statistische significantie.

5.2.3.2 Pijnstillers

A. PIJNSTILLER GEBRUIK VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD

Tabel 15: Gebruik van pijnstillers het voorbije jaar volgens geslacht en leeftijdscategorie.

Geslacht/leeftijd		Pijnstillers	
		Aantal	%
n= 626	**TOTAAL**	**115**	**11%**
Man (n=359)	<34 jaar (n= 65)	7	11%
	35-44 jaar (n= 38)	7	18%
	45-54 jaar (n= 125)	17	14%
	55-64 jaar (n= 115)	12	10%
	>65 jaar (n= 16)	0	0%
	TOTAAL	**43**	**12%**
Vrouw (n=267)	<34 jaar (n= 137)	18	13%
	35-44 jaar (n= 71)	3	4%
	45-54 jaar (n= 42)	4	10%
	55-64 jaar (n= 17)	4	24%
	>65 jaar (n= 0)	0	0%
	TOTAAL	**29**	**11%**

Eén op 9 Vlaamse huisartsen nam **pijnstillers (mineure opiaten)** het afgelopen jaar. Van de mannelijke huisartsen nam 12% en van de vrouwelijke 11% pijnstillers het afgelopen jaar (Tabel 15).
Het gebruik van pijnstillers bij huisartsen jonger dan 34 jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen, ongeveer hetzelfde. Bij mannen is er vervolgens een toename van het gebruik, met een piek tussen 35 en 44 jaar, om dan weer geleidelijk aan af te nemen. Bij vrouwen gebeurt het omgekeerde, namelijk eerst een daling in het gebruik, met een dieptepunt tussen 35 en 44 jaar, om dan vervolgens sterk toe te nemen. Voor leeftijd (p= 0,458) en geslacht (p= 0,381) van de huisarts wordt geen significantie aangetoond. Deze gegevens dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien het om hele kleine aantallen gaat.

Zware pijnstillers (oxycodon, fentanyl, e.d.) werden door **3 mannelijke (0,8%)** en geen enkele vrouwelijke huisarts het afgelopen jaar genomen.

B. SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN DIE HET PIJNSTILLER GEBRUIK BEÏNVLOEDEN

Tabel 16: Sociodemografische en werkgerelateerde variabelen van de Vlaamse huisartsen naargelang hun gebruik van pijnstillers het voorbije jaar.

	PIJNSTILLERS	
	%	p-waarde
Ligging		**NS**
Gemeente	12%	
Stad	13%	
Grootstad	8%	
Huishouden		**NS**
Alleenstaand/eenoudergezin	11%	
Koppel zonder kinderen	15%	
Koppel met kinderen	10%	
Praktijk		**NS**
Solo	13%	
Groepspraktijk (vanaf 2)	10%	
HAIO	11%	
Aantal uur/week werkzaam		
<= 60u	11%	**NS**
> 60u	13%	

Het gebruik van pijnstillers het voorbije jaar was met geen enkele sociodemografische factor gerelateerd (de ligging van de praktijk, de opbouw van het huishouden en de organisatie van de praktijk). Dichotomiseren van de hoger vermelde categorieën en het aantal uur dat de huisarts per week werkt, bleken evenmin significant van belang voor het gebruik van pijnstillers (Tabel 16).

C. GEBRUIK VAN PIJNSTILLERS EN ROKEN OF ALCOHOL OF CANNABIS

Met rookgedrag (p=0,170), met cannabisgebruik (p=0,056) en met risico op overmatig alcoholgebruik (p=0,054) werd geen associatie aangetoond. Met psychotropicagebruik werd reeds een associatie gevonden.

D. ONAFHANKELIJKE DETERMINANTEN VAN PIJNSTILLERGEBRUIK: MULTIVARIABELE LOGISTISCHE REGRESSIE

Om onafhankelijke variabelen op te sporen voor het pijnstillergebruik van de huisarts wordt een multivariabele stapsgewijze logistische regressie-analyse uitgevoerd (Tabel 17).

Tabel 17: Multivariabele logistische regressie analyse van variabelen die een invloed kunnen hebben op pijnstillergebruik.

Variabelen	B	Odds ratio	95% CI	p-waarde
Werken als solo a				NS
Kinderen b				NS
Huidig roken c				NS
Overmatig alcoholgebruik d				NS
Cannabisgebruik e				NS
Psychotropicagebruik f				NS
Werkdruk g	1,08	0,34	0,18-0,65	0,001
Aantal uur/week h				NS
Geslacht i				NS
Leeftijd j				NS

Legende: Afkorting: 95% CI = 95% confidence interval B= regressie coëfficiënt

a Werken als solo= 1 werken in groep= 0

b Geen kinderen= 1 wel kinderen= 0

c Niet huidig roken= 1 huidig roken= 0

d Wel overmatig alcoholgebruik= 1 geen overmatig alcoholgebruik= 0

e Wel cannabisgebruik= 1 geen cannabisgebruik= 0

f Wel psychotropicagebruik= 1 geen psychotropicagebruik = 0

g Onder hoge werkdruk meer middelengebruik= 1 onder hoge werkdruk niet meer middelengebruik= 0

h ≤ 60u/week werkzaam= 1 > 60u/week werkzaam= 0

i Geslacht: man= 1 vrouw= 0

j Leeftijd: >45 jaar= 1 ≤45jaar= 0

Werkdruk is de enige onafhankelijke factor die het gebruik van pijnstillers beïnvloedt (OR: 0,34, 95% CI: 0,18-0,65 p: 0,001) (Tabel 17).

5.2.3.3 Cannabis

A. CANNABISGEBRUIK VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD

Tabel 18: Gebruik van cannabis het voorbije jaar volgens geslacht.

	GEBRUIK LAATSTE 12 MAANDEN	
	Cannabis	
	Aantal	**%**
Man	17	5%
Vrouw	8	3%
TOTAAL	25	4%

Consumptie van cannabis is laag **(4%)** bij de Vlaamse huisartsen die aan het onderzoek deelnamen (Tabel 18). Bovendien wordt **cannabis wordt uitsluitend gebruikt door huisartsen jonger dan 34 jaar.** Er is een significantie aangetoond met de leeftijd van de huisarts (p< 0,001), maar niet met het geslacht (p= 0,187).

Van de mannelijke huisartsen gebruikte 2% (n=6) en van de vrouwelijke huisartsen gebruikte 1% (n=3) amfetamines, cocaïne, ecstasy of rilatine het voorbije jaar.

B. SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN DIE HET CANNABISGEBRUIK BEÏNVLOEDEN

Tabel 19: Sociodemografische en werkgerelateerde variabelen van de Vlaamse huisartsen naargelang hun gebruik van cannabis het voorbije jaar.

	CANNABIS	
	%	p-waarde
Ligging		**NS**
Gemeente	4%	
Stad	3%	
Grootstad	7%	
Huishouden		**<0,001**
Alleenstaand/eenoudergezin	9%	
Koppel zonder kinderen	10%	
Koppel met kinderen	0%	
Praktijk		**<0,001**
Solo	1%	
Groepspraktijk (vanaf 2)	2%	
HAIO	13%	
Aantal uur/week werkzaam		**0,021**
<= 60u	5%	
> 60u	2%	

Er wordt geen significantie aangetoond met de ligging van de praktijk. Koppels zonder kinderen, alleenstaanden/eenoudergezinnen, HAIO's en huisartsen die ≤ 60 uur werken, gebruikten het voorbije jaar vaker cannabis (Tabel 19).

C. CANNABISGEBRUIK EN ROKEN OF ALCOHOL OF PIJNSTILLERS

Er wordt een associatie met rookgedrag (p< 0,001) en met risico op overmatig alcoholgebruik (p< 0,001) gevonden. ***Cannabisgebruikers roken en vertonen vaker risicovol drinkgedrag*.**

Met het gebruik van pijnstillers en met het gebruik van psychotropica werd, reeds eerder, geen associatie gevonden.

D. ONAFHANKELIJKE DETERMINANTEN VAN CANNABISGEBRUIK: MULTIVARIABELE LOGISTISCHE REGRESSIE ANALYSE

Om onafhankelijke variabelen op te sporen voor het cannabisgebruik van de huisarts werd een multivariabele stapsgewijze logistische regressie-analyse uitgevoerd (tabel 20).

Tabel 20: Multivariabele logistische regressie analyse van variabelen die een invloed kunnen hebben op een cannabisgebruik.

Variabelen	B	Odds ratio	95% CI	p-waarde
Werken als solo a	-2,85	0,06	0,01-0,71	0,03
Kinderen b				NS
Huidig roken c	-2,16	0,11	0,03-0,37	0,001
Overmatig alcoholgebruik d	1,73	5,66	1,68-19,08	0,01
Psychotropicagebruik e				NS
Pijnstillergebruik f				NS
Werkdruk g	1,31	3,7	1,04-13,17	0,04
Aantal uur/week h				NS
Geslacht i	1,22	3,37	1,06-10,68	0,04
Leeftijd j				NS

Legende: Afkorting: 95% CI = 95% confidence interval B= regressie coëfficiënt

a Werken als solo= 1 werken in groep= 0

b Geen kinderen= 1 wel kinderen= 0

c Niet huidig roken= 1 huidig roken= 0

d Wel overmatig alcoholgebruik= 1 geen overmatig alcoholgebruik= 0

e Wel psychotropicagebruik= 1 geen psychotropicagebruik = 0

f Wel pijnstillergebruik= 1 geen pijnstillergebruik = 0

g Onder hoge werkdruk meer middelengebruik= 1 onder hoge werkdruk niet meer middelengebruik= 0

h ≤ 60u/week werkzaam= 1 > 60u/week werkzaam= 0

i Geslacht: man= 1 vrouw= 0

j Leeftijd: >45 jaar= 1 ≤45jaar= 0

Tabel 20 toont aan dat het in groepsverband werken, roken en overmatig drinken onafhankelijke factoren waren die het gebruik van cannabis beïnvloeden. Geslacht en hoge werkdruk zijn net statistisch significant. Mannen gebruiken meer cannabis dan vrouwen. Wie onder hogere werkdruk meer middelen gebruikt, is vaker een cannabisgebruiker. Diegenen die roken en overmatig alcohol gebruiken, gebruiken ook vaker cannabis.

5.3 Meervoudig gebruik

Tabel 21: Aantal huisartsen met multipel gebruik (roken, overmatig alcoholgebruik, cannabis- en psychotropicagebruik)

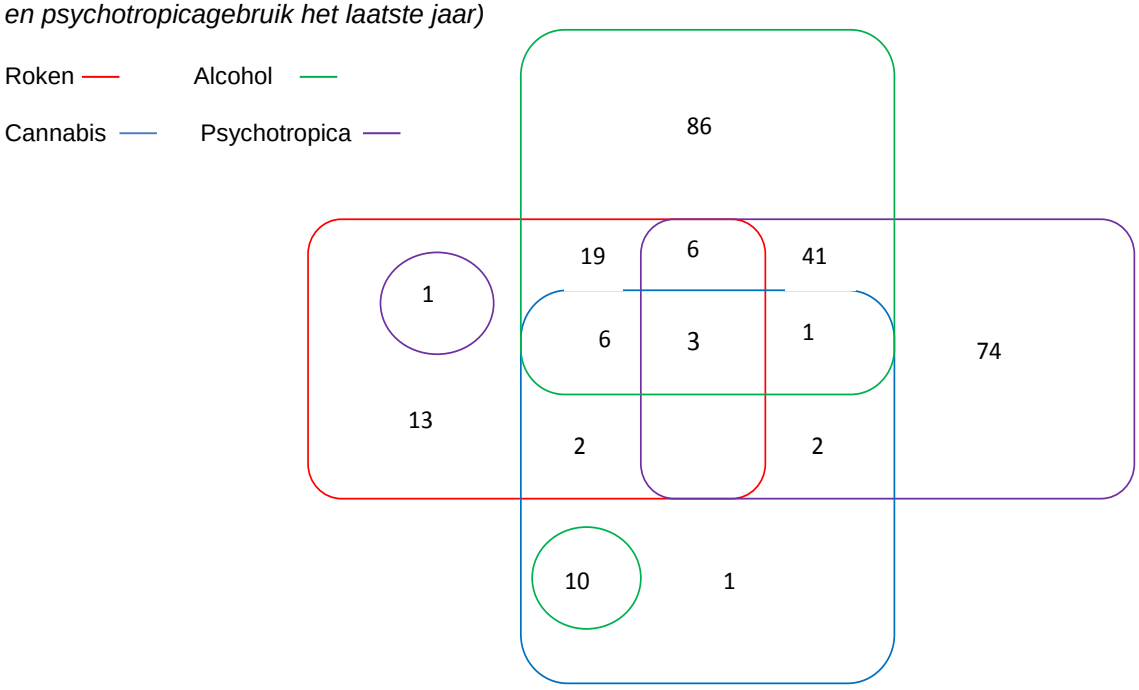
	CANNABIS	ROKEN	ALCOHOL	PSYCHOTOPICA
CANNABIS	25 (100%)	11 (44%)	20 (80%)	6 (24%)
ROKEN	11 (22%)	50 (100%)	34 (68%)	10 (20%)
ALCOHOL	20 (9%)	34 (16%)	212 (100%)	51 (24%)
PSYCHOTOPICA	6 (5%)	10 (8%)	51 (40%)	128 (100%)

Volgens Tabel 20 rookte 44% van de cannabisgebruikers, terwijl van de rokers slechts 22% cannabis gebruikte het afgelopen jaar. Van de cannabisgebruikers dronk 80% overmatig alcohol en gebruikte 24% psychotropica het afgelopen jaar. Terwijl bij de rokers 68% overmatig alcohol dronk en 20% psychotropica gebruikte het laatste jaar.

Van de risicodrinkers gebruikte slechts 9% cannabis, 16% rookte en 24% gebruikte psychotropica het afgelopen jaar. Van de gebruikers van psychotropica gebruikte 5% cannabis, rookt 8% en gebruikt 40% alcohol.

Figuur 5 toont dat slechts 3 huisartsen (3/626= 0,5%) tabak rookten, overmatig alcohol dronken en cannabis en psychotropica gebruikten het afgelopen jaar. Negen huisartsen (9/626= 1,4%) rookten tabak, dronken alcohol (overmatig) en namen psychotropica. Nog 9 andere huisartsen gebruikten tabak, cannabis en alcohol het laatste jaar. Vier (4/626= 0,6%) huisartsen gebruikten cannabis, alcohol en psychotropica het afgelopen jaar.

Figuur 1: Aantal huisartsen met meervoudig gebruik (roken, overmatig alcoholgebruik, cannabis- en psychotropicagebruik het laatste jaar)



5.4 Opvattingen en gedragingen

5.3.1 Voorbeeldfunctie

92% van de studiegroep vindt dat een huisarts een **voorbeeldfunctie** heeft voor de patiënten en voor de gemeenschap. Evenveel (91%) mannen als vrouwen. Echter, 89% van de huisartsen ≤ 45 jaar en 94% van de huisartsen >45 jaar (p=0,02) en 88% van de risicodrinkers en 94% van de niet-risico drinkers (p=0,02) vinden dat de huisarts een voorbeeldfunctie heeft. Dus oudere en niet-risicodrinkende huisartsen schatten hun voorbeeldfunctie belangrijker in. Met rookgedrag, cannabis- en psychotropicagebruik wordt geen associatie gevonden.

5.3.2 Opvattingen in verband met roken

Van de huisartsen beweert **85%** routinematig en actief te **informeren** naar het rookgedrag van de patiënt, waarvan bijna evenveel mannen als vrouwen. Jonge huisartsen (≤ 45 jaar) informeren minder frequent (82%) naar het rookgedrag dan oudere (>45 jaar) huisartsen (87%). Dit verschil is niet significant. Met rookgedrag van de huisarts wordt net geen associatie gevonden (p=0,05).

Van de huisartsen beweert **86%** routinematig en actief rokers te **adviseren** om te stoppen met roken, waarvan 87% van de mannen en 83% van de vrouwen (p= 0,03). Jonge huisartsen (≤45 jaar) geven significant minder frequent (83%) rookstopadvies dan oudere (>45 jaar) huisartsen waarvan 90% het stoppen van roken adviseert (p=0,004).

Van de huisartsen vindt **83%** dat **roken in alle restaurants/bars en cafés** moet worden **verboden**, waarvan 81% van de mannen en 86% van de vrouwen (p=0,09), 85% van de huisartsen ≤ 45 jaar en 81% van de huisartsen ouder dan 45 jaar (p=0,13) en 87% van de nooit-rokers, 76% van de ex-rokers en 58% van de huidige rokers (p<0,001).

5.3.3 Opvattingen in verband met alcohol

Van de huisartsen vindt **72%** dat de **alcoholgrens** die gehanteerd wordt in het verkeer **niet van 0,5 promille naar 0 promille** moet worden gebracht, waarvan 77% van de mannen en 64% van de vrouwen (p<0,001), 68% van de huisartsen ≤ 45 jaar en 75% van de huisartsen > 45 jaar (p=0,02) en 65% van de niet-risicodrinkers en 84% van de risicodrinkers (p<0,001). Huisartsen die frequent binge drinken (p=0,004) en huisartsen die psychotropica gebruiken (p<0,001) wensen minder vaak een totaal alcoholverbod in het verkeer. Met rookgedrag en cannabisgebruik wordt geen significant verschil aangetoond.

5.3.4 Hulp zoeken

Van de huisartsen getuigt **64%** dat, indien hij of zij een alcohol en/of drugprobleem heeft, zij het **moeilijker zouden vinden om als huisarts medische hulp te zoeken**, waarvan 62% van de mannen en 67% van de vrouwen (NS) en 70% van de huisartsen ≤ 45 jaar tegenover 58% van de huisartsen > 45 jaar (p=0,001). Risicodrinkers en huisartsen die cannabis roken of psychotropica gebruiken, zouden het moeilijker hebben om medische hulp te zoeken bij een probleem. Echter dit verschil is niet significant.

5.3.4 Werkdruk

Van de huisartsen zei **11% dat hoge werkdruk ooit een reden geweest is om meer te gaan drinken en/of drugs te gaan gebruiken**, waarvan 12% van de mannen en 8% van de vrouwen (p=0,07), evenveel (11%) huisartsen ≤ 45 jaar als > 45 jaar (p=0,43), maar 18% van de risicodrinkers tegenover 7% van de niet-risicodrinkers (p< 0,001). De hoge werkdruk als reden voor drank of druggebruik is bij 32% van de cannabisgebruikers en 10% van de niet-gebruikers aanwezig (p=0,003) en bij 22% van de huidige rokers en 9% van de nooit-rokers (p=0,005). Er wordt ook een significant verschil met psychotropica gebruik gevonden (p< 0,001). Hoe meer psychotropica men gebruikte het afgelopen jaar, hoe meer men middelen is gaan gebruiken bij hoge werkdruk, namelijk 7% bij geen voorafgaand gebruik, 21% bij voorafgaand gebruik van één, 29% bij twee en 40% bij drie verschillende psychotropica.

Samenvattend, het subjectieve verband tussen werkdruk en gebruik van drank en/of drugs is significant groter bij rokers, risicodrinkers, cannabisgebruikers en gebruikers van psychotropica.

6. Discussie

Voor zover onze kennis, is deze studie over de gezondheidsgedragingen bij een substantieel aantal Vlaamse huisartsen, de eerste in zijn soort die simultaan de prevalentie van roken, alcoholgebruik en middelengebruik (drugs en geneesmiddelen) nagaat.

Rookgedrag

De prevalentie van huidig roken bij huisartsen is **8%.** Van de huisartsen heeft 78% nooit gerookt. **Onafhankelijke risicofactoren** voor huidig roken, zijn het werken als **solo arts**, **overmatig alcoholgebruik** en het **gebruik van cannabis**.

Mogelijke verklaringen waarom solo artsen meer geneigd zijn om te roken, is dat solo artsen vaker mannelijke, oudere huisartsen zijn die afstammen van een generatie waarin roken nog de norm was. Huisartsen die in een groepspraktijk werken, krijgen misschien vaker opmerkingen van collegae over hun rookgedrag. Ze zullen door deze sociale controle sneller geneigd zijn te stoppen met roken. Tevens is het bekend dat er een sterke link bestaat tussen roken en cannabisgebruik en tussen roken en alcoholgebruik. Cannabisgebruikers beginnen 8,4 keer meer met roken, zijn minder geneigd om te stoppen met roken en als ze willen stoppen is de kans dat ze falen, groter [78].

Alcoholgebruik

De prevalentie van alcoholgebruik bij Vlaamse huisartsen is **95%.** Dat wil zeggen dat 1 huisarts op 20 een geheelonthouder is. Mannelijke huisartsen drinken vaker en meer en doen frequenter aan binge drinken dan hun vrouwelijke collegae. **Ongeveer 1 op 3 huisartsen is een risicodrinker.** Mogelijk zijn deze hoge prevalentiecijfers bij huisartsen eerder te wijten aan hun socio-economische status dan aan het beroep zelf [79]. Ook de mogelijke invloed van het aanbieden van alcohol op sociale bijeenkomsten kunnen een invloed hebben op het alcoholgebruik van artsen. Farmaceutische firma's bieden op bijscholingen vaak alcohol aan samen met een uitgebreide maaltijd als onderdeel van hun marketingstrategie [80]. Echter deze mogelijke associatie werd nog onvoldoende onderzocht bij artsen. Huisartsen ≤ 34 jaar en mannelijke huisartsen tussen 55 en 64 jaar waren vaker risicodrinkers. Dit wijst er mogelijk op dat jonge huisartsen zich nog onvoldoende bewust zijn van het gevaar van alcohol. De verandering in rookgedrag bij artsen die de laatste jaren heeft plaatsgevonden, doordat men zich meer bewust werd van de gevaren van roken, heeft zich voor alcohol duidelijk nog niet ingezet. Alcohol is nochtans in de Europese Unie de derde grootste oorzaak, na roken en hypertensie, van een slechte gezondheid en vroegtijdig overlijden [81]. Volgens onderzoek sterven alcoholverslaafden gemiddeld 15 jaar vroeger dan de personen uit de niet-drinkende controlegroep. Vooral mensen, tussen de leeftijd van 35-44 jaar, die reeds problematisch drinken, lopen een hoger risico om vroegtijdig te sterven [82].

Echter matig alcoholgebruik hoeft niet schadelijk te zijn. Alcohol wordt vaak gezien als iets dat de gezondheid ten goede komt. Een lage dosis alcohol verlaagt namelijk het risico op hart- en vaatziekten, hoewel de exacte afname van dit risico en de hoeveelheid alcohol waarbij de grootste afname van het risico plaatsvindt, nog ter discussie staan. Algemeen is men het er in de wetenschappelijke literatuur over eens dat matig gebruik van alcohol beschermt tegen ischemisch herseninfarct, diabetes type 2 en de ontwikkeling van galstenen [83,84] . Misschien zijn jonge huisartsen door deze wetenschappelijke studies ervan overtuigd dat drinken van alcohol niet zoveel kwaad kan.

Mannen, huidige rokers en cannabisgebruikers lopen significant meer kans op overmatig alcoholgebruik. Uit de literatuur blijkt dat rokers die afhankelijk zijn van nicotine 2,7 keer meer kans lopen om ook afhankelijkheid van alcohol te ontwikkelen [78].

Huisartsen die > 60 uur per week werken en huisartsen die onder werkdruk meer alcohol en/of middelen gebruiken, verhogen hun kans op risicodrinken. Dit lijkt logisch aangezien langere werkuren en werkdruk belangrijke stressoren zijn die een negatieve invloed kunnen hebben op het persoonlijk welzijn van de huisarts en zo kunnen leiden tot meer alcoholgebruik.

Middelengebruik

Eén op 5 huisartsen gebruikte het laatste jaar **psychotropica**. Van alle Vlaamse huisartsen gebruikte het laatste jaar 1 op 7 slaapmiddelen, 1 op 20 kalmeermiddelen, 1 op 25 SSRI/SNRI's en 1 op 9 pijnstillers (mineure opiaten). **Slaapmiddelen en mineure opiaten waren de frequentst gebruikte zelf voorgeschreven geneesmiddelen.**

Vrouwen gebruiken in onze studie iets meer **psychotropica** dan mannen, maar het verschil is niet significant. Psychotropicagebruik neemt wel significant toe met de leeftijd van de huisarts. Volgens de literatuur gebruiken vrouwen meer geneesmiddelen dan mannen en neemt het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen ook sterk toe met de leeftijd [85]. Huisartsen die onder **werkdruk** meer middelen gebruiken, gebruiken ook vaker psychotropica. In onze enquête is **werkdruk** de enige significante onafhankelijke factor voor het gebruik van pijnstillers. Huisartsen doen vaak aan zelfdiagnose en schrijven zichzelf medicatie voor. Ze hebben daarenboven gemakkelijk toegang tot geneesmiddelen. Dit kan sneller aanleiding geven tot middelenmisbruik en afhankelijkheid. Een studie van Talbott et al.[86] rapporteerde dat bij artsen die behandeld werden voor middelenmisbruik na alcohol, automedicatie (voornamelijk opiaten en benzodiazepines) het meest frequent voorkwam.

Cannabis wordt in ons onderzoek door **4%** van de huisartsen gebruikt. Alle gebruikers zijn jonger dan 34 jaar en het merendeel is man. **Wie onder werkdruk meer middelen gebruikt, gebruikt meer cannabis en zij die roken en overmatig alcohol gebruiken, gebruiken ook vaker cannabis.**

Opvattingen en gedragingen

Rolmodel

Negen op 10 huisartsen vinden dat ze een **voorbeeldfunctie** hebben. Vooral oudere huisartsen vinden dat ze een rolmodel zijn voor hun patiënten. Een mogelijke verklaring hiervoor is misschien de veranderde relatie tussen de arts en de patiënt, gaande van een paternalistische naar een eerder partnership relatie. Patiënten zijn kritischer geworden voor hun huisarts. Misschien dat jonge artsen zich hierdoor minder een rolmodel voelen.

Roken

Van de huisartsen beweert 85% routinematig en actief te informeren naar het rookgedrag van de patiënt en 86% adviseert routinematig en actief rokers om te stoppen met roken. Van de huisartsen vindt **83%** dat **roken in alle restaurants/bars en cafés** moet worden **verboden**. Huidige rokers waren hier minder akkoord mee (58%), dan nooit-rokers (87%), wat evident is.

Alcohol

72% van de huisartsen is er niet voor om de **alcoholgrens,** die gehanteerd wordt in het verkeer, **van 0,5 promille naar 0 promille** te brengen. Vooral mannen, ouder dan 45 jaar, risicodrinkers en binge drinkers vinden dit geen goed idee. Hoe vaker men aan binge drinken doet, hoe meer men tegen een verlaging van de alcoholgrens is. Van de huisartsen, die nooit aan binge drinken doen, wenst 62% een verlaging van de alcoholgrens. Voornamelijk huisartsen jonger dan 34 jaar (32%) wensen een volledig alcoholverbod, ondanks het feit dat juist deze groep van huisartsen overmatig drinkt in onze studie. Misschien dat dit kan verklaard worden door de vele campagnes die rond drinken en verkeersveiligheid worden gevoerd. Er heerst bij de jonge generatie misschien meer een BOB- gevoel. Ook huisartsen die psychotropica gebruiken, wensen minder vaak een totaal alcoholverbod in het verkeer.

Hulp zoeken

64% van de huisartsen zou het moeilijk vinden, indien hij of zij een alcohol en/of drugprobleem heeft, **om als huisarts medische hulp te zoeken;** Voornamelijk huisartsen ≤ 45 jaar. Risicodrinkers en huisartsen die cannabis roken of psychotropica gebruiken, hebben de neiging om het moeilijker te vinden om medische hulp te zoeken bij een probleem. Echter er werd geen significant verschil aangetoond. Huisartsen ervaren een drempel bij het zoeken naar hulp. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk: Ten eerste geloven huisartsen dat ze immuun zijn voor problemen. Vaak hebben ze geen eigen huisarts, omdat ze liever niet worden geconfronteerd met hun eigen kwetsbaarheid [51]. Ten opzichte van collegae en patiënten houden ze de schijn op. De huisarts die ineens zelf patiënt wordt, voelt een zekere schroom. Ten tweede aarzelen huisartsen vaak om hun beroepsactiviteit te onderbreken om gezondheidsredenen, gezien de moeilijkheid om vervanging te vinden en het niet-gecompenseerde inkomstenverlies [64]. Ten derde hebben huisartsen schrik voor de wettelijke gevolgen en het mogelijke verlies van hun licentie.

Meervoudig gebruik van middelen

Ongezonde gewoontes zoals roken, cannabisgebruik, overmatig alcoholgebruik en psychotropicagebruik hangen sterk met elkaar samen. Volgens de literatuur bestaat er een **sterke link tussen cannabisgebruik en het roken van tabak**. De vrijgave van dopamine bij het roken zal de effecten van alcohol intensifiëren, zodat roken het drinken van alcohol stimuleert. Dit komt ook tot uiting in de cijfers: maar liefst **80 à 90% van mensen met een alcoholafhankelijkheid rookt.** Het rookgedrag, dat de laatste decennia daalde in de algemene bevolking, blijft in de populatie van alcoholverslaafden even hoog [78]. Er zijn een aantal redenen terug te vinden waarom mensen drugs combineren. Nabben en Korf [87] spreken in deze context over het versterken, afzwakken of combineren van effecten. Ook spelen de omgeving, de vriendenkring en de sfeer van het moment een belangrijke rol bij het overwegen om drugs te combineren. Clayton [88] zegt dat drugs worden gecombineerd omdat ze elkaar kunnen versterken of neutraliseren. Mensen met een hoog alcoholgebruik hebben een grotere kans om ook veel tabak te gebruiken. Dit effect geldt ook in de andere richting. Anthony et al. [89] tonen aan dat het gebruik van één van beide drugs de kans op voortgezet gebruik van de andere drug verhoogt. Het gecombineerd gebruik van alcohol en tabak leidt tot een verhoogd risico op cardiovasculaire problemen. In een aantal retrospectieve studies is duidelijk aangetoond dat het gecombineerd effect van tabak en alcohol de ontwikkeling van kanker op additieve wijze beïnvloedt. Dit wil zeggen dat het risico op kanker bij combigebruik groter is dan de som van de afzonderlijke risico's om kanker te ontwikkelen.

6.1 Vergelijking met andere studies over artsen

In buitenlandse studies onderzocht men vaak slechts één van volgende gedragingen (roken, alcoholgebruik of middelengebruik) bij artsen. Dit maakt onze studie zo uniek, aangezien wij zowel rookgedrag, alcohol- als middelengebruik bij huisartsen nagaan. In België werd, voor zover bekend, een dergelijke studie nog nooit eerder uitgevoerd bij huisartsen.

- **Binnenlandse studies**

Enkele weken na onze enquête verrichtte "De Specialisten" krant [90] een zeer gelijkende enquête bij 1500 specialisten. Van de specialisten zijn 8% rokers, wat overeenkomt met het aantal rokende huisartsen onze studie. Het aantal geheelonthouders blijkt nagenoeg hetzelfde (Specialist: 6%, onze studie: 5%). Onder de huisartsen zien we minder dagelijkse drinkers (14%), dan bij de specialisten (20%). Huisartsen en specialisten hebben een vergelijkbaar alcoholconsumptiegedrag: tweederde van de artsen drinkt 1-2 glazen alcohol per dag, de helft heeft het laatste jaar nooit aan binge drinken gedaan en één op zeven binge-drinkt iedere maand. Zowel één op zeven specialisten als huisartsen gebruikte het laatste jaar slaapmiddelen. Zowel bij huisartsen als bij specialisten gebruikt één op vijf van de 45 tot 54-jarigen slaapmiddelen. Huisartsen gebruiken minder kalmeermiddelen (5%) dan specialisten (9%). Amfetamines e.a. worden door beiden even weinig gebruikt (1%).

Conclusie: huisartsen en specialisten houden er een vergelijkbaar gedrag op na met betrekking tot roken, alcohol en middelengebruik.

- **Buitenlandse studies**

Rookgedrag

Slechts 8% van de Vlaamse huisartsen rookt tabak. Dit ligt in de lijn van andere landen, zoals de V.S., Groot-Brittannië en Australië waar het percentage rokende artsen onder de 10% ligt [21].

Alcoholgebruik

In een Amerikaanse studie [48] blijkt dat 87% van de artsen het laatste jaar alcohol dronk en dat 10% dagelijks alcohol dronk (in onze studie respectievelijk 95% en 14%). In Noorwegen [74] dronken 8 artsen op 10 meer dan één keer per maand alcohol het laatste jaar (in onze studie: 87%). Een directe vergelijking met buitenlandse studies wat betreft alcoholmisbruik is moeilijk aangezien de definities die worden gehanteerd enorm verschillen van studie tot studie. Er is een grote variatie in het aantal artsen dat problematisch drinkt. In de V.S. heeft 6-8% van de artsen een alcoholafhankelijkheid en 12-16%

van de artsen drinkt risicovol (AUDIT ≥ 6) in Noorse studies [74]. In studies uit Finland en in Noorwegen is problematisch alcoholgebruik bij specialisten gerelateerd aan leeftijd en geslacht: meer mannelijke artsen en artsen ouder dan 40 jaar hebben een verhoogd risico op overmatig alcoholgebruik [71]. In een studie in de V.S. [50] daarentegen blijken jongere artsen vaker alcohol te drinken dan oudere collegae. In onze studie drinken ook meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen alcohol, echter huisartsen ≤ 34 jaar en mannelijke huisartsen tussen de 55 en de 64 jaar hebben meer risico op overmatig alcoholgebruik.

Middelengebruik

Onze prevalentiecijfers over gebruik van cannabis en amfetamines liggen in de lijn met de cijfers van een Amerikaanse studie.[50]. Bij Amerikaanse artsen blijkt 18% het laatste jaar mineure opiaten te hebben gebruikt. In onze studie is dit cijfer wat lager, namelijk 11%. In onze studie waren pijnstillers (mineure opiaten) en slaapmiddelen, net zoals bij de Amerikaanse artsen, de frequentst gebruikte voorgeschreven geneesmiddelen.

6.2 Vergelijking met de algemene bevolking

We vergelijken onze gegevens met de gezondheidsenquête* van 2008 die bij een representatief staal van de Belgische bevolking werd afgenomen.

Rookgedrag [91]

23% van de Vlamingen (van 15 jaar of ouder) roken, 24% blijkt ex-roker en 52% is nooit-roker. In onze studie blijkt slecht 8% van de Vlaamse huisartsen te roken, 14% is ex-roker en 78% is nooit-roker. Van de Vlamingen die dagelijks roken, deed 63% al een poging om te stoppen met roken. Bij de huisartsen die in onze studie dagelijks roken, was dit 72%.

Huisartsen doen het qua rookgedrag dus beter dan de algemene bevolking. Er zijn meer huisartsen die nooit hebben gerookt. Huisartsen roken minder dan de algemene bevolking en meer rokende huisartsen hebben al een poging ondernomen om te stoppen met roken.

---

* De Gezondheidsenquête 2008 is een steekproef van alle inwoners van België, gelaagd per regio, provincie en gemeente, en samengesteld op basis van het Rijksregister, met als selectie-eenheid het huishouden. Ze bestaat uit 10.000 individuen: 3.500 in het Vlaams Gewest, 3.500 in het Waals Gewest (waaronder 300 in de Duitstalige Gemeenschap) en 3.000 in het Brussels Gewest. De enquête bestaat uit drie delen: twee mondelinge vragenlijsten en één schriftelijke vragenlijst, welke door iedere geselecteerde persoon vanaf 15 jaar diende ingevuld te worden.

Alcoholgebruik [92]

82% van de Vlamingen (M:86%,V:80%) geeft aan alcohol te hebben geconsumeerd in 12 maanden voorafgaand aan de enquête. 12% drinkt dagelijks (M:16%,V:9%). In Vlaanderen doet 9% geregeld (minstens één keer per week) aan binge drinken (M:14%,V:4%) en gebruikt 10% alcohol problematisch (M:13%,V:6%) (volgens CAGE). Het problematisch gebruik betreft proportioneel meer mannen in de leeftijdsgroep 25-34 jaar alsook in de leeftijdsgroep 45-64 jaar. Bij de vrouwen ligt de kritieke leeftijd tussen 45 en 54 jaar. Bij de Vlaamse huisartsen dronk 95% alcohol het laatste jaar,14% drinkt dagelijks alcohol, waarvan zeven keer meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen. Bij de huisartsen doet slechts 3% wekelijks aan binge drinken, 34% vertoont risicovol drinkgedrag (M:47%,V:16%). Het aantal risicodrinkers is het grootst bij huisartsen onder de 34 jaar en bij mannen zien we ook een kleine piek tussen 55 en 64 jaar. Over het risicovol of problematisch alcoholgebruik kan moeilijk uitspraak worden gedaan aangezien andere definities en testen werden gehanteerd.

Vlaamse huisartsen drinken vaker alcohol, drinken meer dagelijks, maar doen minder frequent aan binge drinken dan de algemene bevolking.

Middelengebruik [93]

In het Vlaams Gewest geeft 4,6% van de bevolking van 15 – 64 jaar aan cannabis gebruikt te hebben in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête. Mannen (7%) geven meer aan dan vrouwen (3%) recent cannabis gebruikt te hebben. Van de Vlaamse huisartsen heeft 4% cannabis gebruikt het laatste jaar, meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen. Andere drugs (zoals cocaïne of amfetamines of ecstasy) werden door 4% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar ooit gebruikt. 1,5% van de bevolking heeft één van deze producten de afgelopen 12 maanden gebruikt. Bij de huisartsen geeft 1% aan het afgelopen jaar amfetamines, cocaïne, ecstasy of rilatine gebruikt te hebben.

Vlaamse huisartsen gebruiken minder illegale drugs dan de doorsnee Vlaamse bevolking.

6.3 Kwaliteit van het onderzoek

De respons van de Vlaamse huisartsen op onze studie is behoorlijk. Dit laat uitschijnen dat een belangrijk deel van de huisartsen geïnteresseerd is in een studie met betrekking tot de eigen gezondheid.

Ondanks het feit dat we bij elke gemailde vragenlijst anonimiteit en vertrouwelijkheid garandeerden, kan de gevoeligheid om dergelijke data te verzamelen een onderschatting geven van het werkelijke gebruik bij huisartsen. Tevens kan het zijn dat, door gebruik te maken van zelfgerapporteerde vragenlijsten, de deelnemers bepaald gebruik vergeten of ontkennen. Deelnemers kunnen soms ook antwoorden naargelang de sociale wenselijkheid. We dienen dus rekening te houden met een mogelijke “respons bias”.

Aangezien de vragenlijst anoniem werd teruggestuurd, is er geen manier om directe verschillen te onderzoeken tussen hen die wel en niet op onze enquête hebben geantwoord. Mogelijk zijn er meer misbruikers bij de niet-deelnemers, dus nogmaals een “respons bias”.

Het online laten invullen van de vragenlijst, kan evenzeer aanleiding tot, opnieuw een “respons bias”. De meerderheid van de huisartsen werkt dezer dagen wel met de computer maar niet iedereen beschikt over een emailadres of maakt gebruik van het internet. Als we rekening houden met de algemene onderrapportering van alcoholgebruik, dan kan het cijfer van alcoholgebruik nog hoger zijn.

Om zoveel mogelijk huisartsen te bereiken, vroegen we in onze mail de vragenlijst door te sturen naar de collegae van de wachtkring. Door op deze manier huisartsen te rekruteren, kan de exacte “respons rate” op onze enquête niet achterhaald worden, omdat we de juiste noemer niet kennen. Echter ons primair doel bestond erin een groot aantal huisartsen te bevragen.

De AUDIT (alcoholtest), speciaal ontwikkeld voor de eerste lijn, is lang en tijdrovend. Vanuit praktische overweging werd geopteerd voor de verkorte versie, AUDIT_C voor het bepalen van het aantal risicodrinkers. Dit omwille van zijn validiteit en gebruiksgemak. Er werd een afkapwaarde van 5 gehanteerd voor beide geslachten. Hoe hoger de afkapwaarde, hoe specifieker de test wordt (minder vals-positieven), maar hoe meer de sensitiviteit (meer vals-negatieven) daalt. Er werd geopteerd om zo min mogelijk vals positieven te hebben.

De enquête laat niet toe een onderscheid te maken tussen aan alcohol en/of middelenverslaafde en niet-verslaafde artsen. Bij de opvattingen peilen we naar de drempel, die men als huisarts ervaart om hulp te zoeken. Vragen naar mogelijke beïnvloedende factoren en oorzaken van het niet zoeken van hulp zou interessant zijn. In onze enquête peilen we ook niet naar de zorg die eventuele verslaafde artsen uiteindelijk gezocht of gevonden hebben. Het zou interessant zijn om te ontdekken hoe die artsen, ondanks die drempel toch hulp zochten en of ze die dan ook vonden.

Ondanks de beperkingen van ons onderzoek durven we uit gronde van de nagestreefde betrouwbaarheid, validiteit en statistische significantie aan te nemen dat de wetenschappelijke waarde van onze resultaten in voldoende mate wordt gegarandeerd.

6.4 Adviezen

In de toekomst is het nodig dat er **verder onderzoek** wordt verricht naar de gezondheid van de huisarts, de invloed van deze op de kwaliteit van zorg en de visie van huisartsen over een eigen uitgebouwde zorgstructuur. Om een goede zorg voor (huis)artsen te kunnen uitbouwen, is kennis noodzakelijk over welke doelgroepen het kwetsbaarst zijn en welke factoren een invloed uitoefenen op een ongezonde levensstijl. Dit alles om de zorg voor (huis)artsen te kunnen optimaliseren. Tevens dient men **een programma** v**oor de aanpak van de gezondheid bij (huis)artsen** uit te werken. Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) rond burn-out [62] bij huisartsen bracht reeds een aantal interessante aanbevelingen om de zorg voor huisartsen te verbeteren. Zo is **preventie** zeer belangrijk, ook bij de huisartsen zelf. Vooreerst moet binnen de opleiding geneeskunde genoeg aandacht besteed worden aan de gevolgen van overmatig alcohol –en middelengebruik en de verslavingsproblematiek, niet alleen met betrekking tot patiënten, maar ook als een probleem waarmee artsen zelf te maken kunnen hebben. Men zou binnen de opleiding reeds groepssessies kunnen houden tussen studenten en jonge artsen rond stressmanagement en coping mechanismen. Vervolgens moet men elke huisarts ertoe bewegen **een eigen huisarts** te hebben. Bij voorkeur iemand buiten de eigen vriendenkring en buiten de geografische zone waarin hij beroepshalve actief is en die speciaal opgeleid is om collega-artsen op te volgen. Een ander punt is om ervoor te zorgen dat er een **gezondheidsdienst** voor huisartsen komt. Deze kan psychologische en lichamelijke problemen vroegtijdig opsporen zonder huisartsen te stigmatiseren. Of deelname aan deze “check –ups” verplicht moeten worden, is een moeilijke vraag. Juist de meest kwetsbare artsen zullen meer weerstand tonen en vaker problemen ontkennen. Zij zullen dus meer gebaat zijn met verplichte medische onderzoeken op regelmatige tijdstippen dan preventieve acties op vrijwillige basis. Eventueel zou een financiële tegemoetkoming van het RIZIV een extra stimulans zijn voor de huisarts om hieraan deel te nemen. Daarenboven moet er een **duidelijke structuur** komen, met een laagdrempelige ingangspoort en hulpstructuren voor zorgcoördinatie die de zieke artsen doorverwijzen naar een netwerk van professionele zorgverleners. Het ganse **zorgnetwerk**, vanaf de opvang tot de behandeling zelf, moet in de eerste plaats gericht zijn op het welzijn van de arts, en moet hem bijgevolg beschermen tegen elke vorm van aanklacht bij de regelgevende instanties. Tenslotte moet men ook een **programma voor professionele herintegratie** voorzien (terugkeer naar de vorige beroepsactiviteit of heroriëntering) en een regelmatige opvolging van de artsen, vooral in het geval van verslavingen.

7. Besluit

We enquêteerden **626 Vlaamse huisartsen** (57% mannen, 43% vrouwen) over rookgedrag, alcoholgebruik, middelengebruik en enkele opvattingen en gedragingen over een gezonde levensstijl.

8% van Vlaamse huisartsen is een huidige **roker**. Onafhankelijke factoren die huidig roken beïnvloeden, zijn het werken als solo arts, overmatig alcoholgebruik en het gebruik van cannabis. Huisartsen doen het qua rookgedrag beter dan de algemene bevolking.

95% gebruikte het laatste jaar **alcohol**, 14% drinkt dagelijks. Zowel qua frequentie als in aantal consumpties drinken mannen vaker dan vrouwen alcohol, wat overeenkomt met bevindingen in de Vlaamse populatie. Eén op twee huisartsen doet nooit aan binge drinken, 12% drinkt elke maand meer dan 6 glazen alcohol op eenzelfde gelegenheid, en bij slechts 3% gebeurt binge drinken wekelijks. Mannelijke huisartsen en huisartsen jonger dan 34 jaar doen het frequentst aan binge drinken. Huisartsen drinken vaker alcohol, drinken meer dagelijks, maar doen minder frequent aan binge drinken dan de algemene bevolking. Eén op 3 huisartsen heeft risico op overmatig alcoholgebruik (AUDIT_C ≥5). Mannen jonger dan 34 jaar (62%) en mannen tussen 55 en 64 jaar (50%) hebben meer kans om een risicodrinker te zijn. Bij vrouwen neemt het risico op overmatig alcoholgebruik af met de leeftijd. Geslacht, huidige roken, cannabisgebruik, lange werkuren en hoge werkdruk blijken onafhankelijke factoren die het overmatig alcoholgebruik beïnvloeden.

Eén op 5 huisartsen gebruikte het laatste jaar **psychotropica**. Slaapmiddelen en mineure opiaten zijn de vaakst gebruikte geneesmiddelen. Op alle Vlaamse huisartsen gebruikten 1 op 7 het laatste jaar slaapmiddelen, 1 op 9 pijnstillers (mineure opiaten), 1 op 20 kalmeermiddelen en 1 op 25 SSRI/SNRI's. Zware opiaten worden door 0,8% van de huisartsen gebruikt. De leeftijd van de huisarts en de werkdruk blijken de enige onafhankelijke factoren die het gebruik van psychotropica beïnvloeden. Voor **pijnstillergebruik** blijkt dit enkel werkdruk te zijn.

Illegale drugs worden weinig gebruikt door huisartsen. **Cannabis** (4%) wordt uitsluitend gebruikt door huisartsen jonger dan 34 jaar en slechts 1% gebruikte amfetamines, cocaïne, ecstasy of rilatine het laatste jaar. Het geslacht, het in groepsverband werken, roken, overmatig drinken en hoge werkdruk zijn onafhankelijke factoren die het gebruik van cannabis beïnvloeden. Huisartsen gebruiken minder illegale drugs dan de doorsnee Vlaamse bevolking.

Roken en/of alcohol en/of middelen worden vaak **gecombineerd.** Wat de gevolgen van dit rookgedrag, alcohol- en middelengebruik zijn op de zorg van patiënten is onduidelijk.

Negen op 10 huisartsen vindt dat ze een **voorbeeldfunctie**. Van de huisartsen vindt 64% dat indien hij of zij een alcohol en/of drugprobleem heeft, het moeilijker zou vinden om als huisarts **medische hulp te zoeken**. Er is nood aan een gestructureerd en laagdrempelig zorgsysteem voor de huisarts zelf.

8. Dankwoord

Dank aan alle huisartsen die hun medewerking verleenden aan dit onderzoek.

Dank aan mijn promotor Prof. Dr. Hendrik Cammu, die me begeleidde bij elke stap van de beginfase tot een afgewerkt onderzoek. Ook dank ik Prof. Ronald Buyl en Prof. Dr. Dirk Devroey die me bijstonden bij de statistische verwerking van de gegevens.

Dank aan mijn familie en vrienden voor de steun tijdens deze periode.

9. Referenties

1. Australian Medical Association (AMA). Health and wellbeing of doctors and medical students. 2011.Beschikbaar via: http://ama.com.au/node/6551. Geraadpleegd 2011 december 5.
2. Davis R. When doctors smoke Tob control 1993; 2: 187-188.
3. Abuissa H, Lavie C, Spertus J, O'Keefe J Jr. Personal health habits of American cardiologists. Am J Cardiol 2006; 97: 1093-1096.
4. John U, Hanke M. Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. Eur J Cancer Prev 2003; 12: 235-237.
5. World Health Organisation (WHO). Why tobacco is a public health priority. Beschikbaar via: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html. Geraadpleegd 2011 november 05.
6. Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Sterfte door roken (tabaksgerelateerde sterfte) 2009. Beschikbaar via:http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Sterfte-door-roken-(tabaksgerelateerde-sterfte). Geraadpleegd 2011 oktober 10.
7. Fowler G. Educating doctors in smoking cessation. Tob Control 1992; 2: 5-6.
8. Garfinkel L. Cigarette smoking among physicians and other health professionals, 1959–1972. CA Cancer J Clin 1976; 26: 373-375
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004, 328: 1519-1528.
10. Brandt AM. The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America. New York, Basic Books, 2007.
11. Gardner M, Brandt A. The physician in US Cigarette Advertisements, 1930-1953 Am J public health. 2006; 96: 222-232
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Smoking behavior and attitudes of physicians, dentists, nurses, and pharmacists, 1975. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1977; 26: 185.
13. Sterling TD, Weinkam JJ. Smoking characteristics by type of employment. J Occup Med 1976; 18: 743-754.
14. Garfinkel L, Stellman SD. Cigarette smoking among physicians, dentists, and nurses. CA Cancer J Clin 1986; 36: 2-8
15. Stellman SD, Boffetta P, Garfinkel L. Smoking habits of 800 000 American men and women in relation to their occupations. Am J Ind Med 1988; 13: 43-58.
16. Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackbill R, Cameron LL, Peddicord J, et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA 1994; 271: 1273-1275.
17. Nelson DE, Emont SL, Brackbill RM, Cameron LL, Peddicord J, Fiore MC. Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States. A comparison between 1978 to 1980 and 1987 to 1990. J Occup Med 1994; 36: 516-525.
18. Lee DJ, LeBlanc W, Fleming LE, Gomez-Marin O, Pitman T. Trends in US smoking rates in occupational groups: The National Health Interview Survey 1987–1994. J Occup Environ Med 2004; 46: 538-548.
19. Van Reek J, Adriaanse H. Smoking by physicians in Scandinavia: 1952–1989. Scand J Soc Med 1991; 19: 256-259.
20. Adriaanse H, Halfens R, Drop MJ, van Reek J. Physicians, smoking, and health in the Netherlands. NY State J Med 1985; 85(7): 394-395.

21. Smith D. Leggat P. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974- 2004. BMC Public Health. 2007; 7: 115.
22. Enstrom JE. Trends in mortality among California physicians after giving up smoking: 1950-1979. Br Med J 1983; 286: 1101-1105
23. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tob Control 2001;10:27-32.
24. Tessier JF, René L, Nejjari C, Belougne D, Moulin J, Freour P. Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. Tob Control 1993; 2: 226-230.
25. Franceschi S, Serraino D, Talamini R, Candiani E. Personal habits and attitudes towards smoking in a sample of physicians from the north-east of Italy. Int J Epidemiol 1986; 15: 584-585.
26. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. Intern Med 1997; 36: 162-165.
27. Polyzos A, Gennatas C, Veslemes M, Daskalopoulou E, Stamatiadis D, Katsilambros N. The smoking-cessation promotion practices of physician smokers in Greece. J Cancer Educ 1995; 10: 78-81.
28. Kawahara K, Ohida T, Osaki Y, Mochizuki Y, Minowa M, Yamaguchi N, et al. Study of the smoking behavior of medical doctors in Fukui, Japan and their antismoking measures. J Epidemiol 2000; 10: 157-162.
29. Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas M. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. Soz Praventivmed 2005; 50: 355-360.
30. Parna K, Rahu K, Rahu M. Smoking habits and attitudes towards smoking among Estonian physicians. Public Health 2005; 119: 390-399.
31. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Public Health 1997; 111: 285-288.
32. Jacobson B. Beating the lady killers; women and smoking. London: Pluto Press, 1986.
33. Adriaanse H, van Reek J. Physicians' smoking and its exemplary effect. Scand J Prim Health Care 1989; 7: 193-196.
34. Anon. Smoking and health: A physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respirology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Eur Respir J 1995 ; 8: 1808-1811.
35. Chapman S. Doctors who smoke. BMJ 1995; 311: 142-143.
36. Sachs DP. Smoking habits of pulmonary physicians. N Engl J Med 1983; 309: 799.
37. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Ware JE Jr. Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices. JAMA 1984; 252: 2846-2848.
38. Clever LH, Arsham GM. Physicians' own health – some advice for the advisors. West J Med 1984; 141: 846-854.
39. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. Huisarts Wet NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (Tweede herziening) 2005; 48(6); 284-285.
40. Hoeksema HL, Bock GH de. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. J Fam Pract 1993; 37: 268-76.
41. Punt JMHM, Masseus WMM, Janssens PMW, Pelt J van. Over de betekenis van de % CDT-uitslag bij de beoordeling van het patroon van alcoholgebruik. Ned Tijdschr Klin Chem 2002; 27: 271-278.

42. Bush K, KIvlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Arch. Intern. Med. 1998; 158: 1789–1795.
43. Fiellin DA, reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Int Med 2000; 160: 1977-89.
44. O'Connell H, Chin AV, Hamilton F, et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 1074-1086.
45. Seppa K, Lepisto J, Sillanaukee P. Five-Shot questionnaire on heavy drinking. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22: 88-91.
46. Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. Br J Gen Pract 2001; 51(464): 206-217.
47. WHO ASSIST Working Group The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction 2002; 97(9): 1183-1194
48. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, et al. Prevalence of substance use among US physicians. JAMA 1992; 267(17): 2333-2339.
49. Van Crombrugge L., Matthys D., Van Heeringen C. Middelenmisbruik bij artsen. Tijdschr. voor Geneeskunde, 2009; 65(19).
50. Cicala R. Substance Abuse Among Physicians: What You Need To Know. Hospital Physician 2003.
51. Baldisseri M. Impaired healthcare professional Crit Care Med 2007; 35(2).
52. Ubel P, Angott AM, Zikmund-Fisher BJ. Physicians Recommend Different Treatments for Patients Than They Would Choose for Themselves Arch Intern Med 2011; 171(7): 630-634.
53. Talbott GD, Gallegos KV, Angres DH. Impairement and recovery in physicians and other health professionals. In: Graham AW, Schultz TK, Wilford BB, editors. Principles of addiction medicine. 2nd ed. Chevy Chase (MD): American Sociey of Addiction Medicine 1998; 1263-77.
54. Nelson-Zlupko L, Kauffman E, Dore MM. Gender differences in drug addiction and treatement: implications for social work intervention with substance-abusing women. Soc Work 1995; 40: 45-53.
55. Duszynski KR, Nieto FJ, Valente CM. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. Md Med J 1995; 44: 439-46.
56. Brown RL, Fleming MF. Training the trainers: substance abuse screening and intervention. Int J Psychiatry Med 1998; 28: 137-46.
57. Femino J, Nirenberg TD. Treatment outcome studies on physician impairment: a review of the literature. R I Med. 1994; 77: 345-350.
58. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. Med J 1995; 162: 481-84.
59. Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. Med J 2008; 100: 489-91.
60. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practioners' care of their own health: qualitative study. BMJ 2001; 323: 728-31.
61. Wallace J., Lemaire J., Ghali W Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714-21.
62. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J et al. Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak. 2011.
63. Cohen JS, Pattern S. Well being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC Med Educ 2005; 5: 21.

64. Orton P et al. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. BMJ Open 2011; 1: e000274
65. Doctors get ill too. Editorial The Lancet 2009; 374(9702): 1653.
66. Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD,et al. Physicians characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. Health Psychol 1993; 12: 93-102
67. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications and directions for future research. Health Care Manage Rev 2003; 28: 119-40.
68. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2001; 17: 535-40.
69. Brewster JM. Doctors' health. BMJ. 2008; 337: a2098
70. Brown RL, Schneidman BS. Physicians' health programs--what's happening in the USA? Medical Journal of Australia. 2004; 181(7): 390-1.
71. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. BMJ. 2008; 337: a2038.
72. Cop C, De Geest A, Kubushishi T, Pieters J, Vandenbroele H, Wagemans F, Tombofeno A. Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. jaarstatistieken gezondheidsberoepen in België 2009. aantal beroepsbeoefenaars 31/12/2009 en instroom 2009. Beschikbaar via: www.health.belgium.be/filestore/...nl/statan_2009_1.0_nl.pdf Laatst geraadpleegd op 2011 augustus 10.
73. IHS– Institute of Health & Society, Newcastle University. Screening tools for alcohol related risk Produced by Design Services. Gateshead Council. 2006. Beschikbaar via: http://www.ncl.ac.uk/ihs/about/search.htm?q=AUDIT&foo=3 Laatst geraadpleegd op 2011 augustus 10.
74. Rumpf H. J., Hapke U., Meyer C., John U. Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: Psychometric performance of three questionnaires. Alcohol and Alcoholism 2002; 37(3): 261-268.
75. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. Alcohol & Alcoholism. 2008; 43(2): 198-203.
76. Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Dierh P, Fihn SD. The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. Alcohol Clin Exp Res. 1998; 22: 1842-1849.
77. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Sreening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. J Gen Intern Med 1998; 13: 379-388.
78. David Möbius, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) Beschikbaar via: http://www.vad.be/media/50669/dossier_alcohol_met_titelblad.pdf Laatst geraadpleegd op 2012 februari 20.
79. Knupfer G. The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness: analysis of 10 US surveys combined. Br J Addict. 1989; 84: 1305-1328.
80. Razack et al. Proposed model for interaction between residents and residency training programs and the pharmaceutical industry, Ann Res Col, 1999; 32: 93-96.
81. Segura L. & Anderson P. Alcohol: Health Care Advice. Factsheet: 2009. DHS: Hamm. 2009.
82. Liskow, B. I., Powell, B. J., Penick, E. C., Nickel, E. J., Wallace, D., Landon, J. F. et al. Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. Journal of Studies on Alcohol. 2000; 61: 853–861.

83. Ashley, M J, Rehm, J, Bondy, S J, Single E & Rankin J. Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits form drinking alcohol?. Contemp. Drug Prob. 2000; *27*(4): 735-77.
84. Gutjahr, E., Gmel, G. & Rehm J. Relation between average Alcohol Consumption and Disease: An Overview. European Addiction Research. 2001; 1(7): 117-127.
85. Wetenschap ten dienste van Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu, Gezondheidsenquête: Gebruik van geneesmiddelen 2008. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM. Laatst geraadpleegd 2012 maart 10.
86. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA. 1987; 257: 2927-2930.
87. Nabben T. & Korf D.J. De combi-roes. Gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, XTC en amfetamine, Amsterdam: Thela thesis. 2000.
88. Clayton, R. Multiple drug use: Epidemiology, correlates and consequences. In M. Galanter (Ed.), Recent developments in alcoholism. New York: Plenum. 1986.
89. Anthony J.C. & Echeagaray-Wagner F. Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use. Patterns of co-occuring consumption and dependence in the United States. Alcohol Research & Health, 2001; 24 (4): 201-208.
90. Afhankelijkheidsenquête bij de specialist. De Specialisten, 2011.
91. Wetenschap ten dienste van Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu, Gezondheidsenquête: Gebruik van tabak 2008. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM. Laatst geraadpleegd 2012 maart 10.
92. Wetenschap ten dienste van Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu, Gezondheidsenquête: Gebruik van alcohol 2008. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM. Laatst geraadpleegd 2012 maart 10.
93. Wetenschap ten dienste van Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu, Gezondheidsenquête: Gebruik van illegale drugs 2008. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/TABLE08.HTM. Laatst geraadpleegd 2012 maart 10.