Exploratief onderzoek naar de noden en barrières bij de aanpak van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk

Laenen Valerie, KULeuven

Promotor: Prof. Cathy Matheï, KULeuven

Co-promotor: Dr. Lodewijk Pas, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

1. ABSTRACT

Inleiding: Alcoholgebruik is een van de belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor fysieke, psychische en sociale schade. Studies tonen aan dat korte interventies in de eerstelijnszorg effectief zijn voor het verminderen van overmatig alcoholgebruik. Er is voor huisartsen dan ook een belangrijke taak weggelegd om deze patiëntenpopulatie in te lichten over de potentiële gevaren van alcoholgebruik. Studies tonen echter aan dat deze problematiek weinig bevraagd wordt door huisartsen.

Doel: Dit onderzoek tracht in kaart te brengen welke barrières en noden huisartsen en huisartsen-in-opleiding ervaren bij de detectie en aanpak van alcoholproblematiek in hun praktijk.

Methoden: Een kwalitatief explorerend onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde diepte-interviews. Een online enquête werd gebruikt om deelnemers voor de interviews te rekruteren. Respondenten werden opportunistisch bekomen uit de vier seminariegroepen waaraan de onderzoekers gedurende de tweejarige opleiding deelnamen. De respondenten bestonden bijgevolg uit huisartsen-in-opleiding, hun praktijkopleiders en maximum 1 jaar afgestudeerde huisartsen. De diepte-interviews werden telefonisch afgenomen, getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd met behulp van het QSR International's NVivo 12 softwareprogramma[(1)]. Meerdere stadia werden hierbij doorlopen volgens de QUAGOL methode[(2)] voor kwalitatieve data-analyse.

Resultaten: Artsen ontbreken praktische vaardigheden, maar staan wel open voor bijkomende opleiding. Ze ervaren de angst om patiënten af te schrikken of om paternalistisch over te komen. Ook geven ze aan dat tijdsgebrek een belangrijke barrière is bij de aanpak van alcoholproblematiek. Verder geven ze unaniem aan dat doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg moeizaam verloopt omdat de wachtlijsten erg lang zijn. Huisartsen hebben bijgevolg behoefte aan ondersteuning bij het implementeren van Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). Ze uiten vooral de nood aan een sociale kaart, betere doorverwijsmogelijkheden en sensibilisering van de bevolking.

Resultaten uit de interviews betreffende praktijkorganisatie en samenwerking met apothekers en de maatschappelijke sector werden in de masterpaper van Bart Van Engeland opgenomen.

Conclusie: De noden en barrières die uit dit onderzoek naar voor komen zijn gelijklopend met de bevindingen in de literatuur.

2. INHOUDSOPGAVE

1. Abstract 3

2. Inhoudsopgave 4

3. Lijst van gebruikte afkortingen 5

4. Inleiding 6

5. Onderzoeksvragen 8

6. Methode 8

6.1. Onderzoeksopzet 8

6.2. Setting en deelnemers 9

6.3. Data verzameling 9

6.4. Data-analyse 9

7. Resultaten 10

7.1. Respondenten 10

7.2. Resultaten diepte-interviews 11

8. Discussie 22

9. Conclusie 25

10. Aanvullingen 26

10.1. Dankwoord 26

11. Referenties 27

12. Bijlagen 29

12.1. Bijlage 1: goedgekeurd protocol 29

12.2. Bijlage 2: gunstig advies ethisch comité 31

12.3. Bijlage 3: terminologie alcoholgebruik 32

12.4. Bijlage 4: CAGE-vragenlijst 33

12.5. Bijlage 5: SAPPQ 34

3. LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AFKORTING	UITLEG
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HAIO	Huisarts-in-opleiding
KCE	Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
PINO	Professional Involvement to reduce alcohol Negative Outcomes (Professionionele inschakeling om Negatieve effecten van alcohol om te buigen)
SAPPQ	Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (Deze vragenlijst is terug te vinden als bijlage 5)
SBI	Screening and Brief Intervention
SBIRT	Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment
VAD	Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

4. INLEIDING

Alcohol is een van oudsher sociaal aanvaarde drug die niet weg te denken is uit onze maatschappij. De overlijdens door schadelijk alcoholgebruik wereldwijd werden in 2016 geschat op 3 miljoen of 5,3% van het totaal aantal sterfgevallen. Verder is alcoholgebruik ook verantwoordelijk voor een grote ziektelast (burden of disease). Het is bijgevolg een van de belangrijkste vermijdbare risicofactoren voor fysieke en sociale schade[3,4].

Volgens de gezondheidsenquête van 2013 drinkt 27% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder 1 tot 7 glazen alcohol per week, 13% tussen de 8 en 14 glazen, 6% tussen de 15 en 21 glazen en 5% meer dan 21 glazen per week[5]. Bij het opstellen van deze gezondheidsenquête werd nog gebruik gemaakt van de oude aanbevelingen voor overmatig alcoholgebruik (meer dan 14 glazen alcohol per week bij vrouwen, meer dan 21 glazen alcohol per week bij mannen). Rekening houdend met de nieuwe aanbevelingen van een maximum van 10 standaardeenheden per week voor beide geslachten[6], zal het aantal overmatige gebruikers aanzienlijk hoger liggen en bijgevolg naar analogie met bovenstaande statistieken minstens 11% bedragen.

In de gezondheidsenquête werd ook het problematisch alcoholgebruik in kaart gebracht. De cijfers werden gebaseerd op de resultaten uit de CAGE vragenlijst (toegevoegd als bijlage 4). Alcoholgebruik werd als problematisch bestempeld indien minstens 2 van de 4 vragen als positief beantwoord werden. Problematisch alcoholgebruik in België komt voor bij 10,5% van de totale bevolking van 15 jaar en ouder. Opvallend hierbij is het genderverschil, zo spreken we over 15% van de mannen tegenover 6% van de vrouwen[5]. Een tevens belangrijke vorm van alcoholmisbruik is het 'piekdrinken' (binge drinking). Dit wordt gedefinieerd als het drinken van 6 of meer eenheden bij dezelfde gelegenheid. Van de Belgische bevolking doet 19% één tot verschillende keren per maand aan 'piekdrinken'[5].

Anders dan men intuïtief zou verwachten, zijn op populatieniveau niet de patiënten met een ernstige alcoholafhankelijkheid verantwoordelijk voor de grootste alcohol gerelateerde schade maar wel de veel grotere groep waarbij het alcoholgebruik 'riskant' of 'schadelijk'* is. Hieruit kan men besluiten dat het grootste gezondheidseffect bereikt kan worden door interventies te richten op deze laatste groep in plaats van op de kleinere groep alcoholafhankelijken[7,8].

* De gebruikte terminologie omtrent alcoholgebruik is terug te vinden als bijlage 3 en is gebaseerd op het 'dossier alcohol' van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)[18].

Studies tonen aan dat korte interventies in de eerstelijnszorg effectief zijn voor het verminderen van excessief alcoholgebruik[7]. Aangezien de huisarts een belangrijke speler is in de eerstelijnsgezondheidszorg is er bijgevolg voor hem een belangrijke taak weggelegd in de aanpak van alcoholproblematiek. Korte interventies door artsen die zich richten op het aanleren van de maximaal aanbevolen hoeveelheid en de risico's die verbonden zijn met overmatig alcoholgebruik hebben een significante afname van het alcoholgebruik, het aantal ziektedagen en andere alcohol gerelateerde problemen tot gevolg[9].

Screening, kort advies en verwijzing (in het Engels: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment en verder in dit werk SBIRT genoemd) is een evidence-based methode die gebruikt wordt om middelenmisbruik te identificeren en aan te pakken. Screening is de eerste belangrijke stap in het opsporen van alcoholgebruik, maar de literatuur leert dat veel huisartsen het gebruik van tabak navragen, maar veel minder het alcoholgebruik of ander middelenmisbruik[10]. De hoeksteen van SBIRT is de "korte interventie". Hierbij tracht men patiënten te informeren en te motiveren voor het verminderen van potentieel problematisch alcoholgebruik. Als een korte interventie onvoldoende effectief is, kan verwezen worden naar gespecialiseerde hulpverlening.

Uit wetenschappelijk onderzoek komen talrijke door huisartsen gepercipieerde barrières naar voor om alcoholproblematiek aan te pakken. Deze barrières maken dat huisartsen terughoudend zijn in het aanpakken van de problematiek waardoor korte interventies nog onvoldoende toegepast worden. Redenen die meermaals aangehaald worden zijn: tijdsgebrek, gebrek aan of ontoereikende opleiding, angst voor de reactie van patiënten wanneer alcoholgebruik bevraagd wordt en de overtuiging dat alcoholverslaafden niet zouden reageren op hun interventies[11–13]. Andere barrières die aangehaald worden zijn: het gebrek aan kennis over de vroegtijdige symptomen van problematisch alcoholgebruik, gebrekkige kennis over risicogroepen (ouderen, patiënten met psychische stoornissen,…) en het eigen alcoholgebruik van artsen[14].

Dit onderzoek spitst zich specifiek toe op de Vlaamse context. Er wordt getracht om de barrières en de hiermee samenhangende noden van een groep Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) in kaart te brengen. Het onderzoek beoogt de exploratie van factoren die in de toekomst kunnen bijdragen aan een succesvollere implementatie van SBIRT in de eerstelijnszorg. Een sleutelonderdeel hierbij is het bekomen van een gedragsverandering bij artsen in hun aanpak van alcoholproblematiek. Om dit te verwezenlijken is het belangrijk om factoren in kaart te brengen die het professionele gedrag van artsen bepalen.

5. ONDERZOEKSVRAGEN

- Welke barrières ervaren huisarten en huisarten-in-opleiding (HAIO's) bij de aanpak van alcoholproblematiek in hun praktijk?
- Welke noden ervaren huisartsen en HAIO's om hen te helpen SBIRT daadwerkelijk toe te passen in hun dagelijkse praktijkvoering?

6. METHODE

Het in deze masterpaper beschreven onderzoek kwam tot stand door samenwerking met collega HAIO Bart Van Engeland (BVE). Beide onderzoekers brachten een ander aspect van de alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk in kaart. In de masterpaper van mijn collega-onderzoeker werd beschreven welke praktijk-organisatorische aspecten kunnen bijdragen aan detectie en advies verstrekking bij alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk. Tevens werd in zijn masterpaper de visie van huisartsen en HAIO's betreffende een verhoogde samenwerking met apothekers en de maatschappelijke sector opgenomen.

6.1. ONDERZOEKSOPZET

Het doel van dit onderzoek is het identificeren van noden en barrières die huisartsen en HAIO's ervaren bij de aanpak van alcoholproblematiek in hun praktijk (SBIRT). Een kwalitatief explorerend onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews. De interviews werden voorafgegaan door een online enquête. Deze enquête werd opgesteld in samenwerking met de onderzoekers van het PINO (Professional Involvement to reduce alcohol Negative Outcomes) project uitgevoerd in het ACHG KULeuven. De enquête werd in dit onderzoek enkel gebruikt voor de rekrutering van deelnemers voor deelname aan de diepte-interviews.

Het onderzoeksprotocol werd door de Onderwijs-BegeleidingsCommissie (OBC) van Leuven goedgekeurd. Voor het gekozen onderzoeksopzet was geen bijkomende toestemming van het Ethisch Comité vereist. De goedkeuring van het OBC is terug te vinden als bijlage.

6.2. SETTING EN DEELNEMERS

De respondenten voor de enquête en de interviews werden bekomen via de vier seminariegroepen in de laatste twee jaren van de opleiding van de twee HAIO-onderzoekers die samenwerkten aan dit project. Zowel de HAIO's uit de seminariegroepen, hun praktijkopleiders als de recent afgestudeerde huisartsen werden aan het begin van het tweede seminariejaar van de onderzoekers geïncludeerd. Allen kregen zij per mail de online vragenlijst toegestuurd. De respondenten die de bevraging beantwoorden en daarbij eveneens een informed consent ondertekenden voor een aanvullend diepte interview werden telefonisch gecontacteerd door één van onderzoekers, lid van hun eigen seminarie groep.

6.3. DATA VERZAMELING

De enquête werd online geplaatst begin oktober 2018. De diepte-interviews werden telefonisch afgenomen van oktober tot december 2018. De interviews duurden gemiddeld tussen de 25 en 40 minuten. Met schriftelijke toestemming van de respondenten werden de interviews opgenomen. De geluidsopnames werden vervolgens uitgetypt door de betrokken interviewer. Er werd gekozen voor een letterlijke transcriptie waarbij twijfelingen en stiltes ook overgenomen werden zodat kleine nuances niet verloren zouden gaan.

6.4. DATA-ANALYSE

De analyse van de schriftelijke enquête maakt geen deel uit van dit onderzoek. De resultaten hiervan zullen opgenomen worden in het PINO project.

De semigestructureerde diepte-interviews werden thematisch geanalyseerd met behulp van het QSR International's NVivo 12 softwareprogramma[(1)]. Meerdere stadia werden hierbij doorlopen volgens de QUAGOL methode[(2)] voor kwalitatieve data analyse. Vooreerst werden alle interviews grondig doorgelezen totdat de globale inhoud van alle interviews door beide onderzoekers gekend was. Vervolgens werd er regel-per-regel gecodeerd om achterliggende begrippen te identificeren. Dit gebeurde door de beide onderzoekers en onafhankelijk van elkaar. De onderzoekers (BVE en VL) kwamen daarna driemaal samen om een consensus te bereiken over primair toegekende codes. De codes werden vervolgens naar analogie samengevoegd tot bredere begrippen in onderlinge consensus en voorgelegd op herkenbaarheid aan de supervisors uit het PINO-project (CM, LP, BP).

7. RESULTATEN

7.1. RESPONDENTEN

Er werden 38 artsen per mail uitgenodigd om aan de online enquête deel te nemen. Zo werden 21 ingevulde enquêtes bekomen. Een responspercentage van 55,26% werd bekomen. De respondenten voor de enquête bestonden uit 5 mannen en 16 vrouwen. Er namen 10 erkende huisartsen deel, hiervan zijn er 3 ook actief als praktijkopleider. De overige 11 respondenten waren HAIO's. De demografische gegevens van de respondenten zijn ook terug te vinden in Tabel 1.

Van de 21 respondenten van de gestructureerde online bevraging, gaven er 18 artsen hun goedkeuring voor deelname aan de semigestructureerde diepte-interviews. Hiervan konden er 16 artsen bereikt worden. De twee andere artsen werden meermaals gecontacteerd zonder succes. Er werd aldus een responspercentage van 76% bekomen. Van de 7 recent afgestudeerde HAIO's namen er 5 deel aan het interview. Van de huisartsen-in-opleiding namen er 9 van de 11 deel aan het interview. De demografische gegevens van deze respondenten zijn tevens terug te vinden in Tabel 1.

De reden waarom respondenten niet deelnamen aan het aanvullende interview werd niet bevraagd bij het invullen van de enquête. Om de privacy van de respondenten te respecteren, werd dit achteraf ook niet meer bevraagd.

Tabel 1: Demografische gegevens

	Aangeschreven	**Enquête**	**Interview**
	***n* (%)**	***n* (%)**	***n* (%)**
Totaal	***38***	***21***	***16***
Geslacht			
Man	11 (28,95)	5 (23,81)	5 (31,25)
Vrouw	27 (71,05)	16 (76,19)	11 (68,75)
Statuut			
HAIO	19 (50)	11 (52,38)	9 (56,25)
Recent erkend huisarts	16 (42,11)	7 (33,33)	5 (31,25)
Praktijkopleider	3 (7,89)	3 (14,29)	2 (12,5)

7.2. RESULTATEN DIEPTE-INTERVIEWS

De enquête had binnen dit onderzoek enkel tot doel respondenten te bekomen voor de interviews. De resultaten van de online enquête worden bijgevolg niet in dit artikel weergegeven, maar maken deel uit van het PINO-project.

Met de interviews werd geëxploreerd welke noden en barrières artsen ondervinden bij de aanpak van alcoholproblematiek. De door artsen gepercipieerde barrières kunnen opgedeeld worden in 4 groepen: de arts-gebonden factoren, de patiëntgebonden factoren, de arts-patiënt relatie factoren en de contextuele factoren. Voor de noden en faciliterende factoren konden dezelfde categorieën onderscheiden worden. De resultaten van de thematische analyse zijn terug te vinden in Tabel 2. De aspecten die het meest naar boven kwamen in de interviews zullen hieronder besproken worden aan de hand van quotes.

Tabel 2: resultaten van de thematische analyse		
	Barrières om SBIRT toe te passen	**Noden en faciliterende factoren om SBIRT toe te passen**

Arts-gebonden	• Kennis maar onvoldoende kunde: gebrek aan praktische kunde, gebrek aan ervaring, twijfels over bekwaamheid als arts
	• Onvoldoende aandacht voor de problematiek
	• Gevoelens van frustraties worden opgewekt
	• Motivatieverlies door negatieve resultaten
	• Tijdsgebrek
		• Opleiding:
		  ○ Oefenen van motivationele gesprekstechnieken
		  ○ Oefenen met het gebruik van vragenlijsten
		  ○ Aanleren van concrete opvolgadviezen
		  ○ Leren anticiperen op veelvoorkomende valkuilen
		  ○ Uitvoeren van korte interventies
		• Nood aan ervaring met uitvoeren van SBIRT

Patiëntgebonden	• Patiënten zien volgens artsen geen probleem of zijn onvoldoende gemotiveerd tot gedragsverandering
	• Artsen twijfelen over de eerlijkheid van patiënten betreffende hun alcoholgebruik
		• Sensibilisering (campagne)
		  ○ Doel: informeren over de maximaal aanbevolen hoeveelheid alcohol en de risico's van overmatig alcoholgebruik
		  ○ Methode: flyers en folders in de wachtzaal

Arts-patiënt relatie	• Spanningsvelden:
	  ○ Alcoholgebruik als taboe
	  ○ Genderverschil met patiënt
	  ○ Leeftijdsverschil met patiënt
	  ○ Angst om patiënten af te schrikken
	  ○ Angst om paternalistisch over te komen	

Context	• Samenwerking met GGZ • Weinig preventieve consultaties • Tijdsgebrek	• Concrete houvast: richtlijn of stappenplan • Betere bereikbaarheid en tevens kortere wachtlijsten voor gespecialiseerde hulpverlening (GGZ) • Sociale kaart, duidelijk verwijsnetwerk • Optimalisatie van het EMD: ○ Apart tabblad voor middelenmisbruik • Aanleren van de EMD-mogelijkheden • Gebruik van zelfhulpwebsites

7.2.1. Barrières

7.2.1.1. Kennis maar onvoldoende kunde

Om als arts een bepaalde problematiek aan te pakken is het cruciaal om over de nodige kennis en kunde te beschikken. Zo gaven 3 van de 16 artsen expliciet aan tijdens het interview zich momenteel onvoldoende gekwalificeerd te voelen om het alcoholgebruik bij hun patiënten aan te pakken.

> *"Euhm, maar ik vind ook wel dat, als ik dan voor mezelf spreek, dat er in de opleiding wel heel weinig onderwijs heeft gezeten van hoe je dat moet aanpakken. Dus veel van die zaken gebeuren ook wat gevoelsmatig, en dat vind ik ... dat voelt wel vaak dat je zelf het gevoel hebt van 'ik ben aan het zwemmen' en ik weet niet goed hoe ik bezig ben."* *(Huisarts 1)*

> *"Detecteren wel, maar voor de aanpak zelf voel ik met toch onvoldoende gekwalificeerd, het gevoel dat ik nog moet bijleren, het niet onder de knie te hebben." (Huisarts 12)*

> *"Soms zit ik echt vast, wat kan ik doen?!" (Huisarts 5)*

Uit deze uitspraken blijkt eerder een gebrek praktische kunde dan een gebrek aan kennis. Zo geeft men aan dat er in het opleidingstraject te weinig aandacht werd besteed aan oefening.

> *"[Cirkel van motivatie] … maar uiteindelijk blijft het vooral daarbij dat we dat theoretisch hebben gezien, maar nooit in de praktijk hebben kunnen omzetten of trainen." (Huisarts 13)*

> *"[Praktische vaardigheidstraining] … te weinig ruimte voor gesprekstechnieken, er is wel gepraat over korte interventies, maar oké bon, dat is in de praktijk nooit echt uitgevoerd geweest." (Huisarts 7)*

Verder gaven enkele HAIO's aan dat het in de toekomst vooral belangrijk zal zijn om ervaring op te bouwen. Ze zijn optimistisch dat dit hun zelfzekerheid ten goede zal komen.

> *"Ik denk dat er altijd wel situaties gaan bij zijn dat ik zoiets heb van "Oei, geen idee hoe ik dat moet aanpakken." Maar ik vermoed dat de tijd en ervaring daar wel bij gaan helpen." (Huisarts 3)*

Verder gaf één van de praktijkopleiders aan dat ze zich enerzijds wel voldoende bekwaam acht, maar anderzijds ook haar capaciteiten in twijfel trekt als vooropgestelde doelen niet gehaald worden.

> *" … en tot waar gaat de bekwaamheid dan als je geen resultaat krijgt …?" (Huisarts 16)*

Hoewel de artsen over het algemeen aangeven dat de theoretisch gedoceerde kennis voldoende was, waren er slechts 2 artsen (beiden HAIO's) die de norm van overmatig alcoholgebruik kenden (10 standaardeenheden per week ongeacht het geslacht). De andere 7 artsen waarbij de norm actief bevraagd werd, gaven aan de norm niet expliciet te kennen. De norm werd hierbij zowel overschat als onderschat door deze artsen.

> *"Ik denk dat ik het geweten heb, dat een vrouw niet meer dan 5 dagen van de 7, euhm, 5 consumpties per week? En de man 7? Ik weet het niet meer goed" (Huisarts 16)*

> *"[Norm?] … ik vind dat zo lastig te zeggen … Maar als ze elke dag drinken, vind ik dat dat al sneller neigt naar te veel drinken." (Huisarts 6)*

> *"Concreet de afkapwaarde die ik hanteer is 12 standaardeenheden per week" (Huisarts 7)*

7.2.1.2. Spanningsvelden in de arts-patiënt relatie

Tijdens de interviews gaven 9 van de 16 artsen expliciet aan dat ze het mandaat krijgen van hun patiënten om alcoholgebruik te bevragen.

> *"Toen ik startte als HAIO, vond ik dat zo soms wel wat vervelend. Maar dat is er redelijk snel uitgegaan gaandeweg omdat ik van patiënten eigenlijk weinig weerstand merkte. Ik heb toch het gevoel dat ze daar toch wel echt open over praten." (Huisarts 7)*

> *"De meesten zijn daar eigenlijk wel heel open over, merk ik toch." (Huisarts 6)*

> *"Ja, ik heb wel het gevoel dat ik ingang krijg bij de patiënten." (Huisarts 16)*

Doch gaven twee huisartsen-in-opleiding aan dat alcoholgebruik soms niet makkelijk bespreekbaar is, mede door de taboesfeer die er rondhangt. Enkele artsen gaven vervolgens ook aan dat ze bang zijn om patiënten te wijzen op hun alcoholgebruik. Ze willen patiënten niet afschrikken en/of verliezen. Zo zei een arts dat ze schrik heeft om *"paternalistisch over te komen*" of "*patiënten met de vinger te wijzen*".

> *"Maar ik denk dat er nog een bepaald taboe heerst rond alcohol omdat het te ingeburgerd is. De mensen die niet drinken zijn 'flauw' en mensen die veel drinken worden aanzien als toffe mensen, dus het taboe errond maakt het voor huisarts niet minder bespreekbaar, maar wel in de ogen van de patient minder vanzelfsprekend dat hij erover begint te spreken."(Huisarts 15)*

"Euhm, goh. Ik denk dat dat nu nog wat moeilijk ligt, dat dat moeilijk is voor mensen als ge daar systematisch naar vraagt. Dat ze zoiets zouden hebben van 'Allé waarom vraagt die dat nu?!', maar misschien als we dat meer als routine gaan beschouwen dat uw arts daar naar vraagt, dat dat wel een belangrijk onderdeel is, dat het dan minder in die sfeer gaat terecht komen. En dat het dan misschien wel meer bevraagd wordt." (Huisarts 4)

"Ik denk als je gaat screenen, dat mensen wat defensief zullen zijn, maar misschien ben ik fout daarin en is er echt wel plaats voor." (Huisarts 16)

Enkele artsen gaven aan dat de aanpak van alcoholproblematiek vaak frustraties met zich meebrengt. Wanneer men tracht het alcoholgebruik van patiënten te doen afnemen, ziet men geregeld herval. Hierdoor verliest men als arts soms de motivatie om de problematiek in de toekomst aan te pakken.

"Er is wel contact en openheid en deels ingaan op de therapie, maar vaak ook herval en daaruit komt de frustratie, uit die onmacht." (Huisarts 16)

"Ja, ik denkt dat het vooral moeilijk is om gemotiveerd te blijven bij patiënten die hervallen. Ik denk dat dat de grote moeilijkheid is." (Huisarts 2)

Eén huisarts haalde ook aan dat ze als jonge vrouwelijke arts een spanningsveld ervaart tussen haar en de patiënten.

"In dat opzicht vind ik het soms moeilijk om aan te brengen, zeker als jonge vrouwelijke arts, als er dan een 60 jarige man voor u zit die wel eens geniet van z'n dagelijks pintje, wie ben ik dan om te zeggen dat dat verkeerd is of dat hij zich moet aanpassen." (Huisarts 8)

7.2.1.3. Tijdsgebrek, maar goede wil

Tijd werd aangegeven als een belangrijke barrière bij alle aspecten van de aanpak van alcoholproblematiek en kwam bijna bij iedere arts ter sprake. Tijdsgebrek werd aangehaald als reden om niet (systematisch) te screenen, om onvoldoende correcte follow-up te kunnen garanderen bij zwaardere alcoholproblematiek en om vragenlijsten niet te gebruiken.

"Ik sta daar wel voor open, maar in onze praktijk op dit ogenblik, door de workload zou ik niet zo enthousiast zijn om daar nog screeningssessies tussen te zetten. Hoewel ik er zelf wel voor opensta en er een alertheid voor heb, maar zonder expliciete vragenlijsten." (Huisarts 16)

"Ik denk dat in eerste lijn eigenlijk weinig tijd is of ruimte is voor huisartsgeneeskunde om dat adequaat genoeg te kunnen opvolgen, om die tijdsinvestering te kunnen maken, omdat dat gewoonweg te tijdrovend is." (Huisarts 7)

7.2.1.4. Aandacht voor screening staat niet centraal

Artsen gaven aan dat alcohol wel af en toe bevraagd wordt in specifieke omstandigheden. Systematisch screenen blijkt echter voor meerdere artsen moeilijker. Vijf artsen gaven aan er simpelweg niet aan te denken om alcoholgebruik systematisch te bevragen bij hun patiënten, of ze geven meer aandacht aan de andere aspecten van de preventieve gezondheidszorg.

> *"Vooral er op het moment zelf niet aan denken …. Het zit er nog niet ingebakken om het direct te vragen" (Huisarts 10)*

> *"[Preventief consult] Goh ja, dan komt dat niet direct in mij op om daaraan te denken op dat moment." (Huisarts 4)*

7.2.1.5. Samenwerking en verwijzing naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Een belangrijk hiaat dat naar boven kwam uit de interviews is de moeizame samenwerking en verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Artsen gaven unaniem aan dat de wachttijden voor het bekomen van gespecialiseerde hulp te lang zijn.

> *"De wachtlijsten zijn te lang, dat is een structureel probleem." (Huisarts 14)*

> *"Wat dat betreft is vooral de wachttijden en moeilijk bereikbaar. [In vergelijking met vroeger] … dat je de mensen kon verwijzen en als ze dan contact opnamen dat ze heel vaak al binnen de week een concrete afspraak hadden. … de laatste jaren zeer fel achteruitgegaan is naar bereikbaarheid toe. En voor psychiatrische hulp is het al helemaal een ramp!" (Huisarts 1)*

> *" Het is vaak dat patiënten zeggen "ik wil vandaag stoppen met drinken". En als je dan zegt "je kan gaan voor een opname over 4-8 weken", dan is dat niet echt motiverend." (Huisarts 2)*

> *"… ook de tijd die je moet investeren om mensen ergens binnen te krijgen. Ik merk naar de tweede lijn toe een heel groot flessenhals effect." (Huisarts 7)*

7.2.1.6. Patiëntgebonden factoren

Enkele gaven aan dat het soms moeilijk is om de patiënt te overtuigen dat er een probleem is. Verder stellen enkele artsen de eerlijkheid van patiënten in vraag.

> *"Dat ze het niet echt ontkennen, maar er niet per se mee willen bezig zijn, dat is een probleem." (Huisarts 9)*
>
> *"Het is vaak moeilijk om de patiënt ervan te overtuigen dat er een probleem is." (Huisarts 2)*
>
> *"… omdat niet elke patiënt daar eerlijk gaat op antwoorden hoeveel hij effectief gebruikt. Ik heb de indruk dat zij vaak een onderschatting geven van de werkelijke hoeveelheid." (Huisarts 4)*

7.2.2. Noden en faciliterende factoren

7.2.2.1. Opleiding

Uit de interviews werd duidelijk dat de meerderheid van de artsen openstaat om een extra opleiding te volgen om de problematiek in de toekomst beter aan te pakken. Anderen gaven aan dat de basisopleiding beter en uitgebreider zou mogen zijn. Artsen benadrukten hierbij het belang van praktische vaardigheden. Enkele voorbeelden die hierbij gegeven werden zijn: oefenen van motivationele gesprekstechnieken, oefenen met het gebruik van vragenlijsten, het aanleren van concrete opvolgadviezen, het leren anticiperen op veelvoorkomende valkuilen en het uitvoeren van korte interventies.

> *"[Bijkomende opleiding] … ik zou dat eigenlijk wel zeker willen doen om achteraf dat ook beter te kunnen gebruiken en daar zelfzekerder in te zijn in die begeleiding." (Huisarts 1)*
>
> *"Stel dat je zo'n training geeft naar huisartsen toe, denk ik dat ge een heel duidelijk kader of stramien nodig hebt van hoe vaak moet ge patiënten terugzien, hoe kunnen we inschatten welke streefdoelen haalbaar zijn en ook vooral wanneer moeten we zeggen "dit leidt eigenlijk niet veel verder, dit is iets waarbij we de hulpverlening gaan moeten uitbreiden".'' (Huisarts 7)*
>
> *" … nooit in de praktijk hebben kunnen omzetten of trainen, ook nooit dieper ingegaan op valkuilen en wat je extra kan doen, dat is spijtig." (Huisarts 13)*

Voor een bijkomende opleiding gaven de meeste artsen de voorkeur aan een live-opleiding in plaats van via een online medium. Ze zagen als voordeel hiervan *"het onderling delen van ervaringen".*

> *"Maar ik weet dat in groep meestal wel interessanter is omdat je dan ook inzichten uit andere praktijken krijgt." (Huisarts 2)*

7.2.2.2. Concrete houvast

In de interviews gaven enkele artsen aan dat ze vaak een houvast missen om het alcoholgebruik bij hun patiënten aan te pakken. Ze gaven aan nood te hebben aan een concrete richtlijn die ze stap voor stap kunnen volgen.

> *"Bijvoorbeeld dat alles in een nationale richtlijn verwerkt wordt." (Huisarts 8)*

> *"En anderszijds ook letterlijk een soort van flowchart of richtlijn ofzo, dat je echt gewoon kunt volgen, bijna puntje per puntje, zodat je weet, als ik dat gedaan heb, dan heb ik alles gedaan wat ik moet doen of kan doen. En als daar dan een bepaalde uitkomst uitkomt wat dan het vervolg is. Dus eigenlijk echt meer praktisch gezien, op papier een soort van richtlijn ofzo, fatsoenlijk uitgewerkt." (Huisarts 1)*

7.2.2.3. Sensibilisering

Enkele artsen gaven aan dat sensibilisering vanuit een overheidscampagne nuttig zou zijn. Voor zo'n campagne lijkt het hen zinvol om patiënten te informeren over de maximaal aanbevolen hoeveelheid alcohol en de risico's van overmatig alcoholgebruik. Als middel om patiënten te bereiken, werden flyers en folders voorgesteld.

> *"Ik heb de indruk dat mensen die nog geen enorm probleem hebben, maar die wel teveel drinken volgens de richtlijnen, niet op de hoogte zijn van de schadelijke effecten van drankgebruik en dus denk ik dat een flyer of folder wel nuttig is." (Huisarts 12)*

> *"Ik denk dat dat vooral een reden is om daar meer.., dat is misschien ook het van mezelf afschuiven, … daar meer campagnematig rond te werken, en dat meer in de algemene bevolking duidelijk te maken, dat die boodschap eigenlijk van bepaalde instanties komt, dat daar duidelijk dan een folder of informatie over is. Ik denk dat het dan makkelijker te aanvaarden is, omdat het dan "algemeen" is .. dan wanneer ik dat als individu dat ga aanstippen op dat moment." (Huisarts 1)*

7.2.2.4. Betere bereikbaarheid van de GGZ

Enkele artsen suggereerden verbeteringen betreffende de verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. De *"nood aan een sociale kaart"* kwam vaak terug in de gesprekken aangezien verwijsmogelijkheden vaak onvoldoende gekend zijn. Dit weerhoudt enkele artsen ervan alcoholproblematiek aan te pakken.

> *"Ja, bijvoorbeeld in Leuven is er het initiatief dat je altijd een psycholoog of psychiater kan bereiken via een nummer op specifieke uren, die altijd klaarstaan voor vragen van de huisarts, ik denk dat dat iets kan zijn dat wel handig is naar opvolging toe in deze regio." (Huisarts 13)*

> *"Ik denk dat het goed zou zijn om bijvoorbeeld per eerstelijnszone, daar heel gericht een sociale kaart te gaan maken van 'oké, dit zijn mensen die echt goed gespecialiseerd zijn in misbruik, in het opvolgen van patiënten zowel naar alcohol als naar andere drugs toe'." (Huisarts 7)*

7.2.2.5. Optimalisatie van het EMD

Van de geïnterviewde artsen maken er 8 gebruik van CareConnect, 7 van HealthOne en één arts gebruikt Prodoc. Meerdere artsen gaven aan het EMD als een nuttige tool te ervaren in de praktijk. Het EMD een belangrijke rol als 'extern geheugen'. Zo volgt men bijvoorbeeld de evolutie van het aantal eenheden alcohol op door te te vergelijken met vorige consultaties. Ook is het EMD een belangrijk communicatiemiddel tussen huisartsen onderling in de praktijk.

> *"Ja, als hulpmiddel qua eraan denken, wat dat zijn dingen die natuurlijk anders in het geheugen verdwijnen, maar ook om eigenlijk objectief te gaan kijken, hoe zitten we nu qua verbruik, hoeveel eenheden, zit daar evolutie in en hoe schat de patiënt het zelf in." (Huisarts 7 - Prodoc)*

> *" [Nut EMD bij praktijkorganisatie] ... ja, daarin denk ik dat het dossier heel belangrijk is, dat als ge in een groepspraktijk werkt en één arts weet dat een patiënt alcoholmisbruik heeft, dat dat in het dossier genoteerd is, dat iedereen daarvan op de hoogte is, ik denk dat dat het belangrijkste is." (Huisarts 8 – HealthOne)*

Hoewel artsen duidelijk voordelen zien van een EMD in de aanpak van alcoholproblematiek, gaven zes artsen expliciet aan de mogelijkheden van hun EMD onvoldoende te kennen.

> *"[Audit-C vragenlijst] … ik denk dat zulke dingen wel ergens in het programma zitten. Dat programma is zo uitgebreid dat je soms niet meer weet waar je moet zoeken… Dat is soms wel een beetje jammer!" (Huisarts 6 – HealthOne)*

"[Niet coderen van alcoholgebruik] … ja, dat is een goeie vraag! Euhm,… Ja... Dat het misschien..., dat is misschien een excuus, maar dat het nog niet op de voorgrond springt in uw EMD, ik zou het echt moeten gaan zoeken waar dat ergens staat." (Huisarts 4 - CareConnect)

Enkele artsen gaven ook aan dat er nog plaats is voor optimalisatie van de functies van hun EMD bij de aanpak van alcoholproblematiek. Enkele suggesties die gegeven werden zijn: een apart tabblad voor middelenmisbruik of een apart zorgelement voor alcoholgebruik.

"Euhm, qua dossier denk ik dat dat redelijk oké zit, het enige is.. het zou goed zijn als dat echt als een apart zorgelement naar voor zou kunnen komen, dat je echt kan aanklikken…. Euhm, ja nu zetten we dat eigenlijk bij de risicofactoren in het overzicht van de voorgeschiedenis, maar als het echt als zorgelement venster naar voor zou kunnen komen, dat je dat ook kan invullen van: sinds wanneer in opvolging, hoe evolueert het, aantal eenheden, aantal alcoholvrije dagen." (Huisarts 7 – Prodoc)

7.2.2.6. Exploratie e-mental health: zelfhulpwebsites

In de interviews werd aan 8 artsen expliciet gevraagd of men weet had van zelfhulpwebsites en hier al dan niet gebruik van maakt. Zeven artsen gaven aan dat de mogelijkheid om zelfhulpwebsites te gebruiken onvoldoende gekend is en ze er bijgevolg geen gebruik van maken. Uit de interviews blijkt wel een interesse in het gebruik van zelfhulpwebsites in de toekomst.

"Neen, daar heb ik geen ervaring mee" (Huisarts 5)

"Ik kende het vooraf niet, maar ik sta er zeker voor open." (Huisarts 16)

"Euhm neen! Ik had dat nooit gedaan, maar omdat dat in de enquête stond, ben ik het gaan opzoeken, en ik moet wel zeggen dat het sindsdien in mijn hoofd zit dat dat ook een optie is. Dat dat een goede op tie is." (Huisarts 1)

Als belangrijk voordeel zien artsen de veelheid aan informatie die patiënten kunnen bekomen via een zelfhulpwebsite. Andere voordelen die men aangaf, zijn het laagdrempelig zijn van een zelfhulpwebsite en het beschikbaar zijn van een zelftest.

"Hoe meer informatie de patiënten hebben, hoe beter." (Huisarts 2)

"Ik denk dat dat het laagdrempeligste is wat je kan doen. Omdat de mensen dat vanuit de thuissituatie kunnen doen en daar niet een andere hulpverlener moeten voor aanspreken." (Huisarts 1)

“De test die daarop staat … dat is wel iets wat héél laagdrempelig gecommuniceerd moet worden naar de mensen, dat ze gewoon eens concreet in hun situatie kunnen kijken van ‘Oké, waar sta ik?’.” (Huisarts 7)

Als doelgroep voor het gebruik van zelfhulpsites waren de artsen het unaniem eens. Er is enkel een plaats weggelegd voor patiënten met overmatig alcoholgebruik, niet voor patiënten waar het gebruik neigt naar alcoholafhankelijkheid. Eén arts haalt als reden aan dat je bij een verwijzing naar het web bij alcoholafhankelijkheid mogelijks de controle verliest.

“Ik denk vooral bij overmatig alcoholgebruik, maar niet bij alcoholafhankelijkheid, dan zou ik dat minder doen.” (Huisarts 4)

“ Niet echt voor de verslaafden, maar wel om mensen bewust te maken van hoeveel ze drinken” (Huisarts 6)

“[Webverwijzing bij alcoholafhankelijkheid] Naar follow-up toe denk ik dat we voorzichtig gaan moeten zijn of het dan wel blijft lopen. … Gaan ze eraan beginnen? Gaan ze dat volhouden? Hoe gaan we dat opvolgen? Hoe gaan we dat weten als het ontspoord?” (Huisarts 7)

Vooral een brede toegankelijkheid wordt als voorwaarde aangehaald om zelfhulpwebsites te gebruiken. Hieronder valt vooral de prijs, het moet goedkoop zijn of gratis. Verder is het belangrijk dat het voor patiënten verstaanbare lekentaal is. Er worden enkel problemen verwacht bij de oudere populatie of andere minder internet-geletterde patiënten.

8. DISCUSSIE

Met dit onderzoek werd getracht de noden en barrières in kaart te brengen die de aanpak van alcoholproblematiek bij Vlaamse HAIO's en net afgestudeerde huisartsen beïnvloeden. Er werden vooral HAIO's en net afgestudeerde artsen geïnterviewd omdat de rekrutering via de seminariegroepen verliep. De analyse heeft dan ook vooral betrekking op deze twee groepen van artsen.

De barrières die uit dit onderzoek naar voor komen zijn gelijklopend met de bevindingen in de literatuur. Barrières die zowel in de literatuur als in dit onderzoek naar voren komen zijn: gebrek aan opleiding, angst voor de reactie van patiënten wanneer alcoholgebruik bevraagd wordt en tijdsgebrek.

ARTS-GEBONDEN FACTOREN

Verschillende factoren bepalen of artsen SBIRT in hun dagelijkse praktijk toepassen voor alcoholproblematiek. Zo is het vooreerst belangrijk dat men zichzelf bekwaam acht om een bepaalde taak uit te voeren *(role adequacy)*. In de interviews gaven de artsen aan een gebrek aan kunde te ervaren bij het toepassen van SBIRT in de praktijk. Over het algemeen gaven de artsen wel aan dat de theoretisch gedoceerde kennis voldoende was. Echter bleek de maximaal aanbevolen hoeveelheid alcohol niet gekend door de meerderheid van de artsen in deze studie. Deze vaststelling moet zeker meegenomen worden bij eventuele opleidingen in de toekomst.

De meeste artsen in deze studie staan ervoor open om extra training te volgen en zo meer praktische vaardigheden aan te leren. De literatuur leert ons echter dat training en ondersteuning van artsen enkel een toename van SBI kan bewerkstellingen bij diegenen die vooraf reeds zelfzeker zijn over hun aanpak *(role security)* en therapeutisch betrokken zijn *(therapeutic commitment)*[13]. Het zal dus in de toekomst heel belangrijk zijn om bijkomende opleidingen goed af te stemmen op de eigenschappen van de arts. Deze (*cursief gedrukte*) eigenschappen zouden ingeschat kunnen worden met de "Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire" (SAPPQ). Deze vragenlijst is terug te vinden als bijlage 5.

In de SAPPQ wordt een score voor therapeutische betrokkenheid *(therapeutic commitment)* bekomen. Deze term wordt hierbij gedefinieerd door een combinatie van motivatie, tevredenheid over behaalde resultaten en het gevoel van voldoening. Uit de interviews kwam echter naar boven dat artsen soms gefrustreerd raken doordat gewenste behandelingsdoelen niet behaald worden. Tevens heeft de hoge hervalratio bij zwaarder alcoholgebruik een negatieve invloed op hun motivatie om alcoholproblematiek in de toekomst aan te pakken. Een belangrijk kanttekening die hierbij gemaakt

moet worden, is dat de geïnterviewde huisartsen meestal redeneren in termen van zwaardere alcoholproblematiek (problematisch alcoholgebruik tot alcoholafhankelijkheid).

Een andere voorwaarde is dat men als arts het gevoel heeft dat men van de patiënt het mandaat krijgt om alcoholgebruik te bevragen. Uit de interviews bleek dat hieraan bij de meeste artsen voldaan is *(role legitimacy)*.

Tijdsgebrek is een zeer belangrijke barrière die in de literatuur ook steeds naar boven komt. In de interviews werd onvoldoende in de diepte bevraagd wat de oorzaak van dit tijdsgebrek juist is. Dit kan enerzijds een objectief tijdsgebrek zijn doordat artsen overbevraagd zijn. Het afbakenen van taken, maar ook een goede praktijkorganisatie zou voor dit tijdsgebrek een oplossing kunnen zijn. Zo zouden bepaalde taken uit handen gegeven kunnen worden aan een praktijkassistente of verpleegster. In meerdere studies wordt geopperd om verpleegkundigen te betrekken bij alcoholproblematiek. Doordat zij meer tijd kunnen spenderen met patiënten, maar ook door hun meer holistische kijk op patiënten is het zinvol deze piste in de toekomst te bewandelen[15]. Echter kan het tijdsgebrek bij artsen ook subjectief zijn doordat ze onvoldoende inzicht hebben in wat van hen verwacht wordt bij het uitvoeren van SBIRT. Ook kan een tijdsgebrek ervaren worden voor deze problematiek omdat men zijn prioriteiten elders wenst te leggen. Zo gaven enkele artsen expliciet aan soms onvoldoende aandacht te hebben voor de alcoholproblematiek in hun dagelijkse praktijkvoering. Men geeft aan al aan zoveel andere zaken aandacht te moeten schenken dat alcoholproblematiek door de mazen van het net glipt.

PATIËNTGEBONDEN FACTOREN

Artsen gaven aan dat patiënten vaak zelf geen probleem zien in hun overmatig alcoholgebruik. Ze zijn zich vaak onvoldoende bewust van de negatieve gezondheidseffecten van alcoholgebruik. Hierdoor komen patiënten niet zelf op consultatie om deze verborgen problematiek te bespreken. Dit benadrukt des te meer het belang van screening. Artsen achten het zinvol dat de overheid een sensibiliserings-campagne zou organiseren. Zo zouden patiënten getriggerd kunnen worden om de problematiek met hun huisarts te bespreken. Suggesties voor een campagne zijn flyers en posters voor in de wachtzaal. In het verleden werden enkel kleine en lokale studies uitgevoerd naar de kennis van de populatie over gezondheidseffecten en de maximaal aanbevolen hoeveelheid alcohol. Uitgebreider onderzoek op dit vlak is nodig om een toekomstige campagne meer succesvol te maken[15].

ARTS-PATIËNT RELATIE

In de arts-patiënt relatie werden door de artsen enkele spanningsvelden naar boven gebracht. Zo ervaren sommige artsen de angst om patiënten af te schrikken als ze screenen naar alcoholgebruik. Dit is een belangrijke barrière die in de literatuur ook weerhouden wordt. Verder willen ze niet paternalistisch overkomen of patiënten met de vinger wijzen. Deze spanningsvelden kunnen nog versterkt worden indien er een gender- of leeftijdsverschil is tussen de arts- en de patiënt.

CONTEXTUELE FACTOREN

Dit onderzoek leert dat Vlaamse huisartsen vooral nood hebben aan een nationale richtlijn of een praktisch stappenplan over de aanpak van alcoholproblematiek. Er is echter al heel wat informatie beschikbaar. Zo is er de richtlijn "Problematisch Alcoholgebruik. Aanpak van de Huisarts" van Domus Medica, die gepubliceerd werd in 2011[16]. Verder is er uitgebreide informatie beschikbaar via het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD). Waarom de huidige beschikbare informatie niet aan hun noden voldoet, werd in de interviews onvoldoende bevraagd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de informatie niet gekend is door de bevraagde huisartsen of hen onvoldoende ondersteuning biedt.

Verder zagen de artsen voordelen van een betere integratie van de alcoholproblematiek in hun EMD. Vooral belangrijk hierbij is attendering, het EMD als "extern geheugen". Echter niet enkel aanpassingen aan het EMD zijn nodig, mogelijks even belangrijk is het om artsen aan te leren hoe ze het EMD optimaal kunnen gebruiken. Artsen geven namenlijk aan dat de mogelijkheden van het huidige EMD onvoldoende gekend zijn. Opleiding zal dus ook op dit vlak voorzien moeten worden.

Respondenten zijn het unaniem eens dat zelfhulpwebsites enkel een rol kunnen spelen bij overmatig alcoholgebruik en niet bij alcoholafhankelijkheid. Ze kunnen gebruikt worden om patiënten inzicht te geven in hun alcoholgebruik en de schadelijke gezondheidseffecten ervan. De artsen in deze studie waren geïnteresseerd om zelfhulpsites te implementeren in hun dagelijkse praktijk. Er worden enkel problemen verwacht bij ouderen die niet wegwijs zijn met het gebruik van internet. Literatuur leert dat het verwijzen van patiënten naar zelfhulpsites niet inferieur is aan het geven van kort advies[17]. Bijgevolg kan het gebruik ervan mogelijks ook een oplossing bieden voor het tijdsgebrek dat artsen ervaren bij het toepassen van SBI.

BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK

Kwalitatief onderzoek aan de hand van diepte-interviews is een wetenschappelijke manier om ervaringen, motieven en opinies van anderen te exploreren. Er wordt door de onderzoekers getracht het onderzoeksonderwerp vanuit een ander perspectief te bekijken dan dat van zichzelf.

Een sterkte van dit onderzoek is dat een standaard kwalitatieve analyse methodiek werd gevolgd. Meerdere stadia werden hierbij doorlopen volgens de QUAGOL methode[2]. Het gebruik van het QSR International's NVivo 12 softwareprogramma[1] liet toe de bekomen resultaten te objectiveren. De analyse en interpretaties van de coderingen werden getoetst aan de literatuur en aan de bredere onderzoeksequipe van het PINO project.

Aangezien de onderzoekers voor het onderzoek nog geen ervaringen hadden met het uitvoeren van diepte-interviews, werden ze hiervoor bijgestaan door andere onderzoekers die hen hierover de nodige theoretische achtergrond bijbrachten. Naast deze vergaarde theoretische kennis, vereist het uitvoeren van diepte-interviews praktische oefening en dus een zekere leercurve. Op een aantal aspecten werd minder doorgevraagd, zoals bijvoorbeeld de reden waarom huidige beschikbare richtlijnen niet voldoen aan de noden.

Gezien beide onderzoekers als huisarts-in-opleiding werkzaam zijn, is er een zekere bias mogelijk. De eigen praktijkervaringen kunnen de uitgevoerde interviews beïnvloed hebben. Bij het doorlezen van de eerste interviews door de supervisoren werden enkele suggestieve vraagstellingen opgemerkt. Door de interviewers hierop attent te maken, werd deze bias bij de daaropvolgende interviews tot een minimum beperkt.

De respondenten van de interviews werden gerekruteerd via de seminariegroepen, hierdoor is het mogelijk dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven werden.

9. CONCLUSIE

Alcoholgebruik is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Screening en korte interventies in de huisartsenpraktijk spelen een belangrijke rol in het detecteren en verminderen van overmatig alcoholgebruik. Deze studie leert dat huisartsen barrières ondervinden bij het uitvoeren van SBIRT in de praktijk. Men mist praktische vaardigheden, men heeft angst om patiënten af te schrikken en men ervaart een tijdsgebrek.

Artsen voelen zich tenslotte ook onvoldoende ondersteund door de GGZ doordat wachtlijsten lang zijn. Op talrijke vlakken willen huisartsen ondersteund worden om SBIRT te implementeren, zo is er nood aan een sociale kaart, nood aan betere doorverwijsmogelijkheden, nood aan sensibilisering van de populatie. Het zal in de toekomst dan ook belangrijk zijn om deze barrières en noden nog concreter in kaart te brengen zodat SBIRT succesvol geïmplementeerd kan worden.

10. AANVULLINGEN

10.1. DANKWOORD

Graag zou ik mijn promotor Prof. Cathy Matheï willen bedanken voor het bijsturen tijdens het tot stand komen van deze masterpaper. Verder wil ik ook in het bijzonder mijn co-promotor Leo Pas bedanken voor de zeer uitgebreide begeleiding. Dankzij zijn expertise en snelle feedback was het mogelijk om bij te sturen waar nodig. Ook wil ik Bram Pussig bedanken om telkens de bijeenkomsten bij te wonen en mij de nodige kennis bij te brengen over het afnemen van diepte-interviews. Verder wens ik ook mijn praktijkopleiders Veerle Van Der Stighelen en Annemie Verpoorten te bedanken voor de hulp bij het afbakenen van het onderwerp en de steun. Bijzondere dank gaat ook naar mijn medestudenten en hun praktijkopleiders om deel te nemen aan dit onderzoek. Tenslotte wens ik mijn mede-collega Bart Van Engeland te bedanken voor de aangename samenwerking.

Ook bedankt aan het hele PINO-team om op regelmatige basis mee een blik te werpen op het onderzoek.

11. REFERENTIES

1. NVivo qualitative data analysis software; QSR International Pty Ltd. Version 12, 2018.
2. Dierckx De Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis An experience-based and detailed description of the strengths and pitfalls of the Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL). Int J Nurs Stud. 2011;49:360–71.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Elsevier; Lancet. 2009 Jun 27;373(9682):2223–33.
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Global status report on alcohol. 2018.
5. Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel. 2014;
6. VAD. Richtlijn voor alcoholgebruik. 2016;
7. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schleisinger C, Capbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. Drug Alcohol Rev. 2009 May 5;28(3):301–23.
8. Spurling MC, Vinson DC. Evidence for the Prevention Paradox. Ann Fam Med. 2005;47–52.
9. Ferguson L, Ries R, Russo J. Barriers to Identification and Treatment of Hazardous Drinkers as Assessed by Urban/Rural Primary Care Doctors. J Addict Dis. 2003;22(2):79–90.
10. Strobbe S. Prevention and screening, brief intervention, and referral to treatment for substance use in primary care. Elsevier Inc; Prim Care - Clin Off Pract. 2014;41(2):185–213.
11. Akvardar Y, Uçku R, Ünal B, Günay T, Akdede BB, Ergör G, et al. Do general practitioners diagnose and treat patients with alcohol use problems? Turk Psikiyatr Derg. 2010;21(1):1–8.
12. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Alcohol and Global Health 2 Effectiveness and cost-eff ectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Vol. 373, The Lancet. 2009.
13. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings of the WHO collaborative study. Alcohol Alcohol. 2004 Jul 1;39(4):351–6.
14. Abidi L, Oenema A, Nilsen P, Anderson P, van de Mheen D. Strategies to Overcome Barriers to

Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. Springer; Prev Sci. 2016;17(6):689–99.

15. Nilsen P. Brief alcohol intervention - Where to from here? Challenges remain for research and practice. Vol. 105, Addiction. 2010. p. 954–9.

16. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Hal G Van, Royen P Van. Problematisch alcoholgebruik aanpak door de huisarts. Domus Medica. 2011;(september).

17. Wallace P, Struzzo P, Dela Vedova R, Scafuri F, Tersar C, Lygikadis C, et al. Randomised controlled non-inferiority trial of primary care-based facilitated access to an alcohol reduction website. BMJ Open. 2017;7:1–8.

18. Doncker J De, Donder E De, Möbius D. Dossier Alcohol VAD. 2015.

19. Ewing JA. Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire. J Am Med Assoc. 1984;252(14):1905–7.

12. BIJLAGEN

12.1. BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL

Studenten: Bart Van Engeland en Valerie Laenen

Promotor: Cathy Matheï

Co-promotor: Leo Pas

Andere supervisoren: Bram Pussig

Achtergrond: Stoornissen in het gebruik van alcohol zijn in onze maatschappij een probleem. Zowel problematisch gebruik als mild overgebruik komen frequent voor. In de EU zou bij mannen ongeveer 14% en bij vrouwen 8% van de mortaliteit gerelateerd zijn aan alcoholgebruik. De huisarts is perfect geplaatst om overgebruik te detecteren en hierop in te spelen. Onderzoek toonde reeds aan dat screening en het geven van kort advies door de huisarts effectief is en alcoholgebruik in mindere of meerdere maten doet afnemen. Desondanks wordt het overgrote merendeel van stoornissen in het gebruik van alcohol niet gedetecteerd of aangepakt. Hiervoor werden reeds meerdere barrières en faciliterende factoren gevonden, doch correctie van bepaalde barrières blijkt niet tot betere resultaten te leiden. Vermoedelijk zorgen andere, nog te onderzoeken, barrières voor terughoudendheid bij artsen.

Verder is het contact tussen huisarts en patiënt slechts een momentopname en kan op die manier veel informatie die niet specifiek wordt nagevraagd, verloren gaan. Er zijn daarentegen andere gezondheidswerkers die in heel andere situaties en op andere momenten in contact komen met patiënten. Dit leidt tot de mogelijkheid om ook deze gezondheidsmedewerkers te betrekken in de aanpak van alcoholproblematiek. Ten slotte heeft de technologische evolutie van de laatste decennia, en de wijdverspreide toegang tot internet en GSM's die hiermee samengaat, gezorgd voor de opkomst van medische sites en apps, het zogenaamde e(electronic)- en m(mobile)-health. Gebruik hiervan is nog een factor die artsen zou kunnen steunen in het management van alcoholproblematiek.

Doel van het onderzoek: Ten eerste zal worden gepoogd te achterhalen welke factoren een rol spelen in de invoer en integratie van een systematische aanpak van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk. We beogen ook de huidige 'ideas' en 'concerns' van huisartsen aan het licht te brengen, en oplossingen te genereren voor problemen die zij op deze moment zien. We gaan hierbij dieper in op het aspect praktijkmanagement, als oplossing voor het tijdsgebrek dat vaak wordt aangehaald. Er zal overlegd worden met huisartsen en huisartsen in opleiding hoe organisatie en

taakverdeling kan bijdragen tot toename in frequentie en effectiviteit van SBIRT (Screening, Brief Intervention & Referral to Treatment).

Ten tweede zal worden nagegaan hoe samenwerking tussen huisartsen en andere gezondheidswerkers gestalte kan worden gegeven met name voor detectie en adviesverlening. Het project poogt te onderzoeken met welke opvattingen van huisartsen in een zorgpad moet rekening gehouden worden en welke oplossingen zij zien voor eventuele problemen..

Ten slotte wil het onderzoek uitwijzen in welke mate e- (en eventueel m-) health kunnen bijdragen aan SBIRT in kader van alcoholgebruik. Gedacht wordt aan verbetering van de dossiersystemen, toegang faciliteren voor zelfhulpsites of deze in de eigen hulpverlening integreren. Wat artsen over e-health denken, wat hen weerhoudt en wat hen kan motiveren om hiervan gebruik te maken.

Aanpak: Eerst zal een oriënterend literatuurstudie uitgevoerd worden op Medline. Hierbij zal gezocht worden naar nationale en internationale literatuur over bovengenoemde onderwerpen. Op basis van de literatuur zal een semigestructureerde vragenlijst opgesteld worden. Deze zal per mail gestuurd worden naar huisarsten in bereoepsopleiding uit meerdere seminariegroepen, hun stacos en praktijkopleiders. Het doel is om een 20 tal HAIO's en 20 PO's te bereiken. Op het einde van de vragenlijst zal een bijkomend telefonisch diepte-interview voorgesteld worden. Informed consent wordt gevraagd voor anonieme verwerking van de resultaten. Deze exploratieve studie zal helpen voor het opstellen van een focusgroep gesprek en Delphi studie in kader van een groter interventiestudie voor de ontwikkeling van professionele implementatie van SBIRT ter reductie van alcohol gerelateerde schade.

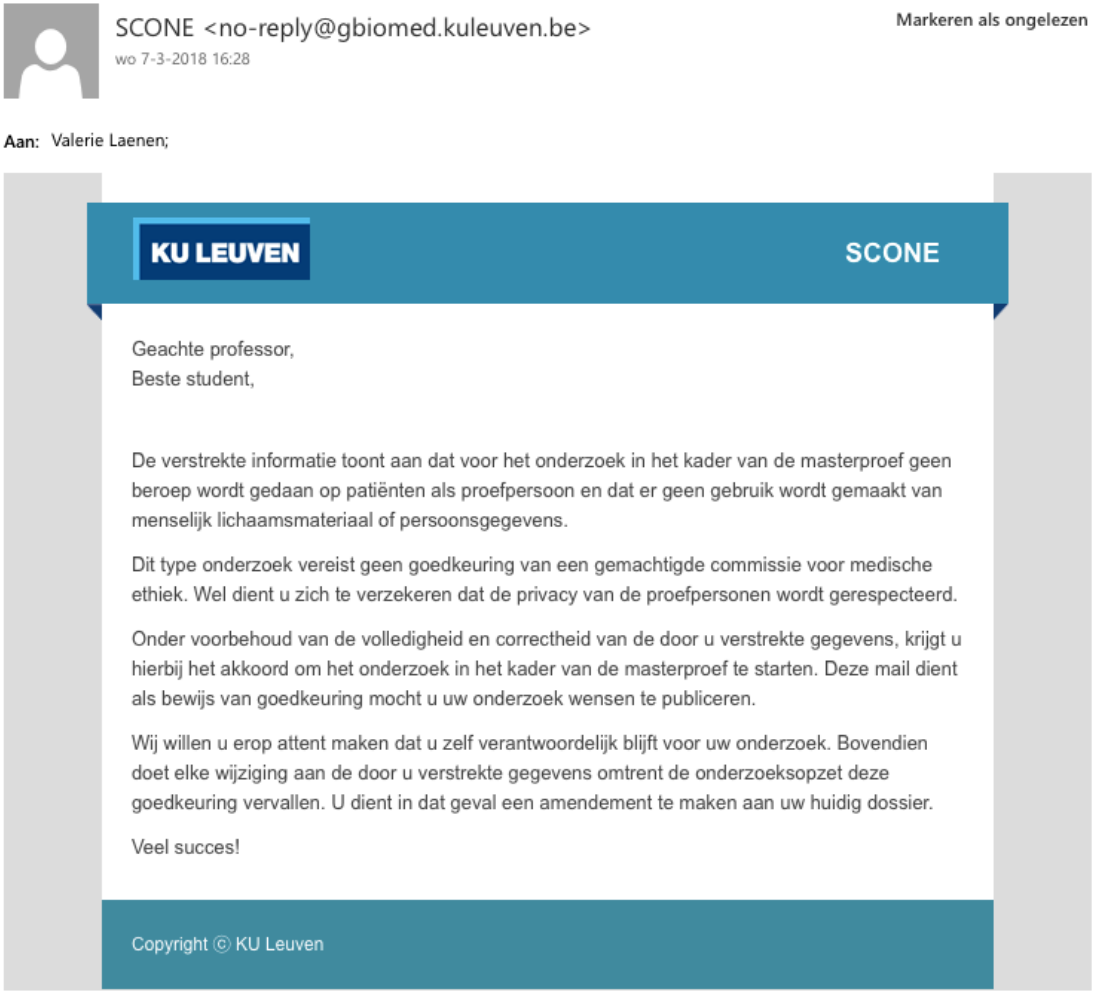
Taakverdeling:

Bart Van Engeland: Praktijkorgansiatie en samenwerking

Valerie Laenen: Attituden, Dossier beheer en e mental health

12.2. BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Onderstaande mail werd toegevoegd om te staven dat er geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek vereist was voor dit type onderzoek.



SCONE <no-reply@gbiomed.kuleuven.be>
wo 7-3-2018 16:28

Markeren als ongelezen

Aan: Valerie Laenen;

KU LEUVEN SCONE

Geachte professor,
Beste student,

De verstrekte informatie toont aan dat voor het onderzoek in het kader van de masterproef geen beroep wordt gedaan op patiënten als proefpersoon en dat er geen gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal of persoonsgegevens.

Dit type onderzoek vereist geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek. Wel dient u zich te verzekeren dat de privacy van de proefpersonen wordt gerespecteerd.

Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij het akkoord om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten. Deze mail dient als bewijs van goedkeuring mocht u uw onderzoek wensen te publiceren.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet deze goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier.

Veel succes!

Copyright © KU Leuven

12.3. BIJLAGE 3: TERMINOLOGIE ALCOHOLGEBRUIK

Niet-problematisch gebruik	Het gematigd en verantwoord drinken dat geïntegreerd is in de samenleving (sociaal drinken) (De Donder & Lambrechts, 2002).
Riskant alcoholgebruik **(hazardous use)**	Een drinkpatroon met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen. Deze categorie is van toepassing wanneer een bepaalde norm van alcoholgebruik wordt overschreden, echter zonder dat er reeds alcoholgerelateerde schade is. We spreken ook van riskant gebruik wanneer men alcohol drinkt in een bepaalde risicovolle situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld bij het ontbijt), zonder dat er reeds schade optreedt (Babor & Higgins-Biddle, 2001).
Schadelijk alcoholgebruik **(harmful use)**	Een drinkpatroon dat gezondheidsschade veroorzaakt op fysiek (bijvoorbeeld leverschade), psychisch (bijvoorbeeld depressieve episode) of sociaal vlak (bijvoorbeeld problemen op het werk) (Babor & Higgins-Biddle, 2001).
Problematisch alcoholgebruik	Een complex gegeven dat kan evolueren naar alcoholafhankelijkheid. Problemen die gepaard gaan met het alcoholgebruik, kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn. Deze worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van het alcoholgebruik, de combinatie met andere producten, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. Het gebruik van alcohol kan problemen voor de persoon zelf, maar ook voor zijn omgeving met zich meebrengen. Er is sprake van een continuüm dat gaat van niet- problematisch naar riskant tot problematisch alcoholgebruik (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Bron: dossier alcochol VAD, 2015 [18]

12.4. BIJLAGE 4: CAGE-VRAGENLIJST

De afkorting CAGE is samengesteld uit de eerste letters van de woorden Cutdown, Annoyed, Guilty en Eye-opener. De CAGE-test omvat vier vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid.[19]

- Heeft u de laatste tijd wel eens gedacht dat u minder zou moeten drinken?
- Heeft u de laatste tijd zich ooit geërgerd aan kritiek van anderen op uw drinken?
- Heeft u zich de laatste tijd wel eens ziek of schuldig gevoeld door drinken?
- Heeft u de laatste tijd wel eens ‘s morgens vroeg gedronken om uw zenuwen te kalmeren of om een kater te bestrijden?

12.5. BIJLAGE 5: SAPPQ

Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire

The questions in this section are designed to explore the attitudes of staff working with people with alcohol use disorders. There are no right or wrong answers. Please indicate the extent to which you agree or disagree with the following statements:

1 = Strongly agree
2 = Quite strongly agree
3 = Agree
4 = Neither agree or disagree
5 = Disagree
6 = Quite strongly disagree
7 = Strongly disagree

		Strongly agree	Quite strongly	Agree	Neither agree or	Disagree	Quite strongly	Strongly disagree
		1	2	3	4	5	6	7
1	I feel I know enough about causes of drinking problems to carry out my role when working with drinkers							
2	I feel I can appropriately advise my patients about drinking and its effects							
3	I feel I do not have much to be proud of when working with drinkers							
4	All in all I am inclined to feel I am a failure with drinkers							
5	I want to work with drinkers							
6	Pessimism is the most realistic attitude to take towards drinkers							
7	I feel I have the right to ask patients questions about their drinking when necessary							
8	I feel that my patients believe I have the right to ask them questions about drinking when necessary							
9	In general, it is rewarding to work with drinkers							
10	In general I like drinkers							

Thank you for taking the time to complete this survey

1

Scoring

Reverse scoring for items 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10

Role adequacy:	*Add scores on items 1, 2*
Role legitimacy:	*Add scores on items 7, 8*
Motivation:	*Add scores on items 5, 6*
Task-specific self-esteem:	*Add scores on items 3, 4*
Work satisfaction:	*Add scores on items 9, 10*
Role security:	*Add scores on role adequacy and role legitimacy*
Therapeutic commitment:	*Add scores on Motivation, Work Satisfaction and Task-specific Self-esteem*