Praktijkorganisatie en samenwerking in kader van overmatig alcoholgebruik: een exploratief onderzoek

Van Engeland Bart, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Cathy Matheï

Co-promotor: Dr. Leo Pas

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaren: 2017 – 2019

Inhoud

Abstract 3

Inleiding 3

Onderzoeksvraag 4

Methode 4

1.Literatuur 5

2.Diepte-interview 5

Resultaten 6

1.Vragenlijst 6

2.Diepte-interview 7

BEWUSTMAKING VAN PATIËNTEN 7

SAMENWERKING TUSSEN ARTSEN 9

UITBESTEDEN VAN TAKEN NAAR PARAMEDISCH PERSONEEL 10

TAKENPAKKET VAN APOTHEKERS EN SOCIALE SECTOR 10

PROBLEMEN GEZIEN DOOR ARTSEN 12

VERWACHTE MEERWAARDE 12

BEPERKING TAKENPAKKET 13

Discussie 13

PRAKTIJKORGANISATIE 13

SAMENWERKING MET ANDERE HULPVERLENERS UIT DE EERSTE LIJN 15

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK 16

STERKTES EN ZWAKTES 17

Conclusie 18

Dankwoord 18

Bronnen 19

Bijlage 23

Abstract

Achtergrond: Alcoholgebruik is wijdverspreid in de Belgische maatschappij en overmatige gebruik komt frequent voor. Vroegtijdige identificatie en het verstrekken van een kort advies is effectief en kostenefficiënt. Daarnaast heeft multidisciplinaire zorg in verschillende contexten voordeel aangetoond. Het doel van dit onderzoek is om de houding van huisartsen en huisartsen in opleiding ten aanzien van praktijkorganisatie en samenwerking met apothekers en sociale medewerkers in de aanpak van overmatig alcoholgebruik, na te gaan en af te toetsen met de literatuur. *Methode*: Initieel werd een literatuuronderzoek uitgevoerd via MEDLINE. Daarna werd een kwalitatief onderzoek opgezet aan de hand van semigestructureerde diepte interviews. Een vragenlijst werd gebruikt om deelnemers voor deze interviews te rekruteren uit de vier verschillende seminariegroepen waar de onderzoekers gedurende twee jaar toe behoorden. De respondenten bestonden uit huisartsen in opleiding, diens praktijkopleiders en huisartsen die maximum één jaar afgestudeerd waren. De diepte-interviews werden telefonisch afgenomen, getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd met het programma NVivo 12 (QSR International; Victoria - AU). Meerdere stadia werden doorlopen volgens de QUAGOL methode voor kwalitatieve data analyse. *Resultaten*: Specifieke aanpassingen in de praktijkorganisatie om overmatig alcoholgebruik aan te pakken zijn bij de respondenten vrijwel onbestaande. Alleen onderling overleg en bevindingen trachten te noteren in het EMD zijn voorlopig ingeburgerd. Folders en in mindere mate vragenlijsten in de wachtzaal kunnen volgens veel artsen wel helpen om patiënten te sensibiliseren over alcoholgebruik. Indien paramedisch personeel enkele taken zou overnemen in de aanpak van overmatig alcoholgebruik, kan dit de taak van de arts verlichten. De visies betreffende een verhoogde samenwerking met apothekers en de sociale sector lopen uiteen. Globaal gezien zijn artsen het eens dat deze actoren kunnen doen aan casefinding en vervolgens verwijzen naar de huisarts voor de verdere aanpak, zoals het geven van een kort advies. Differentiatie van het takenpakket lijkt echter zinvol en noodzakelijk. *Conclusie*: Artsen staan in het algemeen open voor aanpassingen aan de organisatie van hun praktijk om de aanpak van overmatig alcoholgebruik te bevorderen. Daarnaast zien ze voordelen in een verhoogde samenwerking met andere actoren uit de eerste lijn, zolang deze concrete adviezen en de verdere aanpak aan de huisarts overlaten.

Inleiding

Alcoholgebruik is in België haast niet weg te denken uit onze maatschappij. In 2016 gebruikte 76.5% van de Belgische populatie boven 15 jaar alcohol en was er bij 32.2% van de +15-jarigen de laatste maand een episode van piekdrinken (>6 eenheden tijdens één gelegenheid voor mannen, >4 voor vrouwen[(1)]) voorgevallen[(2)]. Nochtans kan het nuttigen van alcoholrijke dranken oorzaak zijn van heel wat problemen. In Europa zijn 1 op 7 van de mannelijke en 1 op 12 van de vrouwelijke overlijdens een gevolg van alcoholgebruik[(3)]. In België kampt ongeveer 8,1% van de mensen met overmatig alcoholgebruik[i] en 4,3% met alcoholafhankelijkheid[ii](2). Het VAD raadt op basis van wetenschappelijke evidentie aan “best niet meer dan 10 standaardglazen per week” te drinken.[(4)] Alcoholgebruik is na roken, hypertensie en overgewicht, de vierde grootste oorzaak van verlies van kwaliteitsvolle levensjaren[(1)]. Vroege identificatie en kort advies of korte interventie (screening and brief intervention, verder SBI genoemd) is een effectieve en kostenefficiënte manier om overmatig

[i] Overmatig alcoholgebruik: Gebruikt naar analogie met de term ‘harmful use of alcohol’ van de WHO. Dit wordt gedefinieerd als “the drinking that causes detrimental health and social consequences for the drinker, the people around the drinker and society at large, as well as patterns of drinking that are associated with increased risk of adverse health consequences”. [(2)]

[ii] Alcoholafhankelijkheid: Gebruikt naar analogie met de term ‘alcohol dependence’ van de WHO. Dit wordt gedefinieerd als “a need for repeated doses of the drug to feel good or to avoid feeling bad”.[(41)]

alcoholgebruik op te sporen en aan te pakken in de huisartsenpraktijk[5–7]. Daarnaast zijn er vragenlijsten die alcoholgebruik betrouwbaar in kaart kunnen brengen[8–10]. Toch wordt drankgedrag weinig nagegaan en screent een minderheid van de huisartsen naar overmatig alcoholgebruik[11–13]. Bijgevolg wordt slechts 10 tot 30% van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol geïdentificeerd en behandeld[11]. In de literatuur werden barrières en faciliterende factoren voor de aanpak van overmatig alcoholgebruik in de eerste lijn reeds onderzocht[14–17] en ook de rol van sociale medewerkers en apothekers betreffende de aanpak van stoornissen in het gebruik van alcohol werd bestudeerd[18–22]. Een verhoogde multidisciplinaire samenwerking wordt terugkerend gesuggereerd[17,23,24]. Waarom deze samenwerking uitblijft, is echter minder beschreven. Duidelijk is dat georganiseerde samenwerking tussen beide sectoren en huisartsen slechts sporadisch voorkomt, hoewel de voordelen van geïntegreerde zorg voor de patiënt reeds werden aangetoond in de context van andere pathologie[25,26]. In België wordt een veelvoud aan huisartsenpraktijkstructuren en –organisaties waargenomen waarvan de invloed op het uitvoeren van SBI nog niet duidelijk is. Het doel van dit onderzoek is om de houding van huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) ten aanzien van praktijkorganisatie en samenwerking met apothekers en sociale medewerkers in de aanpak van alcoholmisbruik na te gaan. Met samenwerking wordt niet alleen communicatie bedoeld, maar ook het op zich nemen van bepaalde aspecten van de aanpak van overmatig alcoholgebruik. Naar onze kennis is dit het eerste onderzoek dat dit in kaart tracht te brengen in het Vlaamse zorglandschap.

Onderzoeksvraag

Wat is de houding van huisartsen en HAIO's ten aanzien van praktijkorganisatie en samenwerking in verband met overmatig alcoholgebruik?

1. Hoe kan praktijkorganisatie volgens HAIO's en huisartsen bijdragen aan detectie en advies verstrekking in kader van overmatig alcoholgebruik?
2. Wat is de visie van HAIO's en huisartsen betreffende het tot stand brengen van een verhoogde samenwerking met apothekers en de maatschappelijke sector bij overmatig alcoholgebruik?

Methode

Om bovenstaande onderzoeksvragen uit te werken werd allereerst een literatuurstudie uitgevoerd. Vervolgens werd een vragenlijst opgesteld die diende als exploratie voor verdere diepte-interviews en ter rekrutering van respondenten. Deze diepte-interviews vormen de feitelijke basis van deze masterproef. Een tweede luik van de studie werd uitgevoerd door medeonderzoekster VL. Zij

onderzocht aan de hand van dezelfde diepte-interviews welke barrières en noden huisartsen en HAIO's bij de aanpak van alcoholproblematiek in hun praktijk ervaren. Dit deel wordt beschreven in haar masterproef.

1.Literatuur

Om achtergrond te vergaren over het onderwerp werd in het voorjaar van 2018 een literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit werd aan de hand van een sneeuwbalprincipe gedaan in MEDLINE. De specifieke zoektermen en opstelling van de zoekstrengen zijn weergegeven in bijlage 3.

2.Vragenlijst

Aan de hand van de gevonden literatuur werd door de onderzoekers (VL, BV), in samenwerking met twee onderzoekers van het PINO (Professionele Integratie om de Negatieve effecten van alcoholgebruik Om te buigen) project (LP, BP), een vragenlijst opgesteld die poogde de noden en visies van HAIO's en huisartsen betreffende de aanpak van alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk te exploreren. De vragenlijst werd opgesteld naar analogie met de Short Alcohol Attitudes Problem Perception Questionnaire (SAAPPQ)[(27)] en rekeninghoudend met de Theoretical Domains Fraimework (TDF)[(28)] domeinen. Dit werd zo gedaan omdat de vragenlijst ook diende als pilootfase voor een later implementatieproject met betrekking tot de aanpak van alcohol in het ACHG, KU Leuven: het hoger vermelde PINO project.

De vragenlijst werd in de zomer van 2018 online gezet. De kandidaat respondenten werden hiervan persoonlijk door de twee onderzoekers VL en BV per mail op de hoogte gebracht. Het betrof een opportunistisch samengestelde groep van HAIO's, diens praktijkopleiders, en net afgestudeerde huisartsen uit de seminariegroep van de twee onderzoekers VL en BV. Bij de vragenlijst werd een inleidende tekst gevoegd die de aangeschreven artsen inlichtte over het doel van de vragenlijst en de implementatie ervan in het PINO project. Daarnaast werd gevraagd of de artsen bereid waren een aanvullend diepte-interview te ondergaan, wat het eigenlijke doel was van de vragenlijst. De privacy van de deelnemers werd ten allen tijden gegarandeerd. De resultaten van de vragenlijst werden verwerkt met Microsoft Excel.

2.Diepte-interview

De respondenten die akkoord gingen, werden gecontacteerd voor een diepte-interview. Deze diepte-interviews trachtten onderliggende ideeën en visies van de respondenten te achterhalen door dieper in te gaan op bepaalde aspecten van de vragenlijst. De interviews werden op een semigestructureerde manier afgenomen door twee verschillende interviewers (VL, BV) van september tot november 2018. De onderzoekers interviewden elk de leden van hun eigen seminariegroep. Hieraan voorafgaand ondergingen de interviewers een twee uur durende

theoretische opleiding in het afnemen van diepte-interviews, door de twee onderzoekers (BP, LP) van het PINO project. De interviews gebeurden ofwel telefonisch, ofwel in persoon, naargelang de voorkeur van de respondent. De respondenten werden aan de start van het interview opnieuw ingelicht over de aard en achtergrond van het onderzoek. Ook hier werd hen meegedeeld dat hun gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Daarnaast gingen ze akkoord dat het gesprek zou opgenomen worden. Bij het interview werd uitgegaan van de antwoorden die werden gegeven op de vragenlijst, maar vervolgens dieper ingegaan op de thema's die betrekking hebben op de vermelde onderzoeksvragen. De opnames werden daarna verbatim neergeschreven. De analyse van de afgenomen interviews gebeurde volgens het principe uit de QUAGOL[29] en met het programma NVivo 12 (QSR International; Victoria - AU)[30]. Eerst werden tekstlijnen onafhankelijk gecodeerd door de twee interviewers (VL, BV), waarna onderling consensus werd bereikt over de gecodeerde tekstfragmenten vanuit een 'grounded theory' invalshoek. Daarna werden in consensus met drie andere onderzoekers (BP, LP en CM) beschrijvende thema's toegekend aan de bekomen codes vanuit een fenomenologische invalshoek.

Resultaten

1.Vragenlijst

Van de 38 verstuurde vragenlijsten werden er 21 beantwoord. De demografische gegevens worden samengevat in Tabel 1.

Tabel 1: Demografische gegevens

	Aangeschreven	**Enquête**	**Interview**
	n (%)	***n* (%)**	***n* (%)**
Totaal	***38***	***21***	***16***
Geslacht			
Man	11	5 (23,80)	5 (31,25)
Vrouw	27	16 (76,12)	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 (0,08)	3 (14,29)	2 (12,5)

Slechts 1 respondent vindt alcoholgebruik een prioriteit in de huisartsenpraktijk. Daarentegen vinden alle artsen het belangrijk alcoholmisbruik te kunnen opsporen en zelf kort advies te kunnen verstrekken.

85.7% Van de respondenten acht het voor hun eigen praktijkvoeren nuttig folders in de wachtzaal te voorzien. 76.2% Zou een steekkaart handig vinden en 61.9% is voor het laten invullen van een preventieve vragenlijst door de patiënt. Slechts 47.6% staat open voor delegatie van de screening van problematisch gebruik naar paramedisch personeel. Alle artsen vinden het de taak van de apotheker om informatie te verstrekken over interacties tussen alcohol en geneesmiddelen, doch slechts 33.3% vindt het wenselijk dat apothekers alcoholgebruik zouden bevragen. Sociale medewerkers zouden daarentegen volgens 76.2% van de artsen alcoholgebruik kunnen bevragen. Afgezien van 1 arts vonden alle respondenten dat beide groepen hulpverleners moeten verwijzen naar de huisarts indien ze overmatig alcoholgebruik bij een patiënt vermoeden.

2.Diepte-interview

Van de 21 respondenten werden er 16 geïnterviewd. Van de niet geïnterviewde respondenten gingen er 3 om onbekende reden niet akkoord met een aanvullend onderzoek en 2 andere konden ondanks herhaaldelijke pogingen niet bereikt worden. Hier worden bedenkingen bij gemaakt in Discussie. De demografische gegevens van de geïnterviewde artsen kunnen worden teruggevonden in tabel 1. Hieronder volgen de belangrijkste visies van de geïnterviewden, ingedeeld volgens de in consensus weerhouden fenomenologische interpretatie. Tabel 2 bevat hoe praktijkorganisatie volgens de huisartsen en HAIO's kan bijdragen aan de aanpak van overmatig alcoholgebruik. Hun visies betreffende een verhoogde samenwerking met apothekers en sociale sector zijn weergegeven in tabel 3. We overlopen de resultaten aan de hand van enkele citaten in de onderliggende tekst per rubriek. Gezien er grote overeenkomsten zijn tussen apothekers en sociale sector in de resultaten worden de citaten door elkaar gebruikt, tenzij specifiek anders vermeld. In tabel 3 werden de resultaten zo gerangschikt dat de overeenkomsten en verschillen tussen apothekers en de sociale sector die door de respondenten werden aangehaald makkelijk af te lezen zijn.

<u>BEWUSTMAKING VAN PATIËNTEN</u>

Een preventieve vragenlijst of informatieve folders in de wachtzaal zouden volgens de respondenten kunnen helpen patiënten te sensibiliseren over alcoholgebruik. Het grootste nadeel van een preventieve vragenlijst is volgens hen dat de foute populatie wordt bereikt:

BEWUSTMAKING PATIËNTEN	Algemene preventieve vragenlijst in wachtzaal			Folder of poster in wachtzaal		
	Pro	Contra	Voorwaarden	Pro	Contra	
	• Sensibiliseren mensen met beginnende problemen	• Geen interesse vanuit patiënten • Gewenste publiek niet bereiken • Rommelig • Privacy in praktijk • Tijdsgebrek	• Standaard bij iedereen • Thuis invullen	• Informatie over aanbevelingen en effecten • Subtiel informatie over taboe onderwerp • Patiënt kiest zelf lectuur • Patiënt ziet dat onderwerp bespreekbaar is	• Rommelig • Arts wil niet paternalistisch zijn • Stigma op nemen folder	
SAMENWERKING TUSSEN ARTSEN	Afspraken maken over aanpak	Arts kan te raden bij 'kampioen'	EMD als communicatiemiddel artsen praktijk	Onderling overleg	Overleg praktijkopleider	Praktijksteekkaart zou nuttig zijn
	• Op één lijn staan • Opvolging bij 1 arts houden	• Geeft meer vertrouwen • Overleggen moeilijke problemen	• Aandachtspunten • Evolutie • Herinnering	• Op dezelfde lijn staan • Bespreken moeilijke patiënten	• Raad vragen • Info over voorgeschiedenis	• Geeft houvast • Unanimiteit
UITBESTEDEN VAN TAKEN NAAR PARAMEDISCH PERSONEEL	Voorgestelde taken	Voordelen	Problemen			
	• Gebruik in kaart brengen • Opvolgen gekende problemen	• Goede relatie waardoor goed aanvoelen • Implementatie in algemene preventie • Ontlasten arts	• Tijdsgebrek • Geen goede relatie			

Tabel 2: Praktijkorganisatie in de aanpak van problematisch alcoholgebruik

'Ik denk wel dat de mensen met het grootste probleem niet degenen zijn die bij ons veel in de wachtzaal gaan zitten en misschien ook niet de patiënten die [een vragenlijst] dan [gaan invullen].' (Arts 12)

Het voornaamste voordeel van zowel een vragenlijst als folders in de wachtzaal wordt gezien in het feit dat patiënten worden ingelicht over de aanbevolen hoeveelheden. Daarnaast geeft het artsen een ingangspoort om alcoholgebruik tijdens het consult te bevragen. Tenslotte creëert het de opportuniteit om patiënten zelf tot het besef te laten komen dat ze mogelijk te veel drinken, zonder dit expliciet te benoemen en merken ze zo dat problemen bespreekbaar zijn:

'… omdat ik ook denk dat [folders en vragenlijsten in de wachtzaal] wel zou helpen om een beetje bewustwording te creëren bij mensen.. Van "alcohol oké, maar houd het toch een beetje binnen de normen" … ik denk dat [folders en vragenlijsten] een manier zou zijn om patiënten daar wel op een efficiënte manier over te informeren en dat het de drempel ook kan verlagen om dat aan te brengen tijdens een consult, of dat ze dan ook specifiek gaan vragen, "ja kijk, ik zit nu op zoveel eenheden per week. Is dat te veel? Moet ik minderen? Welke impact heeft dat op mijn gezondheid?".' (Arts 7)

SAMENWERKING TUSSEN ARTSEN

De geïnterviewden vinden het vooral belangrijk onderling overleg te hebben binnen eenzelfde praktijk en goede afspraken te maken over de aanpak van overmatig alcoholgebruik. Een echte praktijksteekkaart wordt aanzien als nuttig en wenselijk, maar is voorlopig nog bij niemand aanwezig. Daarnaast geeft niemand aan de bestaande praktijksteekkaarten, zoals bijvoorbeeld van Domus Medica, te gebruiken:

'Ik denk dat we dat dan wel vaak op voorhand al wat bespreken als we zien dat die patiënt op de agenda staat, wat we er al mee ondernomen hebben en wat onze visie gaat zijn, dat we zo wat op één lijn zitten voor dat gesprek.' (Arts 4)

Om elkaar op de hoogte te houden van de gang van zaken zou het elektronisch medisch dossier (EMD) idealiter goed gebruikt moeten worden:

'…daarin denk ik dat het dossier heel belangrijk is, dat als je in een groepspraktijk werkt en één arts weet dat die alcoholmisbruik heeft, dat dit in het dossier genoteerd is, dat iedereen daarvan op de hoogte is…' (Arts 8)

UITBESTEDEN VAN TAKEN NAAR PARAMEDISCH PERSONEEL

Veel artsen vermelden in het interview dat paramedisch personeel het opsporen van problematisch gebruik op zich zou kunnen nemen en dat dit de arts zou ontlasten:

> *'De praktijkassistente, als die een afspraak zou kunnen hebben met bepaalde mensen om zo het gebruik al in kaart te brengen, zou dat heel nuttig zijn.' (Arts 15)*

Enkele artsen opperen dat de opvolging van gekende problemen perfect door een praktijkassistent kan gebeuren en dat deze vaak een goede relatie heeft met de patiënt, wat steeds een voordeel is:

> *'…bij ons heeft de verpleegkundige toch ook een relatie met de patiënten en ik denk dat er in die zin aan valt te voelen of het slechter of beter gaat, aanmoedigen om vol te houden enzo , dat dat meegenomen is.' (Arts 16)*

TAKENPAKKET VAN APOTHEKERS EN SOCIALE SECTOR

Zowel apothekers als sociale medewerkers kunnen volgens de artsen een rol spelen in de casefinding door aandachtig te zijn voor tekenen van overmatig alcoholgebruik:

> *'Mensen vertellen veel aan de apotheker. Apothekers zien patiënten vaak passeren, zien hun voorkomen, ruiken hun adem,… .' (Arts 8)*

Enkel bij de sociale sector wordt vermeld dat ze een rol zouden kunnen spelen in screening:

> *'Ik denk dat er sowieso voor deze medewerkers een rol is weggelegd omdat ze echt alle dingen aanpakken, zowel financieel als verslaving. Ik denk screening zeker. …' (Arts 11)*

Zowel apothekers als sociale medewerkers zouden volgens meerdere artsen informatie, bijvoorbeeld onder vorm van een folder, kunnen meegeven waardoor de patiënt zich bewust wordt van de niet te overschrijden dagelijkse hoeveelheden. Bovenal moeten ze in dergelijke situaties echter verwijzen naar de huisarts en idealiter contact opnemen met de huisarts om deze in te lichten over de situatie:

> *'Ik denk dat, als ze een vaste apotheker hebben, dat [apothekers] ook wel merken of mensen veel drinken of niet en dat die dat dan kan doorgeven naar de huisarts van "ik denk dat die een alcoholprobleem heeft".' (Arts 6)*

> *'Ik denk dat meegeven van informatiefolder wel nuttig is, maar verwijzen naar web of meegeven van een folder is nooit genoeg, ik denk dat er altijd een verwijzing [naar de huisarts] bij moet… .' (Arts 15)*

Volgens een groot deel van de geïnterviewden is het informeren van de patiënt over interacties tussen alcohol en medicatie een hoofdtaak van apothekers:

TAKENPAKKET	**Apotheker**	Opsporen problematisch gebruik • Case finding	Informatie en adviesgeving • Patiënt kan info zelf verwerken • Bewustmaking patiënt	Verwijzen naar huisarts • Verwijzen bij vermoeden misbruik Hoofdtaak ligt bij huisarts	Communicatie met huisarts • Bekomen info doorgeven • Gedeeld dossier gesuggereerd • Persoonlijk overleg • Telefonisch contact	Informatie interactie alcohol en medicatie	Hulp bij medicamenteuze behandeling • Behandeling antabuse • Behandeling benzo's
	Sociale medewerker	Opsporen problematisch gebruik • Screening • Case finding	Informatie en adviesgeving • Meedelen van aanbevelingen • Info over zelfhulpsites of folders	Verwijzen naar huisarts • Bij opmerken van problemen	Communicatie met huisarts • Doorgeven bij patiënt verschafte communicatie • Telefonisch	Opvolgen gekende problemen • Telefonisch contact houden • Bevragen vorderingen	
PROBLEMEN	**Apotheker**	SBI bij apotheek wordt niet aanvaard door patiënt • Apotheek heeft geen mandaat • Ontbreken relatie	Barrières bij apotheek zelf • Angst patiënt te verliezen • Geen interesse • Tijdsgebrek	Slechte communicatie Minder ernstige gevallen niet gecommuniceerd Te weinig communicatie tussen HA en A Weinig voeling tussen HA en A	Geen privacy in apotheek • Sociaal wenselijk antwoorden • Andere mensen luisteren mee • Privacy hoekje niet ideale oplossing	Verliezen follow up aan apotheek	Apotheek heeft niet juiste kennis • Niet in opleiding
	Sociale medewerker	SBI door sociale medewerker wordt niet aanvaard door patiënt • Advies niet aangenomen • Geen mandaat	Barrières bij sociale medewerker zelf • Tijdsgebrek	Slechte communicatie • Minder ernstige gevallen niet gecommuniceerd • Vooral arts-gestuurde communicatie	Geen gedeeld beroepsgeheim		
VERWACHTE MEERWAARDE	**Apotheker**	Frequent contact • Patiënten komen vaak langs voor kleine zaken • Gemakkelijker contact met A	Extra persoon voor opsporing • Extra aandachtige professional • Vroegere detectie	Vertrouwensband			
	Sociale medewerker	Frequent contact	Extra persoon voor opsporing • Extra aandachtige professional • Vroegere detectie	Vertrouwensband • Patiënt aanvaard raad beter Kleinere barrière	Brede context patiënt bekijken • Link tussen sociale, financiële, … problemen en alcoholmisbruik • Beter oorzakelijke factor opsporen	Contact met risicogroep • Mensen in rand van maatschappij • Mensen met financiële of sociale problemen	Patiënt zien in thuissituatie • Impressie van leefwereld • Opvangen signalen van overmatig alcoholgebruik
BEPERKING TAKENPAKKET	**Apotheker**	Screening • Niet realistisch • Niet juiste persoon • Geen mandaat	Info en advies geven • Meer begeleiding nodig • Confronterend voor patiënt	Verwijzen naar GGZ • Huisarts niet omzeilen	Communicatie via mail • Verboden door GDPR • Arts wil niet		
	Sociale sector	Screening • Geen mandaat	Info en advies geven • Niet aangenomen door patiënt	Verwijzen naar GGZ			

Tabel 3: Visie van huisartsen en HAIO's op een verhoogde samenwerking met apothekers en sociale sector

'Informatie over interacties moet hij zeker geven. Dat vind ik toch wel één van de [belangrijkste] taken als apotheker. (Arts 2)

'Dus ik denk in de praktijk dat [de taak die ze op zich kunnen nemen] zich gaat beperken tot welke medicatie mag ik niet combineren met alcohol…' (Arts 7)

PROBLEMEN GEZIEN DOOR ARTSEN

Het grootste probleem dat wordt gezien bij apothekers, maar niet bij de sociale sector, is het gebrek aan privacy. Dit zou niet alleen ongemakkelijk zijn voor patiënten, maar ook tot sociaal wenselijke antwoorden kunnen leiden:

'Ik weet niet of dat het allerbeste is, want in de apotheek sta je toch naast andere mensen nog, dus dat het niet zo sociaal aanvaard is om dan dat soort vragen te gaan stellen. …iedereen kent er iedereen, dus dat is een beetje negatief als je echt meemaakt dat de apotheker ineens begint: "hoe is het met uw alcoholgebruik?".' (Arts 13)

Veel artsen zijn van mening dat bevragen van alcoholgebruik en het geven van advies door apothekers en sociale medewerkers niet aanvaard zal worden door patiënten:

'Ik merkte toen bijvoorbeeld dat de patiënte in kwestie er niet mee gediend was [dat de sociale medewerker advies gaf] en zelfs vond dat de hulp niet meer moest komen.' (Arts 16)

Daarnaast menen enkele respondenten dat barrières bij de hulpverleners zelf, zoals tijdsgebrek, ervoor zorgen dat ze deze taken niet op zich zullen willen nemen:

'Daar gaat een apotheker ook geen tijd voor hebben.' (Arts 3)

'Ik vrees dat [SBI toepassen] voor hen de bomen door het bos niet meer zien is, met de drukte die ze hebben.' (Arts 13)

Een vaak terugkerend thema is de gebrekkige communicatie waar artsen naar eigen zeggen vaak mee te maken hebben:

'Heel vaak loopt dat, vind ik, redelijk stroef, in mijn ervaring. [Sociale medewerkers] zijn niet de mensen die, heb ik de indruk, snel geneigd zijn om te bellen of te communiceren.' (Arts 7)

'Communicatie is in veel eerstelijnstakken wel een pijnpunt.' (Arts 10)

VERWACHTE MEERWAARDE

Vooral het frequent contact en het feit dat zowel apothekers als sociale werkers kunnen fungeren als extra persoon in de opsporing, wordt door veel artsen als voordeel aangehaald.

'Ik denk dat een apotheker veel ziet, patiënten goed kent en soms een betere band heeft dan je zou verwachten. …, misschien zien [apothekers] [patiënten] zelfs vaker dan de huisarts.' (Arts 8)

'…vaak als [de sociale medewerkers] mensen zijn die regelmatig in contact komen daarmee, zijn zij degenen die de signalen oppikken…' (Arts 12)

Bij sociale medewerkers merken enkele artsen een extra voordeel op omdat ze de patiënt zien in de thuissituatie en ook de bredere context van het probleem vaak sneller door hebben:

'…bijvoorbeeld maatschappelijke werkers als die op huisbezoek komen, dat die daar wel een beter idee van hebben als daar een hele vuilnisbak vol zit met lege blikjes bier, en dat zien wij dan niet altijd. Dus ik denk dat [de patiënt zien in de thuissituatie] wel een mogelijk voordeel kan zijn.' (Arts 3)

BEPERKING TAKENPAKKET

De geïnterviewden vinden het globaal gezien niet de taak van apothekers om te screenen naar overmatig alcoholgebruik:

'Nee, [screening] is niet de plaats van de apotheker, maar wel de huisarts. Anders moet de apotheek bij elke patiënt een consult gaan doen.' (Arts 8)

'Ik vind dat de apotheker alleen mag zeggen: "Deze medicatie mag je niet combineren met alcohol.".' (Arts 5)

Vaak wordt ook aangehaald dat noch apothekers, noch sociale werkers echt goed geplaatst zijn om informatie en advies te geven:

'Ik denk dat er sowieso voor [beide beroepsgroepen] een rol is weggelegd … , maar adviezen, misschien dat [patiënten] dat minder aannemen…' (Arts 11)

Discussie

PRAKTIJKORGANISATIE

Dit onderzoek legde zich toe op praktijkorganisatie en samenwerking met andere spelers uit de eerste lijn. De literatuur over praktijkorganisatie specifiek voor de aanpak van alcoholproblematiek is zeer schaars. Wel werd reeds een 'best practice' voor de implementatie van screening en korte interventie beschreven[31]. Twee belangrijke componenten hiervan zijn 'volledige integratie van SBI diensten in de workflow van de praktijk' en 'interprofessionele benadering', dewelke beiden kunnen

worden gevonden in de bewustmaking van patiënten, samenwerking tussen artsen en uitbesteden van taken naar paramedisch personeel die hieronder aan bod komen. Het feit dat er weinig literatuur beschikbaar is, komt overeen met onze bevindingen dat specifieke praktijkorganisatie vrijwel afwezig is bij de geïnterviewde artsen. Enkel onderling overleg en gebruik van het EMD zijn voorlopig enigszins aanwezig. Veel van hen staan daarentegen wel open voor eventuele aanpassingen.

Bewustmaking patiënten

Veel respondenten geven aan dat bevragen van gebruik en meegeven van een advies wordt gezien als een soort taboe. Dit zou komen door het sociaal aanvaarde karakter van alcohol en de algemene onwetendheid bij patiënten betreffende de aanbevelingen en de risico's van misbruik. Sensibiliseren van patiënten zou dit probleem kunnen oplossen. Zo zou een folder in de wachtzaal patiënten op een niet-aanvallende manier kunnen informeren over het aanbevolen gebruik en de risico's van alcohol. Een algemene preventieve vragenlijst wordt als een minder ideale variant hierop gezien, al werd door enkele artsen geopperd dat enkel de gemotiveerde patiënt een dergelijke vragenlijst zou invullen. Dit probleem kan makkelijk overkomen worden door standaard elke patiënt een algemene vragenlijst te laten invullen voor een preventieve consultatie. De reden dat veel artsen dergelijke aanpassingen interessant en nuttig vinden, maar ze toch niet worden geïmplementeerd in de praktijk, lijkt multifactorieel. Uit de vragenlijst en de interviews valt op te maken dat artsen, hoewel ze de aanpak van alcoholproblemen belangrijk vinden, dit niet als prioriteit zien. Meerdere artsen geven aan dat ze niet voor elk gezondheidsprobleem zulke 'uitgebreide' organisatorische veranderingen kunnen aanbrengen. Enkele artsen vermelden dat ze er enkel mee geconfronteerd moeten worden en dat een overheidscampagne of financiële compensatie zou helpen om dergelijke aanpassingen door te voeren.

Samenwerking tussen artsen

Het is voor de geïnterviewden vooral belangrijk om als één team overmatig gebruik van alcohol aan te pakken. Dit lijkt in veel praktijken reeds enigszins het geval te zijn. Onderling overleg betreffende de aanpak, maar ook elkaar op de hoogte houden van opgemerkte problemen, zijn volgens veel artsen noodzakelijk voor een goede praktijkvoering. Het EMD zou kunnen dienen als communicatiemiddel. Daarentegen geven veel, vooral jonge, huisartsen aan dat het EMD nog suboptimaal wordt gebruikt. Er lijkt een trend te zijn dat jongere artsen hier meer gebruik van maken. Een praktijksteekkaart wordt door veel respondenten als een welgekomen houvast gezien. De geïnterviewden die dit vermelden, geven echter nooit aan gebruik te maken van de reeds bestaande praktijksteekkaarten. De reden hiervoor lijkt steeds één van de volgende te zijn: ofwel is ze niet gekend, ofwel vindt de arts ze niet goed genoeg, ofwel geeft de arts aan een eigen steekkaart te willen opstellen. Te raden kunnen gaan bij een collega of praktijkopleider die meer kennis en

ervaring heeft met de aanpak van alcoholproblemen komt regelmatig terug als een motiverende factor. Dit wordt ook teruggevonden in de literatuur[31] en zou bijgevolg in de toekomst gepromoot kunnen worden. Gezien de opkomst van groepspraktijken zou steeds één arts meer onderricht kunnen worden in de aanpak van problematisch alcoholgebruik en zo collega's bijstaan.

Uitbesteden van taken naar paramedisch personeel

Veel artsen vermelden tijdsgebrek en het hebben van andere prioritaire taken als belangrijke redenen waarom ze alcoholgebruik nog niet systematisch bevragen, zowel in ons onderzoek als in de literatuur.[32] Het uitbesteden van bepaalde taken naar paramedisch personeel zou de werkdruk van de arts kunnen verlichten. Op die manier kan praktijkorganisatie ervoor zorgen dat het haalbaar is voor huisartsen om de aanpak van overmatig alcoholgebruik te combineren met hun andere prioriteiten. Zowel opsporen van alcoholproblemen als later het opvolgen van gekende patiënten zou door paramedisch personeel kunnen worden uitgevoerd[31,33]. De literatuur schrijft dat opdelen van het takenpakket, met duidelijk afgebakende rollen, ervoor zorgt dat aanpassingen in het praktijkvoeren meer kans hebben om langdurig in de praktijk geïmplementeerd te blijven.[31] De meeste artsen in ons onderzoek waren voorstander van deze aanpassing en stonden hiervoor open. Waarom deze aanpassing nog nergens werd doorgevoerd is niet duidelijk. Slechts enkele artsen zeiden te denken dat een paramedisch personeelslid geen mandaat zou krijgen van de patiënt om alcoholgebruik te bevragen. Dit wordt in de literatuur niet teruggevonden als beperkende factor en lijkt in het verlengde te liggen van het aanvoelen bij sommige artsen dat er nog steeds een taboe hangt rond het bevragen van alcoholgebruik en het ongevraagd geven van advies.

SAMENWERKING MET ANDERE HULPVERLENERS UIT DE EERSTE LIJN

De geïnterviewde artsen zijn over het algemeen van mening dat samenwerking met andere hulpverleners uit de eerste lijn de aanpak van alcoholproblemen kan verbeteren. In ons onderzoek zien we evenwel dat artsen argwanend staan tegenover het 'uit handen geven' van bepaalde problemen. Dit wordt ook teruggevonden in de literatuur en kan worden overkomen door een betere relatie, een interesse in samenwerking en een vertrouwensband tussen arts en hulpverlener in kwestie[23,34,35]. De gebrekkige communicatie die terugkerend wordt gesuggereerd als barrière in de samenwerking, lijkt eerder een probleem van tijdsgebrek. De respondenten geven aan te vermoeden dat apothekers en sociale medewerkers de tijd niet hebben om deze taken op zich te nemen en merken dit tijdsgebrek ook op als beperkende factor bij zichzelf. Hier zou een gedeeld dossiersysteem volgens sommige respondenten de oplossing kunnen zijn, zodat artsen de info ter beschikking hebben wanneer het hen uitkomt.

Samenwerking met apothekers

Interessant genoeg zijn veel mogelijke problemen die de artsen in ons onderzoek aanhalen terug te vinden in de literatuur als initiële bezorgdheden bij apothekers zelf[21]. Zo zegt een groot deel van de respondenten zich vragen te stellen bij de privacy in de apotheek. Ook het idee dat apothekers te weinig tijd zouden hebben komt frequent terug. Ten slotte wordt vooral getwijfeld aan het feit dat patiënten SBI van een apotheker zouden aanvaarden. Deze bezorgdheden zijn echter niet onderbouwd en volgens de literatuur is SBI in de apotheek wel degelijk haalbaar en wordt het aanvaard door patiënten[21,36,37]. Naast het verstrekken van informatie over interacties tussen alcohol en medicatie, zien huisartsen vooral het aandachtig zijn voor tekens van overmatig alcoholgebruik en vervolgens verwijzing naar de huisarts als mogelijke taak van de apotheker. Actief opsporen van overmatig alcoholgebruik is volgens de meeste respondenten niet de taak van de apotheker. Enkele respondenten gaven aan te twijfelen aan de effectiviteit van een kort advies dat werd gegeven door een apotheker zelf, zonder verdere verwijzing. Hoewel dat initieel leek te worden bevestigd door de literatuur[38], toont een latere studie echter aan dat een bias de resultaten van het eerste onderzoek vermoedelijk negatief heeft beïnvloed.[39]

Samenwerking met sociale sector

De privacy is bij sociale medewerkers volgens de respondenten minder een probleem dan bij apothekers. Hierdoor kan deze eerste groep volgens hen wel een rol, zij het een beperkte, spelen in de screening naar overmatig alcoholgebruik. Er wordt meermaals aangehaald dat de sociale sector meer contact heeft met een risicopopulatie en bijgevolg zou dit een vorm van casefinding genoemd kunnen worden. Sociale medewerkers moeten volgens de geïnterviewde artsen vooral aandachtig zijn voor tekens van overmatig alcoholgebruik in de thuissituatie. Hoewel enkele artsen in ons onderzoek aangeven te denken dat sociale medewerkers naast de identificatie ook kort advies op zich konden nemen, lijken sociale medewerkers hier zelf nog niet vertrouwd mee en is SBI, zelfs na training, moeilijk te implementeren in hun dagelijkse werk.[19,22] Ze zijn zelf vaak van mening dat hun taak zich beperkt tot het identificeren en daarna verwijzen van patiënten met overmatig alcoholgebruik.[22] Dit wordt ook zo gezien door enkele andere artsen in ons onderzoek, die vermoeden dat advies gegeven door een sociale medewerker niet zou worden aanvaard. Het aantal studies dat hierover werd teruggevonden, is echter beperkt en het betreft recente studies, wat aantoont dat verder onderzoek meer inzicht moet geven.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Dit onderzoek toont aan dat er in de praktijk volgens huisartsen en HAIO's bepaalde aanpassingen kunnen gebeuren die een positieve impact kunnen hebben op hun praktijkvoeren met betrekking tot de aanpak van overmatig alcoholgebruik. De literatuur is over het algemeen positief over deze aanpassingen, zowel betreffende de organisatie van een praktijk als de samenwerking met andere

hulpverleners. Het duidelijk aflijnen van taken, zowel binnen een huisartsenpraktijk, als in de hele eerste lijn, lijkt voordelig te zijn. In welke mate dat zo is en welke taken specifiek, moet nog verder onderzocht worden. De aanpak van alcoholproblemen mag zich niet beperken tot de huisarts alleen, maar elke speler in de eerste lijn moet zijn verantwoordelijkheid opnemen, zoals één respondent zegt:

> *'…Ik denk dat [overmatig alcoholgebruik aanpakken] niet echt bij één iemand ligt, maar dat heel de zorg verantwoordelijkheid mag nemen.'*

Uit de vragenlijsten en interviews blijkt dat de geïnterviewde artsen snel denken aan schadelijk gebruik[iii] en alcoholafhankelijkheid als er wordt gesproken over overmatig alcoholgebruik. Ze laten zo het grotere deel van patiënten met beperkt overmatig gebruik buiten beschouwing. Nochtans toont onderzoek aan dat het algemeen bevragen van alcoholgebruik en meteen meegeven van een kort advies bij overmatig gebruik kostenefficiënt is[(7)] en dat de meeste ziektewinst kan bekomen worden door bij deze groep een gedragsverandering teweeg te brengen[(40)]. Een ingesteldheidverandering bij artsen zou bijgevolg kunnen leiden tot een vroegtijdiger aanpakken van beperkt overmatig alcoholgebruik en voorkomen van latere zwaardere problemen. Dit was echter niet de insteek van dit werk en werd bijgevolg niet verder uitgewerkt.

STERKTES EN ZWAKTES

Aan het einde van de 16 afgenomen interviews kon er worden besloten tot saturatie van de data. Op een bepaald punt kwamen er geen nieuwe aspecten aan het licht bij het analyseren van de latere, rijkere interviews. De sterkte van het onderzoek schuilt in het kwalitatieve karakter ervan. Zo wordt gepeild naar de ideeën, de visies, de ervaringen en de opinies van huisartsen en huisartsen in opleiding. Het nadeel hiervan is dat de kwantiteit van bepaalde visies niet wordt weergegeven. De mening van één arts weegt al makkelijk even zwaar door als deze van vijf artsen. Daarnaast zijn alle resultaten enkel de visies van de geïnterviewde artsen en reflecteren daarom niet altijd de realiteit. Dit werd weliswaar in perspectief geplaatst door het af te toetsen met de literatuur. Positief is dat de interviews werden afgenomen door twee verschillende onderzoekers (VL en BV). Doordat de resultaten daarna ook door beide onderzoekers afzonderlijk werden verwerkt en later in consensus samengebracht, is er minder kans op vertekening. Tevens werden de bevindingen door meer ervaren onderzoekers (CM, LP, BP) van het PINO project bekeken. Als zwaktes valt op te merken dat voor de literatuurstudie slechts één databank werd doorzocht. Daarnaast werden de interviews afgenomen bij artsen die hier zelf voor open stonden. Dit betekent dat er een reële kans is op een zelfselectie bias, waarbij vooral gemotiveerde en geïnteresseerde artsen aan het woord komen. De onderzoekers

[iii] Volgens definitie van VAD: 'Een drinkpatroon dat gezondheidsschade veroorzaakt op fysiek, psychisch of sociaal vlak.'[(42)]

(VL en BV) waren, afgezien van de korte theoretische opleiding voorafgaande aan het onderzoek, onervaren in het afnemen van diepte-interviews. Dit is ook duidelijk op te maken uit het feit dat latere interviews opmerkelijk rijker zijn dan de eerdere varianten.

Conclusie

Praktijkorganisatie en samenwerking met andere hulpverleners uit de eerste lijn bij de aanpak van alcoholproblemen zijn voorlopig weinig ingeburgerd bij huisartsen en HAIO's. Zij staan globaal gezien echter wel open voor verandering wat dit betreft. De visie van de geïnterviewde artsen betreffende deze onderwerpen loopt evenwel uiteen. Globaal gezien denken artsen dat praktijkorganisatie onder vorm van folders of preventieve vragenlijsten mogelijk kunnen bijdragen aan bewustmaking van patiënten en het bespreekbaar maken van alcoholgebruik. Daarnaast zou uitbesteden van opsporing en opvolging van overmatig alcoholgebruik naar paramedisch personeel de taak van huisarts kunnen verlichten. De artsen zijn over het algemeen van mening dat apothekers en sociale medewerkers kunnen bijdragen aan SBI, al zijn niet alle artsen het eens over welke specifieke taken deze hulpverleners op zich zouden kunnen nemen, noch over de differentiatie van het takenpakket. Globaal gezien zijn de respondenten het eens dat beide actoren aandachtig moeten zijn voor tekens van overmatig alcoholgebruik en bij opmerken van problemen moeten doorverwijzen naar de huisarts. Verder onderzoek moet uitwijzen wat het effect van een aanpassing in praktijkorganisatie is en hoe een verhoogde samenwerking met andere hulpverleners uit de eerste lijn er concreet kan uitzien.

Dankwoord

Ik houd eraan enkele mensen te bedanken, zonder wie dit werk niet tot stand zou zijn gekomen. Allereerst alle artsen die de vragenlijst invulden en speciaal zij die later openstonden voor een interview. Ze deden belangeloos mee aan dit onderzoek en offerden hun tijd op voor mij, en voor de wetenschap. Vervolgens wil ik Prof. Dr. Cathy Matheï speciaal bedanken voor het bijsturen van de thesis en het brengen van klaarheid als ik zelf de richting niet helemaal vond. Een welgemeende bedanking voor Dr. Leo Pas die dag en nacht klaarstond om feedback te geven en het hele proces van dichtbij heeft gevolgd. Daarnaast ook Bram Pussig, die steeds aanwezig was op de bijeenkomsten en de theoretische opleiding omtrent het afnemen van diepte-interviews gaf. Verder ben ik mijn vriendin zeer dankbaar voor het geduld en de mentale steun, maar ook voor de tips die ze mij gaf op de momenten dat ik ze het meest kon gebruiken. Tenslotte wil ik mijn medeonderzoekster Valerie Laenen bedanken voor de aangename samenwerking en het feit dat ze altijd klaar stond voor overleg of een gesprek.

Bronnen

1. Hoge Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik. Brussel:HGR; 2018. Advies nr. 9438. 2018;(9438).

2. Department of Mental health and substance abuse WHO. Global status report on alcohol and health 2018. 2018.

3. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, et al. Corrigendum: Managing Alcohol Problems in General Practice in Europe: Results from the European ODHIN Survey of General Practitioners [Alcohol and Alcoholism, 49, 5, (2016) (531-539)] doi:10.1093/alcalc/agu043. Alcohol Alcohol. 2016;51(5):630–630.

4. VAD –Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. Richtlijn voor alcoholgebruik [Internet]. 2016. Available from: http://www.vad.be/assets/richtlijn-voor-alcoholgebruik

5. Anderson P, Laurant M, Kaner E, Wensing M, Grol R. Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. Rutgers University Piscataway, NJ; J Stud Alcohol. 2004 Mar 4;65(2):191–9.

6. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction. 2002 Mar;97(3):279–92. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964101

7. Purshouse RC, Brennan A, Rafia R, Latimer NR, Archer RJ, Angus CR, et al. Modelling the Cost-Effectiveness of Alcohol Screening and Brief Interventions in Primary Care in England. 2013;48(2):180–8.

8. Fiellin DA, Reid MC. Screening for Alcohol Problems in Primary Care. Arch Intern Med. 2000;160(13):1977.

9. Dhalla S. The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse : A Review of Reliability and Validity Studies. 2007;30(1):33–41.

10. Bradley KA, Debenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. 2007;31(7):1208–17.

11. Stuurgroep L, Richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Alcohol. 2009;251.

12. Drenthen T, van Etten D, van Huffelen R, Keurhorst M, Korenromp I, Laurant M, et al. Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik. Ggz. 2013;(november):21. Available from: http://www.eerstelijnsggz.nl/documenten/ROS_TB_zorgpad_D_alcohol_herzien2013.pdf

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

14. McNeely J, Kumar PC, Rieckmann T, Sedlander E, Farkas S, Chollak C, et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. BioMed Central; Addict Sci Clin Pract. 2018;13(1):8. Available from: https://ascpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-018-0110-8

15. Rahm AK, Boggs JM, Martin C, Price DW, Beck A, Backer TE, et al. Facilitators and Barriers to Implementing Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Primary Care in Integrated Health Care Settings. Subst Abus. 2015 Jul 3;36(3):281–8.

16. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. Available from: https://academic.oup.com/jpubhealth/article-abstract/33/3/412/1557958

17. Kolsek M, Struzzo P, Svab I. Health Policies Qualitative Study on Community and Primary Health Care Involvement on Alcohol and Tobacco Actions in Seven European Countries. 2008;6084:303–16.

18. Watson MC, Blenkinsopp A. The feasibility of providing community pharmacy-based services for alcohol misuse: A literature review. Int J Pharm Pract. 2009;17(4):199–205. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/doi/epdf/10.1211/ijpp.17.04.0002

19. Guo W, Polich ED, Su J, Gao Y, Christopher DM, Allan AM, et al. Factors influencing the implementation of a brief alcohol screening and educational intervention in social settings not specializing in addiction services. Cell Rep. 2015;11(10):1651–66.

20. Sheridan J, Wheeler A, Chen LJH, Huang ACY, Leung INY, Tien KYC. Screening and brief interventions for alcohol: Attitudes, knowledge and experience of community pharmacists in Auckland, New Zealand. Drug Alcohol Rev. 2008;27(4):380–7.

21. Horsfield E, Sheridan J, Anderson C. What do community pharmacists think about undertaking screening and brief interventions with problem drinkers? Results of a qualitative study in New Zealand and England. Int J Pharm Pract. 2011;19(3):192–200.

22. Fitzgerald N, Molloy H, Macdonald F, Mccambridge J. Alcohol brief interventions practice following training for multidisciplinary health and social care teams: A qualitative interview study. Drug Alcohol Rev. 2015;34(2):185–93.

23. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. Res Soc Adm Pharm. 2015;11(5):602–22.

24. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. Elsevier Inc; Res Soc Adm Pharm. 2010;6(4):307–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2009.11.008

25. Rigby D, Pharmacist CC, Consulting P, Hill C. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. 2010;(6):191–3.

26. Mathers N, Patel V, Thomas M. GENERAL PRACTICE AND THE INTEGRATION OF CARE : AN RCGP POLICY REPORT Integration of Care. 2012.

27. Anderson, P., & Clement SUE. The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. Br J Addict. 1987;7(82):753–9.

28. Cane J, Connor DO, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. 2012;1–17.

29. 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.

30. QSR International Pty Ltd. NVivo qualitative data analysis Software, Version 12. 2012.

31. Nunes AP, Richmond MK, Marzano K, Swenson CJ, Lockhart J. Ten years of implementing screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Lessons learned. Taylor & Francis; Subst Abus. 2017;38(4):508–12. Available from: https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1362369

32. Rahm AK, Boggs JM, Martin C, Price DW, Beck A, Backer TE, et al. Facilitators and Barriers to Implementing Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Primary Care in Integrated Health Care Settings. Subst Abus. 2015;36(3):281–8.

33. Kaiser DJ, Karuntzos G. An Examination of the workflow processes of the screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) program in health care settings. Elsevier Inc.; J Subst Abuse Treat. 2015;60:21–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2015.08.001

34. Kucukarslan S, Lai S, Dong Y, Al-Bassam N, Kim K. Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists. Elsevier Inc; Res Soc Adm Pharm. 2011;7(3):224–32. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.07.003

35. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. Res Soc Adm Pharm. 2005;1(4):565–78.

36. Hattingh HL, Hallett J, Tait RJ. “Making the invisible visible” through alcohol screening and brief intervention in community pharmacies: an Australian feasibility study. BioMed Central; BMC Public Health. 2016;16(1):1141. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825369

37. Sheridan J, Smart R, McCormick R. Estimating problem drinking among community pharmacy customers: What did pharmacists think of the method? Int J Pharm Pract. 2010;18(5):290–6.

38. Dhital R, Whittlesea CM, Milligan P, Khan NS, Norman IJ. The impact of training and delivering alcohol brief intervention on the knowledge and attitudes of community pharmacists: A before and after study. Drug Alcohol Rev. 2013;32(2):147–56.

39. Quirk A, MacNeil V, Dhital R, Whittlesea C, Norman I, McCambridge J. Qualitative process study of community pharmacist brief alcohol intervention effectiveness trial: Can research participation effects explain a null finding? Drug Alcohol Depend. 2016 Apr;161:36–41. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S037687161600051X

40. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 24;2:CD004148.

41. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

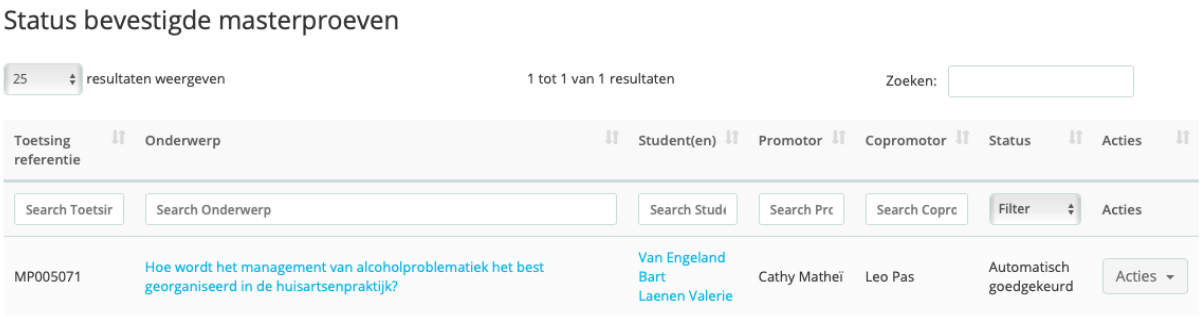
42. Doncker J De, Donder E De, Deun P Van. Dossier Alcohol VAD. 2016;

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.

Bijlage

Bijlage 1: Goedkeuring ethisch Comité



Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Protocol ManaMa Thesis: Hoe wordt het management van alcoholproblematiek het best georganiseerd in de huisartsenpraktijk?

Bart Van Engeland: Praktijkorganisatie en samenwerking in kader van overmatig alcoholgebruik: een exploratief onderzoek.

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

Supervisoren : Cathy Matheï, Leo Pas, 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.

Objectives: Het doel van ons project is meerledig.
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: Een literatuurstudie wordt uitgevoerd op Medline en naar de nationale en internationale richtlijnen. over de genoemde onderwerpen visies , praktijkorganisatie, samenwerking en ondersteuning voor SBIRT. Op basis van de literatuur wordt een semi-gestructureerde vragenlijst online gestuurd naar huisartsen in beroepsopleiding uit meerdere seminariegroepen en hun praktijkopleiders. Doel is om een 20tal HAIO's en 20 PO's te bereiken. Tot slot van de online bevraging wordt een telefonisch verdiepend interview voorgesteld. 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: Van Engeland Bart zal het aspect praktijkorganisatie en samenwerking op zich nemen en Laenen Valerie de noden en barrières alsook dossierbeheer. Interviews zullen apart worden afgenomen en resultaten later samengevoegd.

Bijlage 3: Zoekmethode literatuurstudie

Om de hoger vermelde onderzoeksvraag optimaal uit te werken werden drie zoekstrengen gevormd. De eerste zoekstreng bevatte MESH termen met betrekking tot praktijkorganisatie en praktijkmanagement, alcoholgebruik en –misbruik en huisartsen. Voorbeelden van deze MESH termen waren "Practice Management", "Organization and Administration", "Physicians, Family", "Primary Health Care", "General Practitioners", "Alcohol Drinking", "Alcoholism". De tweede zoekstreng bevatte MESH termen met betrekking tot alcoholgebruik en –misbruik, huisartsen en apothekers, zoals bijvoorbeeld "Pharmacists". De laatste zoekstreng bestond uit MESH termen gerelateerd aan alcoholgebruik- en misbruik, huisartsen en sociale medewerkers, zoals "Social Workers" en "Home Care Services, Hospital-Based". De zoekstrengen werden in het proces aangepast met eventueel gemiste MESH termen of sleutelwoorden uit de gevonden artikels, maar ook uit de artikels die werden teruggevonden in de sectie 'related articles'. De gevonden resultaten werden geanalyseerd aan de hand van titel en abstract, waarna de meest passende artikels volledig werden doorgenomen. Tenslotte werd een laatste maal gekeken naar 'related articles' om geen belangrijke literatuur te missen.

Praktijkmanagement en organisatie:
(((((("Disease Management"[Mesh]) OR "Organization and Administration"[Mesh]) OR "Case Management"[Mesh])) AND ((((("Family Practice"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh]))) AND (((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Alcoholisme"[Mesh]) OR "Binge Drinking"[Mesh])
+
(((((((("Disease Management"[Mesh]) OR "Organization and Administration"[Mesh]) OR "Case Management"[Mesh])) AND ((((("Family Practice"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh]))) AND (((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Alcoholisme"[Mesh]) OR "Binge Drinking"[Mesh])))) AND "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh]

Apothekers:
((((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Alcoholism"[Mesh]) OR "Binge Drinking"[Mesh])) AND "Pharmacists"[Mesh]

Sociale sector:
((((("Alcohol Drinking"[Mesh]) OR "Alcoholism"[Mesh]) OR "Binge Drinking"[Mesh])) AND (("Social Workers"[Mesh]) OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh])