

KNMG onderzoekt belemmeringen om alcohol ter sprake te brengen

Arts vraagt te weinig naar drankgebruik

Ellen Burgering,
Han Willems,

beleidsadviseurs KNMG

Correspondentieadres:
e.burgering@fed.knmg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Corbis

Hoewel iedere arts erkent dat alcoholmisbruik een ernstig probleem is, vindt menigeen het moeilijk om het onderwerp aan te roeren. Artsenfederatie KNMG zocht uit waarom en laat zien hoe het beter kan.

De schadelijke gevolgen van – overmatig, maar ook matig – alcoholgebruik zijn talrijk en op ruime schaal gemeten en beschreven. Vele soorten van kanker, ongeveer tweehonderd zestig andere lichamelijke en psychische/psychiatrische ziekten en vele vormen van ernstige sociale problematiek worden veroorzaakt of bevorderd door alcohol.¹ Uit onderzoek blijkt dat 7 à 11 procent van de Nederlandse bevolking probleemdrinker is.² Het Nationaal Kompas Volksgezondheid geeft aan dat 10 procent van de Nederlanders van 12 jaar en ouder in 2009 een zware drinker was.³ En hoewel definities verschillen, moge duidelijk

zijn dat artsen regelmatig te maken krijgen met patiënten bij wie de klachten en problemen samenhangen met hun alcoholgebruik.

Voor huisartsen is sinds 2005 de NHG-Standaard

Problematisch alcoholgebruik beschikbaar en sinds 2009 bestaat de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Toch blijkt dat artsen alcoholgebruik niet altijd gemakkelijk ter sprake brengen, terwijl onderzoek uitwijst dat bij ervaren artsen de anamnese de basis is om te komen tot een diagnose.⁴ Mogelijk worden hierdoor verkeerde diagnoses gesteld en patiënten niet adequaat behandeld.

De KNMG wilde meer inzicht krijgen in de factoren die van invloed zijn op het besluit

van de arts om alcoholgebruik al dan niet aan de orde te stellen bij hun patiënten en vroeg zich onder meer af of een van die factoren het eigen alcoholgebruik van de arts zou kunnen zijn. Daarom startte de artsenfederatie, nu ruim een jaar geleden, het project 'Praten met de patiënt over alcoholproblematiek'. Belangrijk element was een enquête onder de leden. Om gericht vragen te kunnen stellen, is eerst op kleinschaliger maar intensiever niveau informatie verkregen. Enerzijds via een focusgroep van artsen zonder alcoholprobleem, anderzijds via persoonlijke interviews met artsen die aan alcohol verslaafd zijn geweest (zie *kaders*).

Uitkomst enquête

Uit de focusbijeenkomst, de individuele gesprekken alsmede de literatuur zijn vervolgens factoren gedistilleerd die van invloed zouden kunnen zijn op het besluit van de arts om het alcoholgebruik van de patiënt aan de orde te stellen. Deze factoren zijn afgelopen najaar verwerkt in een vragenlijst die door 257 KNMG-leden is ingevuld.

De grootste groep was huisarts (54,1%), gevolgd door bedrijfsartsen (14,7%) en psychiaters (10,9%). De meerderheid van de respondenten was tussen de 46 en 60 jaar; ongeveer evenveel mannen als vrouwen vulden de vragenlijst in.

Uit de resultaten blijkt dat de grote meerderheid (89,1%) van de artsen zelf alcohol drinkt, en hoewel dat met mate is en niet dagelijks,

Bijna 90 procent van de artsen drinkt zelf alcohol



‘Geen alcoholpolitie’

De KNMG organiseerde onder meer een focus-bijeenkomst met zes artsen – twee huisartsen, een huisarts in opleiding, een psychiater, een bedrijfsarts en een orthopedisch chirurg – zonder alcoholprobleem. Zij discussieerden openlijk, soms naar aanleiding van eigen ervaringen, over wat volgens hun belemmerende factoren zijn bij het vragen naar het alcoholgebruik van de patiënt. Er werd onder meer geopperd dat bij spoedeisende hulpverlening in een ziekenhuis vaak de houding overheerst van ‘wij zijn niet van de alcoholpolitie’. En over de eigen kennis van zaken zei een deelnemer: ‘Ik weet eigenlijk niet hoe ik dit moet aanpakken.’

Ook waren de deelnemers van mening dat het eigen alcoholgebruik van invloed is op de houding ten opzichte van de patiënt, en soms tot een dubbele moraal kan leiden. Zo kan een dronken student op de SEH worden gebagatelliseerd met ‘dat hoort bij het student zijn.’

speelt dit bij ruim een derde (38,1%) een rol in het bespreken van alcoholproblematiek in de spreekkamer, bijvoorbeeld in de zin dat het lijkt dat het eigen alcoholgebruik het referentiekader is: ‘Eigen referentiekader bepaalt.’

Hoewel de meeste artsen (88,7%) vinden dat het wél hun taak is alcoholproblematiek op te sporen, en deze patiënten zich meermaalen per maand presenteren op het spreekuur, vraagt 60 procent niet altijd naar het alcoholgebruik van de patiënt, ook niet bij klachten die mogelijk duiden op problematisch gebruik. Men voelt zich er ongemakkelijk bij, het zit niet in het rijtje standaardvragen, het onderwerp staat gevoelsmatig zo ver van hen af dat het niet bij hen opkomt om erover te beginnen of men weet niet hoe je dit onderwerp zo neutraal mogelijk aansnijdt. Opvallend is dat bij ruim een vijfde van de respondenten deze categorie patiënten zelfs weerstand oproept. Van diegenen die wel altijd vragen naar het alcoholgebruik van de patiënt, besteedt amper een kwart tijd

'Ik herken als ex-verslaafde de excuses'

Individuele gesprekken vonden plaats met vijf artsen – twee huisartsen, twee psychiaters en een verslavingsarts – bij wie in het (recente) verleden sprake was van een alcoholverslaving. Daaruit kwam het beeld naar voren dat juist die eigen ervaring een positief effect heeft op het professioneel handelen. 'Ik herken als ex-verslaafde de excuses, uitvluchten en rationalisaties.' Hun betrokkenheid bij het onderwerp maakt dat zij geen belemmering voelen om alcoholgebruik bespreekbaar te maken. 'Juist omdat ik weet hoe verborgen een alcoholverslaving kan zijn, vraag ik er vrij snel en makkelijk naar'. En: 'Alcoholgebruik hoort in het rijtje algemene vragen over lifestyle, voeding, roken, sporten en dergelijke.'

Uit het feit dat de artsen met een verslavingsgeschiedenis zo anoniem mogelijk wilden blijven, blijkt wel dat er een groot taboe rust op alcoholverslaving. Allen zeiden goed op de hoogte te zijn van de

aspecifieke signalen die kunnen duiden op problematisch alcoholgebruik en van de behandelmogelijkheden, maar ook viel er kritiek te beluisteren op delen van de verslavingszorg: 'In particuliere instellingen is vaak geen sprake van behandeling, maar van detoxificatie.'

Belangrijk om op te merken is dat allen van mening zijn dat de omvang van problematisch alcoholgebruik groot is en wordt onderschat. Over de vraag of tijdgebrek en vergoedingsproblemen een rol spelen bij het al dan niet aan de orde stellen van alcoholgebruik lopen de meningen uiteen. Sommigen vinden duidelijk van wel: 'Als ik een goed inventariserend gesprek met een patiënt heb van meer dan twintig minuten, of een uur met een depressieve patiënt praat, mag ik 18 euro rekenen. Terwijl ik een lipoom soms in 15 minuten verwijderd heb voor 85 euro! Wij hebben in Nederland een positieve discriminatie voor harde somatiek.'

aan het behandelen van een patiënt die een alcoholprobleem blijkt te hebben.

Verder geven de respondenten aan dat hun kennis over klachten, risicogroepen en kortdurende interventietechnieken onvoldoende is, en de behoefte aan nascholing

groot. Ook is er behoefte aan een eenduidige norm over wat moet worden verstaan onder problematisch alcoholgebruik. Tot slot komt naar voren dat het huidige vergoedingstelsel een


disbalans laat zien tussen de vergoeding voor de zogenaamde 'harde somatiek' en vergoeding voor tijdrovende gespreksvoering. Het is aannemelijk dat dit van invloed is op het al dan niet bespreekbaar maken van het alcoholgebruik van de patiënt.

De bevindingen in dit onderzoek zijn niet op alle onderdelen verrassend. Wel onverwacht is het feit dat zoveel artsen aangeven niet op de hoogte zijn van toch al jarenlang bestaan-

de en in richtlijnen beschreven interventie-instrumenten.

Aanbevelingen

Op grond van de resultaten van dit onderzoek doen wij artsen en hun wetenschappelijke en beroepsverenigingen de volgende aanbevelingen:

- Neem de vraag over alcoholgebruik standaard op in de anamnese.
- Stel een eenduidige norm vast voor problematisch alcoholgebruik.
- Alcoholproblematiek dient in de basisopleiding al behandeld te worden.
- Investeer in kennis over de risicogroepen; kennis over de symptomen die kunnen duiden op een alcoholprobleem; kennis over interventietechnieken; communicatieve tools om op neutrale wijze alcoholgebruik te bespreken. Dit kan onder meer via een vorm van e-learning.
- Pas het huidige vergoedingstelsel aan, zodat recht wordt gedaan aan de tijdsinvestering die gepaard gaat met behandeling door de huisarts. 

Het vergoedingstelsel ontmoedigt lange gesprekken over alcoholgebruik



Reageren? Ga naar dit artikel via www.medischcontact.nl/artikelen.