

Alcoholproblematiek in de huisartsenzorg

Mogelijkheden voor vroegsignalering?

Chantal Leemrijse
Lotte Ramerman
Robert Verheij



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Juli 2024

ISBN 978-94-6122-852-9

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In het rapport dat voor u ligt, wordt een inzicht gegeven in de rol van de huisartsenpraktijk bij het vroegsignaleren van alcoholproblematiek, op basis van wat er vastgelegd wordt in het eigen patiëntendossier en focusgroepen met huisartsen en praktijkondersteuners. Dit onderzoek is door het Nivel uitgevoerd als een zogenoemde Nivel Kennisvraag in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de periode oktober 2023 tot en met mei 2024. Wij danken de huisartsen, POH-GGZ en POH-somatiek die hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Doelstelling	8
2 Methode	9
2.1 Kwantitatieve analyses met gegevens uit de huisartsenpraktijk	9
2.2 Focusgroepen met huisartsen en POH-GGZ	10
3 Resultaten	12
3.1 Patiënten met een eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek in 2020 of 2021	12
3.2 Kenmerken van volwassenen met een eerste contact met de huisarts vanwege alcoholproblematiek	13
3.3 Zorggebruik via de huisarts en de POH-GGZ	15
3.4 Zorggebruik van volwassenen in het jaar na het eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek	17
3.5 Welke rol kunnen en willen huisarts en POH spelen bij vroegsignalering van alcoholproblematiek?	19
4 Discussie	20
Literatuur	22
Bijlage A Tabellen	23

Samenvatting

Overmatig alcoholgebruik kan schadelijke effecten hebben op de mentale- en fysieke gezondheid van de gebruiker. Kleine hoeveelheden alcohol kunnen al schadelijk zijn en het advies van de Gezondheidsraad is daarom om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. Iets meer dan de helft van de Nederlanders drinkt meer alcohol. Bijna 7% drinkt overmatig, dat wil zeggen meer dan 14 (vrouwen) of 21 (mannen) glazen alcohol per week. Het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) stelt dat problematisch alcoholgebruik voorkomen kan worden door mensen met een (beginnend) alcoholprobleem tijdig te herkennen en snel effectieve hulp te bieden. De huisarts (of de POH) is meestal het eerste professionele aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en kan mogelijk een rol spelen in het vroeg signaleren van problemen met alcohol. In de praktijk blijkt dit echter ingewikkeld te zijn. Daarom is het doel van deze kennisvraag: 1) Inzicht krijgen in gezondheidsproblemen en zorggebruik van mensen met een in het huisartsensysteem vastgelegd alcoholprobleem. 2) Inzicht krijgen in de rol die de huisarts en POH kunnen spelen om alcoholproblematiek vroegtijdig te onderkennen en de belemmeringen die zij daarbij ervaren.

Methode

In dit mixed-methods onderzoek is het vroegsignaleren van alcoholproblematiek door de huisarts op twee manieren in kaart gebracht: 1) Kwantitatieve analyses met gegevens uit de huisartsenpraktijk en 2) Focusgroepen met huisartsen en POH's.

Voor de kwantitatieve analyses is gebruik gemaakt van de gegevens uit het elektronische patiëntendossier van huisartsen verzameld binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. We onderzochten voor volwassenen die in 2020 of 2021 voor het eerst een contact hadden met de huisarts vanwege alcoholproblematiek 1) wie zij waren (leeftijd, geslacht, co morbiditeit), 2) welke zorg zij gebruikten in het jaar vóór het eerste contact (via de huisarts, POH, huisartsenspoedpost, voorschriften voor geneesmiddelen en verwijzingen naar de tweedelij) en 3) welke zorg zij gebruikten via de huisarts na het eerste contact.

Aanvullend zijn twee online focusgroepen georganiseerd; een met huisartsen en een met POH's-GGZ en POH's-somatiek. Het doel van deze focusgroepen was om meer duiding te geven aan de gevonden kwantitatieve resultaten. Daarnaast werden huisartsen en POH's gevraagd naar hun ervaringen met het registreren van alcoholproblematiek in het huisartsinformatiesysteem, de belemmeringen die zij hierbij ervaren en welke ondersteuning zij bieden aan patiënten met alcoholproblematiek.

Resultaten

Uit gegevens uit het elektronisch patiëntendossier van de huisarts blijkt dat volwassenen voorafgaand aan het eerste contact vanwege alcoholproblematiek al veelvuldig contact hebben met de huisarts of POH-GGZ. Zij hebben daarbij vaker contact vanwege psychische problemen en krijgen vaker psychofarmaca voorgeschreven dan de patiënten uit de gematchte controlegroep. Daarnaast kenmerkt deze groep, die voor een relatief groot deel uit mannen bestaat, zich door een hoog aantal chronische aandoeningen. Ook in het jaar nadat de diagnose alcoholproblematiek in het dossier is vastgelegd, heeft deze groep patiënten meer gezondheidsproblemen en ontvangt meer zorg.

Huisartsen en POH's in de groepsgesprekken geven aan dat het moeilijk is om het gesprek over alcoholgebruik aan te gaan. Huisartsen doen dit vaak pas als de patiënt hier zelf over begint of als er een duidelijke relatie lijkt te zijn tussen de fysieke en psychische klachten van de patiënt en alcoholgebruik. De POH-GGZ bespreekt alcoholgebruik wel wat vaker.

Het gebruik van alcohol is breed geaccepteerd en minderen van het gebruik blijkt een lastig onderwerp. Om privacy redenen wordt de diagnose-code alcoholproblematiek ook niet vaak vastgelegd, waardoor er veel patiënten zijn met een 'verborgen' alcoholprobleem. Wanneer alcoholproblematiek niet duidelijk in het patiëntendossier is terug te vinden bestaat het risico dat er ook geen adequate follow-up plaatsvindt of behandeling wordt ingezet.

Discussie

De oplossing van alcoholproblematiek ligt zeker niet alleen in de huisartsenpraktijk, maar ook in meer bewustwording in de maatschappij wat overmatig alcoholgebruik is en welke gevolgen er zijn. Sociale acceptatie van alcohol of in bepaalde kringen zelfs de sociale acceptatie van dronkenschap, is een probleem en maakt het niet alleen voor de huisarts en de POH, maar eigenlijk voor alle zorgverleners lastig om patiënten vroegtijdig aan te spreken.

Er zijn echter wel een aantal mogelijkheden om de vroegsignalering van alcoholproblematiek meer te ondersteunen, zoals meer training rond het bespreekbaar maken en doorvragen van problemen rond alcoholgebruik. Daarnaast kunnen kleine aanpassingen in de registratieopties in het HIS de drempel om iets vast te leggen verlagen. Een voorbeeld zou kunnen zijn om een aparte functie te ontwikkelen voor het signaleren van mogelijke (gezondheid) problemen, zodat er niet meteen een officiële code hoeft worden vastgelegd. Een andere optie die werd aangedragen vanuit de focusgroepen is een nieuwe (of vervangende) ICPC-code, met een minder zwaarwegende omschrijving.

1 Inleiding

Overmatig alcoholgebruik kan schadelijke effecten hebben op de mentale- en fysieke gezondheid van de gebruiker (Griswold et al., 2018). Alcoholgebruik verhoogt het risico op hart- en vaatziekten, leverziekten, psychische aandoeningen, verschillende soorten kanker en diverse neurologische aandoeningen, zoals dementie. Alcoholgebruik kan daarnaast ook zorgen voor schadelijke effecten in iemands omgeving, onder andere door verkeersongevallen en geweld (WHO, 2024, Trimbos, 2024). Wereldwijd wordt geschat dat meer dan 5% van de sterfgevallen een relatie heeft met overmatig alcoholgebruik (WHO, 2024).

Kleine hoeveelheden alcohol kunnen al schadelijk zijn en het advies van de Gezondheidsraad is daarom om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. Iets meer dan de helft van de Nederlanders drinkt meer alcohol. Bijna 7% drinkt overmatig, dat wil zeggen meer dan 14 (vrouwen) of 21 (mannen) glazen alcohol per week. Acht procent van de Nederlanders kan tot de zware drinkers worden gerekend, wat betekent dat iemand minstens één keer per week minimaal 4 (vrouwen) of 6 (mannen) glazen alcohol op één dag drinkt¹. Het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) stelt dat problematisch alcoholgebruik voorkomen kan worden door mensen met een (beginnend) alcoholprobleem tijdig te herkennen en snel effectieve hulp te bieden. Bovendien hebben mensen in een vroeg stadium de meeste kans om te herstellen. De huisarts is meestal het eerste professionele aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en kan mogelijk een rol spelen in het vroeg signaleren van problemen met alcohol (NHG standaard, 2021). Ook praktijkondersteuners van de huisarts (POH's) kunnen overmatig alcoholgebruik signaleren. Binnen de ketenzorg, die door de POH-S (somatiek) wordt geboden aan mensen met chronische aandoeningen, is het begeleiden van leefstijlveranderingen een belangrijk onderdeel, inclusief het bespreken van alcoholgebruik. Ook door de POH-GGZ kan alcoholgebruik besproken worden, als zij vermoeden dat dit een rol speelt bij de mentale problemen die de patiënt ervaart.

Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat huisartsen vaak nog weinig screenen op signalen van alcoholproblematiek (Abidi et al. (2016); Zarnie Khadjesari, 2015). Huisartsen vinden het moeilijk om vast te stellen wanneer het alcoholgebruik van hun patiënten overmatig is en welke patiënten mogelijk baat hebben bij een gericht advies om te minderen (Paul et al, 2015). Bij het bespreken van leefstijlverandering blijkt alcoholgebruik het minst besproken te worden door zowel huisarts als POH (Noordman, 2013). Daarnaast zijn huisartsen en POH's mogelijk terughoudend bij het vastleggen van (een vermoeden van) alcoholproblematiek in het elektronisch patiëntendossier (EPD), omdat deze gegevens steeds vaker gedeeld worden met andere zorgverleners. De meest recente cijfers van Nivel Zorgregistraties Eerstelijns laten in 2022 zien dat chronisch alcoholmisbruik (ICPC Code P15) bij 0,5% van de patiëntenpopulatie is vastgelegd in het dossier (prevalentie). Voor acuut alcoholmisbruik / intoxicatie (ICPC Code P16) wordt in 2022 een prevalentie van 0,1% gevonden (Heins et. al., 2023). Gezien de cijfers van overmatig alcoholgebruik die het Trimbos aanhoudt, lijkt er dus sprake te zijn van een onderregistratie van alcoholproblematiek. Deze onderregistratie zou vroegsignalering van alcoholproblematiek en het inzetten van tijdige (preventieve) behandeling kunnen belemmeren.

Om alcoholproblematiek in een vroeg stadium te kunnen signaleren is het van belang om inzicht te hebben in gezondheidsproblemen en zorggebruik die kunnen duiden op alcoholproblematiek,

¹ Trimbos, <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/alcohol>

vóórdat de patiënt hiervoor zelf bij de huisarts aanklopt. De NHG-richtlijn alcoholproblematiek beschrijft een reeks signalen die kan duiden op alcoholproblematiek, zoals veelvuldig contact met de huisarts, psychische problemen, maag-darmproblemen, etc. In deze kennisvraag die met financiering van VWS wordt uitgevoerd, kijken we voor welke gezondheidsproblemen patiënten bij de huisarts komen in de periode voorafgaand aan het eerste contact met de huisarts waarbij alcoholproblematiek expliciet is vastgelegd in het patiëntendossier. Tevens kijken we naar zorggebruik, voor en na het eerste contact met de huisarts in verband met deze alcoholproblematiek. Daarnaast inventariseren we welke belemmeringen huisartsen en POH's ervaren in vroegsignalering en vastlegging van alcoholproblematiek en welke rol zij voor zichzelf zien in vroege (preventieve) behandeling.

1.1 Doelstelling

Het doel van deze kennisvraag is tweeledig:

1. Inzicht krijgen in gezondheidsproblemen en zorggebruik van mensen met een in het huisartsensysteem vastgelegd alcoholprobleem. Daarbij kijken we naar gezondheidsproblemen en zorggebruik voorafgaand aan het vastleggen van het alcoholprobleem in het patiëntendossier en daarna.
2. Inzicht krijgen in de rol die de huisarts en POH kunnen spelen om alcoholproblematiek vroegtijdig te onderkennen en de belemmeringen die zij daarbij ervaren.

2 Methode

In dit mixed-methods onderzoek is het vroeg signaleren van alcoholproblematiek door de huisarts op twee manieren in kaart gebracht:

1. Kwantitatieve analyses met gegevens uit de huisartsenpraktijk.
2. Focusgroepen met huisartsen en POH-GGZ.

2.1 Kwantitatieve analyses met gegevens uit de huisartsenpraktijk

In het kwantitatieve deel van dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn van 200 huisartsenpraktijken en de huisartsenspoedposten waarvan de praktijkpopulatie in het verzorgingsgebied valt. Beide databases extraheren gegevens vastgelegd door de huisarts tijdens het reguliere zorgproces in het elektronische patiëntendossier. Beide databases bevatten patiëntpseudoniemen die op patiëntniveau te koppelen zijn, zodat de patiënt door de gehele huisartsenzorg gevolgd kan worden. Voor dit onderzoek worden gegevens gebruikt over de vier meest recente volledige registratiejaren: 2019-2022. Hiermee kunnen de zorg en gezondheidsproblemen in kaart gebracht worden in het jaar voor en het jaar na het eerste contact waarbij de huisarts alcoholproblematiek heeft vastgelegd in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) (hierna 'eerste contact alcoholproblematiek' genoemd).

Nivel Zorgregistraties – huisartsenpraktijken

Nivel Zorgregistraties bevat gegevens uit elektronische patiëntendossiers van ongeveer 500 huisartsenpraktijken met in totaal 1,7 miljoen ingeschreven patiënten en geeft daarmee inzicht in de verleende zorg van ongeveer 10% van de Nederlandse populatie. Daarin staan gegevens over gezondheidsproblemen (o.b.v. ICPC-codes), contacten, voorgeschreven geneesmiddelen (op basis van ATC-codes) en uitslagen van diagnostische tests, maar ook informatie van de kenmerken van de patiënt (leeftijd en geslacht) en de huisartspraktijk (stedelijkheid, SES op postcode niveau van de praktijk).

Nivel Zorgregistraties - huisartsenposten

Naast gegevens vanuit huisartsenpraktijken bevat Nivel Zorgregistraties ook gegevens van ongeveer 2/3 van de huisartsenposten, met een verzorgingsgebied van ongeveer 12 miljoen Nederlanders. Bij acute gezondheidsproblemen in de avond, nacht of het weekend kunnen patiëntencontact opnemen met de huisartsenpost. In de elektronische patiëntendossiers op de huisartsenposten wordt bijgehouden wat de urgentie van het contact was, het type contact, de diagnose bij het contact (ICPC-code) en welke geneesmiddelen zijn voorgeschreven (ATC-code).

2.1.1 Populatie en controlegroep

Om klachten en zorggebruik voorafgaand aan een eerste contact voor alcoholproblematiek te onderzoeken, zijn patiënten geselecteerd die in 2020 of 2021 voor het eerst een contact hadden met de huisarts, waarbij een episode werd aangemaakt voor acuut alcohol misbruik / intoxicatie (ICPC-code P16.00, Acuut alcohol misbruik / intoxicatie) of chronisch alcoholmisbruik (ICPC-code P15.00, Chronisch alcoholmisbruik). Alleen volwassenen (18 jaar en ouder) maakten deel uit van de onderzoekspopulatie van dit onderzoek. Deze groep wordt verder de onderzoeksgroep genoemd. Met een ratio van 1:2 is er vervolgens een controlegroep gematcht op basis van praktijk, geslacht en leeftijd. Patiënten werden uit de controlegroep ge-excludeerd als zij ergens in het journaal, bij een

consult of een episode een ICPC-code voor alcoholproblematiek hadden. Om ook voor de controlegroep een jaar terug en een jaar vooruit te kunnen kijken, kregen zij een fictieve datum voor het eerste contact vanwege alcoholproblematiek. Deze was identiek aan de datum van de persoon in de onderzoeksgroep waar ze mee gematcht waren.

2.1.2 Uitkomsten en analyses

De (beschrijvende) analyses bestaan uit de volgende onderdelen:

- **Aantal eerste contacten voor alcoholproblematiek**
Voor de jaren 2020 en 2021 is berekend hoeveel patiënten per 1000 patiëntjaren voor het eerst een contact met de huisarts hadden voor alcoholproblematiek. Deze groep wordt in dit rapport verder de onderzoeksgroep genoemd.
- **Patiëntkenmerken:** Van patiënten in de onderzoeksgroep en de controlegroep zijn leeftijdscategorieën, geslacht, SES van praktijk, stedelijkheid en de aanwezigheid van co-morbiditeit (chronische, langdurige of acute aandoeningen) beschreven met percentages of aantallen per 1000 patiëntjaren. Verschillen tussen beide groepen in co-morbiditeit zijn getoetst met een chi-kwadraat.
- **Kenmerken zorggebruik vooraf aan eerste contact vanwege alcoholproblematiek:** Van beide groepen is het zorggebruik in het jaar voor afgaand aan een eerste (fictieve) contact voor alcoholproblematiek beschreven, zoals het aantal contacten met de huisarts of POH-GGZ, de reden van contact, het aantal voorgeschreven geneesmiddelen, verwijzingen naar specialistische tweedelijns zorg en het aantal contacten met de huisartsenspoedpost (inclusief de diagnose bij het contact).
Verschillen in zorggebruik via de eigen huisarts en POH-GGZ, aantal geneesmiddelen, aantal voorschriften voor psychofarmaca in beide groepen zijn getoetst met een onafhankelijke t-toets. Verschillen in het zorggebruik via de huisartsenspoedpost zijn getoetst met een Chi-kwadraat.
- **Vervolg patiënten met alcoholproblematiek:** Voor de patiënten uit beide groepen wordt ook het zorggebruik in kaart gebracht na het eerste contact voor alcoholproblematiek (aantal contacten met huisarts en POH-GGZ en voorgeschreven geneesmiddelen).

2.2 Focusgroepen met huisartsen en POH-GGZ

In het tweede deel van het onderzoek zijn twee online focusgroepen georganiseerd, één met huisartsen en één met POH's. Hiervoor werden in eerste instantie huisartsen en POH's uitgenodigd van de huisartsenpraktijken uit Nivel Zorgregistraties eerstelijns. Huisartsen en POH's van 60 praktijken werden uitgenodigd: 30 praktijken met relatief veel, dat wil zeggen meer dan gemiddeld, patiënten met een vastgelegd alcoholprobleem (P15/P16) en 30 praktijken met relatief weinig patiënten met een vastgelegd alcoholprobleem. Omdat dit te weinig respons opleverde (3 huisartsen en 3 POH's) zijn aanvullend huisartsen en POH's uit het netwerk van de onderzoekers uitgenodigd. Uiteindelijk is een focusgroep gehouden met 6 huisartsen en een focusgroep met 8 POH's, waarvan 6 POH's-S en 2 POH's-GGZ. De groep huisartsen bestond uit vier mannen en twee vrouwen. Drie huisartsen waren werkzaam in een praktijk in de Randstad en drie huisartsen in wat kleinere steden / plaatsen in het Oosten van het land. De huisartsen hadden allen een ruim aantal jaren werkervaring. De POH's waren allen vrouwen, hadden ruime werkervaring als POH en werkten in praktijken verspreid over Nederland, zowel in stedelijk als in minder stedelijk gebied.

In deze focusgroepgesprekken zijn de belangrijkste resultaten van het kwantitatieve onderzoek gepresenteerd en is gevraagd of de huisartsen en POH's de resultaten herkenbaar vonden voor hun eigen praktijk. Aan huisartsen en POH's is gevraagd of zij een inschatting konden maken bij hoeveel patiënten van hun eigen patiëntenpopulatie alcoholproblematiek speelt en wanneer zij naar alcoholproblematiek vragen. Daarnaast werd besproken of huisartsen of POH's alcoholproblematiek in het patiëntendossier registreren en welke belemmeringen zij hierin ervaren. Tenslotte is besproken welke ondersteuning huisartsen en POH's bieden aan patiënten met alcoholproblematiek.

De online focusgroepen zijn opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens werden de gesprekken semigestructureerd gecodeerd aan de hand van de hierboven genoemde thema's. De huisartsen en POH's die deelnamen aan de focusgroepen zijn geen representatieve afspiegeling van alle huisartsen en POH's in Nederland. De resultaten van de focusgroepen zijn daarom bedoeld als een kwalitatieve aanvulling bij (een deel van) de kwantitatieve data.

3 Resultaten

3.1 Patiënten met een eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek in 2020 of 2021

In de resultaten benoemen we verschillen alleen als deze statistisch significant zijn. De resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse worden daar waar van toepassing bij elkaar gepresenteerd. In 2020 en 2021 hadden 1,6, respectievelijk 1,4 volwassenen per 1000 patiëntjaren voor het eerst een consult met de huisarts of POH-GGZ waarbij een diagnose voor alcoholproblematiek werd vastgelegd in het HIS. Dit lijkt in eerste instantie weinig ten opzichte van het prevalentiecijfer uit Nivel Zorgregistraties Eerstelijn in 2022, maar het betreft hier alleen eerste contacten en er is sprake van een selectie van patiënten en praktijken (zie methode).

Deze cijfers zijn aan de huisartsen en POH's uit de focusgroepen voorgelegd.

Bespreking van het aantal patiënten met alcoholproblematiek in de focusgroepen

Aan de huisartsen en POH's in de focusgroepen is gevraagd of zij voor hun eigen patiëntenpopulatie konden inschatten bij hoeveel patiënten er sprake is van overmatig alcoholgebruik. Zowel de huisartsen als de POH's denken wel dat het aantal mensen met een alcoholprobleem in hun populatie veel hoger is dan het aantal van 1,6-2,7 patiënten per 1000 patiëntjaren aantal dat binnen Nivel Zorgregistraties is geregistreerd in het HIS. Beide vinden ze het heel moeilijk een precieze inschatting te geven, maar vinden de definitie van overmatig alcoholgebruik (meer dan 14 (vrouwen) of 21 (mannen) glazen alcohol per week) wel erg streng. Een aantal huisartsen en POH's geeft aan dat hun praktijk in een omgeving is gevestigd waar echt veel meer wordt gedronken dan 2-3 glazen per dag, zonder dat daar direct problemen mee ervaren worden. De huisartsen vinden over het algemeen dat alcoholgebruik pas problematisch is als de patiënt er ook echt bijkomende lichamelijke of mentale klachten van heeft. Het probleem zit voor hun niet (alleen) in het aantal consumpties.

Volgens de huisartsen en POH's zijn er verschillende verklaringen waarom er relatief weinig alcoholproblematiek wordt vastgelegd in het patiëntendossier, die hieronder worden weergegeven.

Alcoholgebruik wordt door de patiënt niet vaak als (primair) probleem gepresenteerd

Patiënten komen niet vaak zelf met alcoholproblemen op het spreekuur. Wanneer een patiënt primair voor klachten als buikpijn, moeheid of slaapproblemen komt en het alcoholgebruik lijkt (een deel van) de oorzaak te zijn, wordt een episode voor alcoholgebruik bijna nooit vastgelegd in het HIS. Op de huisartsenspoedpost wordt mogelijk iets vaker een episode voor alcoholproblematiek vastgelegd. Het vermoeden is echter dat op de huisartsenspoedpost voornamelijk de gezondheidsproblemen worden vastgelegd die als gevolg van alcoholgebruik zijn opgetreden, zoals verwondingen na val of vechtpartij. De POH's geven aan dagelijks patiënten te zien die 3-4 glazen of soms zelfs een hele fles op een dag drinken en dit zelf absoluut niet als probleem zien. Dit maakt het gesprek erover volgens de POH's niet makkelijk. Zowel huisartsen als POH's geven aan alcoholproblematiek pas met een ICPC-code P15 of P16 vast te leggen als de patiënt zelf aangeeft dat hij/zij problemen met alcohol heeft, eerder niet.

Codering heeft een (te) zware lading

Een van de huisartsen geeft aan dat de codering P15/16 als een echte diagnose klinkt en hierdoor een zware lading heeft, terwijl deze codes eigenlijk aangeven dat er psychische symptomen zijn, signalen. Maar de codering voelt voor de aanwezige huisartsen toch zwaarder en wordt daarnaast ook ervaren als een normering over iemands gedrag.

Privacy

Een andere verklaring voor het lage aantal vastgelegde P14/P15 coderingen is volgens huisartsen en POH's het feit dat de code in het dossier zichtbaar is voor anderen, zoals bijvoorbeeld zorgverleners bij een huisartsenspoedpost of de spoedeisende hulp. Dat is niet altijd wenselijk en ook vervelend voor de patiënt. De privacy van de patiënt speelt dus zeker een rol bij registratie en ook het feit dat patiënten hun eigen dossier kunnen inzien. De huisartsen maken daarom eerder een memo, of vullen de SOEP regels in. Op die manier is het vermoeden van alcoholproblematiek wel terug te vinden voor de eigen huisarts en POH, maar niet voor anderen en ook niet voor de patiënt. Daarbij wordt wel erkend dat dit eigenlijk niet handig is omdat patiënten soms ook door een waarnemend huisarts wordt gezien die geen inzicht in de memo's heeft.

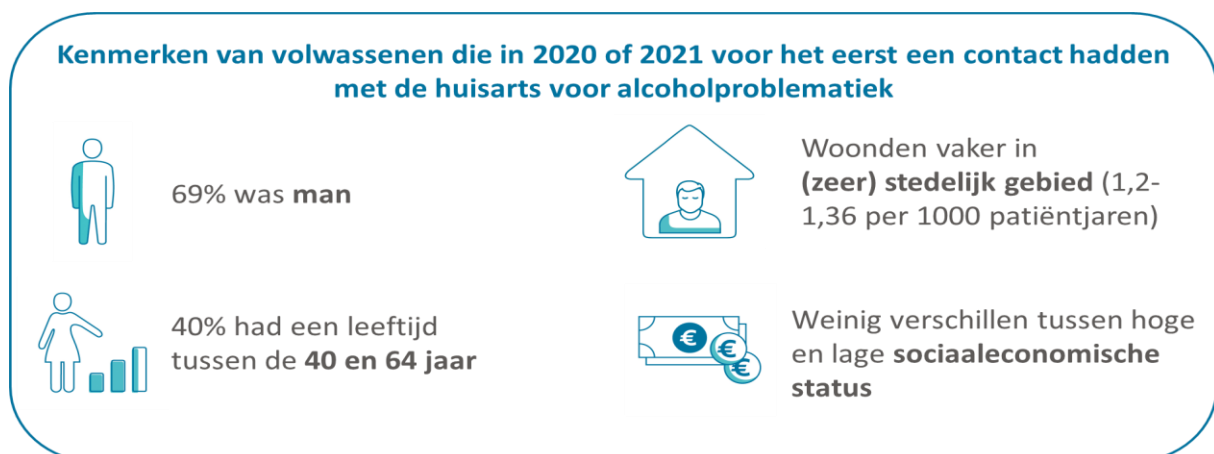
Ook de POH's geven aan dat het eigenlijk wel relevant is om het alcoholgebruik goed te noteren, zodat wanneer een patiënt op het spreekuur komt met klachten van pijn op de borst, er naast factoren als overgewicht, hoge bloeddruk, roken, ook (overmatig) alcoholgebruik is genoteerd. Roken wordt wel altijd genoteerd door de POH's, maar overmatig alcoholgebruik niet. Alcoholgebruik is sociaal toch meer geaccepteerd en wordt daardoor minder snel als een probleem erkend.

Mogelijke oplossingen voor de onderregistratie van alcoholproblematiek

Als oplossing voor deze onderregistratie van overmatig alcoholgebruik noemen huisartsen dat de tekst bij de ICPC-code misschien net iets anders zou moeten zijn. Nu is de tekst bij de code P15: 'Chronisch alcoholmisbruik' en bij P16: 'Acuut alcohol misbruik / intoxicatie'. Wanneer de omschrijving bijvoorbeeld 'potentieel probleem met alcohol' zou zijn wordt het misschien laagdrempeliger om vast te leggen in het dossier. De POH's stellen voor om de eenheden die iemand drinkt te noteren, zonder daar de woorden 'overmatig' of 'probleem' aan te verbinden.

3.2 Kenmerken van volwassenen met een eerste contact met de huisarts vanwege alcoholproblematiek

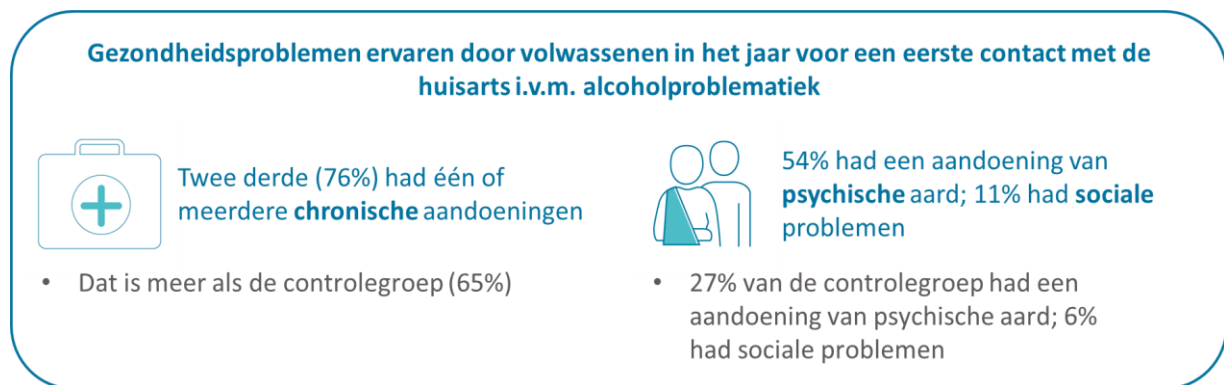
Figuur 1 Kenmerken van volwassenen die in 2020 of 2021 voor het eerst een contact hadden met de huisarts voor alcoholproblematiek (voor alle cijfers zie bijlage A, tabel 1)



Van de volwassenen die in 2020 of 2021 voor het eerst een contact hadden met de huisartsenpraktijk waarbij een ICPC-code voor alcoholproblematiek werd vastgelegd, was de meerderheid man. De grootste groep patiënten had een leeftijd tussen de 40 en 64 jaar en woonde vaker in (zeer) stedelijk gebied. Sociaaleconomische status leek niet gerelateerd aan het voorkomen van in het dossier vastgelegde alcoholproblematiek (Figuur 2; bijlage 1, tabel 1).

3.2.1 Gezondheidsproblemen van volwassenen met een eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek

Figuur 2 Gezondheidsproblemen ervaren door volwassenen in het jaar voordat zij voor het eerst contact hadden met de huisarts i.v.m. alcoholproblematiek (Bijlage A, tabel 1)



De onderzoeksgroep had significant vaker een chronische aandoening: 75% had een chronische aandoening in vergelijking met 65% in de controlegroep (Figuur 3, Bijlage 1, tabel 1). Aandoeningen van psychische aard kwamen bij de onderzoeksgroep relatief twee keer zoveel voor als bij de controlegroep.

Bespreking van de kenmerken van patiënten met alcoholproblematiek in de focusgroepen

Meerdere huisartsen en POH's herkennen dat meer mannen dan vrouwen met een alcoholprobleem bij de huisarts komen. Een van de huisartsen denkt dat dit ook komt doordat mannen eerder door hun partner worden gestuurd dan andersom. Enkele huisartsen denken dat vrouwen niet per se minder drinken, maar dat zij vaker stille drinkers zijn. Ook denken zij dat vrouwen eerder met verdeckte klachten, zoals vermoeidheid en slaapproblemen op het spreekuur komen, waarbij niet altijd ook een alcoholprobleem wordt geregistreerd. Bij enkele huisartsen bestaat het vermoeden dat vrouwen eerder andere verslavingsproblematiek hebben, zoals verslaving aan slaapmedicatie. Door een van de POH's wordt opgemerkt dat vrouwen wellicht wel iets minder drinken omdat zij op latere leeftijd alcohol minder goed kunnen verdragen.

Dat er juist veel alcoholproblematiek is vastgelegd bij patiënten in de leeftijdscategorie van 40-64 jaar is minder herkenbaar voor de huisartsen en POH's uit de focusgroepen. Huisartsen denken dat juist ook jongeren veel alcohol gebruiken, maar zij erkennen ook dat zij daar niet heel erg alert op zijn. De POH's zien vooral veel ouderen die erg veel drinken, maar erkennen dat dit beeld is vertekend doordat zij veel ketenzorg bieden.

Over het algemeen herkenden huisartsen en POH's niet dat er in stedelijk gebied meer patiënten met alcoholproblematiek zouden zijn. De huisartsen en POH's die deelnamen aan de focusgroepen zijn uiteraard geen representatieve afspiegeling van Nederland. Een aantal van hen was afkomstig uit niet stedelijk gebied in het Oosten van het land en vonden dat juist in de omgeving van hun praktijk erg veel gedronken werd. Maar ook de huisartsen en POH's uit praktijken in meer stedelijk gebied zien veel alcoholgebruik.

Dat mensen met een alcoholprobleem ook relatief veel aandoeningen van psychische aard hebben, is voor met name de twee POH's-GGZ uit de focusgroepen herkenbaar. Soms gebruiken mensen met depressieve gevoelens of slaapproblemen alcohol als een soort zelfmedicatie, terwijl alcohol de klachten ook juist kan versterken.

3.3 Zorggebruik via de huisarts en de POH-GGZ

Figuur 3 Zorggebruik via de huisarts en de POH-GGZ van volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact met de huisarts hebben i.v.m. alcoholproblematiek (voor alle cijfers zie bijlage A, tabel 2)



In het jaar voorafgaand aan het eerste contact met de huisarts vanwege alcoholproblematiek ligt het gebruik van zorg via de huisarts bij de onderzoeksgroep significant hoger dan bij de controlegroep: 89% heeft in elk geval een keer contact met de huisarts tegenover 76% van de controlegroep (Bijlage A, tabel 2). Wat opvalt bij de symptomen en diagnoses bij de contacten, is dat de onderzoeksgroep vaker contact heeft vanwege psychische problemen, zoals depressie en angst en vanwege vermoeidheidsklachten en slaapproblemen. Vanwege deze psychologische problemen de onderzoeksgroep (11%) ook significant vaker dan de controlegroep (5%) contact met de POH-GGZ.

3.3.1 Zorggebruik via de huisartsenspoedpost

Figuur 4 *Zorggebruik via de huisartsenspoedpost van volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact met de huisarts hebben i.v.m. alcoholproblematiek (voor alle cijfers zie bijlage A, tabel 3)*



Buiten kantoor tijden wordt huisartsenzorg voor acute gezondheidsproblemen geleverd via huisartsenspoedposten. Binnen de onderzoeksgroep was er significant vaker één of meerdere contacten met de huisartsenspoedpost in het jaar voorafgaand aan het eerste contact vanwege alcoholproblematiek, dan binnen de controlegroep: 20% in de onderzoeksgroep ten opzichte van 15% in de controlegroep (Bijlage A, tabel 3). Binnen de onderzoeksgroep was 1% van de contacten met de huisartsenspoedpost vanwege acute alcohol intoxicatie. Ook was er binnen de onderzoeksgroep vaker contact vanwege psychische problematiek (5%) dan bij de controlegroep (1%).

3.3.2 Geneesmiddelen voorschriften door de huisarts

Figuur 5 *Voorschriften voor geneesmiddelen door volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact hadden met de huisarts i.v.m. alcoholproblematiek (Bijlage A, tabel 4)*



Vierentachtig procent van de volwassenen uit de onderzoeksgroep had minimaal één voorschrift voor een geneesmiddel. Dit was significant meer dan in de controlegroep (65%) (Bijlage A, tabel 4). De patiënten met alcoholproblematiek kregen niet alleen vaker, maar ook meer verschillende geneesmiddelen voorgeschreven dan de patiënten controlegroep. Binnen de onderzoeksgroep was er ook significant vaker één of meerdere voorschriften voor psychofarmaca (37%).

3.3.3 Verwijzingen naar de tweede lijn door de huisarts

Figuur 5 Verwijzingen door de huisarts voor volwassenen naar tweedelijns zorg in het jaar voordat zij een eerste contact hadden met de huisarts in verband met in het dossier vastgelegde alcoholproblematiek (Bijlage A, tabel 4)



Een derde van de volwassenen met alcoholproblematiek werd naar de tweede lijn verwezen in het jaar voorafgaand aan het eerste contact met de huisarts waarbij hun alcoholproblematiek werd vastgelegd. De meeste verwijzingen waren voor psychiatrie (8%). In de controlegroep werd 17% verwezen naar de tweedelijnszorg. Dit was significant minder dan in de onderzoeksgroep (Bijlage A, tabel 4).

Bespreking van zorggebruik van patiënten met alcoholproblematiek in de focusgroepen

De huisartsen in de focusgroepen vinden het aantal medicijnen dat patiënten krijgt voorgeschreven erg hoog, maar vermoeden dat het wel kan kloppen als deze patiënten ook ketenzorg ontvangen.

3.4 Zorggebruik van volwassenen in het jaar na het eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek

Figuur 7 Zorggebruik via de huisartsenpraktijk, het jaar nadat alcoholproblematiek werd vastgelegd in het dossier (Bijlage A, tabel 5)



Patiënten hebben een jaar na het eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek meer contact met de huisartsenpraktijk dan de patiënten uit de controlegroep. Zo had 94% minimaal één keer contact met de huisarts en een derde van de patiënten meer dan 10 contacten. Bij de controlegroep was dit 53%, respectievelijk 11%. Ook het zorggebruik via de POH-GGZ nam toe: 17% van de volwassenen had minimaal één keer contact met de POH-GGZ in het jaar na het eerste contact met de huisarts vanwege alcoholproblematiek.

3.4.1 Geneesmiddelen voorschriften door de huisarts

Figuur 8 Geneesmiddelen voorschriften via de huisartsenpraktijk, het jaar nadat alcoholproblematiek werd vastgelegd in het dossier (Bijlage A, tabel 6)



Veel patiënten krijgen het jaar na het eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek geneesmiddelen voorgeschreven (88% ten opzichte van 50% in de controlegroep), waarbij een aanzienlijk deel psychofarmaca krijgen (42% ten opzichte van 14% in de controlegroep). Het totaal aantal verschillende geneesmiddelen dat werd voorgeschreven en het aantal verschillende soorten psychofarmaca dat werd voorgeschreven ligt hoger dan voor het eerste contact met de huisartsenpraktijk vanwege alcoholproblematiek.

Bespreking van het zorggebruik van patiënten nadat alcoholproblematiek is vastgelegd

De huisartsen en POH's in de focusgroepen gaven aan dat wanneer er met toestemming van de patiënt eenmaal een alcoholprobleem is vastgelegd in het dossier, meestal ook wel een vervolgtraject volgt. Patiënten hebben dan soms ook zelf al uitgezocht waar ze heen willen. Wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg zijn echter vaak erg lang. De POH's zien dat de huisarts en de POH dan ook vaak worden gebruikt als overbruggingszorg als de problematiek groot is. Dan krijgt iemand dus langer basiszorg van huisarts en POH-GGZ, terwijl eigenlijk specialistisch zorg of verslavingszorg nodig is. Dit zou volgens een van de POH's het grote aantal huisartsbezoeken ook kunnen verklaren.

Het hoge aantal psychofarmaca dat is voorgeschreven nadat een alcoholprobleem is vastgelegd vinden de huisartsen uit de focusgroep wel opvallend. Een aantal van hen zegt daar ook wel van te schrikken. Maar mogelijk 'vervangen' deze psychofarmaca ook de alcoholinname. Als met deze middelen de onderliggende problematiek wordt behandeld, kan dit ook worden gezien als een 'voortgang'.

3.5 Welke rol kunnen en willen huisarts en POH spelen bij vroegsignalering van alcoholproblematiek?

Aan de huisartsen en POH's uit de focusgroepen is gevraagd welke rol zij kunnen en willen spelen bij (vroeg)signalering van alcoholproblematiek. Veel huisartsen geven aan dat zij het vragen naar alcoholgebruik lastig vinden. Een aantal van hen vraagt wel eens naar alcoholgebruik als een patiënt vaker op consult komt met kleinere kwalen. Ook testuitslagen van bloedonderzoek kunnen een goede aanleiding zijn om alcoholgebruik aan te kaarten, want wat 'te veel' alcohol is hangt bijvoorbeeld ook af van iemands leverfunctie. Dat maakt het gesprek minder lastig omdat er dan een duidelijke medische aanleiding is om over alcoholgebruik te beginnen.

Over het algemeen bespreken huisartsen alcoholgebruik eigenlijk pas echt als de fysieke of mentale klachten van de patiënt heel duidelijk gerelateerd (kunnen) zijn aan alcoholgebruik, wanneer testwaarden van bloedonderzoek op overmatig alcoholgebruik wijzen, of als de patiënt zelf met problemen met zijn/haar eigen alcoholgebruik op consult komt. In dat laatste geval gaat de huisarts wel in gesprek met de patiënt en is verwijzing naar de eigen POH vaak een eerste stap. Maar dan is er al sprake van problematiek. Preventief zien de huisartsen van de focusgroep geen grote rol voor zichzelf weggelegd. Huisartsen zijn terughoudend om weer een taak op zich te nemen, hebben daar onvoldoende tijd voor en ook de relatie met de patiënt speelt hierbij een rol. Om naar alcoholgebruik te vragen moet er wel een goede aanleiding zijn, anders kan dit de vertrouwensband schaden.

Over het algemeen lijken de huisartsen uit de focusgroepen geneigd om alcoholgebruik wat te vergoelijken, terwijl ze dat naar eigen zeggen ten aanzien van drugsgebruik nooit zouden doen. Er is duidelijk een verschil in sociale acceptatie tussen drugs- en alcoholgebruik. Drugsgebruik is niet gelegaliseerd en dus is alle gebruik altijd te veel. Dat maakt het voor de huisartsen makkelijker om daar iets van te zeggen. Daarbij geven de huisartsen ook aan dat zij het moeilijk vinden om het alcoholgebruik van hun patiënten te 'veroordelen' terwijl zij zelf ook wel eens wat drinken. Daarnaast herkennen zij ook dat het gebruik van alcohol sociaal/maatschappelijk geaccepteerd is en je er dagelijks mee geconfronteerd wordt in verschillende media, zoals reclames of tv-series.

De POH's uit de focusgroepen zien voor zichzelf wel een rol in het signaleren en begeleiden van alcoholproblematiek. De POH's-S geven aan iets meer tijd voor de patiënt te hebben, vooral wanneer de patiënt ook ketenzorg ontvangt. Alcoholgebruik valt dan in het rijtje leefstijlfactoren dat daarin aan de orde komt en kan wat laagdrempeliger worden uitgevraagd.

Bij de POG-GGZ hangt het een beetje af van de zorgvraag van de patiënt of alcohol besproken wordt, maar meestal komt het uiteindelijk wel aan de orde. Soms hebben POH's-GGZ ook een soort vaste systematiek om verschillende leefstijlfactoren te bespreken. Zowel de POH's-S als de POH's-GGZ geven aan dat veel patiënten eerst aangeven dat hun alcoholgebruik wel meevalt, maar dat het na goed doorvragen soms toch behoorlijk veel blijkt te zijn. Enkele POH's zeggen wel behoefte te hebben aan meer kennis en vaardigheden om het gesprek over alcohol beter te kunnen voeren. De meeste POH's laten het initiatief om iets aan hun alcoholgebruik te doen nu bij de patiënt zelf, maar één van de POH's merkte op dat er misschien ook wat meer proactief mag worden gehandeld. Bij roken worden de schadelijke effecten altijd wel benoemd en wordt zonder dat de patiënt daar per se zelf om vraagt herhaaldelijk geprobeerd om iemand te laten stoppen. Bij overmatig alcoholgebruik gebeurt dat veel minder.

4 Discussie

Door mensen met een (beginnend) alcoholprobleem effectieve hulp te bieden kan problematisch alcoholgebruik mogelijk voorkomen worden (Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek). Het tijdig herkennen van deze groep mensen is dus belangrijk en de huisartsenpraktijk, als eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen, zou daar een potentieel grote rol in kunnen spelen. Een belangrijke doelstelling van deze kennisvraag was daarom om inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen en het zorggebruik van mensen bij wie (een jaar later) een diagnose voor alcoholproblematiek in het huisartsensysteem wordt vastgelegd.

Vroegsignalering van alcoholproblematiek?

Uit gegevens uit het elektronisch patiëntendossier van de huisarts blijkt dat volwassenen voorafgaand aan het jaar waarin de diagnose alcoholproblematiek wordt vastgelegd, al veelvuldig contact hebben met de huisarts of de POH-GGZ. Zij hebben daarbij vaker contact vanwege psychische problemen, krijgen vaker psychofarmaca voorgeschreven en hebben relatief veel chronische aandoeningen. Dit gegeven zou een mogelijkheid kunnen bieden voor het tijdig herkennen en bespreken van alcoholproblematiek. Maar hoewel de gepresenteerde klachten en het zorggebruik opvallend zijn in vergelijking met volwassenen zonder alcoholproblematiek, zijn ze ook erg non-specifiek. Het patroon in zorggebruik en gezondheidsproblemen kan dus ook door iets anders komen dan alcoholgebruik. Dat maakt het gesprek over alcoholproblematiek, dat soms toch al erg beladen kan zijn, voor huisartsen en POH's niet eenvoudiger. Ons onderzoek kan helaas niet zichtbaar maken hoe vaak Nederlandse huisartsen en POH's een poging doen om het gesprek over leefstijl en mogelijk overmatig alcoholgebruik aan te gaan met deze groep patiënten. De huisartsen in de (relatief kleine) focusgroep zeggen alcoholgebruik eigenlijk pas te bespreken wanneer het, ongeacht de hoeveelheid alcohol, echt duidelijk fysieke of mentale gezondheidsproblemen oplevert of wanneer de patiënt het zelf als probleem signaleert. Dan is er dus al sprake van alcoholproblematiek. Dit impliceert dat vroegsignalering van alcoholproblematiek door de huisarts, dat wil zeggen signalering van een *beginnend* alcoholprobleem, waarschijnlijk niet vaak voor komt. In de ketenzorg wordt door POH's bij elke jaarcontrole wel gevraagd naar alcoholgebruik en ook bij de POH-GGZ komt alcoholgebruik vaak standaard aan de orde. De POH's hebben dus el iets meer gelegenheid om patiënten met een beginnend alcoholprobleem te signaleren, maar zien een beperkte patiëntengroep.

Onderregistratie van alcoholproblematiek

Zowel huisartsen als POH's in de focusgroepen zijn zeer terughoudend om een alcoholprobleem officieel in het dossier vast te leggen in verband met stigmatisering en privacy van de patiënt. Er zijn dus mogelijk veel patiënten met een 'verborgen' alcoholprobleem. De bevinding dat er sprake is van onderregistratie van alcoholproblematiek sluit aan bij eerder onderzoek (Abidi et al. (2016); Zarnie Khadjesari, 2015). Wanneer alcoholproblematiek niet duidelijk in het patiëntendossier is terug te vinden bestaat het risico dat er ook geen adequate follow-up plaatsvindt of behandeling wordt ingezet. Daar staat tegenover dat alcoholproblematiek een symptoom kan zijn van andere (psychische-) problemen die wel bekend zijn bij de huisarts. De vraag is of registratie in het HIS van de onderliggende aandoening niet afdoende is, waarbij niet verwacht kan worden dat elk gerelateerd symptoom ook wordt vastgelegd.

Mogelijkheden om vroegsignalering te verbeteren

Vroeg signalering van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk zou mogelijk kunnen verbeteren als zorgverleners meer ervaring en training zouden krijgen rond het bespreekbaar maken en doorvragen van problemen rond alcoholgebruik. Daarnaast zouden kleine aanpassingen in de registratieopties in het HIS de drempel om iets vast te leggen kunnen verlagen. Een voorbeeld kan zijn om een aparte functie te ontwikkelen voor het signaleren van mogelijke (gezondheids) problemen, zodat er niet meteen een officiële code hoeft worden vastgelegd. Een andere optie die werd aangedragen vanuit de focusgroepen is een nieuwe (of vervangende) ICPC-code, met een minder zwaarwegende omschrijving.

De huisartsen uit de focusgroep zien geen grotere, signalerende of preventieve rol voor zichzelf weggelegd dan die zij op dit moment hebben. Een belangrijke motivatie daarvoor is, naast ongemak met het onderwerp, gebrek aan tijd. Wanneer echter wordt gekeken naar de grote hoeveelheid extra zorg die deze patiëntengroep ontvangt, zoals ook uit dit onderzoek blijkt, zou preventie op de lange duur mogelijk tijd en kosten kunnen sparen. Zeker omdat kan worden aangenomen dat er een grote groep patiënten met (nog) niet gesignaleerde of vastgelegde alcoholproblematiek in de praktijk voorkomt, die mogelijk ook veel extra zorg vraagt. Bij de POH's uit de focusgroepen lijkt de visie op overmatig alcoholgebruik iets anders. Zij vinden wel dat zij een (grotere) rol zouden kunnen hebben in vroegsignalering van alcoholproblematiek.

De oplossing van alcoholproblematiek ligt zeker niet alleen in de huisartsenpraktijk, maar ook in meer bewustwording in de maatschappij wat overmatig alcoholgebruik is en welke gevolgen er zijn. Sociale acceptatie van alcohol of in bepaalde kringen zelfs de sociale acceptatie van dronkenschap, is een probleem en maakt het niet alleen voor de huisarts en de POH, maar eigenlijk voor alle zorgverleners lastig om patiënten vroegtijdig aan te spreken.

Sterke en zwakke punten van de studie

Een sterk punt van deze kennisvraag is dat een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden is gebruikt. Door kwantitatieve resultaten voor te leggen aan een focusgroep van huisartsen en POH's wordt duiding gegeven aan de resultaten.

Voor het kwantitatieve deel van dit onderzoek gebruikten we gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn van 200 huisartsenpraktijken en de bijbehorende huisartsenspoedposten, om zowel de zorg via de huisartsenpraktijk als de zorg via de huisartsenspoedpost in kaart te kunnen brengen. Hoewel deze praktijken dus een selectie zijn van alle praktijken uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is het niet aannemelijk dat zij een systematisch ander beleid hebben ten aanzien van alcoholproblematiek en zijn de resultaten waarschijnlijk representatief voor huisartsenpraktijken in Nederland.

De huisartsen en POH's uit de focusgroepen hadden weliswaar geen bijzondere affiniteit met alcoholproblematiek, maar kunnen mede door hun beperkte aantal ook niet worden gezien als een representatieve afspiegeling van alle huisartsen en POH's in Nederland. De generaliseerbaarheid van de kwalitatieve resultaten is daardoor beperkt.

In deze kennisvraag hebben we de gegevens van 2019-2022 gebruikt. In 2020 en 2021 was in Nederland sprake van de Covid-19 pandemie. Een interessante bevinding die we hier niet hebben beschreven, was dat het aantal patiënten bij wie voor het eerst een diagnose voor alcoholproblematiek werd vastgelegd in 2020 en 2021 hoger was dan in 2018, 2019 en 2022. In hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed is niet bekend, maar omdat we kijken naar de verschillen in gezondheidsproblemen en zorggebruik van mensen met een vastgelegd alcoholprobleem en een gematchte controlegroep, lijkt het effect beperkt.

Literatuur

Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, Venkateswaran V, Tapp AD, Forouzanfar MH, Salama JS, Abate KH. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015–35

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (06-03-2024)

Voogt, C., Tuithof, M., Spronk, D., van Hasselt. N. *Alcoholschade in Nederland*. Trimbos, Utrecht, 2024

Zarnie Khadjesari, Louise Marston, Irene Petersen, Irwin Nazareth and Kate Walters. Alcohol consumption screening of newly-registered patients in primary care: a cross-sectional analysis. *British Journal of General Practice*, October 2013

L. Abidi¹ & A. Oenema¹ & P. Nilsen² & P. Anderson^{1,3} & D. van de Mheen^{1,4,5}. 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. *Prev Sci* (2016) 17:689–699

Christine Paul, Sze Lin Yoong, Rob Sanson-Fisher, Mariko Carey, Grant Russell and Meredith Makeham. Under the radar: a cross-sectional study of the challenge of identifying at-risk alcohol consumption in the general practice setting. *BMC Family Practice* 2014, 15:74

Martijn Sibbom, Han Luijckx, Louwrens Boomsma, Inger Margit Larsen, Jako Burgers, Gerda van der Weele. De NHG-standaard 'Problematisch alcoholgebruik' *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2015;159:A8646

Torgeir Gilje Lida, Geir Egil Eide, Ingvild Dalene and Eivind Meland. Can routine information from electronic patient records predict a future diagnosis of alcohol use disorder? *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, 2016, VOL. 34, NO. 3, 215–223

Noordman, J. Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care. An analysis of daily practice. PhD thesis. Nivel, Utrecht, 2013

Bijlage A Tabellen

Tabel 1 Beschrijvende gegevens van volwassenen die in 2020 of 2021 een eerste contact hadden met de huisarts waarbij alcoholproblematiek werd vastgelegd. De tabel hoort bij Figuur 1

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Leeftijd (%) (op gematcht)		
18-39 jaar	21%	21%
40-59 jaar	40%	40%
60-74 jaar	29%	29%
75+ jaar	10%	10%
Geslacht (%) (op gematcht)		
Man	68%	68%
Stedelijkheid (per 1000 patiëntjaren in gebied) (op gematcht)		
(zeer)sterk stedelijk	1,88	
matig stedelijk	1,53	
weinig stedelijk	1,32	
Sociaaleconomische status (per 1000 patiëntjaren) (op gematcht)		
Lager dan gemiddeld	1,64	
Hoger dan gemiddeld	1,66	
Chronische aandoeningen (Pearson chi2 = 88,68 P<0,001)		
0 aandoeningen	24%	35%
1-2 aandoeningen	41%	36%
3-5 aandoeningen	26%	21%
>5 aandoeningen	9%	8%
Langdurige aandoeningen (Pearson chi2 = 298,96 P<0,001)		
0 aandoeningen	23%	41%
1-2 aandoeningen	29%	30%
3-5 aandoeningen	27%	19%
>5 aandoeningen	21%	10%
Acute aandoeningen (Pearson chi2 = 292,61 p<0,001)		
0 aandoeningen	14%	32%
1-2 aandoeningen	30%	32%
3-5 aandoeningen	30%	21%
>5 aandoeningen	25%	15%

Vervolg Tabel 1	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Aandoeningen per ICPC		
10 Algemeen	37%	31%
11 Bloed	8%	7%
12 Tractus digestivus	35%	27%
13 oog	19%	17%
14 Oor	18%	16%
15 Tractus circu	43%	36%
16	55%	44%
17	17%	13%
18	54%	27%
19	40%	31%
20	50%	39%
21	37%	29%
22	15%	13%
23	5%	5%
24	10%	9%
25	10%	9%
26	11%	0%

Tabel 2 Zorggebruik via de huisarts en de POH-GGZ van volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact met de huisarts hebben i.v.m. alcoholproblematiek.
De tabel hoort bij Figuur 3

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Contacten met de huisarts (t = -9,22 p<0,001)		
0 contacten	11%	24%
1-4 contacten	39%	38%
5-9 contacten	26%	17%
10-19 contacten	16%	10%
>20 contacten	7%	5%
Contacten met de POH-GGZ (t = -6,25 p<0,001)		
0 contacten	89%	95%
1 contact	3%	2%
2-3 contacten	4%	1%
4-5 contacten	2%	1%
>5 contacten	3%	1%
ICPC bij veel contacten met de huisarts (>5 contacten, per 1000 patiënten)		
Algemeen	34	26
Bloed, bloedvormende organen en immuun stelsel	8	7
Spijsverteringsorganen	21	22
Oog	2	1
Oor	2	2
Cardiovasculair stelsel	34	30
Bewegingsapparaat	44	29
Zenuwstelsel	8	9
Psychische problemen	67	27
Luchtwegen	35	31
Huid	25	20
Endocriene klieren, stofwisseling en voeding	20	17
Urinewegen	11	19
Zwangerschap, geboorte en geboorteregeling	1	0
Geslachtsorganen vrouw	6	7
Geslachtsorganen man	7	5
Sociale problemen	7	2
ICPC bij veel contacten met de POH-GGZ (>3 contacten, per 1000 patiënten)		
Algemeen	1	1
Zenuwstelsel	1	0
Psychische problemen	33	13
Sociale problemen	6	4

Tabel 3a Symptomen en diagnoses bij zorggebruik via de huisarts en de POH-GGZ van volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact met de huisarts hebben i.v.m. alcoholproblematiek. De tabel hoort bij Figuur 3

	Patiënten met eerste alcohol contact		Controles	
Top 10 ICPC huisarts (% contacten)				
1	Hypertensie	4%	Diabetes Mellitus	3%
2	Depressie	3%	Urineweginfectie	3%
3	Diabetes Mellitus	3%	Hypertensie	3%
4	Urineweginfectie	3%	Geen ziekte	2%
5	Angststoornis	3%	Hoesten	2%
6	Emfyseem / COPD	2%	Emfyseem / COPD	2%
7	Slapeloosheid	2%	Angststoornis	2%
8	Moehaid	2%	Algehele achteruitgang	1%
9	Geen ziekte	2%	Acute infectie bovenste luchtwegen	1%
10	Hoesten	2%	Maligniteit bronchus / long	1%
Top 10 ICPC POH-GGZ (% contacten)				
1	Depressie	15%	Crisis	10%
2	Angststoornis	12%	Angststoornis	10%
3	Neurasthenie	10%	Down / depressief gevoel	9%
4	Crisis	8%	Depressie	8%
5	Angstig	6%	Angstig / nerveus / gespannen gevoel	7%
6	Down/depressief gevoel	6%	Neurasthesie	6%
7	Relatieprobleem met partner	5%	Verlies/overlijden partner	6%
8	persoonlijkheidsstoornis	5%	Andere psychische klachten	5%
9	Andere psychische klachten	4%	Relatieproblemen partner	5%
10	Aandacht deficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornis	3%	Ander sociaal probleem	4%

Tabel 4 Zorggebruik via de huisartsenspoedpost van volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact met de huisarts hebben i.v.m. alcoholproblematiek. De tabel hoort bij Figuur 4

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Aantal contacten met de huisartsenspoedpost (t = -2,14 p=0,033)		
0 contacten	80%	85%
1-2 contacten	17%	12%
>2 contacten	3%	3%
Aanleiding contact		
Psychische problemen	5%	1%
Sociale problemen	0%	0%
Anders	95%	99%
Contacten voor alcoholintoxicatie		
	1%	0%

Tabel 5 Voorschriften voor geneesmiddelen en verwijzingen naar de tweedelijns voor volwassenen in het jaar voordat zij een eerste contact hadden met de huisarts i.v.m. alcoholproblematiek. Deze tabel hoort bij Figuur 5 en Figuur 6

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Aantal verschillende geneesmiddelen (t = -10,10 p<0,001)		
0 voorschriften	16%	35%
1-9 voorschriften	65%	51%
10-19 voorschriften	16%	12%
>19 voorschriften	3%	2%
Aantal voorschriften psychofarmaca (t = -11,46 p<0,001)		
0 voorschriften	63%	81%
1 voorschrift	6%	5%
>1 voorschriften	31%	14%
Verwijzingen (t = -9,96 p<0,001)		
0 verwijzingen	70%	83%
1 verwijzing	20%	12%
>1 verwijzing	10%	5%
Specialisme verwijzing		
Psychiatrie	8%	2%
Anders	92%	98%

Tabel 6 Zorggebruik via de huisartsenpraktijk, het jaar nadat alcoholproblematiek werd vastgelegd in het dossier. Deze tabel hoort bij Figuur 7

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Contacten met de huisarts		
0 contacten	6%	47%
1-4 contacten	32%	30%
5-9 contacten	22%	8%
10-19 contacten	29%	12%
>20 contacten	10%	3%
Contacten met de POH-GGZ		
0 contacten	83%	97%
1 contact	4%	1%
2-3 contacten	6%	1%
4-5 contacten	3%	0%
>5 contacten	5%	1%

Tabel 7a Symptomen en diagnoses bij zorggebruik via de huisartsenpraktijk, het jaar nadat alcoholproblematiek werd vastgelegd in het dossier. Deze tabel hoort bij Figuur 7

Top 10 ICPC huisarts (% contacten)				
1	Chronisch alcoholmisbruik	17%	Diabetes mellitus	4%
2	Depressie	3%	Essentiele hypertensie	3%
3	Essentiele hypertensie	3%	Cystitis / urineweginfectie	3%
4	Diabetes mellitus	3%	Andere infectie(s) luchtwegen / COVID-19	2%
5	Acuut alcohol misbruik / intoxicatie	2%	Geen ziekte	2%
6	Emfyseem / COPD	2%	Depressie	2%
7	Angststoornis / angsttoestand	2%	Moeheid	1%
8	Cystitis / urineweginfectie	2%	Hoesten	1%
9	Algehele achteruitgang	1%	Angststoornis / angsttoestand	1%
10	Slapeloosheid	1%	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	1%
Top 10 ICPC POH-GGZ (% contacten)				
1	Chronisch alcoholmisbruik	39%	Depressie	12%
2	Depressie	12%	Crisis / voorbijgaande stressreactie	9%
3	Angststoornis / angsttoestand	6%	Overspanning	8%
4	persoonlijkheids- / karakterstoornis	5%	Angststoornis / angsttoestand	7%
5	Angstig / nerveus / gespannen gevoel	4%	Andere psychische symptomen / klachten	6%
6	Down / depressief gevoel	3%	1899	6%
7	Andere psychische symptomen / klachten	3%	Relatieprobleem met partner	5%
8	Relatieprobleem met partner	3%	Angstig / nerveus / gespannen gevoel	5%
9	Aandacht deficiëntie- / hyperactiviteitsstoornis	3%	Down / depressief gevoel	5%
10	Crisis / voorbijgaande stressreactie	3%	persoonlijkheids- / karakterstoornis	4%

Tabel 8 Geneesmiddelen voorschriften via de huisartsenpraktijk, het jaar nadat alcoholproblematiek werd vastgelegd in het dossier. Deze tabel hoort bij Figuur 8

	Patiënten met eerste alcohol contact	Controles
Aantal verschillende geneesmiddelen		
0 voorschriften	12%	50%
1-9 voorschriften	65%	41%
10-19 voorschriften	20%	7%
>19 voorschriften	3%	1%
Aantal voorschriften psychofarmaca		
0 voorschriften	58%	86%
1 voorschrift	23%	8%
>1 voorschriften	19%	5%