

Probleemdrinken en de rol van de huisarts

E. C. G. ERCKENS EN R. C. M. VASTBINDER*

De toenemende alcoholconsumptie in Nederland gaat gepaard met een toename van de alcoholproblematiek. Aan de hand van onderzoeksgegevens uit Rotterdam en Limburg wordt ingegaan op de rol die de huisarts kan spelen bij de identificatie en behandeling van probleemdrinken, en bij het verwijzen naar meer gespecialiseerde instellingen. De auteurs achten hiervoor (na)scholing noodzakelijk. Daarnaast bepleiten zij een intensieve samenwerking tussen enerzijds de huisarts en anderzijds gespecialiseerde instellingen en zelfhulpgroepen.

Inleiding

Er zijn de laatste jaren steeds meer geluiden te beluisteren, zowel in de massamedia als in de vakliteratuur, die er op wijzen dat er in Nederland sprake is van een alcoholprobleem.

We staan daarin overigens niet alleen. Als we ons land vergelijken met EEG-partners als West-Duitsland, België, Luxemburg en Frankrijk, valt het zelfs nogal mee, al moet daar meteen aan worden toegevoegd dat de laatste jaren de alcoholconsumptie in Nederland relatief het snelst is gestegen. We dreigen de „achterstand“ dus in te halen.

De begrippen „alcoholprobleem“ en „alcoholconsumptie“ worden hier met opzet door elkaar gebruikt. Onderzoek heeft duidelijk aan het licht gebracht dat er een rechtstreeks verband tussen die twee variabelen bestaat: wanneer in een bepaalde periode de alcoholconsumptie stijgt, neemt ook de alcoholproblematiek toe.¹ Voor de duidelijkheid wijzen wij er verder op dat bij alcoholproblematiek niet alleen gedacht moet worden aan somatische problemen, maar ook aan bijvoorbeeld problemen met familie, vrienden, het werk en de justitie. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat het drinkpatroon van een bevolking een geleidelijk verloop vertoont van lichte tot zeer zware drinkers.

Dat laatste klinkt nogal plausibel. Hierbij dient men evenwel te bedenken dat

velen er lange tijd van zijn uitgegaan dat er in een bevolking zoets als een harde kern van alcoholisten zou bestaan, bij wie de alcoholproblematiek zich zou concentreren. Een consumptie-uitbreiding zou zich volgens die opvatting dus kunnen voordoen bij de rest van de bevolking, zonder dat dit tot een uitbreiding van de problematiek zou behoeven te leiden. Zoals gezegd: dat beeld klopt niet.

Op grond van de consumptiecijfers (*tabel 1*) alsmede het gegeven dat de consumptie volgens een bepaald patroon verdeeld is, hebben Wever en Gips enkele jaren geleden een schatting gemaakt van de aantallen zware drinkers in Nederland. Die schatting zag er als volgt uit: aantal excessieve drinkers: 635.000 (> 80 gram alcohol per dag); aantal alcoholische drinkers: 314.000 (> 120 gram alcohol per dag).² Deze cijfers stuiten aanvankelijk op zeer veel ongelof, niet zozeer bij ingewijden – bijvoorbeeld werkers in de verslaafdenzorg – als wel bij het grote publiek en bij een belangengroep als de drankindustrie.

Tabel. De alcoholconsumptie in Nederland, 1950-1981 (liters/hoofd van de bevolking).

	1950	1966	1981
Bier	10,6	39,0	89,5
Wijn	0,5	3,5	12,9
Gedestilleerd	4,4	4,3	7,7

Illustratief voor de collectieve onderschatting van het probleem is het door de Rijksuniversiteit Limburg in 1981 uitgevoerde Nederland Oké-onderzoek. Afgaande op de door de respondenten opgegeven hoeveelheden, zou de consumptie in Nederland gemiddeld 7,5 glas per week zijn. Het werkelijke cijfer (bekend vanwege de accijnsheffing), komt meer in de buurt van 20 glazen per week.³

Terzijde kan hier nog een andere interessante uitkomst van dat Oké-onderzoek worden vermeld. Ten aanzien van de vraag of huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en leerkrachten in het basisonderwijs als positief voorbeeld fungeren voor de overige bevolking, wordt geconcludeerd dat dit opgaat ten aanzien van roken, voeding en – in mindere mate – geneesmiddelengebruik. „Ten aanzien van beweging, veiligheid en vooral alcoholgebruik is de situatie niet rooskleurig te noemen. Van voorbeeldwerking is in ieder geval geen sprake“, aldus de onderzoekers.

Recente onderzoeksgegevens

In het najaar van 1982 zijn de resultaten wereldkundig gemaakt van een tweetal onderzoeken, die gelijktijdig en volgens een identieke opzet in Rotterdam en in Limburg zijn verricht.^{4 5} De meest relevante resultaten van deze onderzoeken zijn samengevat in een landelijk eindrapport.⁶ Volgens de rapporteurs hebben de uitkomsten van deze studies ook landelijke betekenis. *Figuur 1* geeft een selectie uit de resultaten.

Mede op grond van deze onderzoeksgegevens is de bezorgdheid over het alcoholgebruik in ons land aanzienlijk gegroeid. Men dient daarbij overigens te beseffen dat een probleemdrinker niet identiek is aan een hulpbehoevende. Het is zeker niet zo, dat alle probleemdrinkers zich tot een hulpverleningsinstelling zouden moeten wenden, nog afgezien van het feit dat de beschikbare capaciteit niet voldoende zou zijn om adequaat op een dergelijke vraag te reageren. Het zou ook niet wenselijk zijn. Als er iets de laatste jaren duidelijk is geworden, is het wel dat we moeten waken voor een aanzuigende werking vanuit de gezondheidszorg; zelfzorg en mantelzorg zijn de trefwoorden in dit verband.

Voor wat probleemdrinken betreft, kan bovendien het nodige worden gedaan aan gerichte voorlichting. Op basis van het Limburgse en Rotterdamse onderzoek kan geconcludeerd worden, dat

* Respectievelijk Preventiemedewerker CAD-Limburg, en Coördinator van het Regioteam Westelijke Mijnstreek van het CAD-Limburg.

vooral over de specifieke schadelijke gevolgen van alcoholmisbruik onder de bevolking weinig bekend is. Ook van het gegeven dat een forse matiging of het tijdelijk stoppen met drinken een verslechtering van de gezondheid kan voorkomen en herstel kan bespoedigen, zijn slechts weinigen op de hoogte. Dat deze voorlichting, waarbij zonder twijfel de huisarts een sleutelrol kan spelen, op zichzelf onvoldoende is, staat als een paal boven water. Ook het alcoholklimaat in onze maatschappij zou drastisch moeten veranderen. Daarbij kan de overheid het nodige doen. Te denken valt aan het beperken van alcoholgebruik in openbare gelegenheden, het terugdringen van reclame, het voeren van een gerichte prijspolitiek en het weren van alcohol uit bepaalde situaties, zoals bij het werk en op school.

Probleemdrinken in de huisartspraktijk

Wat betekenen deze gegevens nu voor de individuele huisarts?

Een eenvoudige rekensom leert dat de doorsnee Limburgse huisarts minimaal 195 probleemdrinkers onder zijn patiëntenbestand moet hebben (81.000 probleemdrinkers/415 huisartsen) en de Rotterdamse 125 (29.000/230). Nu zal zonder twijfel geen enkele huisarts een dergelijk groot aantal probleemdrinkers in zijn praktijk kennen. De klachten van veel probleemdrinkers zijn niet altijd van dien aard dat de huisarts gecoconsulteerd moet worden. Bovendien zullen nogal wat problemen individueel of binnen de kring van familie en/of vrienden adequaat aangepakt worden. In Limburg verwacht 30 procent van de bevolking en in Rotterdam zelfs 34 procent de beste hulp bij problemen met alcoholgebruik van de naaste familie, vrienden en kennissen. In Limburg wordt de huisarts in dit verband door 20 procent genoemd en in Rotterdam slechts door 12 procent. De AA scoort daar 18 procent en in Limburg 9 procent. Specifieke instellingen als het CAD en de verslavingsklinieken worden door 15 procent van de bevolking genoemd. Hoeveel alcoholprobleemgevallen zijn er nu als zodanig bekend bij de huisarts? Het weinige onderzoek dat hiernaar gedaan is, doet vermoeden dat het om kleine aantallen gaat. Een Engelse onderzoeker komt tot de vaststelling dat de gemiddelde huisarts tussen de twee en zeven patiënten als alcoholist identificeert op een geschat aantal van 25 tot 45 per praktijk.⁸ Een recent uitgevoerde inventarisatie van het CAD-Haarlem le-

vert ongeveer hetzelfde beeld op. In *Gewone ziekten* wordt geschat dat per standaardpraktijk (2800 personen) 8 à 9 patiënten onder de categorie verslaving (onder meer alcoholisme) thuishoren.⁹ Verondersteld mag worden dat maar een minderheid van de problematische drinkers die het spreekuur van de huisarts bezoeken, als zodanig door deze herkend wordt. Een indicatie daarvoor vormt het gegeven uit het Limburgse alcoholonderzoek dat 1,1 procent van de respondenten bevestigend antwoordt op de vraag: „Heeft de dokter weleens opmerkingen gemaakt over drankgebruik?“.

Een rol voor de huisarts?

Men kan natuurlijk de vraag stellen of herkenning van alcoholproblematiek door de huisarts wel zo nodig is.

Inmiddels is zoveel bekend over de lichamelijke, psychische en sociale schade als gevolg van alcoholmisbruik dat de noodzaak daaraan – zowel preventief als curatief – iets te doen, nauwelijks omstreden is. Om een indruk te krijgen van in het bijzonder de toename van de omvang van de directe lichamelijke schade als gevolg van alcoholmisbruik kunnen de gegevens van de Stichting Medische Registratie dienen.

Per 100.000 mannen werden er in de periode 1969-1979 55 opgenomen in een ziekenhuis wegens aandoeningen die het directe gevolg waren van alcohol-

misbruik. In de periode 1979-1981: 106. Voor vrouwen zijn de cijfers respectievelijk 23 en 40. Op grond van de beschikbare gegevens kan worden geschat dat de diagnoses alcoholisme, alcoholpsychose, ongewenste bijwerking van alcohol in combinatie met bepaalde medicamenten, en levercirrose van Laennec samen jaarlijks 120.000 verpleegdagen vragen. Bovendien is er reden om aan te nemen dat de situatie in werkelijkheid ernstiger is dan deze cijfers aantonen.¹³

Voorts dient men te bedenken dat de meeste deskundigen het er over eens zijn dat, naarmate identificatie en behandeling van probleemdrinken in een vroeger stadium plaatsvinden, de kansen op herstel gunstiger zijn. De theoretische opvatting dat behandeling pas zin heeft als de persoon in kwestie zodanig in de ellende is verzeild geraakt, dat hij of zij geen kant meer uit kan, verliest steeds meer terrein.

Voor een meer actieve rol van de huisarts bij het identificeren van alcoholproblematiek pleit in het bijzonder de centrale positie die hij in de eerstelijns gezondheidszorg inneemt. Voor velen is de huisarts een vertrouwensfiguur naar wie men makkelijker toe stapt dan naar menige andere hulpverlener. De kans dat personen met pas kortdurende alcoholproblemen de huisarts bezoeken, moet dan ook vrij hoog worden aangeslagen. Uit genoemde alcoholonderzoeken is bijvoorbeeld gebleken dat de

Figuur 1. Enkele uitkomsten uit het Alcohol Prevalentie Onderzoek Rotterdam/ Limburg.⁶

- Een op de vijf Rotterdammers is geheelonthouder en een op de zes Limburgers.
- Geheelonthouders beoordelen de eigen gezondheid doorgaans negatiever dan degenen die drinken. Dit geldt vooral voor mensen van 40 jaar en ouder „Waarschijnlijk is de als slecht ervaren gezondheid voor veel van de geheelonthouders de reden geweest om te stoppen met drinken“, aldus de onderzoekers.
- Van de Limburgse bevolking drinkt 26 procent op wekeinddagen gemiddeld 4 of meer glazen, in Rotterdam 15 procent.
- Het veel per keer drinken komt met name in het weekeinde voor en behoort in Limburg voor bijna de helft van de ongehuwde mannen tussen 20 en 30 jaar tot de gewoonten.
- Gehuwd zijn of samenwonen heeft een matigende invloed op het drankgebruik.
- Van de Limburgse bevolking tussen 16 en 70 jaar is 10,8 procent probleemdrinker (81.000) en van de Rotterdamse 7,1 procent (29.000). Probleemdrinken is in dit kader als volgt omschreven: „Van probleemdrinken is sprake als een individu een relatief hoog consumptieniveau heeft en als zijn drinkgedrag gepaard gaat met lichamelijke, geestelijke of sociale problemen voor de drinker zelf en/of voor anderen“.
- Probleemdrinken komt veel meer voor bij mannen dan bij vrouwen.
- In de leeftijdscategorie 16-25 jaar treffen we in Limburg beduidend meer probleemdrinkers aan dan in Rotterdam (respectievelijk 23 en 9 procent).
- Bij werklozen komt relatief meer probleemdrinken voor dan bij werkenden.
- Aan het Rotterdamse onderzoek werd tevens een onderschattingsonderzoek gekoppeld. Daaruit bleek onder meer dat er een aanzienlijke onderschatting van de problematiek optreedt, doordat veel probleemdrinkers de problemen in interviews verzwijgen. Bij vrouwen lijkt de onderschatting veel groter te zijn dan bij mannen, zeker ten aanzien van de hoeveelheid die per keer wordt gedronken.⁷

leeftijdsgroep met de meeste probleemdrinkers (degenen onder de 30 jaar), ook een relatief groot aantal gezondheidsklachten meldt: men bezoekt gemiddeld vaker de huisarts en is vaker ziek.

Identificatie

Ter verklaring van het geringe aantal identificaties worden in de literatuur een aantal factoren genoemd, die zijn samengevat in *figuur 2*.

Gezien de verbreidheid van de problematiek zou bij elk bezoek van een patiënt aan de huisarts overwogen moeten worden of een vraag over het alcoholgebruik moet worden gesteld. In sommige gevallen, bijvoorbeeld bij zwangerschap en bij gebruik van bepaalde medicijnen, ligt dat nogal voor de hand, maar in andere situaties minder, zoals bij ongelukken in en om het huis.

Wanneer men vermoedt dat er een alcoholprobleem is, kan men vervolgens een indruk proberen te krijgen van de volgende factoren:

- het drinkgedrag (hoeveel, wanneer, hoe vaak en onder welke omstandigheden wordt gedronken?);
- de alcohol-gerelateerde schadelijke effecten op lichamelijk, psychisch en/of sociaal vlak;
- de alcoholafhankelijkheid.

Naast een aantal laboratoriumtests (met name de Gamma G en de MCV) kent men de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) en de CAGE-test.¹² Recent is ook een Duitse test ontwikkeld. Deze

Münchener Alcoholismus Test (MALT) bestaat uit twee delen: een zelfbeoordelingsdeel, dat door de patiënt wordt ingevuld, en een deel dat de arts, aan de hand van zijn onderzoeksgegevens, invult. Op basis van een bepaalde testwaarde kan worden vastgesteld of er sprake is van (kans op) alcoholisme.¹⁴ Een Nederlandse versie van deze test is niet beschikbaar.

Behandeling en verwijzing

Wanneer blijkt dat er van een alcoholprobleem sprake is, rijst de vraag naar de meest adequate behandeling.

Vanzelfsprekend maakt het veel verschil of we te maken hebben met iemand met een korte dan wel een lange drinkcarrière. In het eerste geval is de kans dat de betrokkene in staat is op eigen kracht te stoppen of drastisch te minderen, natuurlijk groter. Hierbij denke men met name aan degenen die wat achteloos met drank omgaan en nauwelijks op de hoogte zijn van de feiten rond alcoholgebruik. Enkele opmerkingen met een voorlichtend karakter kunnen dan welbested zijn. Van veel betekenis hierbij is het ondersteunend vermogen van de directe sociale omgeving.

Toch zal de huisarts in dergelijke gevallen nog een tijdje de vinger aan de pols moeten houden. Een van de uitkomsten van de alcoholonderzoeken geeft daartoe aanleiding. Aan een vrij groot aantal respondenten die aan enkele criteria voldeden (een hoge consumptie, zorgen over het alcoholgebruik en verschillen-

de symptomen) werden vragen over stoppen en minderen gesteld. In Limburg gaf 17 procent van hen te kennen ooit geprobeerd te hebben te stoppen of te minderen; slechts 22 procent daarvan bleek daarin te zijn geslaagd. In Rotterdam hebben bijna twee keer zoveel personen, 31 procent, dat geprobeerd; daarvan bleek 26 procent succesvol. Slechts zeer sporadisch blijkt men daarbij de hulp van deskundigen te hebben ingeroepen.

De vraag is gewettigd of een actiever aanbod tot ondersteuning en begeleiding door professionele hulpverleners van vooral vroege pogingen tot stoppen of minderen het aantal geslaagde pogingen zou doen toenemen.

Kan men nog een gematigd optimisme koesteren met betrekking tot de categorie der vroege stoppers, dat is bepaald niet het geval ten aanzien van degenen die een langere drankhistorie hebben en niet op eigen kracht in staat zijn te stoppen of tot een „normaal” drinkgedrag terug te keren. Deze categorie kan vaak met behulp van steun van anderen een stuk in de richting geholpen worden, maar naarmate meer symptomen van afhankelijkheid optreden, zal de rol van de hulpverlener allengs zwaarder worden.

Niet iedere huisarts is in de gelegenheid en voldoende geëquipeerd om deze problematiek adequaat te lijf te gaan. Het ontbreekt hem vaak aan tijd voor een zorgvuldige begeleiding en bovendien vereist de hulpverlening aan deze patiënten specifieke kennis en vaardigheden. Het is van belang dat de huisarts zorgvuldig afweegt of hij voldoende in staat is de patiënt te begeleiden. Daarbij dient gewaakt te worden voor overdreven verwachtingen van medicinale therapieën met Refusal® en Antabus®. Zeker wanneer we te maken hebben met een verslavingssyndroom, is er sprake van een aantal vicieuze cirkels, waarvan de farmacologische er slechts één is, naast de sociale, de psychische en de cerebrale cirkel.

Het doorbreken van de farmacologische cirkel is slechts een noodzakelijke, maar zeker geen voldoende voorwaarde voor een adequate behandeling van een verslavingssyndroom.¹⁵ In dergelijke gevallen zal de huisarts moeten zien uit te maken of hij de behandeling van de patiënt zelf ter hand neemt, dan wel verwijst naar het CAD of – in het uiterste geval – naar een kliniek. Een tussenvorm is ook mogelijk: zelf behandelen en een consultatierelatie met het CAD aangaan. Verder kan overwogen wor-

Figuur 2. Factoren die verantwoordelijk zijn voor het geringe aantal alcoholprobleem-identificaties door de huisarts.

- Bepaalde klachten zijn niet alcohol-specifiek en worden derhalve zelden herkend als zijnde het gevolg van alcoholmisbruik. Uiteraard zal de therapie er dan ook niet op gericht zijn het gebruik terug te dringen. Afwijkingen aan de lever en het zenuwstelsel als gevolg van alcoholmisbruik worden als zodanig wel vaak onderkend. Andere somatische gevolgen, die soms eveneens aanzienlijke pathologie veroorzaken, veel minder. Genoemd kunnen worden metabole, gastro-intestinale, endocrinologische, cardiologische, hematologische en immunologische gevolgen.¹⁰
- De verwachtingen van patiënt en huisarts lopen uiteen: de huisarts verwacht dat de patiënt zijn alcoholprobleem inbrengt, en de patiënt verwacht dat de huisarts eraan zal informeren.
- Het gebruik van alcohol is algemeen geaccepteerd in de samenleving, ook onder huisartsen. Dat maakt het minder voor de

hand liggend om steeds een open oog en oor te hebben voor problemen die met dat gebruik samenhangen. Volgens Plant behoren artsen tot de zogenaamde risicogroepen inzake alcoholmisbruik vanwege de stress die met de beroepsuitoefening gepaard gaat.¹¹

- Mensen die alcoholproblemen hebben, zijn vaak uiterst bedreven in het maskeren van hun alcoholgebruik. Het vereist de nodige vaardigheid en tijd om het opgetrokken rookgordijn te doen oplossen.¹²

- Als apart punt wordt genoemd dat sommige huisartsen na een aantal probleemdrinkers te hebben geïdentificeerd en vergeefse pogingen te hebben gedaan hen van de alcohol af te krijgen, het verder voor gezien houden. Uitgaande van de stelling dat dergelijke mensen toch niet te helpen zijn, zwijgt men de problematiek dan als het ware dood.

den de patiënt met een zelfhulpgroep van de AA in contact te brengen. Vuistregels met betrekking tot deze keuzemogelijkheden zijn vooralsnog niet te geven. Enig houvast kan men in dit verband wel krijgen door lezing van het zeer geschikte boek *De alcoholische patiënt*.¹⁶

Recente ontwikkelingen

De laatste jaren wordt binnen de medische faculteiten steeds meer aandacht besteed aan de verslavingsproblematiek. Aangenomen mag worden dat de signalerings- en behandelvaardigheid van de huisarts daardoor gunstig beïnvloed zal worden, alsmede het inzicht in de eigen mogelijkheden en die van anderen. Verder is er een toenemend aantal (na)scholingsmogelijkheden voor huisartsen, zowel in de vorm van post-academisch onderwijs als in de vorm van ad hoc projecten, georganiseerd door CAD's en klinieken.

Een project heeft eind 1979 in Drente plaatsgevonden. Het CAD-Drente, het Gezondheidscentrum „de Weide” in Hoogeveen en de Stichting Nieuw Hoog-Hullen (kliniek) werkten hierbij samen. De hoofddoelstellingen waren het leren signaleren en verbeteren van de anamnese met betrekking tot alcoholproblematiek door eerstelijnsverwerkers, en het leren hanteren van alcoholproblematiek. Voor de start van het project werd met de deelnemers uitvoerig stilgestaan bij de gespreksvoering met iemand die mogelijk problemen heeft met het gebruik van alcohol.

Gedurende de drie maanden dat het project duurde, bezochten 1889 personen het gezondheidscentrum. Bij 140 personen vermoedde men alcoholproblemen, hetgeen bij 87 personen bevestigd kon worden. De belangrijkste signaleringscriteria waren:

- foetor alcoholicus (17 keer);
- maag- en darmklachten (16 keer);
- „surmenage”-klachten (14 keer);
- vage psychische klachten (14 keer);
- overgewicht (8 keer).

Bij 36 van de 87 patiënten lukte het om tot een eerste behandelingsgesprek te komen. De overige 51 ontkenden de problematiek of weigerden nadere informatie te geven. Tenslotte is nog vermeldenswaard dat slechts twee patiënten zelf met het probleem op het spreekuur kwamen.¹⁷

Slot

De Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs hebben onlangs nadrukkelijk uit-

drukking gegeven aan hun visie op de plaats die categoriale en algemene voorzeningen ten aanzien van de verslavingsproblematiek dienen in te nemen: „Uitgangspunt dient te zijn, dat probleemdrinkers en problematische gebruikers van illegale drugs zo veel mogelijk door de algemene welzijns- en gezondheidszorg geholpen moeten worden. Voorwaarde is dan wel, dat in de algemene zorg meer deskundigheid ontstaat en dat men eerder in staat is verslavingsproblematiek te onderkennen”.¹⁸ Bovendien wordt bij de omschrijving van de functies consultatie en preventie een centrale betekenis toegekend aan de eerstelijns gezondheidszorg en daarmee aan de huisarts.¹⁸

Dat alles neemt overigens niet weg dat voor een adequate benadering van de alcoholproblematiek meer ervaringskennis zal moeten worden opgebouwd. Dat wil zeggen dat in de dagelijkse praktijk gestreefd zal moeten worden naar een intensievere samenwerking tussen de betrokkenen: huisartsen, CAD's, klinieken en zelfhulpgroepen, zoals de AA. Aan deze ontwikkeling zou zeker kunnen worden bijgedragen door het publiceren van regionaal opgedane ervaringen. Stimulering daarvan is alleszins wenselijk.

¹ Bruun K, Edwards G, Lumio M, et al. Control policies in public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.

² Wever OR, Gips CH. Schatting van het aantal excessieve drinkers en alcoholisten in Nederland. Tijdschr Alcohol Drugs 1977; 3:43-9.

³ Adriaanse H, Drop R, Halfens R, Philippen H. Leeft Nederland Oké? Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.

⁴ Garretsen HFL. Probleemdrinken [Rapport nr. 41]. Rotterdam: GG en GD, afdeling GVO, 1982.

⁵ Knibbe RA. Probleemdrinken in Limburg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

⁶ Garretsen HFL, Knibbe RA. Alcohol Prevalentie Onderzoek Rotterdam/Limburg. Landelijk eindrapport. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.

⁷ Garretsen HFL. Prevalentiebepaling van probleemdrinken met behulp van partnerinterviews. Tijdschr Alcohol Drugs 1983; 9:30-7.

⁸ Wilkins RH. Waarom moeite doen om potentiële alcoholisten op te sporen? Tijdschr Alcohol Drugs 1976; 2: 134-6.

⁹ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten, Deel 2. Overzicht van de te verwachten frequenties van nieuwe en bekende aandoeningen in een standaardpraktijk. Nijme-

gen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

¹⁰ Niermeijer P, Sikkens H, Weits J. Lichamelijke gevolgen van alcoholgebruik. Tijdschr Alcohol Drugs 1982; 8: 87-96.

¹¹ Plant M. Risk factors in employment. In: Hore B, Plant M, eds. Alcohol problems in employment. London: Croom Helm, 1981.

¹² Dijk W van. Het miskende beeld van de alcoholist. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 197-201.

¹³ Hoogendoorn D. Opnamen in ziekenhuizen wegens overmatig gebruik van alcohol. [Mededelingen Stichting Medische Registratie]. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1011-7.

¹⁴ Gerkhew J, Schrappe O. Alkoholismus, eine Information für Ärzte. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtfahren, 1982.

¹⁵ Dijk W van. Alcoholisme, een veelzijdig verschijnsel. Tijdschr Alcohol Drugs 1976; 2: 26-32.

¹⁶ Niemantsverdriet-van Kampen GJ, Jongma T. De alcoholische patiënt. Utrecht: Bunge, 1981.

¹⁷ Van Dalen WE, Eijk R van der. Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de huisartsenpraktijk. Tijdschr Alcohol Drugs 1982; 8: 24-7.

¹⁸ Werkgroep Basistakenpakket CAD's. Functie-omschrijving van de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs. Bilthoven: Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs, 1983.

Nota bene

De ziekmakende invloed van het ziekenhuis moet niet worden onderschat.

Stelling bij: Schuur HW. Angiografie bij levercirrose [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1983.

Presbyope beeldschermgebruikers dienen geen bi- of multifocale maar monofocale werkbrillen te gebruiken. De werksituatie dient hiervoor te worden aangepast.

Onderzoek bij recruten heeft uitgewezen dat 30 procent van de zachte contactlensdragers, die geen klachten hebben, corneapathologie vertoont. Op basis van dit gegeven dient ter preventie halfjaarlijkse controle door de oogarts plaats te vinden.

Stellingen bij: Punt H, Bernard Siegfried Albinus (1697-1770) on „Human Nature” [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.