

Een preventieve taak bij alcoholmisbruik

DR. A. J. B. I. SIPS

Overmatig alcoholgebruik is de oorzaak of medeveroorzaker van talrijke gezondheidsproblemen in onze samenleving. Het alcoholgebruik wordt nooit door de gebruiker zelf als causale factor genoemd. Alleen door zorgvuldig navragen is het mogelijk een goed beeld te krijgen van het alcoholgebruik van een patiënt. Vroegtijdige opsporing vergroot de kans op resultaat van de begeleiding. Vergelijkbaar met de voorlichting over roken dient ook over alcoholgebruik een goede voorlichting te worden gegeven, zeker aan jongeren.

Inleiding

Het alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is de afgelopen 25 jaar verdrievoudigd. Deze toegenomen drankomzet komt in de hoofdzaak voor rekening van de zwaarste drinkers, ongeveer 10 procent van de bevolking. Bij dit toegenomen drankgebruik zijn twee tendenzen van belang: diegenen die al regelmatig dronken, zijn meer gaan drinken en er wordt op jeugdiger leeftijd begonnen met alcoholgebruik. Jongeren van 15 jaar vertonen soms een volwassen drinkgedrag en het aantal jongeren dat op 17-jarige leeftijd al min of meer regelmatig alcohol gebruikt, is gestegen tot 85 procent.

Alcohol is een genotmiddel met een smalle 'therapeutische' breedte. De genoegen van het gebruik gaan al spoedig over in de risico's en uiteindelijk ontstaat schade. Dat geldt voor het individu, maar ook voor de gemeenschap. Dit blijkt uit de gezondheidsstatistiek, waarin het aantal aan alcoholgebruik gerelateerde aandoeningen ieder jaar toeneemt; uit het toegenomen aantal verkeersongevallen waarbij alcohol een rol speelt, en uit het toegenomen vandalisme en andere vormen van criminaliteit.

Kenmerken

Bij het beoordelen van de mogelijkheden tot preventie die de huisarts heeft bij alcoholproblemen, is het van belang onderscheid te maken in:

– gezondheidsstoornissen waarbij overmatig en excessief alcoholgebruik een min of meer belangrijke factor is, zonder dat van alcoholverslaving sprake is;

– het alcohol-addictie syndroom.

Tussen beide bestaat geen duidelijke scheidslijn. Overmatig alcoholgebruik en excessief drinken gaan geleidelijk over in addictief drinken. De gebruiker is zich deze overgang niet bewust. Hij zal de verslavingsverschijnselen voor zichzelf ontkennen en ook de omgeving herkent deze geleidelijke overgang niet.

De kenmerken van alcoholverslaving zijn:

- *Zucht*, het hunkeren naar alcohol, in een dergelijke mate dat het gedrag geheel gemodelleerd wordt naar deze alcoholbehoefte.

- *Controleverlies*, het verlies aan vrijheid om met alcohol om te gaan en een onvermogen om te stoppen, nadat het eerste glas is gedronken.

- *Abstinentieverschijnselen*, vegetatieve en psychomotorische reacties zoals tremoren, transpireren, nervositeit en innerlijke onrust.

- *Veranderde alcoholtolerantie*: geleidelijk aan zijn grotere hoeveelheden alcohol nodig om hetzelfde effect te bereiken.

Aan de alcoholverslaving is een kortere of langere periode van overmatig en excessief drinken voorafgegaan. Of in het individuele geval de verschillende vormen van alcoholgebruik in elkaar zullen overgaan, wanneer en onder invloed van welke factoren dit zal plaatshebben, is moeilijk te voorspellen; het karakter en de leefsituatie van de betrokkene spelen daarbij een belangrijke rol.

De begrippen matig, overmatig, excessief en addictief drinken zijn te kwantificeren aan de hand van het aantal standaard alcoholconsumpties per week:

	Man	Vrouw
Matig, tot:	20	13
Overmatig, tot:	50	35
Excessief, tot:	95	63

Van addictief drinken kan al sprake zijn bij meer dan 50 consumpties per week. Overmatig en excessief alcoholgebruik is een gezondheidsrisico in het algemeen en een belangrijke causaliteitsfactor bij verschillende aandoeningen.

Knelpunten

Het opsporen en behandelen van overmatig en excessief drinken is een preventieve taak waardoor voorkomen kan worden dat schade aan het individu en de gemeenschap ontstaat. In een aantal gevallen zal de ontwikkeling van alcoholaddictie bijtijds worden herkend en kunnen worden voorkomen. Preventief handelen betekent hier vroegtijdige opsporing als de kans op een gunstige beïnvloeding nog zo groot mogelijk is. Bij het uitvoeren van deze taak doen zich echter enige knelpunten voor.

Huisarts

Knelpunten aan de kant van de huisarts bij het opsporen van alcoholproblemen zijn:

- De *taakopvatting* van de huisarts ten aanzien van preventie. Vroegtijdige opsporing en preventie staan beschreven in het Basispakket. De huisarts is hierbij nog betrekkelijk passief en gaat pas tot behandeling over als de patiënt dit wil. Meestal functioneert hij alleen 'op afroep'. Mag, moet hij gezondheidsrisico's vroegtijdig aan de orde stellen bij de betrokkene? Moet hij bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik bij iedere patiënt steeds als een potentieel gezondheidsrisico benaderen totdat anders is aangetoond?

- De *persoonlijke visie* van de huisarts op alcoholproblemen. Is hij defaitistisch over de behandelmogelijkheden, wordt zijn beeldvorming over alcoholisme alleen bepaald door de verslaafde drinker, of heeft hij ook zicht op de vormen die nog niet tot dit stadium zijn ontwikkeld, zoals het overmatig en excessief drinken? Hoe is zijn eigen alcoholconsumptie, heeft hij daar een bewuste houding tegenover? Het beïnvloedt zijn mogelijkheden om alert te zijn op dit gezondheidsrisico bij anderen.

- De *kennis en vaardigheid* bij het herkennen en bespreekbaar maken van alcoholproblemen zijn niet optimaal.

Specifieke deskundigheid

Vroegtijdige opsporing van overmatig en excessief alcoholgebruik vraagt om een specifieke deskundigheid. De patiënt meldt zich niet met zijn alcoholproblemen, maar presenteert vage

klachten, zoals: slechte eetlust, maagbwezaren, vermoeidheid, hartritme stoornissen, een gespannen en onrustig gevoel en slaapstoornissen. Een lange lijst is op te stellen met aan alcoholgebruik gerelateerde klachten.

De huisarts moet op zijn minst bedacht zijn op de mogelijkheid van samenhang met alcoholgebruik, wil hij zijn diagnostische inspanning ook in die richting uitbreiden. Om dit efficiënt te doen, zal hij een alcohol-anamnesetest moeten gebruiken. Vaardigheid is nodig om alcoholproblemen te agenderen zonder daarbij het contact met de patiënt te verliezen; hij voelt zich immers geconfronteerd met een leefgewoonte waarvan hij niet gemakkelijk zal accepteren dat deze schadelijk is voor zijn gezondheid. Inzicht in dit emotionele proces is nodig om er adequaat mee om te kunnen gaan.

Patiënt

Knelpunten aan de kant van de patiënt zijn:

- Meestal is hij zich niet bewust van de samenhang tussen de gepresenteerde klachten en zijn alcoholgebruik, of verdringt hij deze samenhang. Er zijn mensen die argeloos beginnen met alcoholgebruik en zich de potentiële risico's daarvan niet bewust zijn, ook niet als zij klachten krijgen. Verdringen is in feite wél weten maar diep weggestopt onder drogredeneringen. De weerstanden tegen het bewust maken zijn dan veel groter.

*De alcoholist camoufleert de geconsumeerde hoeveelheden. *Wilkins* beschrijft het als volgt: 'The alcoholic is often hidden' because he suffers from a disease of denial-by himself, his family, society, and sometimes, the medical profession'.

- Indien het lukt tot een acceptatie te komen van de samenhang tussen de gepresenteerde klachten en het alcoholgebruik, dan is daarmee nog geen motivatie ontstaan om de drinkgewoonten te veranderen. Het succes van dit begeleidingsproces wordt bepaald door de motivatie tot veranderen.

Hulpmiddelen

Indien de huisarts ervan overtuigd is dat alcoholgebruik een gezondheidsrisico kan zijn en dat behandeling meer kans op succes heeft naarmate daarmee eerder in de alcoholcarrière wordt begonnen, zal hij systematisch letten op het voorkomen van overmatig, excessief en addictief drinken en trachten dit op te sporen. Daarvoor zijn anamnestiche

tests ontwikkeld die een redelijk goede sensitiviteit en specificiteit hebben, zoals de CAGE-test en de MAST-anamneselijst. Ook zijn er hulpmiddelen en instructiemethoden beschikbaar om het begeleidingsproces van mensen met alcoholproblemen te structureren. De Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs kan hierin bemiddelen. Voorafgaand aan het gebruik van deze hulpmiddelen geldt echter: alcoholmisbruik, je moet er steeds aan denken.

Besluit

Overmatig alcoholgebruik is de oorzaak of medeveroorzaker van talrijke gezondheidsproblemen in onze samenleving. Het alcoholgebruik wordt nooit door de gebruiker zelf als causale factor genoemd. Alleen door zorgvuldig navragen is het mogelijk een goed beeld te krijgen van het alcoholgebruik van een patiënt. Vroegtijdige opsporing vergroot de kans op resultaat van de begeleiding.

Primaire preventie ten aanzien van alcoholproblemen is het benoemen van alcohol als een belangrijke causaliteitsfactor van veel gezondheidsproblemen. Vergelijkbaar met de voorlichting over roken dient ook over alcoholgebruik een goede voorlichting te worden gegeven, zeker aan jongeren. Deze moeten immers als een belangrijke risicogroep beschouwd worden.

Secundaire preventie van alcoholisme is het vroegtijdig opsporen van overmatig en excessief alcoholgebruik, voordat zich een verslaving ontwikkeld heeft en de kansen op herstel minder gunstig zijn geworden.

Tertiaire preventie is het herkennen en behandelen van alcoholverslaafden. De taak van de huisarts hierbij is het herkennen, motiveren voor behandeling en verwijzen van de betrokkenen naar instellingen die gespecialiseerd zijn in deze behandeling. Bij een goed uitgevoerd alcoholpreventieplan zou dit minder frequent nodig zijn dan nu nog het geval is.

Nota bene

Misschien onderkent u al een tijd lang dat u eigenlijk het gebruik van alcohol onvoldoende onder controle hebt. (...).

Het meest voor de hand ligt, dat u eens gaat praten met uw huisarts.

Uit: 'Drank maakt meer kapot dan je lief is', een folder van de projectgroep Alcoholvoorlichtingsplan.

- Anoniem. Orale contraceptiva [Redactioneel commentaar]. *Huisarts en Wetenschap* 1966; 9: 197-8.
- De Graaff WJ, Willemsen TM. Huisarts en anticonceptie. *Huisarts en Wetenschap* 1975; 18: 478-88.
- Bangma P. Huisarts en anticonceptie. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1971.
- Van Brekel EJG. Gezondheidsenquêtes, contact met specialisten 1981-1983. *Maandberichten gezondheid (CBS)* 1984; 12: 5-21.
- Boswinkel R. Statistieken eerste lijns maatschappelijke dienstverlening. *Sociaal-cultureel kwartaalbericht* 1982; 4: 51-79.
- Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- De Laat WNGM, Meuwissen JNJM, Martens ALJE. Huisarts en IUD. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 195-8.
- Riphagen FE, Van der Vurst J, Lehert P. Contraception in Great Britain. Geneva: International Health Foundation, 1985.
- Riphagen FE, Van der Vurst J, Lehert P. Contraception in France. Geneva: International Health Foundation, 1985.
- Riphagen FE, Van der Vurst J, Lehert P. Contraception in Italy. Geneva: International Health Foundation, 1984.
- Riphagen FE, Van der Vurst J, Lehert P. Contraception in West Germany. Geneva: International Health Foundation, 1986.
- Riphagen FE, Van der Vurst J, Lehert P. Contraception in Spain. Geneva: International Health Foundation, 1986.
- Anonymous. Family planning, an exercise in preventive medicine [Report from general practice, 21]. London: The Royal College of General Practitioners, 1981.
- Lamberts H, Meads S, Wood M. Waarom gaat iemand naar de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 234-44.
- Sonsbeek JLA. Gezondheidsenquêtes en onderzoek gezinsvorming. Effecten van achtergrondkenmerken van de vrouw op het gebruik van 'de pil'. *Maandberichten gezondheid (CBS)* 1983; 10: 5-12.
- Meijman F. Huisartsen onderzoeken anticonceptie. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 357-9.
- Anoniem. Onderzoek bij pilcontrole overbodig. *Toetsstand* 1985; 8: 1-2.
- Gray M, Fowler G. Preventive medicine in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- Boon ME, Rietveld WJ, Kirk RS. Investigations of possible changes in the detection of cervical carcinoma in patients of Dutch general practitioners. *Tumori* 1982; 68: 299-305.
- Meijman F. Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 372-8.