

Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk

Kanttekeningen bij een NHG-standaard

J. VAN LIMBEEK
V. VAN ALEM
L. WOUTERS

Naar aanleiding van de publikatie van de NHG-standaard 'Problematisch Alcoholgebruik' wordt ingegaan op de toepasbaarheid van vragenlijsten om problematisch alcoholgebruik op te sporen, de huidige kennis omtrent 'problematisch alcoholgebruik' en prevalentieschattingen. De huidige definities zijn met name gebaseerd op de meest uitgesproken stadia van alcoholmisbruik. De tests zijn gevalideerd in de tweede en derde lijn en zijn niet op voorhand geschikt in de eerste lijn. Het onderscheidend vermogen van een alcoholvragenlijst hangt nauw samen met de gehanteerde definities van alcoholproblematiek. Verder laat onderzoek zien dat er geen sprake is van één prevalentiecijfer, maar van verschillende prevalentiecijfers, die horen bij verschillende deelpopulaties met specifieke kenmerken en symptoomconfiguraties. Met name gezien het ontbreken van circumscrippte definities wordt geconcludeerd dat een houding gericht op uitsluiting van de mogelijkheid van alcoholproblematiek, uit wetenschappelijk én praktisch oogpunt zinvoller is dan een poging vermeende alcoholproblematiek zoveel mogelijk op te sporen.

Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters L. Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. Kanttekeningen bij een NHG-standaard. Huisarts Wet 1992; 35(2): 72-7, 82.

Afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie, Sector Geestelijke Gezondheidszorg, GG en GD Amsterdam, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.

Dr. J. van Limbeek, arts-epidemioloog, tevens verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie AZUA Amsterdam; Drs. V. van Alem, onderzoeker/beleidsmedewerker; Drs. L. Wouters, research-psycholoog, tevens verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie AZUA Amsterdam.

Correspondentie: Dr. L. van Limbeek.

Inleiding

In protocollen voor alcoholdiagnostiek wordt – uitgaande van een bepaalde prevalentie in de onderzoeksgroep en een bepaalde definitie van alcoholproblematiek – geprobeerd *stapsgewijs* de diagnostische onzekerheid te reduceren met behulp van symptomen en antwoorden op vragenlijsten. In de NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik wordt daarbij een actieve inbreng van de huisarts gevraagd: aangezien 'de patiënt het alcoholprobleem zelf niet als zodanig naar voren brengt, moet de huisarts zelf de mogelijkheid van problematisch alcoholgebruik gaan overwegen'.¹ Verscheidene symptomen en klachten waarvan bekend is dat zij vaak samenhangen met overmatig gebruik van alcohol, moeten voor de huisarts een eerste signaal zijn. De volgende stap is een nauwkeurige exploratie van de medische voorgeschiedenis van de patiënt, waarbij een korte vragenlijst (zoals de CAGE-test) en een 'leefstijl-anamnese' behulpzaam kunnen zijn. De uiteindelijke bevestiging van het vermoeden wordt gezocht in een gesprek met de patiënt.¹⁻⁵

In dit artikel bespreken wij de waarde en de wetenschappelijke bruikbaarheid van de verschillende tests die in de NHG-standaard en andere protocollen worden gebruikt voor de diagnostiek van alcoholproblemen.⁶⁻¹¹ Daarbij gaat het niet alleen om de formele tests, zoals de CAGE- of de MALT-alcoholvragenlijsten; symptomen of clusters van symptomen beschouwen wij hier eveneens als tests, met een eigen sensitiviteit en specificiteit.

Doelen en definities

In het algemeen worden tests in de geneeskunde gebruikt voor drie duidelijk te onderscheiden doeleinden: case-finding, screening en diagnostiek. Toegespitst op het gebruik van de CAGE-test bij alcoholproblemen betekent dit dat men de test kan afnemen bij:

- alle patiënten boven de 18 jaar die de huisarts om welke reden dan ook consulteren (case-finding);
- bepaalde (high-risk) groepen uit de bevolking (screening);

– patiënten die vanwege hun symptomen en/of klachten verdacht worden van een alcoholprobleem (diagnostiek).

De procedure die in de NHG-standaard wordt genoemd, houdt het midden tussen 'case-finding' en 'diagnostiek'.

Het onderscheidend vermogen van een alcoholvragenlijst hangt ten nauwste samen met de gebruikte definitie van alcoholproblematiek. Er is in de literatuur echter geen eenduidigheid over wat nu precies onder alcoholproblematiek moet worden verstaan.¹²⁻¹³ Wél zouden de meer stringente (psychiatrische) definities minder fout-positieven opleveren dan de meer sociaal-psychologisch georiënteerde definities ('probleemdrinkers').

In de wetenschappelijke verantwoording van de NHG-standaard is gekozen voor 'een ruime definitie, die zowel de alcoholafhankelijke patiënten als ook de patiënten met een licht alcoholprobleem omvat'.¹⁴ Er is dus gekozen voor het opsporen van zoveel mogelijk personen met alcoholproblematiek, waarbij eventuele fout-positieve diagnoses op de koop toe worden genomen. 'Mensen die lichamelijke, psychische of sociale problemen hebben die verband houden met hun alcoholgebruik' worden dan 'probleemdrinkers' genoemd.¹

Dit standpunt, ingegeven door de verwachting dat 'meer nadruk op de lichtere vormen (...) de kans op geslaagde interventies' vergroot, heeft als consequentie dat case-finding en diagnostiek moeten worden verricht in een niet-homogene populatie, waarin verschillende stadia van dezelfde 'aandoening' (alcoholproblemen) of mogelijk zelfs *verschillende* 'aandoeningen' (verslaving, overmatig gebruik, problematisch gebruik) voorkomen.¹⁵⁻¹⁶

Symptomenclusters en formele tests hebben echter verschillende discriminerende waarden (sensitiviteit en specificiteit) bij verschillende stadia of 'ziekten'; er is in een dergelijke situatie dus geen sprake van één grenswaarde waarboven men een grote kans op 'alcoholproblemen' heeft, of een reeks symptomen die in hoge mate indicatief is.

Vooralsnog zijn de duidelijkste definities gebaseerd op klinische ervaring met de meest uitgesproken stadia van alcoholmisbruik.¹⁷ Daarom kan het gebruik van een

stringente definitie die met name de 'ernstigste gevallen' insluit, bijdragen tot de homogeniteit van de te onderzoeken populatie in de eerste lijn.¹⁸

Populatie

Volgens *Neerken & Plomp* zouden de CAGE en (versies van) de MALT 'vooralsnog slechts bruikbaar voor case-finding' in de eerste lijn zijn.¹⁹ *Tabel 1* laat echter zien dat deze opvatting niet juist is:

- de tests zijn in hoofdzaak gevalideerd in populaties met klinische kenmerken;
- deze klinische populaties bestaan ook weer uit deelpopulaties, die gekarakteriseerd worden door bepaalde kenmer-

ken, zoals symptomen, verwezen door huisartsen, zelf hulp gezocht en biografische kenmerken;

- de criteria (definities, gouden standaard) waartegen de tests zijn gevalideerd, zijn zeer divers, en de sensitiviteit en specificiteit lijken daardoor slechts bij bepaalde definities in bepaalde deelpopulaties hoog genoeg te zijn;
- de tests discrimineren beter tussen ziek en niet ziek naarmate het criterium stringenter is gesteld;
- de tests zijn steeds getoetst tegen een dichotoom criterium (alcoholprobleem versus geen alcoholprobleem), waardoor de waarde ervan bij niet-dichotome indelingen onbekend is.

Het gebruik van de CAGE en MALT tests in de hogere echelons van de geneeskunde lijkt, bij inachtneming van de relevante kenmerken van de (deel)populaties waarin ze gevalideerd zijn, wetenschappelijk gezien minder bezwaarlijk. Over de mogelijkheden in de eerste lijn kan echter in feite pas een uitspraak worden gedaan, wanneer de validiteit van de verschillende tests is bepaald in eerstelijns populaties.

Van prior naar posterior kans

Een symptoom of een klacht kan ook worden opgevat als een 'test' met een eigen gevoeligheid, specificiteit en voorspellende waarde ten aanzien van één of meer ziek-

Tabel 1 Validering van de CAGE en de MALT.

Auteur	Populatie	Instrument	Criterium	Sens.	Spec.
Auerbach & Melchertsen ²⁰	-	MALT		88%*	95%
Bernardt et al. ³	371 psychiatrische patiënten van wie 11% excessief drinkt, 9% primaire alcoholist, 4% secundaire diagnose alcoholisme	CAGE ≥2	≥16 alcoholconsumpties per dag Oordeel psychiater	93% 91%	76% 77%
CAD ²¹	140 personen met 1 of meer signaleringscriteria	CAGE >2	Huisarts	40%	100%
Ewing ⁴	166 alcoholisten + 68 patiënten algemeen ziekenhuis	CAGE	CAGE 4 CAGE 3 CAGE 2 CAGE 1	55% 87% 97% 99%	100% 100% 96% 82%
Feuerlein ²²	675 niet nader geselecteerde intra- en extramurale patiënten die verschillende klinische disciplines consulteerden	MALT-drempels 11 en 6	Klinische diagnose door speciaal getrainde artsen	90%* (98%)	-
Van Limbeek & Walburg ¹²	100 personen uit verslavingsklinieken + 92 personen opgenomen in algemene ziekenhuizen afdeling interne geneeskunde en orthopedie	MALT-drempels 11 en 6	DIS/DSM III	89%* 93%	96%* 91%
Mayfield et al. ²	336 psychiatrische patiënten waarbij van 131 bekend was dat zij alcoholist waren	CAGE-drempel 1 drempel 2 drempel 3 drempel 4	oordeel multidisciplinair team	37% 67% 81% 90%	100% 98% 89% 79%
Skinner ²³	106 militairen geselecteerd (verwezen wegens verdenking op alcoholmisbruik)	MALT-drempels 11 en 6	-	93%* (98%)	- -

* Bij drempelwaarde 11.

ten. De bepaling van de voorspellende waarde van een test (c.q. symptomen(cluster) of vragenlijst) begint met de prior kans op de betreffende aandoening. Meestal wordt daarvoor uitgegaan van de prevalentie van deze aandoening in de te onderzoeken populatie.

Bij de diagnostiek van alcoholproblemen is het bepalen van de prior kans geen eenvoudige zaak. Om te beginnen hebben de verschillende definities betrekking op verschillende (deel)populaties, die elkaar gedeeltelijk overlappen, terwijl meestal niets bekend is over de prevalentie van het alcoholprobleem.¹³ *Knotnerus* onderscheidt de volgende deelpopulaties:

- de mensen die bepaalde symptomen/klachten hebben;

- de mensen die een beroep doen op de huisarts;
- de mensen die de betreffende klacht presenteren bij de huisarts;
- de mensen die naar aanleiding van de klacht nader worden onderzocht door de huisarts;
- de mensen die de specialist consulteren (min of meer gelijk aan degenen die door de huisarts verwezen worden);
- de mensen die in de tweede lijn worden opgenomen.²⁴

De vraag is nu of we op basis van gegevens uit de literatuur een schatting kunnen maken van de prior kans op alcoholproblemen in de huisartspraktijk, waarbij enerzijds recht wordt gedaan aan de verschillende 'soorten' alcoholproblematiek, en ander-

zijds aan het bestaan van verschillende deelpopulaties in de huisartspraktijk. En als dat niet mogelijk is, wat zijn daarvan dan de consequenties voor het schatten van de waarschijnlijkheid van de diagnose alcoholproblematiek en welke betekenis hebben de aan- of afwezigheid van bepaalde symptomen?

De tabellen 2 en 3 geven een overzicht van een aantal huisartsgeneeskundige studies, waaruit het volgende valt af te leiden:

- de deelpopulaties waarin onderzoek werd verricht, verschillen van elkaar;
- niet één van de genoemde symptomen is specifiek voor alcoholproblematiek; elk symptoom kan ook wijzen op andere 'ziekten';

Tabel 2 Met alcoholproblemen geassocieerde symptomen.

Auteur	Onderzochte populaties	Instrument	Symptomen	%
Van Dalen & Van der Eyk ²⁵	Door de huisarts gesignaleerde patiënten (N=87)	CAGE, MAST	Alcohollucht tijdens consult Maag/darmklachten Gespannenheid/nervositeit Vage psychische klachten Adipositas of overgewicht	20 18 16 6 9
Hore & Wilkins ²⁶	Door de huisarts naar een alcoholklinik verwezen patiënten		Gastritis Angst/depressie Huwelijksproblematiek Problemen met of op werk Agressief gedrag	12 13 59 36 25
Nicol et al. ²⁷	Opeenvolgende patiënten op het spreekuur van een huisarts (N=142)	MAST	Symptomen patiënten met MAST-score >5 verschillen niet van die van patiënten met MAST-score <5	
Rens et al. ²⁸	Patiënten die de huisarts consulteerden bij wie alcoholmisbruik niet kon worden uitgesloten (N=181)	Oordeel huisarts	Gastritisklachten Veranderde defecatie Foetor alcoholicus Nervositas, angst, fobie Algehele malaise Duizeligheid Tremor, agitatie Hyperventilatie Verkeersongeval Huwelijksproblemen	19 11 9 8 7 7 4 4 4 4
Wilkins ²⁹	Geselecteerde populatie van patiënten met een verhoogd risico op alcoholproblematiek die de huisarts consulteerden (N=554)		Tremoren en delict onder invloed van alcohol, kans op alcoholgerelateerde problematiek of hulpzoekgedrag voor alcoholproblemen Alcohollucht tijdens consult Maagzweren/gastritis, adipositas (mannen) en ongelukjes thuis Angst, depressie, ongelukjes op het werk	100 75 50 25

- in veel onderzoeken is niet nagegaan hoe frequent het symptoom voorkwam in de groep zonder alcoholproblematiek;
- van geen van de symptomen is bekend hoe het 'oorzakelijk' samenhangt met alcoholproblematiek;
- er is onvoldoende rekening gehouden met selectiefactoren waardoor inclusie in het onderzoek mede werd bepaald (met name zelfselectie door hulpzoekgedrag);
- de gehanteerde definities lopen sterk uiteen.

Ook prevalentiecijfers uit survey-onderzoek in de algemene populatie zijn niet geschikt als richtsnoer.^{12 25} Zoals de populatie die zich vervoegt bij de specialistische geneeskunde, verschilt van de populatie die dat niet doet, zo verschilt de populatie die de huisarts consulteert, van de populatie die dat niet doet.^{18 35-37}

Het combineren van verschillende symptomen en kenmerken is geen garantie dat

men de prior kans op alcoholproblemen in een deelpopulatie verhoogt. Elke combinatie beschrijft een nieuwe deelpopulatie met een nader vast te stellen prevalentie van de aandoening. Men moet dus voorzichtig zijn met het advies informatie - dat wil zeggen de aanwezigheid van bepaalde symptomen en het behoren tot een risicogroep - te combineren in een poging de prior kans te vergroten. Dat betekent dat de literatuur geen houvast biedt bij de bepaling van 'correcte' prior kansen. Er is geen sprake van één prevalentiecijfer, maar van een aantal prevalentiecijfers, die elk behoren bij een deelpopulatie met specifieke kenmerken.^{9 10}

Uitgaande van een prior kans tracht men deze te 'herzien' op basis van informatie aangaande de aan- of afwezigheid van een symptoom of een testscore met een bepaalde sensitiviteit en specificiteit ten aanzien van de gezochte aandoening. Elk symp-

toom dat kan samenhangen met alcoholproblematiek, kan echter ook samenhangen met andere aandoeningen. Niet één symptoom is specifiek voor alcoholproblematiek. Dat betekent dat er voor elk symptoom in elke (deel)populatie verschillende diagnostische hypothesen zijn, waarbij het betreffende symptoom steeds een andere sensitiviteit en specificiteit heeft. Daarmee zijn er dus verschillende prior kansen die elk 'herzien' moeten worden en dan leiden tot verschillende posterior kansen. Het is dus niet eenvoudig een eenduidige prior kans te bepalen, terwijl de sensitiviteit en specificiteit van symptomen met betrekking tot 'alcoholproblematiek' onbekend zijn. Het bepalen van een posterior kans wordt dan wetenschappelijk gezien problematisch.

Fout-positief of fout-negatief

In de NHG-standaard wordt voorgesteld sequentieel informatie te verzamelen en

Tabel 3 Frequentie van voorkomen van alcoholproblemen.

Auteur	Populatie	Instrument	Externe criteria	Sens.	Spec.	Prev.
CAD Drenthe ²¹	Patiënten die zich aanmelden in de huisartspraktijk (N=140)	Oordeel huisarts		40%	100%	-
Casey et al. ³⁰	Patients in a innercity general practice (N=171)	ICD + MAST				46%
King ⁵	Attendees to an inner London health centre (N=407)	CAGE	CAGE-score >2	84%	95%	5%
Nicol et al. ²⁷	Opeenvolgende patiënten voor consult in huisartspraktijk (N=142)	MAST	MAST-score ≥5			33% M 4% V
Reid et al. ³¹	Wachtkamerpatiënten huisarts (N=2018)	Criteria Aust. Med. Assoc.	Moderate to heavy (≥4 drinks a day)	28%	95%	-
Powers ³²	Nieuwe patiënten in huisarts-groepspraktijk (N=351)	MAST				4%
Rens et al. ²⁸	4000 patiënten die huisarts consulteerden, bij wie alcohol-misbruik niet kon worden uit-gesloten (N=4000)	Oordeel huisarts	Oordeel huisarts			7%
Wallace et al. ³³	Patiënten ingeschreven bij huisartspraktijken (N=2572)	Postenquête + CAGE	CAGE + postenquête			14%
Wiseman et al. ³⁴	Iedere tweede patiënt die in een groepspraktijk de huisarts kwam consulteren (N=855)	CAGE + alcohol-meter + Quantity Quest.	>2; Positieve score >20 eenheden week			44% 7% 81%

deze stapsgewijs toe te voegen aan hetgeen reeds bekend is, tot de onderzoeker van mening is dat een voldoende hoog niveau van diagnostische zekerheid is bereikt om een interventie te overwegen. *Sackett et al.* stellen dat het gebruik van test-diagnostiek alleen zinvol is als de arts in het 'fifty-fifty'-dilemma verkeert: hij weet dat de kans dat de betrokkene de aandoening heeft, tussen de 40 en 60 procent ligt.⁶

Stel nu dat het mogelijk is een deelpopulatie te definiëren die een prior kans op een alcoholprobleem heeft van 40 procent.¹ Stel verder dat de sensitiviteit en specificiteit van de CAGE-test respectievelijk 84 en 95 procent bedragen. Wat is dan de voorspellende waarde van een bepaalde testuitslag?

De voorspellende waarde van een positieve testuitslag is de kans op de aandoening, wanneer de score boven het afkappunt ligt; de voorspellende waarde van een negatieve testuitslag is de kans op de aandoening, als de betrokkene onder het afkappunt scoort.⁷ Uit *tabel 4* blijkt dat de voorspellende waarde van zowel een positieve als een negatieve testuitslag rond de 90 procent bedraagt. De CAGE-test discrimineert dus zeer goed tussen 'zieken' en 'niet-zieken'. Zoals uit *tabel 2* is gebleken, zal een prevalentie van 40 procent echter eerder voorkomen in de tweede of derde lijn van de gezondheidszorg dan in de eerste lijn.

We stellen daarom vervolgens dat de prevalentie in een ongeselecteerde eerste-lijns populatie 8 procent bedraagt. Hoe staat het dan met de voorspellende waarden van de testuitslagen?

De voorspellende waarde van een positieve testuitslag (59 procent) laat de huisarts in dat geval in het ongewisse ('fifty-fifty'-dilemma), terwijl de voorspellende waarde van een negatieve testuitslag (98,5 procent) hem juist een grote mate van zekerheid geeft dat zijn patiënt geen alcoholproblemen heeft. Bij een negatieve testuitslag is er slechts een kleine kans dat de patiënt toch een alcoholprobleem heeft (*tabel 5*).

Hierbij valt op dat het aantal fout-positieven (n=46) ongeveer tweederde bedraagt van het aantal terecht-positieven (n=67). Aangezien het moeilijk (zo niet

onmogelijk) zal zijn om de testuitslag te bevestigen met een 'onafhankelijk' criterium, wordt de vraag actueel of een dergelijk aantal fout-positieven nog acceptabel is.

Hoewel ook in de standaard wordt uitgegaan van de veronderstelling dat 'de patiënt gezond is, tenzij', kiezen *Van Limbeek & Walburg* veel explicieter voor een protocol waarin de nadruk ligt op het uitsluiten van alcoholproblematiek.¹² Daaraan liggen de volgende overwegingen ten grondslag.

Aangezien de strengste, veelal aan de kliniek ontleende definities ook de meer ernstige, klinisch duidelijker afgebakende vormen van alcoholproblematiek beschrijven, wordt de validiteit van de (veelal in een klinische setting gevalideerde) test minder bedreigd. De sensitiviteit en de specificiteit van de test kan dan met meer geldigheid worden gebruikt om de posterior kans op alcoholproblematiek te bereke-

nen. Verder raadplegen personen met alcoholproblematiek hun huisarts frequenter dan leeftijd- en seksegenoten die geen alcoholproblemen hebben, zodat zij zich als het ware vaker kwalificeren om nader op hun alcoholgebruik te worden onderzocht. Hierdoor is de ernst van een fout-negatieve diagnose op enig moment in een dergelijke cyclus maar betrekkelijk.³⁸

Ook *Van Limbeek & Walburg* ontkomen overigens niet aan het probleem dat zij geen schatting kunnen maken van de 'correcte' prior kans (en dus ook niet van de posterior kans) op alcoholproblematiek in alle populaties waarvoor zij het gebruik van hun protocol aanbevelen.

Beschouwing

Onze kanttekeningen dienen niet tot de conclusie te leiden dat de voorgestelde protocollen onzin zijn; wij willen slechts

Tabel 4 Voorspellende waarden CAGE bij een prevalentie van 40%.

CAGE	Criterium		
	+	-	totaal
≥2	336 (a)	30 (b)	366
<2	64 (c)	570 (d)	634
Totaal	400	600	1000

Sensitiviteit = $a/(a+c) = 84\%$; specificiteit = $d/(d+b) = 95\%$.
Voorspellende waarde positieve testuitslag (VW+) = $a/(a+b) = 92\%$;
voorspellende waarde negatieve testuitslag (VW-) = $d/(d+c) = 90\%$.

Tabel 5 Voorspellende waarden CAGE bij een prevalentie van 8%.

CAGE	Criterium		
	+	-	totaal
≥2	67 (a)	46 (b)	113
<2	13 (c)	874 (d)	887
Totaal	80	920	1000

VW+ = 59,2%; VW- = 98,5%.

pleiten voor voorzichtigheid bij de interpretatie van de uitkomsten van dergelijke protocollen. Verder vragen wij ons af of het niet raadzaam is in de eerste lijn een ander protocol te hanteren dan in de hogere echelons. En in ieder geval geven wij uit wetenschappelijk oogpunt vooralsnog de voorkeur aan een houding die gericht is op het uitsluiten van alcoholproblematiek boven een streven naar actief opsporen. Overigens is nog veel te weinig aandacht besteed aan het probleem van het grote aantal fout-positieven bij een actief opsporingsbeleid: wat betekent het nader onderzoeken van talrijke fout-positieven voor de werklast van de (huis)arts en de relatie met deze patiënten?

Tot slot zij opgemerkt dat het verwonderlijk mag heten dat een zo groot maatschappelijk probleem als alcoholproblematiek nog zo weinig weerklank heeft gevonden in de reguliere medische curricula. Daarom alleen al is de belangstelling van de huisartsengemeenschap toe te juichen en verdient het concipiëren van een standaard lof.

Dankbetuiging

Met dank aan Mw. W.J. Edelbroek, research-assistente, afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie sector GGZ.

Literatuur

- 1 Van Olst W, Cornel M, Willink AE, Hoeksem HL. NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik, Huisarts Wet 1990; 33: 280-5.
- 2 Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire. Validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974; 131: 1121-3.
- 3 Bernadt MW, Taylor C, Mumford J, et al. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet 1982; i: 325-8.
- 4 Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-7.
- 5 King M. At risk drinking among general practice attenders. Validation of the CAGE-questionnaire. Psychological Med 1986; 16: 213-7.
- 6 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston: Little Brown & Co, 1985.
- 7 Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis. Philadelphia: Saunders, 1980.
- 8 Feinstein AR. Clinical epidemiology. Philadelphia: Saunders, 1985.
- 9 Miettinen OS. Theoretical epidemiology. New York: Wiley & Sons, 1985.
- 10 Miettinen OS, Caro JJ. Medical research on a complaint: orientation and priorities. Ann Med 1989; 21: 399-491.
- 11 Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
- 12 Van Limbeek J, Walburg JA. De vroege signalering van alcoholproblematiek. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987.
- 13 Sytema S, Ormel J. Vergelijkbaarheid in het alcoholonderzoek. Methodologische problemen. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 64: 527-531.
- 14 NHG-werkgroep. Wetenschappelijke verantwoording NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
- 15 Vaillant GE, Milofsky MS. Natural history of male alcoholism. Arch Gen Psychiat; 39: 127-33.
- 16 Walburg JA, Schippers G. Drinken met mate. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987.
- 17 Williams P, Tarnopolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology. Review and assessment. Psychol Med 1980; 10: 101-14.
- 18 Knottnerus JA. Symptomatie en selectiebias. Vertekening van het verband tussen klachten en diagnoses ten gevolge van selectie naar hogere echelons. Huisarts Wet 1985; 27: 441-5.
- 19 Neerken HS, Plomp HN. Screeningtests op alcoholisme-validiteit en bruikbaarheid in extramurale settings. Tijdschr Alcohol Drugs 1987; 13: 203-15.
- 20 Auerbach P, Melchertsen K. Zur Häufigkeit des Alkoholismus stationär behandelter Patienten aus Lübeck, Schlesweich Holstein Aertztblatt 1981; 5: 223-7.
- 21 Anoniem. Herkennen en bespreken van alcoholproblemen door de huisarts. Assen: CAD Drenthe, 1981.
- 22 Feuerlein W, Ringer Ch, Kufner H, Antons K. Diagnose des Alkoholismus der Münchner Alkoholismus Test. Münch Med Wochenschr 1977; 40: 1275-82.
- 23 Skinner HA, Holt S. Correlation between medical and behavioral data in the assessment of alcoholism. Alcoholism 1980; 4: 374-7.
- 24 Knottnerus JA. Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1986; 29: 269-73.
- 25 Van Dalen WE, Van der Eyk R. Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de huisartsenpraktijk. Tijdschr Alcohol Drugs 1982; 8: 24-7.
- 26 Hore BD, Wilkins RH. A general-practice study of the commonest presenting symptoms of alcoholism. J R Coll Gen Pract 1976; 26: 140-2.
- 27 Nicol EF, Ford MJ. Use of the Michigan alcoholism screening test in general practice. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 409-10.
- 28 Van Rens HAJ, Cornel M, van Zutphen WM. Herkenning van problematisch alcoholgebruik in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32: 48-50.
- 29 Wilkins RH. Waarom moeite doen om alcoholisten op te sporen? Tijdschr Alcohol Drugs 1976; 4: 134-6.
- 30 Casey PR, Dillon S, Tyrer PJ. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. Psychol Med 1984; 14: 673-81.
- 31 Reid ALA, Webb GR, Hennrikus D, et al. Detection of patients with high alcohol intake by general practitioners. Br Med J 1986; 293: 735.

Vervolg op pag. 87.

Abstract

Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters L. Early observation of alcohol problems in general practice. Comments on a Dutch General Practice (NHG) Standard. Huisarts Wet 1992; 35(2): 72-7, 87.

Current definitions of problematic alcohol use are based on the more severe cases seen by clinicians and the questionnaires used have been validated on these cases. Use of such questionnaires in primary care is thus questionable because the discriminative quality of a questionnaire on alcohol use will be closely related to the definitions in current use. Moreover, primary care research shows that there holds no single prevalence estimate. Different prevalence estimates are derived from different subgroups with different characteristics and configurations of symptoms. It is concluded that, from a scientific as well as from a practical point of view and because of lack of a clear definition, it is more efficient to *exclude* possible problematic alcohol use than to try to include possibly problematic alcohol use as is suggested in the Dutch General Practice Standard on 'Problematic Alcohol Use'. **Key words** Alcoholism; Clinical protocols; Family practice.

Correspondence Dr. J. van Limbeek, Afdeling Sociale en Psychiatrische Epidemiologie, Sector Geestelijke Gezondheidszorg, GG en GD Amsterdam, PO Box 20244, 1000 HE Amsterdam, The Netherlands.