

Herkennen van problematisch alcoholgebruik: hoe doe je dat?

KH Njoo, G-J Meerkerk

Inleiding

Onder problematisch alcoholgebruik wordt verstaan: regelmatig gebruik van alcohol samenhangend met lichamelijke, psychische of sociale problemen. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is daarbij van ondergeschikt belang.¹ De prevalentie van problematisch alcoholgebruik in de algemene populatie bedraagt naar schatting 9%.² Dit betekent dat in iedere modale huisartspraktijk 200 patiënten met problematisch alcoholgebruik voorkomen. Deze prevalentie lijkt in tegenspraak met de eigen inschatting van huisartsen. Huisartsen vragen vaak maar niet eens naar de alcoholconsumptie omdat zij denken dat behandeling van deze patiënten maar weinig resultaat zal opleveren. Iedere huisarts kent namelijk wel een of meerdere zware probleemdinkers die ondanks diverse interventies persisteren in hun gewoonte. Deze categorie van patiënten heeft begeleiding door CAD's en andere verslavingszorginstellingen nodig. De uitdaging voor de huisarts ligt niet in het begeleiden van deze zware drinkers, maar in het vroegtijdig herkennen van beginnend of matig problematisch alcoholgebruik. Uit onderzoek is namelijk gebleken

dat deze categorie goed reageert op interventie door de huisarts.³

In dit artikel gaan we in op vroegtijdige herkenning van problematisch alcoholgebruik en de betekenis van aanvullend onderzoek.

In het proces van diagnostiek en begeleiding worden vier fasen onderscheiden: 1) ontstaan en versterken van een vermoeden; 2) bevestiging van dit vermoeden in een gesprek met de patiënt; 3) motivatie tot gedragsverandering en 4) het begeleiden van de patiënt bij gedragsverandering. In dit artikel zullen we voornamelijk ingaan op de fasen 1 en 2.

Casus 1

Mevrouw Overdal, 42 jaar, samenwonend, geen kinderen, werkt al 19 jaar als directiesecretaresse voor een groot concern. Sinds een maand heeft zij hoofdpijn met aanvallen van duizeligheid. Verder heeft zij het gevoel dat zij geen energie meer heeft. Zij vraagt om verder onderzoek. Ik (KN) vertel haar dat dit tot de mogelijkheden behoort, maar dat ik van haar nog enkele dingen wil weten. Ik vraag naar haar werk en sociale leven. Tot mijn verbazing vertelt zij mij dat zij al enkele maanden in de ziektewet zit. Zij heeft sinds een half jaar een nieuwe baas, van wie zij geen hoge dunk heeft. Zijn managementstijl en communicatievaardigheden zijn problematisch te noemen. Enkele goede medewerkers zijn al opgestapt. Zij is de ziektewet ingegaan toen hij haar geen vrije dagen wilde toestaan om het huis van haar ouders leeg te ruimen. Haar vorige baas zou daar anders mee omgegaan zijn.

Vorig jaar bleek haar vader Alzheimer te hebben en moest hij uiteindelijk opgenomen worden in een verpleeghuis. Dit gebeurde kort na het overlijden van haar moeder. Van haar broer en zus kreeg zij wel veel emotionele steun, maar het regelen en de gesprekken in het ziekenhuis en verpleeghuis kwamen op haar neer. Zij geeft aan dat het allemaal teveel tegelijk was. Bij het lichamenlijk onderzoek meet ik een hoge bloeddruk. Ik vraag haar om over twee weken terug te komen, onder meer om haar bloeddruk nog een keer te laten meten.

De volgende keer is haar bloeddruk genormaliseerd. Toch vraag ik haar naar de algemene leefstijlfactoren verbonden aan hart- en vaatziekten zoals: roken, bewegen en alcoholconsumptie. Zij is 20 jaar geleden gestopt met roken en heeft er geen behoefte meer aan. Sinds zij in de ziektewet zit, sport zij niet meer. Over alcohol doet ze eerst wat ontwijkend. Ik vertel haar dat matig gebruik van alcohol geen kwaad kan, maar dat bij meer dan vier consumpties per dag er een toenemend risico ontstaat voor

Samenvatting

Njoo KH, Meerkerk G-J. Herkennen van problematisch alcoholgebruik: hoe doe je dat? *Huisarts Wet* 2001;44(12):567-70.

De relatief hoge prevalentie van problematisch alcoholgebruik in de algemene populatie en het feit dat huisartsen beginnende alcoholproblematiek succesvol kunnen behandelen, rechtvaardigt aandacht van de huisarts voor vroegtijdige herkenning van problematisch alcoholgebruik. Vroegtijdige herkenning begint bij het vragen naar alcoholconsumptie. Aanvullend onderzoek is zelden nodig. In voorkomende gevallen kan gebruikgemaakt worden van de nieuwe biologische alcoholmarker CDT. Beginnende of matige probleemdinkers zijn vaak gebaat bij een minimale interventie van de huisarts en vormen daardoor een dankbaar werkteerrein voor de huisarts. Aan de hand van twee casussen wordt het proces van vroegtijdige herkenning van alcoholproblematiek besproken.

Auteurs

NHG, sectie automatisering, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht:

dr. K.H. Njoo, huisarts.

Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving, Rotterdam:

drs. G-J. Meerkerk.

Correspondentie: dr. K.H. Njoo. E-mail: aut@nhg-nl.org

De kern

- ▶ Problematisch alcoholgebruik komt meestal vaker voor dan een huisarts inschat (200 patiënten per normpraktijk).
- ▶ De uitdaging voor de huisarts is het vroegtijdig herkennen van beginnend of matige problematisch alcoholgebruik.
- ▶ Het herkennen van problematisch alcoholgebruik begint met het vragen naar het gebruik van alcohol.
- ▶ De patiënt geeft het tempo aan bij het doorlopen van het proces van onderkenning van zijn alcoholprobleem en bij de uiteindelijke acties die hij onderneemt om dit aan te pakken.

lichamelijke verschijnselen. Zij vraagt of hoofdpijn en duizeligheid daar ook onder vallen. Ik zeg dat er geen typische klachten voor een hoog alcoholgebruik zijn en vraag haar hoeveel zij per dag drinkt. Zij vertelt dat zij samen met haar vriend altijd wel een glaasje bij het eten drinkt. Toen het zo slecht ging met haar moeder begon ze voor het eten ook met een aperitiefje en later is er ook nog een borreltje voor de buis erbij gekomen. Het helpt haar om te ontspannen en de problemen even van zich af te houden. Als ik haar vraag om het aantal consumpties op te tellen van gisteravond, komt zij gemakkelijk op 5 à 6 glazen per dag. Zij lijkt hier zelf van te schrikken.

Casus 2

De heer Moors, 48 jaar, is productmanager bij een groot softwarebureau. Hij komt sinds een jaar regelmatig voor hypertensiecontrole op mijn spreekuur. Hij rookt 1 pakje sigaretten per 1 à 2 dagen. Stoppen met roken heeft hij nooit overwogen. Vandaag is hij wat verlaat en komt nogal gehaast de spreekkamer in. Het valt mij op dat hij zwaarder is geworden en zijn jas ziet er wat verkreukeld uit. Normaal gesproken ziet hij er altijd zeer verzorgd uit. Voordat ik zijn bloeddruk opmeet, vraag ik hem hoe het met hem gaat. Meteen barst hij los in een monoloog over de grote softwarehuizen van tegenwoordig. Er is geen oog meer voor kwaliteit en ontwikkeling; het gaat alleen nog maar om omzetverhoging. Hij is op zoek naar een kleinschaliger bedrijf, waar zijn ervaring en expertise ten goede komen aan een kwalitatief hoogwaardig product. Maar zijn leeftijd schijnt een probleem te zijn. Meestal geven ze de voorkeur aan dat jonge spul dat van toeten noch blazen weet.

Zijn bloeddruk is 170/100 mmHg. Zijn medicijnen neemt hij trouw in en met een knipoog zegt hij dat hij nog steeds rookt. Aangezien roken vaak samengaat met alcoholgebruik, vraag ik: '... en alcohol?' Hij kijkt betrapt, maar zegt dan met nadruk dat hij alleen in het weekend een glaasje drinkt. Ik vraag hem wat hij daarmee bedoelt. Hij vertelt dat zijn vader alcoholist was. Het begon met 's avonds dronken worden. Later dronk hij elke dag, de hele dag door. Uiteindelijk werd zijn vader ontslagen, omdat hij dronken op zijn werk verscheen. De heer Moors is van mening dat, wanneer alleen in het weekend alcohol wordt gedronken, er geen gevaar voor alcoholisme aanwezig is. Bij mijn vraag hoeveel hij dan in het weekend drinkt,

antwoordt hij dat hij nooit meer dan drie biertjes drinkt. Bij zijn volgende hypertensiecontrole is zijn tensie nog steeds niet gedaald. Ik vraag hoe het met zijn banenjacht gaat. Hij is nu stevig aan het netwerken en bijna elk weekend op stap om met headhunters en adviseurs te praten. Hij geeft toe dat hij dan wel eens meer dan drie glazen drinkt. Ik maak daarover een aantekening in zijn medisch dossier. Zijn tensie blijft ondanks medicatieaanpassing te hoog. Pas na een half jaar zie ik hem weer op het spreekuur. Hij denkt erover om een eigen bedrijf te starten, maar heeft nog geen concrete stappen ondernomen. Hij komt daar maar niet aan toe. Ik vraag hoe dat komt. Hij weet het niet. Elk weekend neemt hij het zich voor om een bedrijfsplan op papier te zetten, maar dan is het weekend weer om. Op mijn vraag of hij nog alleen in het weekend drinkt, kijkt hij mij besmuikt aan. Na enig aandringen beaamt hij dat het wat uit de hand is gelopen. Hij drinkt nog steeds alleen in het weekend, maar het is minstens een fles whisky geworden en soms nog wat biertjes erbij. Hoeveel weet hij vaak niet eens. Het is heel ongemerkt gegaan. Tijdens het netwerken wordt veel alcohol gedronken; het bevordert de sfeer van vertrouwen. Hij vraagt of hij echt te veel drinkt, want een alcoholist mag toch nooit meer een druppel drinken? Ik begin mijn uitleg met de opmerking dat de huidige inzichten veel genuanceerder zijn.

Diagnostiek

Het diagnostisch instrument van de huisarts bij het opsporen van beginnende of matige alcoholproblematiek bestaat alleen uit zijn intuïtie en de (hetero)anamnese. Weinig patiënten komen spontaan naar het spreekuur omdat ze een probleem hebben met hun alcoholgebruik. De symptomen en klachten waarbij problematisch alcoholgebruik een rol kan spelen zijn specifiek en komen veel voor in de huisartspraktijk. Het vermoeden van een probleem met alcohol ontstaat meestal na verloop van de tijd. Het standaard vragen naar alcoholconsumptie kan daarbij nuttig zijn. Hierbij is het niet nodig om meteen een causaal verband met klachten te leggen. Bij vage klachten kan een standaard rijtje als anamnestic hulpmiddel dienen: eetlust, gewicht, slapen, bewegen, roken en alcohol. Het rechtstreeks vragen naar alcoholgebruik leidt vaker tot directe antwoorden dan een omzichtige, indirecte aanpak, omdat daarin de suggestie van een taboe of beladenheid tot uitdrukking wordt gebracht. De in de literatuur veel aangehaalde verstoring van de arts-patiëntrelatie bij het vragen naar alcohol berust naar onze mening op de beeldvorming van de zware probleemdrukker die zijn probleem bagatelliseert of glashard ontkent. Patiënten met een beginnend of matig alcoholprobleem kunnen opmerkelijk open zijn over hun alcoholconsumptie. Een huisarts moet er wel naar vragen, zelfs als er geen vermoedens van zijn kant zijn. Dit past immers bij een integrale benadering van een patiënt om bij het afnemen van een medisch anamnese, ook naar het sociale en psychische welbevinden van de patiënt te vragen. Een huisarts stelt vragen als: hoe gaat het op het werk? Hoe is de relatie met uw partner, kinderen, ouders? Een vraag over alcoholcon-

sumptie kan in het verlengde hiervan liggen. Heel vaak stuit men er bijna toevallig op, zoals bij mevrouw Overdal. Naast het aantal consumpties is het minstens even belangrijk om te letten op de betekenis of ongerustheid die de patiënt aan zijn of haar alcoholgebruik hecht. Bij mevrouw Overdal heeft het nog een jaar geduurd voordat haar alcoholgebruik normaliseerde. Hoewel ze zich ervan bewust was dat ze eigenlijk te veel alcohol dronk, kon ze er pas mee ophouden toen zij van werkring was veranderd.

Aanvullende diagnostiek

Geen enkel laboratoriumonderzoek kan problematisch alcoholgebruik aantonen of uitsluiten. De gebruikelijke bepalingen gamma-GT en MCV zijn niet specifiek en onvoldoende sensitief voor alcoholgebruik. Sinds enige tijd bieden diverse laboratoria huisartsen de mogelijkheid het Carbohydraat Deficiënt Transferrin (CDT) in het bloed van patiënten te bepalen. De hoeveelheid CDT in het bloed staat in direct verband met de hoeveelheid alcohol die recentelijk genuttigd is (zie kader).

In de NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik¹ wordt over de CDT-test opgemerkt dat de waarde van de test in de huisartsenpraktijk nog niet geheel duidelijk is. In veel gevallen is er ook geen noodzaak om de hoeveelheid geconsumeerde alcohol vast te stellen. Het kan echter voorkomen dat de patiënt bij de bespreking van zijn alcoholgebruik de hoeveelheid bagatelliseert. In zo'n geval kan de huisarts aanbieden een objectieve test uit te voeren die duidelijk kan maken of er sprake is van een overmatig consumptiepatroon. Overigens moet de huisarts de patiënt ook meteen informeren dat een negatieve testuitslag niet betekent dat overmatig alcoholgebruik kan worden uitgesloten.

De heer Moors vond een laboratoriumtest in eerste instantie niet nodig, maar kwam daar enkele maanden later op terug. De CDT-uitslag bleek binnen de normale waarden. Hij was opgelucht want hij had zijn consumptiepatroon aangepast naar zes tot acht consumptie per weekend. Bij de volgende controles normaliseerde zijn tensie. Hij werkt nog steeds bij hetzelfde bedrijf en drinkt minder alcohol. Hij vindt dat hij alles weer onder controle heeft.

Tabel 1 Sensitiviteit, specificiteit en positief predictieve waarden van CDT, gamma-GT, MCV en de vragenlijst CAGE bij een veronderstelde prevalentie van 50% van problematische drinkers

	Sensitiviteit	Specificiteit waarde	Pos. pred.
CDT	0,31	0,92	0,79
Gamma-GT	0,31	0,76	0,56
MCV	0,17	0,93	0,71
CAGE	0,32	0,92	0,80

Carbohydraat Deficiënt Transferrin (CDT)

CDT is een deviante vorm van het ijzertransporterende bloed-eiwit transferrin (B-Globine) dat in de lever wordt aangemaakt bij chronisch overmatig alcoholgebruik. De CDT-test stelt vast hoeveel van deze deviante vorm van transferrin in het bloed aanwezig is. Ruwweg kan men stellen dat de CDT-waarden verhoogd zijn na een gemiddelde consumptie van minimaal 50-80 gram ethanol (vijf glazen) per dag gedurende twee weken of langer. De halfwaardetijd bedraagt een kleine twee weken. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de CDT-test minder betrouwbaar is bij vrouwen.

De sensitiviteit van de test in de algemene populatie bedraagt 30 à 50%. Dit betekent dat wanneer er geen positieve uitslag gevonden wordt, niet kan worden uitgesloten dat er toch overmatig alcoholgebruik in het spel is. De sensitiviteit van CDT is vergelijkbaar met die van gamma-GT en beduidend hoger dan die van MCV. De specificiteit is hoog, met andere woorden: er zijn weinig andere oorzaken die voor een verhoogde testuitslag kunnen zorgen. Dit betekent dat een positieve testuitslag met een grote waarschijnlijkheid duidt op overmatig alcoholgebruik. De specificiteit van CDT is vergelijkbaar met die van MCV en beduidend hoger dan die van gamma-GT.

De positief voorspellende waarde (hoe groot is de kans op overmatig alcoholgebruik bij een positieve testuitslag) heeft de meest praktische relevantie. Deze waarde is echter afhankelijk van de prevalentie waardoor hiervoor geen algemeen geldende waarden kunnen worden gegeven. Een rekenvoorbeeld: wanneer de huisarts de test toepast bij patiënten bij wie al het vermoeden op overmatig alcoholgebruik bestaat, dan zou men de prevalentie van problematisch alcoholgebruik – en daarmee de a-priori-kans – op 50% kunnen schatten. Een positieve CDT-uitslag verhoogt deze kans tot 79%. Ter vergelijking: onder dezelfde voorwaarden verhoogt een positieve gamma-GT-uitslag, MCV-uitslag of CAGE-uitslag de kans tot respectievelijk 56, 71 en 80%.⁵ Tabel 1 geeft een overzicht van de sensitiviteit, specificiteit en positief predictieve waarden van CDT, gamma-GT, MCV en de vragenlijst CAGE bij een veronderstelde prevalentie van 50% problematische drinkers.

Conclusie: de CDT-test is de meest accurate biologische test voor de detectie van overmatig alcoholgebruik en is in vergelijking met de bekende gamma-GT, waarbij eerst enige leverschade aanwezig moet zijn, beter geschikt voor vroegtijdige herkenning. Toepassing van de test is echter lang niet altijd geïndiceerd.

Aanpak

Het ontstaan van een vermoeden van problematisch alcoholgebruik bij een bepaalde patiënt berust vaak op zeer subjectieve gronden of op toeval. Zoals een huisarts niet bij elk consult naar de werk- en sociale omstandigheden van een patiënt zal vragen, is het ook niet zo dat bij elke patiënt met moeheid of andere vage klachten meteen aan alcohol gedacht hoeft te worden. Door een vraag naar alcoholgebruik op te nemen in een rijtje

vragen naar risicofactoren als bijvoorbeeld roken en (niet) sporten, wordt de noodzaak tot het leggen van een causaal verband tussen de klachten en alcoholgebruik omzeild.

Verder is het belangrijk om het antwoord van de patiënt niet in twijfel te trekken, tenzij er een duidelijke aarzeling of onechtheid in het antwoord te bemerken is. Een patiënt die de waarheid spreekt, verwacht geen verdere vragen. Een patiënt die niet de hele waarheid vertelt, kan door de acceptatie van zijn of haar antwoord zich wellicht beter bewust worden van de discrepantie met de realiteit. De huisarts zal zijn vermoeden nooit bevestigd krijgen als de patiënt daar nog niet aan toe is. Het proces om problematisch alcoholgebruik te onderkennen en uiteindelijk er iets aan te willen doen, moet tenslotte bij de patiënt zelf plaatsvinden. De huisarts is hierbij een aangever of spiegel voor de patiënt en geen detective die de misdaad boven tafel moet krijgen.

Conclusie

Alcoholgebruik heeft gunstige effecten op het hart- en vaatstelsel, maar heeft als keerzijde het risico op problematisch alcoholgebruik.⁴ Het is de taak van de huisarts om medische risico's van de patiënt in kaart te brengen en de patiënt hiervan op de hoogte te brengen. Het herkennen van problematisch alcoholgebruik begint simpelweg met het vragen naar het gebruik van alcohol.

De patiënt geeft het tempo aan bij het doorlopen van de vier fasen van diagnostiek en begeleiding. Aanvullend onderzoek is hierbij zelden geïndiceerd. Het is bij uitstek de rol van de huisarts om context en betekenis van het alcoholgebruik bespreekbaar te maken. In tegenstelling tot de zware probleemdrinkers krijgen patiënten met beginnend of matig problematisch alcoholgebruik hun drinkgedrag door een minimale interventie van de huisarts vaak weer onder controle.

Literatuur

- 1 Cornel M, Van Olst EJ, Willink AE, Hoeksema HL, Bloemen JCM, Van der Laan JR. NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik. In: Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma Tj, Rosmalen CFH, Tomas S, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts 1. Maarsen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 2 Bongers IMB, Van Oers JAM, Van de Goor LAM, Garretsen HFL. Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population. *Substance Use & Misuse* 1997;32(11):1491-512.
- 3 Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *British Journal of General Practice* 1993;43:386-9.
- 4 Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction* 1993;88(11):1493-508.
- 5 Meerkerk G-J, Njoo KH, Bongers IMB, Trienekens P, Van Oers JAM. Comparing the Diagnostic Accuracy of Carbohydrate-Deficient Transferrin, Gamma-GlutamylTransferase, and Mean Cell Volume in a General Practice Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1999;23(6):1052-9.

Intermezzo

1.

Nicolaas Matsier beschrijft in zijn roman 'Gesloten huis' de caleidoscopische gedachten die bij hem opkomen wanneer hij, na de dood van zijn ouders, het ouderlijk huis moet leegruimen. Is het toeval dat dit met een zware depressie gepaard gaat? *'Vooraf weet niemand van zichzelf: ik word nog eens krankzinnig. "Gek, ik?!" Niets immers is er dat die kant op wijst. Pas achteraf kun je de voortekens zien – als je dat wil. En tijdens de gekte, die jij als hoogtepunt ervaart, valt je het vergezicht ten deel waarin alle lijnen van je leven plotseling hun nooit gedachte patroon laten zien.'* (...) *'Maar daarna. Als de lichtsterkte weer al vanouds is. En de gewone grijze sluier weer over de dingen en het leven ligt. – Wat dan gedaan met het korte helle intermezzo van de waanzin? Je wilt niet niemand zijn met een gat in zijn leven.'*

Hij stelt zich vragen als:

'En, hoe pakt een mens dat nou aan, gek worden? Hoe begint en onderhoudt hij zijn gekte? Welk gereedschap, wat voor hulp heeft hij daarbij nodig? Wie of wat bepaalt het einde van een waanzin? En, niet te vergeten, wat heeft hij eraan gehad? Is waanzin leerzaam, kan hij het aanbevelen, of is het iets om maar liever niet aan terug te denken?'

De antwoorden blijven uit.

2.

Geerten Meijnsing schreef met Tussen mes en keel een autobiografische roman over het thema depressie. Erik Provenier – het alter ego van Meijnsing – raakt volledig beheerst door een allesverlamme angst. Hij raakt geïsoleerd van zijn vrienden: *'Ik kon het niemand aandoen de weg te moeten vinden tussen psychisch afval en menselijk débris' (...)* *'Begrip bestaat niet. Een depressieve patiënt krijgt nergens sympathie, hetgeen weer verband houdt met eigenwaarde. In al zijn angst klampt hij zich aan iedereen vast, maar het gebrek aan eigenwaarde spiegelt zich in de omgeving van de patiënt, allereerst in de partner'. Na een zoveelste suïcidepoging geeft hij zich over aan de medische stand, met cynische twijfel: 'De psychiatrie was een luxe-product voor mensen die geld en tijd over hadden.' (...)* *'Omdat jij een interessant object voor hem bent. Daarmee kan hij opscheppen tegenover zijn high brow vriendjes. Met een eenvoudige jongen als ik is er geen eer te behalen. Psychiaters willen altijd graag tot de jet set doordringen. De betere krengeen.' De medicatie slaat aan, hoewel 'Voor de ene stoornis waar je van af geholpen moest worden, kreeg je een handvol andere terug.' Aan dit alles ligt schaamte ten grondslag: 'Ik schaamde mij te lijden aan de ziekte waarover ik klaag. Ik klaagde over de ziekte waarvoor ik mij schaam. Ik leed onder mijn schaamte, want ik was niet ziek.'* Provenier geneest en Meijnsing schrijft de roman.