

Alcoholprobleem ter sprake brengen

INLEIDING

Alcohol is een belangrijke oorzaak van trauma, ziekte, voortijdig overlijden en sociale problemen. In Noorwegen neemt de laatste jaren de consumptie toe: van 4 liter naar 6,7 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking (in Nederland is de consumptie al jaren 8 liter). Daarom werd onderzocht hoe en wanneer huisartsen alcoholproblemen ter sprake kunnen brengen en wat de gevolgen daarvan zijn.¹ Systematische literatuuronderzoeken laten zien dat screening en korte interventie (SKI) in de eerste lijn effectief zijn, in ieder geval voor mannen. SKI betekent algemene screening van iedere patiënt op problematisch alcoholgebruik en vervolgens aanbieden van een interventie. Maar past dit in de huisartsenpraktijk? Verstoort dit de arts-patiëntrelatie niet? Huisartsen zien behandeling van een alcoholprobleem wel als hun taak maar preventie niet.

ONDERZOEK

Design Twee Noorse huisartsen interviewden eenmalig twee focusgroepen van 6 en 7 huisartsen in de regio Stavanger, 8 vrouwen en 5 mannen. Zij vroegen naar specifieke situaties waarin de arts het gesprek over alcohol begon, naar succesverhalen en mislukkingen.

Analyse De gesprekken werden opgenomen en omgezet in verbatim. Analyse volgens systematische tekstcondensatie leverde in een aantal groepen items op die werden samengevat in begrippen en concepten.

Resultaten Redenen om op eigen initiatief over alcohol te beginnen waren: voorgevoel, ongeruste familieleden, recente ernstige incidenten of routinevragen bij hypertensie, keuringen of kennismaking met nieuwe patiënten (hierbij gefaciliteerd door het elektronisch patiëntendossier). Artsen vonden deze routinevragen over alcoholgebruik niet problematisch, maar directe confrontatie wel, bijvoorbeeld door de angst dat de patiënt niet meer terugkomt en doorgaat met drinken. Als de arts-patiëntrelatie goed was, durfden de artsen duidelijker te zijn.

Het vermoeden van een alcoholprobleem ontstond als patiënten zich bij herhaling ziek melden, afspraken afzeggen of de schone schijn ophouden. Verscheidene artsen vonden het moeilijk om naar alcoholgebruik te vragen als ze wisten dat de patiënt een moeilijke tijd doormaakte. In plaats daarvan vroegen zij bij voorbeeld naar angst of depressie en bij bevestiging daarvan of alcohol de symptomen verlichtte.

Familieleden moesten er toestemming voor geven dat hun zorgen rechtstreeks aan de patiënt werden meegedeeld. Na ziekenhuisbehandeling bespraken de huisartsen het alcoholgebruik met de patiënt. De patiënten bagatelliseerden het incident vaak, maar waren soms ook opgelucht dat het probleem werd aangekaart.

De ervarener huisartsen waren bezorgd over het alcoholgebruik door jongeren, vooral meisjes, maar ze vonden het moeilijk dit te bespreken vanwege de grote discrepantie tussen gebruik en officiële aanbevelingen. Bovendien wilden ze niet moralistisch lijken.

Het is de vraag of deze overwegingen er allemaal wel toe doen, gezien de ambivalentie bij de dokters en ontwijkgedrag, bagatellisering of ontkenning bij patiënten. Toch waren er ook succesverhalen, waarin huisartsen patiënten hadden geholpen minder te drinken en gezonder te leven.

Conclusie De huisartsen in dit onderzoek presenteerden verschillende strategieën om alcoholproblemen te ontdekken. Ze kwamen in actie op grond van symptomen, incidenten, niet-pluisgevoel of routinevragen. Ze deden geen gevalideerde screening, maar pasten pragmatische casefinding aan hun setting aan. Het zijn vooral de jongere artsen die bij nieuwe patiënten routinematig vragen naar alcoholgebruik.

INTERPRETATIE

Het onderzoek kent een aantal beperkingen: het is een kleine steekproef en het doel was alleen exploratie van strategieën om alcoholgebruik op eigen initiatief ter sprake te brengen. De ambivalentie bij artsen en patiënten is heel herkenbaar in de Nederlandse setting, evenals de gevolgde pragmatische casefinding. Over de angst de patiënt te kwetsen (en daardoor te verliezen) zegt de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik dat de meeste patiënten het niet ongewenst vinden dat de arts naar alcoholgebruik vraagt. Uiteraard dient dit op een respectvolle wijze te gebeuren. Wanneer de huisarts adviseert om minder te drinken leidt dit tot een reductie van 10 tot 16%! Een dergelijke inspanning van de huisarts kan niet tijdrovend of moeilijk worden genoemd. En de huisarts hoeft het niet alleen te doen omdat veel POH-ers met motiverende gespreksvoering zijn opgeleid en e-health of verslavingszorg steeds toegankelijker en bewezen effectief zijn geworden.² Het direct confronteren van een patiënt met een alcoholprobleem leidt niet tot gedragsverandering. Van motiverende (= motieven verhelderende) gespreksvoering is het effect op gedragsverandering wel aangetoond. Deze gespreksvoering houdt in dat de patiënt zelf beslist en dat de huisarts hem helpt zich bewust te worden van zijn eigen motieven om te (blijven) drinken of te stoppen. Het helpt om te bedenken dat bij alcohol- en leefstijlinterventies het probleem vaak wordt gedefinieerd door de helper en niet door de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Gilje Lid T, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2012;30:64-69.
- 2 Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Ebersson MPH, Luijckx JJHM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoorzinnen in het gebruik van alcohol. *Huisarts Wet* 2010;53: S1-5.