

## ODHIN PROJECT FACTSHEET

– WP4 –

De zorg voor alcoholgerelateerde problemen in de huisartsenpraktijk in Europa: resultaten van de vragenlijststudie onder huisartsen als onderdeel van de ODHIN studie



### Kernpunten

Punt 1: Drie aspecten bleken geassocieerd met een hoger aantal patiënten dat een kortdurend advies krijgt bij schadelijke alcoholconsumptie:

- Huisartsen die meer onderwezen zijn in preventie van en zorg voor schadelijk alcoholgebruik: voor iedere 10 uur meer scholing, als onderdeel van een training voor professionals, werd gerapporteerd dat 2-3 patiënten méér een kortdurend advies over alcohol hadden gekregen, gedurende het afgelopen jaar.
- Huisartsen die zichzelf beter in staat achten om advies te geven: voor ieder punt extra op de rolzekerheidscore, werd gerapporteerd dat er 1 patiënt met schadelijk gebruik méér was geadviseerd in het afgelopen jaar.
- Huisartsen die therapeutisch meer betrokken zijn om advies te geven: voor iedere 5 punten extra op de therapeutische betrokkenheidscore, werd gerapporteerd dat 2 schadelijke drinkers meer advies hadden gekregen over hun drinkgedrag in het afgelopen jaar.

Punt 2: Twee aspecten bleken geassocieerd met een lager aantal patiënten dat een advies krijgt bij een schadelijke alcoholconsumptie:

- Huisartsen die het liefst volgens een medisch ziektemodel werken in de omgang met alcoholgebruik van patiënten.
- Huisartsen die vinden dat individuen zelf verantwoordelijk zouden moeten zijn voor hun eigen drinkgedrag.

### **Achtergrond**

Alcohol is een belangrijke oorzaak voor een slechte gezondheid of een vroegtijdige dood. In Europa, waar de alcoholconsumptie het hoogste is in de wereld, overlijden in de leeftijd van 15 en 64 jaar ongeveer 1 op de 7 mannen en ongeveer 1 op de 12 vrouwen tengevolge van alcohol (Rehm et al. 2012). Ongeveer een kwart van de Europeanen van 15-64 jaar oud drinkt overmatig (vier of meer eenheden per dag voor mannen; twee of meer eenheden per dag voor vrouwen) en is daarmee veroorzaker van tweederde van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen. Een eenvoudig advies over



het alcoholgebruik van de huisarts aan een schadelijke drinker leidt al tot vermindering van het aantal consumpties, en als gevolg daarvan tot een verbeterde gezondheid en het voorkomen van een vroegtijdige dood (O'Donnell et al 2013). Helaas krijgt minder dan één op de tien schadelijke drinkers zo'n kortdurend advies van hun huisarts (Drummond et al 2013).

### Methodes

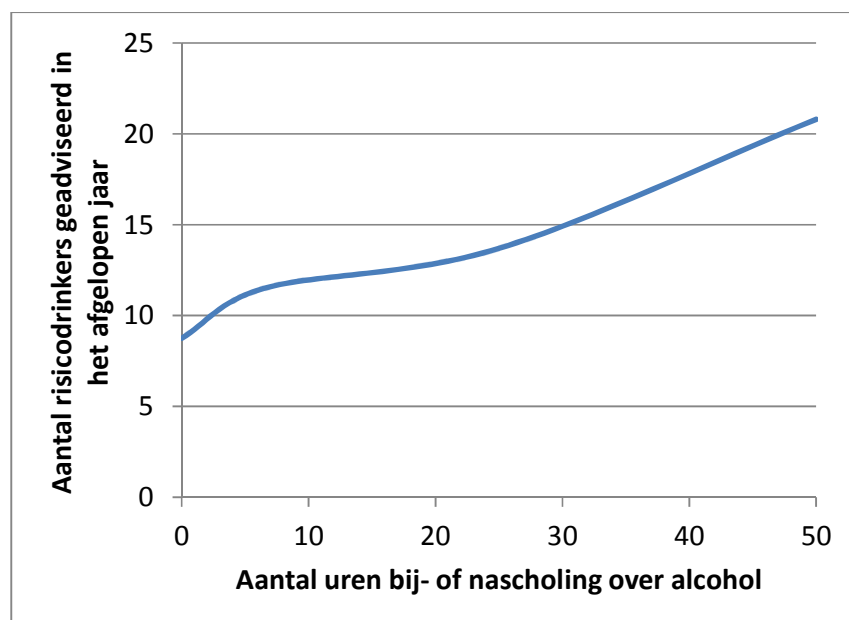
Door middel van een vragenlijst uitgezet in 2012 (in Engeland uitgevoerd in 2009), zijn 2345 huisartsen uit Catalonië, Tsjechië, Engeland, Italië, Nederland, Polen, Portugal, en Slovenië gevraagd naar hun ideeën en attitude aangaande een kortdurend advies aan schadelijke drinkers. Het doel van deze vragenlijststudie was het verkrijgen van inzicht in hoe het geven van een kortdurend advies in de huisartsenpraktijk kan worden bevorderd (Anderson et al. 2014; Wojnar et al. 2014).

### Resultaten

Huisartsen gaven aan gemiddeld tien uur nascholing of training te hebben gevolgd in de zorg voor schadelijk alcoholgebruik. In het algemeen voelden zij zich capabel<sup>1</sup> om schadelijke drinkers te adviseren, maar waren ze neutraler in hun geneigdheid<sup>2</sup> om ook daadwerkelijk zo'n advies te geven. Hoe meer scholing huisartsen hadden gehad over alcohol, hoe meer zij zichzelf in staat achtten, en hoe meer zij geneigd waren om een kort advies te geven. Gemiddeld genomen gaven de huisartsen aan dat zij in het afgelopen jaar 10-11 zware drinkers een kortdurend advies hadden gegeven.

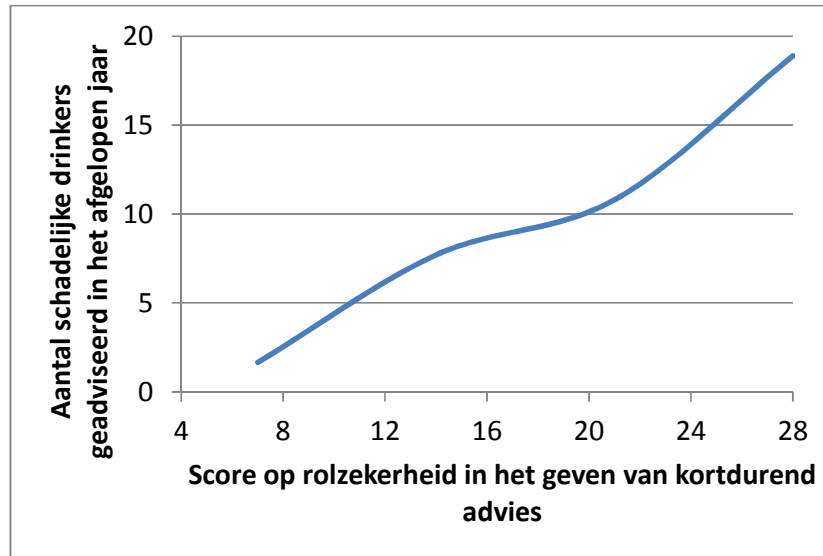
Drie aspecten bleken geassocieerd te zijn met een zelfgerapporteerd hoger aantal patiënten bij wie een kortdurend advies was gegeven:

1. Huisartsen die meer geschoold zijn in de zorg voor schadelijk alcoholgebruik: voor iedere 10 uur meer scholing, als onderdeel van een training voor professionals, werd gerapporteerd dat 2-3 patiënten méér een kortdurend advies over alcohol hadden gekregen, gedurende het afgelopen jaar.

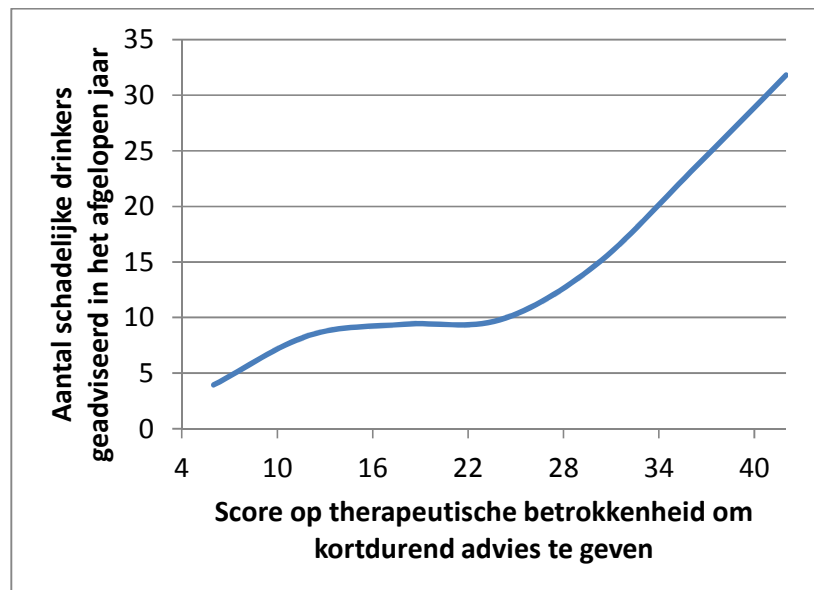




2. Huisartsen die zichzelf beter in staat achten om advies te geven (rolzekerheid)<sup>1</sup>: voor ieder punt extra op de rolzekerheid score, werd gerapporteerd dat er 1 patiënt met schadelijk gebruik méér was geadviseerd in het afgelopen jaar.



3. Huisartsen die therapeutisch meer betrokken zijn om advies te geven<sup>2</sup>: voor iedere 5 punten extra op de therapeutische betrokkenheidsscore, werd gerapporteerd dat 2 schadelijke drinkers meer advies hadden gekregen over hun drinkgedrag in het afgelopen jaar.



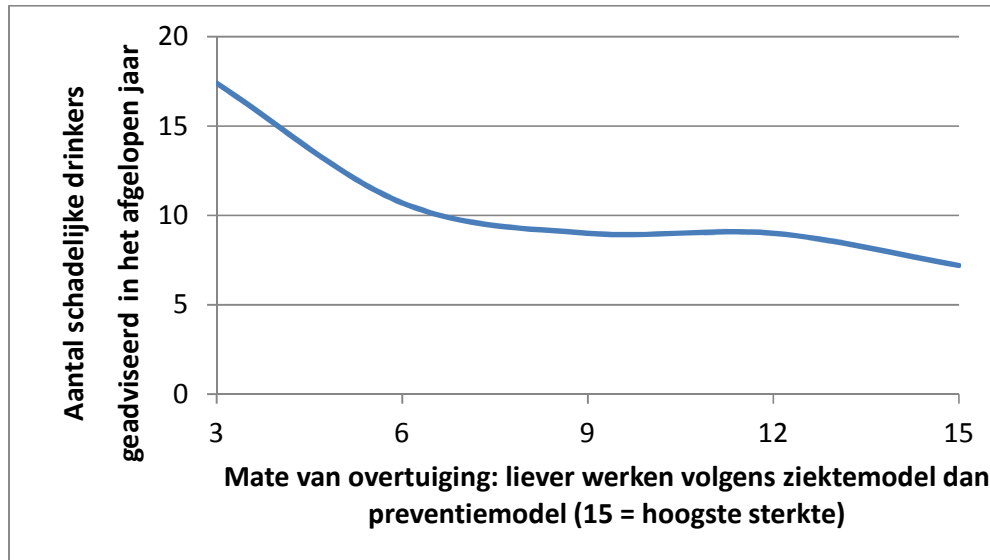
<sup>1</sup> Rolzekerheidschaal van de verkorte versie van de "Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire" (Anderson & Clement 1987).

<sup>2</sup> Therapeutische betrokkenheidschaal van de verkorte versie van de "Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire" (Anderson & Clement 1987).

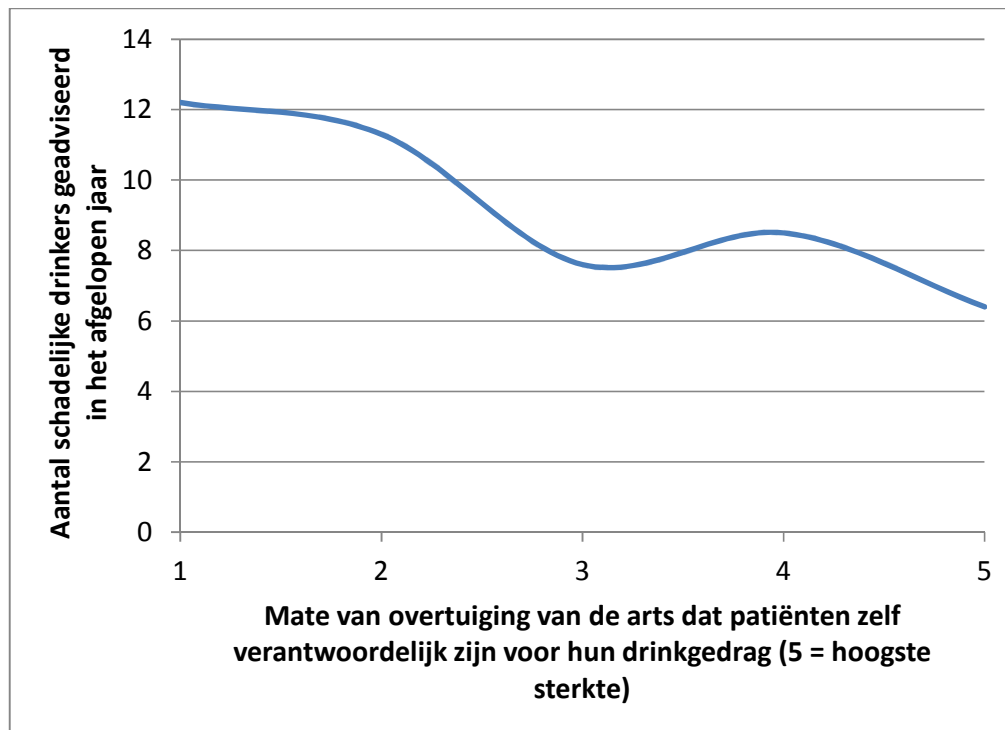


Twee aspecten bleken geassocieerd met een lager aantal patiënten dat een kortdurend advies had gekregen bij schadelijke alcoholconsumptie:

1. Huisartsen die het liefst volgens een medisch ziektemodel werken in de omgang met alcoholgebruik van patiënten.



2. Huisartsen die vinden dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun drinkgedrag.





Huisartsen die meer geschoold zijn in de zorg voor schadelijk alcoholgebruik volgen in mindere mate het medisch ziektemodel, maar blijven wel vinden dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun alcoholgebruik.

**Overeenkomsten met andere studies:** De meest vergelijkbare studie is een vragenlijststudie bij huisartsen uit 1995 in zeven Europese landen, Canada en Nieuw Zeeland. De bevindingen van deze studie waren vergelijkbaar. Hierbij waren mate van educatie, rolzekerheid en therapeutische betrokkenheid om een kort advies te geven allemaal onafhankelijk geassocieerd met het geven van een groter aantal kortdurende adviezen (Anderson et al 2003).

**Beperkingen van de studie:** Er zijn een aantal zaken belangrijk bij de interpretatie van deze resultaten, waarbij de lage respons de belangrijkste is. Met uitzondering van Engeland, Tjechië en Polen, was de respons lager dan 50%. Het is onduidelijk in welke mate de resultaten generaliseerbaar zijn naar huisartsen in alle landen. Daarnaast is de vragenlijst gebaseerd op de antwoorden die huisartsen hebben gegeven, zonder externe middelen ter validatie van de antwoorden. Het is dus niet bekend in welke mate de cijfers van het gerapporteerde aantal patiënten dat een advies heeft gekregen in het afgelopen jaar, een belangrijk element in de studie, overeenkomt met het werkelijke aantal patiënten dat een advies heeft gekregen. Verder heeft de studie een cross-sectioneel design waardoor de analyses een correlatie laat zien tussen de verschillende items in de vragenlijst. Er kunnen zodoende geen uitspraken gedaan worden over causale relaties. Er is bijvoorbeeld een sterke associatie tussen gerapporteerde rolzekerheid om een kortdurend advies te geven en het aantal patiënten dat een kort advies heeft gekregen. We weten niet of de rolzekerheid een voorspeller is van veel geadviseerde patiënten of dat huisartsen die veel geadviseerde patiënten rapporteren hoog scoren op rolzekerheid. Waarschijnlijk zijn beide scenario's relevant.

### Conclusies voor onderzoek en beleid

Er lijken drie belangrijke conclusies voor beleid en onderzoek voort te komen uit deze studie.

Ten eerste lijkt scholing gerelateerd te zijn aan een hogere rolzekerheid en therapeutische betrokkenheid in het geven van een kort advies. Zowel scholing, rolzekerheid als therapeutische betrokkenheid in het geven van een kortdurend advies waren geassocieerd met een hoger aantal patiënten waarbij een kortdurend advies is gegeven. Dit suggereert het belang van bij- en nascholing op het gebied van het omgaan met patiënten met schadelijke alcoholconsumptie in de huisartsenpraktijk.

Ten tweede lijkt er bij vertrouwen in een medisch ziektemodel sprake van minder rolzekerheid en therapeutische betrokkenheid in het geven van een kortdurend advies. Dit zou suggereren dat een benadering gebaseerd op een medisch/ziekte model, waarbij alcohol gekoppeld wordt aan andere meer fysieke comorbiditeiten zoals een hoge bloeddruk of het gebruik van geneesmiddelen,



overwogen en onderzocht zou kunnen worden, als een middel om meer huisartsen te stimuleren om kortdurende adviezen te geven over alcoholgebruik.

Ten derde, het geloof in de individuele verantwoordelijkheid van patiënten lijkt een actieve benadering door middel van een kortdurend advies in de weg te staan. Dit zou betekenen dat technologieën (zoals te downloaden apps en andere internetapplicaties) waarmee patiënten zelf hun alcoholconsumptie in kaart kunnen brengen verder onderzocht en ontwikkeld zouden moeten worden waardoor meer patiënten met schadelijk alcoholgebruik blootgesteld zouden worden aan acties om hun drankgebruik te verminderen.

### Referenties

Anderson P, Clement S (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction* 82:753-759.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S et al. (2003) Attitudes and management of alcohol problems in general practice: Descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol and Alcoholism* 38:597–601.

Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Kolsek M (2014). Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. Submitted to *Alcohol and Alcoholism*.

Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Elzerbi C, Gual A et al. Alcohol interventions and treatment in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J & Gual A, editors. *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. 2013. [http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/Chapter%209%20-%20AM\\_E-BOOK\\_2nd%20edition%20-%20July%202013.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/Chapter%209%20-%20AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20July%202013.pdf).

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J. & Kaner, E. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* doi: 10.1093/alcalc/agt170.

Rehm J et al. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto ON, Centre for Addiction and Mental Health.

Wojan M et al. (2014). Deliverable 4.1: Survey of attitudes and managing alcohol problems in general practice in Europe – Final Report. [http://www.odhinproject.eu/resources/documents/cat\\_view/3-odhin-project-documents/6-technical-reports-and-deliverables.html](http://www.odhinproject.eu/resources/documents/cat_view/3-odhin-project-documents/6-technical-reports-and-deliverables.html)



---

### Dankwoord

Het onderzoek dat tot deze factsheet heeft geleid werd gefinancierd door het ‘Seventh Framework Program’ van de Europese Unie (FP7/2007-2013), met project nummer 259268 – Optimizing Delivery of Healthcare INtervention (ODHIN – <http://www.odhinproject.eu/>). Deelnemende organisaties kunt u vinden op [www.odhinproject.eu](http://www.odhinproject.eu). Radboud universitair medisch centrum ontving co-financiering van ZonMw, programma Preventie, met projectnummer 200310017 – ODHIN – Optimizing Delivery of Healthcare INterventions in Netherland, Art.II.17 van het FP7 EC financiering. Het Engelse vragenlijstonderzoek werd gefinancierd door de “Alcohol Education and Research Council (R 04/2008)”, nu “Alcohol Research UK” genaamd. Dit document geeft de visie weer van de auteurs en de Europese Unie, en is niet aansprakelijk voor gebruikmaking door derden.