

Monitor (vroeg)signalering alcoholproblematiek

Eerste meting in de eerstelijns- en tweedelijnszorg

Chantal Leemrijse (Nivel)
Simone 't Hooft (Onderzoeksinstituut IVO)
Tessa Magnée (Nivel)
Elske Wits (Onderzoeksinstituut IVO)



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Mei 2024

ISBN 978-94-6122-851-2

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) probeert vroegsignalering van alcoholproblemen in een diversiteit aan settings te stimuleren. In dit onderzoek ontwikkelden we, in opdracht van het SVA, een monitor die de implementatie van (vroeg)signalering van riskant alcoholgebruik in verschillende domeinen van de eerstelijns- en tweedelijnszorg kan evalueren. We voerden een eerste meting uit onder huisartsen, POH's-GGZ, POH's-Somatiek, medisch specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten op de afdelingen Cardiologie, Interne Geneeskunde, Maag-Darm-Lever, Neurologie en de Spoedeisende Hulp, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de ggz, psychiaters en (studenten)psychologen. De werkwijze bij het opzetten van de monitor en het uitvoeren van de eerste meting is in nauw overleg met het SVA tot stand gekomen.

We willen graag alle respondenten bedanken voor hun bereidheid om de monitor in te vullen. We bedanken Latifa Abidi, Bart Knottnerus, Tessa Magnée en Gera Nagelhout voor hun waardevolle ideeën en opmerkingen bij eerdere versies van dit rapport en de leden van begeleidingscommissie voor de prettige samenwerking.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Zorgverleners die een rol kunnen spelen bij vroegsignalering riskant alcoholgebruik	8
1.2 Doel en vraagstellingen monitor	9
2 Methoden	11
2.1 Afbakening	11
2.2 Ontwikkeling vragenlijst	11
2.3 Werven van deelnemers	12
2.4 Groepsgesprekken	13
2.5 Begeleidingscommissie	14
3 Resultaten	15
3.1 Algemene gegevens	15
3.2 Signalering en bespreken	17
3.3 Advisering en verwijzing	23
3.4 Kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen	30
3.5 Groepsgesprekken	38
4 Discussie	40
4.1 Resultaten en reflectie	40
4.2 Voor- en nadelen van de opzet van de monitor	43
4.3 Conclusie	45
Literatuur	46
Bijlage A Samenstelling begeleidingscommissie	48
Bijlage B Vragenlijst	49

Samenvatting

In deze monitor verzamelden we de eerste gegevens over de mate waarin zorgverleners riskant alcoholgebruik bij hun patiënten of cliënten signaleren en het gesprek daarover aangaan, wat zij doen bij (een vermoeden van) riskant alcoholgebruik en in welke mate zij hulpmiddelen kennen en gebruiken. Hierbij was specifiek aandacht voor het gebruik van op alcohol toegespitste richtlijnen, handreikingen, hulpmiddelen en interventies, waaronder door het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) ontwikkelde producten.

Waarom deze monitor?

Alcoholgebruik kan leiden tot diverse problemen, zowel lichamelijk als psychisch en sociaal. Het SVA tracht dit sinds 2019 te voorkomen door onder meer zorgverleners via allerlei hulpmiddelen te ondersteunen in het vroegtijdig signaleren en verwijzen. Een beeld van de implementatie van deze hulpmiddelen en het daadwerkelijke niveau van (vroeg)signalering in de praktijk ontbreekt. Nivel en Onderzoeksinstituut IVO hebben daarom in opdracht van het SVA een monitor opgezet en een eerste meting uitgevoerd van het huidige signaleringsgedrag van eerste- en tweedelijnszorgverleners en studentenpsychologen met betrekking tot riskant alcoholgebruik.

Onder riskant alcoholgebruik verstaan we in deze monitor alcoholgebruik dat problemen geeft of kan gaan geven. Dat kan zijn vanwege de hoeveelheid alcohol die de patiënt/cliënt gebruikt, maar ook wanneer een kleine hoeveelheid bepaalde negatieve lichamelijke, sociale en/of psychische gevolgen heeft. Bijvoorbeeld wanneer iemand kwetsbaar is voor verslaving, deelneemt aan het verkeer, zwanger is, bepaalde aandoeningen heeft, of medicatie gebruikt die niet goed te combineren zijn met alcoholgebruik.

Opzet van de monitor

Deze eerste meting van de Monitor (vroeg)signalering alcoholproblematiek was gericht op huisartsen, POH's-Somatiek, en POH's-GGZ (eerstelijnszorg) en medisch specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de somatische tweedelijnszorg, evenals verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en psychiaters in de tweedelijns ggz, en studentenpsychologen. De vragen in de monitor zijn relevant voor deze diversiteit aan zorgdisciplines. De eerstelijnsdisciplines hebben als poortwachters een belangrijke signalerende rol en de gekozen tweedelijnsdisciplines komen relatief vaak in aanraking met mensen bij wie het alcoholgebruik problematisch is, bijvoorbeeld vanwege aandoeningen die worden veroorzaakt door alcoholgebruik of waarbij alcoholgebruik relatief veel risico's geeft voor de gezondheid.

De vragenlijst werd opgesteld via deskresearch en input van experts en zorgverleners. Begin 2024 werden 1000 huisartspraktijken via brieven uitgenodigd om deel te nemen aan een online vragenlijst. Werving in de tweedelijns vond plaats via SVA-werkgroepen, zoals de SVA-werkgroep Tweedelijnszorg en Jeugd, via beroepsverenigingen, ziekenhuizen en aanvullend via het netwerk van de onderzoekers. In totaal 160 zorgverleners uit de eerstelijns, 500 uit de tweedelijns en 26 studentenpsychologen vulden de vragenlijst in. Resultaten zijn verwerkt met beschrijvende statistiek en thematische analyse van opmerkingen van respondenten.

Resultaten van het onderzoek werden gepresenteerd en besproken in een focusgroep met huisartsen en POH's, en met de SVA-Werkgroep Tweedelijns.

Resultaten

De mate waarin professionals alcoholproblematiek signaleren

Huisartsen, POH's-GGZ en POH's-S schatten in dat respectievelijk 6%, 10% en 18% van hun patiënten alcoholgerelateerde problemen heeft. POH's vragen vaker naar alcoholgebruik dan huisartsen, mogelijk vanwege ketenzorg of de relatie van alcoholgebruik met mentale problematiek. In de focusgroepen gaven de aanwezige huisartsen aan dat zij pas vragen naar alcoholgebruik als de patiënt fysieke en mentale problemen heeft die mogelijk gerelateerd zijn aan alcohol. In dat opzicht is in de eerstelijnszorg de kans dat POH's riskant alcoholgebruik vroegtijdig signaleren dus groter dan de kans dat huisartsen dat doen.

In de tweedelijnszorg vermoeden psychologen en psychiaters bij 24% van hun patiënten alcoholgerelateerde problemen, terwijl medisch specialisten dit bij 11% vermoeden.

Opvallend is dat zorgverleners weinig of geen screeningsinstrumenten gebruiken om alcoholgebruik te bevragen. Dat geldt voor alle onderzochte disciplines.

De mate waarin zorgverleners een gesprek aangaan over alcoholgebruik

De meeste huisartsen (bijna twee derde) en POH's-GGZ (ruim vier op de vijf) gaan vrijwel altijd zelf het gesprek aan met patiënten wanneer zij vermoeden dat er sprake is van alcoholproblematiek. POH's-S voeren dit gesprek minder vaak, één op de tien doet dit zelfs nooit. Terwijl de POH's-S dus wel vragen naar alcoholgebruik, gaan zij niet vaak zelf het gesprek aan met de patiënt bij een vermoeden van riskant alcoholgebruik. Mogelijk verwijzen zij hiervoor toch vaak terug naar de huisarts.

Bij psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen gaat de meerderheid (bijna) altijd het gesprek aan met patiënten die mogelijk riskant alcohol gebruiken.

Studentenpsychologen gaan (bijna) altijd het gesprek aan met studenten bij wie riskant alcoholgebruik wordt vermoed, waarschijnlijk omdat alcoholgebruik onder studenten veel voorkomt.

Activiteiten bij een (een vermoeden van) alcoholproblematiek

De meeste huisartsen registreren alcoholproblematiek en geven advies over minderen of stoppen met drinken. Ze verwijzen vaak naar ggz-verslavingszorg of naar de eigen POH-GGZ. POH's-GGZ voeren vaak zelf begeleidende gesprekken en verwijzen de patiënt naar GGZ-verslavingszorg of naar digitale interventies. POH's-S informeren en adviseren patiënten vooral. Een vergelijking met cijfers uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en informatie uit de focusgroepen met huisartsen (in dit onderzoek), doen vermoeden dat registratie van alcoholproblematiek omwille van privacy redenen en stigmatisering niet altijd (op de juiste plek) in het patiëntendossier plaatsvindt.

Tweedelijnszorgverleners registreren en informeren ook vaak, psychiaters, psychologen en psychotherapeuten voeren vaker zelf begeleidende gesprekken. Verpleegkundigen in de somatische tweedelijns registreren en informeren minder vaak.

Bekendheid en gebruik van hulpmiddelen en SVA-producten

De *NHG-richtlijn Problematisch alcoholgebruik*, *Thuisarts.nl*, de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* en de *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol* zijn bij zorgverleners goed bekend en worden ook gebruikt. Overige hulpmiddelen, inclusief de SVA-producten, zijn weinig bekend en worden weinig gebruikt door zorgverleners in de eerste- en tweedelijnszorg. POH's-GGZ maken gebruik van online interventies, maar huisartsen zijn hier terughoudend in en prefereren *face to face* begeleiding door zorgverleners. Studentenpsychologen gaan vaak het gesprek aan met studenten die riskant alcohol lijken te gebruiken, en gebruiken daarbij ook online interventies.

Beperkingen van de monitor

De monitor heeft een aantal nadelen waarvan response bias en zelfrapportage de belangrijkste zijn. Het bereik en de representativiteit van de monitor is beperkt, doordat het (deels) een *convenience sample* betreft onder zorgverleners. Doordat de vragenlijst met een open link bereikbaar was, kon de uitnodiging worden doorgestuurd en weten we niet precies hoeveel zorgverleners deze hebben gekregen, maar de respons lijkt relatief laag. Daarnaast zal voor alle disciplines sprake zijn van selectie bias, omdat zorgverleners die affiniteit hebben met het thema waarschijnlijk eerder hebben deelgenomen aan de monitor.

Een ander nadeel van de gekozen methode is dat zelfrapportage niet altijd overeenkomt met de daadwerkelijke praktijk en dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven. De cijfers zijn daardoor waarschijnlijk een overschatting van de mate waarin de 'gemiddelde' professional riskant alcoholgebruik signaleert en bespreekbaar maakt, en op de hoogte is van de SVA-producten. Wanneer de monitor wordt herhaald, zullen zelfrapportage en respons bias in gelijke mate een rol spelen en kunnen trends in de tijd wel worden vastgesteld.

De vragenlijst is met goede redenen kort gehouden, maar hierdoor mist ook relevante informatie over bijvoorbeeld de manier waarop zorgverleners het gesprek met de patiënt aan gaan en hoeveel tijd ze voor zo'n gesprek kunnen nemen. Vermoedelijk heeft deze beperkte lengte van de vragenlijst er wel voor gezorgd dat in korte tijd een (in totaal) grote groep zorgverleners de vragenlijst heeft ingevuld.

Conclusie

Zorgverleners vragen in uiteenlopende mate naar alcoholgebruik en de meeste van hen gaan bij verondersteld riskant alcoholgebruik zelf het gesprek aan met hun patiënten/cliënten. Indien nodig verwijzen zij de patiënt/cliënt naar de huisarts of naar verslavingszorg. Opvallend is dat zorgverleners over het algemeen weinig gebruik maken van screeningsinstrumenten, richtlijnen, handreikingen, hulpmiddelen en interventies. Deze eerste resultaten van de monitor kunnen het SVA ondersteunen in hun beleid en bij de verdere implementatie van deze hulpmiddelen.

We concluderen dat de monitor in deze vorm geschikt is om herhaaldelijk af te nemen bij grote groepen zorgverleners, maar dat de validiteit beperkt is. Het betreft immers zelfrapportage van een niet-representatieve groep zorgverleners. Bij herhaling van de meting moet aandacht worden besteed aan het bereiken van de juiste, zo representatief mogelijke steekproef. Een aanbeveling kan zijn om hiervoor de medewerking van de betreffende beroepsverenigingen te vragen. Daarnaast is het aan te bevelen de kwantitatieve monitor te combineren met kwalitatief onderzoek.

1 Inleiding

Ongeveer 6,5% van de Nederlanders boven de 18 drinkt overmatig alcohol, dat wil zeggen meer dan 14 glazen (vrouwen) of 21 glazen (mannen) per week [1]. Daarnaast is 7,9% van de Nederlanders een zware drinker, dat wil zeggen minstens één keer per week minimaal 4 (vrouwen) of 6 (mannen) glazen alcohol op één dag drinken [2]. Alcoholgebruik wordt problematisch wanneer het leidt tot lichamelijke, psychische of sociale problemen.

Het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA)¹ startte in 2019 en staat voor een samenleving waar problematisch alcoholgebruik zo veel mogelijk wordt voorkomen – en als er toch sprake van is, tijdig wordt (h)erkend en behandeld. Vroegsignalering van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid is van groot belang. In een vroeg stadium ingrijpen kan zorgen voor vermindering van problematisch alcoholgebruik en geeft de beste kansen op herstel. Dat is vooral van belang voor kwetsbare en/of hoog risicogroepen zoals jongvolwassenen en senioren [3].

De aandacht van het SVA gaat vooral uit naar het wegnemen van drempels tot hulpverlening, het agenderen van het belang van vroegsignalering bij professionals, vrijwilligers en naasten en het faciliteren van deze groepen, zodat zij adequaat signaleren en hulp bieden of doorverwijzen.

Op de website van het SVA zijn daartoe kennis, adviezen en materialen te vinden, zoals een overzicht van interventies, de handreiking en bureaukaart *Psychische klachten & alcohol voor de huisarts en POH-GGZ*, en de handreiking *Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen*. Er is echter geen goed beeld van de implementatiegraad van deze hulpmiddelen, en ook niet van de mate waarin riskant alcoholgebruik in de praktijk daadwerkelijk vroeg gesignaleerd wordt door zorgverleners. Daarom ontwikkelden het Nivel en Onderzoeksinstituut IVO in samenwerking met het SVA een monitor waarmee dit beeld kan worden verkregen.

1.1 Zorgverleners die een rol kunnen spelen bij vroegsignalering riskant alcoholgebruik

In de eerstelijns is de huisartsenpraktijk de aangewezen plaats waar vroegsignalering van riskant alcoholgebruik zou kunnen plaatsvinden. Uit een recente raadpleging onder leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) blijkt 87% van de huisartsen het signaleren van leefstijlfactoren die bijdragen aan de ziekte/klacht als hun taak zien. In de onlangs verschenen praktijkhandleiding *Leefstijlbegeleiding in de huisartsenpraktijk* van het NHG (maart, 2024) wordt deze taak van de huisarts bij leefstijlbegeleiding ook benoemd. In deze praktijkhandleiding wordt aangegeven dat wanneer een leefstijlfactor, waaronder alcoholgebruik, in belangrijke mate bijdraagt aan de klacht, hulpvraag of ziekte, zoals beschreven in de NHG-standaarden, de huisarts dit zou moeten signaleren en benoemen. Als de patiënt daarvoor openstaat, kan de huisarts de patiënt tot

¹ Organisaties die deelnemen aan het SVA zijn GGD GHOR Nederland, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), IkPas (initiatief van Stichting Positieve Leefstijl), Tranzo, Verslavingskunde Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Trimbos Instituut. Het SVA ontvangt financiering van het Ministerie van VWS in het kader van het Nationaal Preventieakkoord. Vijf werkgroepen zetten zich in om het vroegtijdig herkennen van problematisch alcoholgebruik te bevorderen (Zwangerschap, Jeugd, Ouderen, Werk, Zorg) Taskforce Alcoholvrije Start.

gedragsverandering motiveren en achterliggende factoren die de leefstijl in stand houden inventariseren. Hiervoor kan de huisarts ook verwijzen naar de praktijkondersteuner (POH) of naar het lokale of regionale aanbod, zoals paramedici of maatschappelijk werk (NHG, 2024). In de *NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik* (NHG, 2021) wordt specifiek ingegaan op de te ondernemen stappen bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat huisartsen vaak nog weinig screenen op signalen van alcoholproblematiek [4,5].

Ook zorgverleners in de tweedelijnszorg, in de ggz en ziekenhuizen, hebben een belangrijke positie in het vroegtijdig signaleren van riskant alcoholgebruik [6]. Problemen met middelen, waaronder alcohol, hangen samen met psychische problematiek [7]. Daarmee komen zorgverleners in de ggz, zoals psychiaters, psychologen en ggz-verpleegkundigen, vaker in aanraking met mensen met (beginnende) alcoholproblematiek en mensen die daar een verhoogd risico op lopen – en kunnen zij dus een rol vervullen in (vroeg)signalering van deze problemen. De ggz-zorgstandaard *Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* geeft ook aan dat psychische en sociale problemen, vaak gecombineerd met slaapproblemen, aanleiding zijn om te vragen naar iemands alcoholgebruik [8]. In het proces van signalering en een vervolg daarop kunnen zij gebruikmaken van screeningsinstrumenten, zoals de AUDIT(-C), motiverende gespreksvoering en diverse zorgacties, waaronder zelfhulp, ondersteunende gesprekken en verwijzen naar specialisten in de verslavingszorg [9]. Alcoholgebruik is ook geassocieerd met allerlei medische aandoeningen [10] waar onder andere zorgverleners mee in aanraking komen die werkzaam zijn binnen de specialismen Cardiologie, Interne Geneeskunde, Maag-Darm-Lever, Neurologie, Spoedeisende Hulp. Mensen kunnen bijvoorbeeld met een breuk na een val waarbij alcohol een rol speelde, worden opgenomen op de SEH [11], of met een hoge bloeddruk [10] terechtkomen bij de cardioloog. Alcoholgebruik kan dus een oorzaak zijn van bepaalde medische aandoeningen, maar kan ook riskant zijn omdat alcohol extra schade kan veroorzaken in combinatie met bepaalde medische aandoeningen, bijvoorbeeld bij een niet-alcoholische leververvetting [12]. Daarmee zijn artsen, arts-assistenten, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen met de genoemde specialismen een belangrijke actor in het vroegtijdig signaleren van alcoholproblemen.

Een andere belangrijke groep zorgverleners in relatie tot vroegsignalering van riskant alcoholgebruik zijn studentenpsychologen, omdat studenten een belangrijke risicogroep vormen als het gaat om deze problemen. Zo is respectievelijk 10% en 16% van de studenten die deelnamen aan de Trimbos-monitor van mentale gezondheid en middelengebruik onder deze groep, overmatige drinker en zware drinker. Het alcoholgebruik in 2023 van 39% van de studenten is riskant te noemen [13]. Veel alcohol drinken op studentenleeftijd zorgt voor een hoger risico op gezondheidsproblemen en een alcoholverslaving op latere leeftijd – wat het belang van vroegtijdig signaleren van problemen rond alcohol voor deze groep extra onderstreept [14].

1.2 Doel en vraagstellingen monitor

Het doel van dit onderzoek is 1) het ontwikkelen van een monitor over (vroeg)signalering van riskant alcoholgebruik en 2) het krijgen van inzicht in de huidige rol van eerste- en tweedelijnszorgverleners en studentenpsychologen bij (vroeg)signalering van riskant alcoholgebruik.

We onderzochten welke rol eerste- en tweedelijnszorgverleners en studentenpsychologen op dit moment zeggen te hebben in de signalering en begeleiding van patiënten of cliënten bij wie riskant alcoholgebruik (mogelijk) aan de orde is en in hoeverre zij richtlijnen, handreikingen, hulpmiddelen

en interventies kennen en gebruiken. In de eerste meting van deze monitor beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

1. In welke mate signaleren zorgverleners riskant alcoholgebruik?
2. In welke mate gaan zij een gesprek aan met patiënten/cliënten over alcoholgebruik?
3. Wat doen zorgverleners bij (een vermoeden van) riskant alcoholgebruik?
4. In welke mate kennen en gebruiken zorgverleners richtlijnen, handreikingen en hulpmiddelen en interventies op het gebied van riskant alcoholgebruik?

Terminologie

We kiezen bij vroegsignalering expliciet voor de term riskant alcoholgebruik. Onder riskant alcoholgebruik verstaan we alcoholgebruik dat (mogelijk) problemen geeft of problemen kan gaan geven. Bijvoorbeeld vanwege de hoeveelheid alcohol die de patiënt/cliënt gebruikt. Maar ook een kleine hoeveelheid kan riskant zijn, als er bepaalde negatieve lichamelijke, sociale en/of psychische gevolgen mee gepaard gaan. Bijvoorbeeld wanneer iemand kwetsbaar is voor verslaving, deelneemt aan het verkeer, zwanger is, bepaalde aandoeningen heeft, of medicatie gebruikt die niet goed te combineren zijn met alcoholgebruik.

2 Methoden

De werkwijze bij het opzetten van de monitor en het uitvoeren van de eerste meting kwam in nauw overleg met het SVA tot stand. Hieronder geven we weer welke keuzes gemaakt zijn bij de afbakening van beroepsgroepen in de zorg en hoe de vragenlijst is opgezet. Daarna gaan we in op de werving van deelnemers, analyse van de resultaten en het reflecteren op het thema met medewerkers uit eerste- en tweedelijnszorg. Tot slot staan we kort stil bij de inbreng van de begeleidingscommissie.

2.1 Afbakening

De monitor is ontwikkeld voor disciplines in de eerstelijnszorg (huisartsen en praktijkondersteuners huisarts (POH's)), de tweedelijnszorg (Cardiologie, Interne Geneeskunde, Maag-Darm-Lever, Neurologie en de Spoedeisende Hulp; ggz) en voor studentenpsychologen. Er is gekozen voor disciplines die niet in de verslavingszorg werkzaam zijn maar wel relatief vaak in aanraking komen met mensen bij wie problematisch alcoholgebruik een rol speelt bij hun gezondheidsprobleem, of met patiënten met aandoeningen waarbij alcoholgebruik relatief veel risico's geeft voor de gezondheid.

2.2 Ontwikkeling vragenlijst

Via deskresearch brachten we in kaart wat aandachtspunten zijn bij het bespreken, signaleren en begeleiden bij alcoholproblematiek in de eerste- en tweedelijnszorg, en welke hulpmiddelen en richtlijnen van SVA en andere partijen beschikbaar zijn. We verkenden daarvoor onder andere de SVA-website, de *GGZ zorgstandaard Alcoholverslaving en problematisch alcoholgebruik* [15] en de *NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik* [16].

Op basis van deze verzamelde informatie stelden we een eerste conceptvragenlijst op, afgestemd met een vergelijkbare vragenlijst die op dat moment vanuit Tranzo (het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg University) onder KNMG-artsen werd uitgezet. De conceptvragenlijst legden we voor aan de begeleidingscommissie voor feedback. Op grond van de bespreking van deze eerste versie met de begeleidingscommissie ontwikkelden we een volgende versie, die we voorlegden aan een huisarts, een POH-GGZ, en een adviseur van de Taskforce Alcoholvrije Start (een van de werkgroepen van het SVA die zich richt op alcoholgebruik rondom geboortezorg) en twee experts op het gebied van verslaving en signalering van alcoholproblemen in de zorg (Gera Nagelhout en Latifa Abidi) van de Universiteit Maastricht. Op grond van het commentaar van de zorgverleners en experts ontwikkelden we de definitieve, online vragenlijst. In bijlage 2 is de vragenlijst integraal opgenomen.

2.3 Werven van deelnemers

Eerstelijnszorg

In januari 2024 stuurden we uitnodigingsbrieven naar een steekproef van 1.000 huisartspraktijken verspreid over Nederland uit de beroepenregistratie van het Nivel [17], met daarin een link en QR-code naar een online vragenlijst. De steekproef was representatief voor Nederland wat betreft geslacht en leeftijd van de huisartsen, praktijktype (solo-duo-groepspraktijk), regio en al dan niet gevestigd in een achterstandswijk. Niet alleen huisartsen werden gevraagd deel te nemen, maar ook de in de praktijk aanwezige POH-GGZ, POH-Somatiek (POH-s) en POH-jeugd. Aanvullend verstuurd we de uitnodiging naar negen leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Landelijke Vereniging POH-GGZ.

Tweedelijnszorg en studentenpsychologen

In de tweedelijnszorg werden de volgende beroepsgroepen benaderd:

- Medisch specialisten, arts-assistenten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten op de afdelingen Cardiologie, Interne Geneeskunde, Maag-Darm-Lever, Neurologie en de Spoedeisende Hulp.
- Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de GGZ.
- Psychiaters.
- Psychologen.

Een aparte categorie vormen de studentenpsychologen, omdat deze niet tot de eerste- of tweedelijnszorg gerekend kunnen worden.

Werving van deze groepen verliep via verschillende kanalen. Zo schreven we twee SVA-werkgroepen aan: Tweedelijnszorg en Jeugd. In de eerste werkgroep zijn meerdere van de genoemde beroepsgroepen vertegenwoordigd, met uitzondering van psychiaters, cardiologen, neurologen en verpleegkundigen op de afdelingen Cardiologie, Neurologie en de Spoedeisende hulp. De werkgroep Jeugd benaderden we vooral vanwege de vertegenwoordiging van studentenpsychologen in deze groep. Daarnaast zochten we naar relevante beroepsverenigingen en mailden we deze met meer informatie, de vragenlijst en een verzoek tot verspreiding.

Verder mailden we de vragenlijst naar de afdelingen Cardiologie, Interne Geneeskunde, MDL, Neurologie en SEH van vijftien ziekenhuizen en drie grote ggz-instellingen. Twaalf van de vijftien ziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen, drie ziekenhuizen zijn academisch. Tot de selectie van algemene ziekenhuizen kwamen we door per provincie het grootste ziekenhuis te kiezen. Door per provincie een ziekenhuis te selecteren, streefden we naar geografische spreiding van de respondenten en hielden we zo rekening met eventuele regiogebonden verschillen in ideeën over en omgang met alcohol. De keuze voor de grootste ziekenhuizen maakten we omdat we verwachtten dat grotere ziekenhuizen vaker alle van de vijf specialismen die we in dit onderzoek betrekken, in huis hebben. Naast de algemene ziekenhuizen selecteerden we willekeurig drie (van de acht) academische ziekenhuizen.

Tot slot benaderden we personen in onze eigen netwerken die ofwel zelf een van de beroepen uitoefenen of anderen kennen die dat doen. Sommige van deze personen vroegen we om tips voor verdere verspreiding van de vragenlijst. Een van de tips die we kregen en opvolgden, was om de vragenlijst te verzenden naar een kennisplatform voor psychiaters met het verzoek deze te delen met hun redactieleden.

Analyse

De vragenlijst was gedurende twee maanden toegankelijk voor zorgverleners. Resultaten zijn verwerkt met beschrijvende statistiek.

Bij veel vragen is een antwoordoptie ‘anders, namelijk’ gegeven. Antwoorden die daar zijn gegeven, rapporteren we voor zover die vaker voorkwamen en/of ze een nieuwe antwoordcategorie zouden kunnen zijn bij een eventuele volgende monitoring. In de laatste vraag van de vragenlijst konden respondenten algemene opmerkingen plaatsen. Deze opmerkingen analyseerden we op thematische wijze.

Vragen naar alcoholgebruik

Om te berekenen bij welk percentage van hun patiënten/cliënten zorgverleners naar alcoholgebruik vragen, gebruikten we twee vragen. We deelden het aantal patiënten/cliënten dat een respondent in een gemiddelde werkweek naar alcoholgebruik vraagt, door het aantal patiënten/cliënten dat een respondent in een gemiddelde werkweek ziet. Bij meerdere respondenten kwam het percentage hoger dan 100 uit, wat erop wijst dat minimaal een van deze vragen onduidelijk is geweest. We rapporteren dit resultaat wel, waarbij we percentages hoger dan 100 buiten de analyse hebben gelaten, maar het percentage patiënten bij wie naar alcoholgebruik wordt gevraagd is niet betrouwbaar en moet daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

2.4 Groepsgesprekken

2.4.1 Huisartsen en POH's

In 2023-2024 is in opdracht van VWS door het Nivel onderzocht hoe vaak alcoholproblematiek (ICPC-codes P15/P16)² voor de eerste keer werd vastgelegd in het patiëntendossier tussen 2018 en 2022 [18]. In het kader van deze studie organiseerden we ook twee online groepsgesprekken: één met huisartsen en één met POH's, waarin ook een aantal resultaten van onze monitor zijn gepresenteerd en besproken.

Voor deze groepsgesprekken nodigden we in eerste instantie huisartsen en POH's uit van de huisartsenpraktijken uit Nivel Zorgregistraties Eerstelijns:

- Huisartsen en POH's van dertig praktijken met relatief veel, dat wil zeggen meer dan gemiddeld, patiënten met een vastgelegd alcoholprobleem.
- Huisartsen en POH's van dertig praktijken met relatief weinig patiënten met een vastgelegd alcoholprobleem.
- Nadat dit te weinig respons opleverde (3 huisartsen en 3 POH's) nodigden we aanvullend huisartsen en POH's uit het netwerk van de onderzoekers uit. Uiteindelijk hielden we een groepsgesprek met zes huisartsen en een groepsgesprek met acht POH's, waarvan zes POH-S en twee POH-GGZ.

In deze groepsgesprekken vroegen we aan huisartsen en POH's of zij een inschatting konden maken bij hoeveel patiënten van hun eigen patiëntenpopulatie alcoholproblematiek speelt. Ook vroegen we wanneer en hoe huisartsen en POH's naar alcoholproblematiek vragen. Daarnaast is besproken of huisartsen of POH's alcoholproblematiek in het patiëntendossier registreren en welke

² De International Classification of Primary Care (ICPC) is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartsenzorg.

belemmeringen zij hierin ervaren. Tenslotte bespraken we welke ondersteuning huisartsen en POH's bieden aan patiënten met alcoholproblematiek en of zij behoefte hebben aan hulpmiddelen daarbij.

De online groepsgesprekken zijn opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens codeerden we de gesprekken semigestructureerd volgens de hierboven genoemde thema's. De huisartsen en POH's die deelnamen aan de groepsgesprekken hadden geen bijzondere affiniteit met alcoholproblematiek, maar kunnen mede door hun beperkte aantal ook niet worden gezien als een representatieve afspiegeling van alle huisartsen en POH's in Nederland. De resultaten van de groepsgesprekken zijn daarom bedoeld als een kwalitatieve aanvulling bij de kwantitatieve data.

Voor een gedetailleerde weergave van de groepsgesprekken verwijzen we naar het rapport *Alcoholproblematiek in de huisartsenzorg. Mogelijkheden voor vroegsignalering?* van Leemrijse, Ramerman & Verheij. Nivel, Utrecht 2024 (in press)[18].

2.4.2 Tweedelij

Om de resultaten voor de tweedelijnszorg beter te kunnen duiden, sloten we aan bij een overleg van de SVA-werkgroep Tweedelij op 19 april 2024. We legden de werkgroep twee opvallende resultaten voor, namelijk de lage respons van (somatisch) verpleegkundigen werkzaam op andere afdelingen dan de SEH, en de lage bekendheid en het lage gebruik van veel richtlijnen en hulpmiddelen. Door de korte tijd was de opbrengst beperkt, waarop we de twee vragen per e-mail nastuurden naar de werkgroepleden, samen met tabel 20. Dat leverde één aanvullende reactie op.

2.5 Begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie bestond uit Pim Assendelft (hoogleraar Preventie in de zorg, Radboud UMC), Rob Bovens (lid stuurgroep SVA en Dagelijks Bestuur SVA; senior onderzoeker Tranzo, Tilburg University), Bart Knottnerus (huisarts; programmaleider Huisartsenzorg, Nivel), Anne-Wil Marissen (onderzoeker, Trimbos-instituut) en Henk Garretsen (emeritus-hoogleraar Tranzo, Tilburg University). Bij aanvang van het project is een afstemmingsoverleg geweest met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie om de uitgangspunten en opzet van de monitoring te bespreken. Ook hadden we overleg met projectleiders van de Tasforce Alcoholvrije Start en de projectleider (tevens voorzitter van de SVA-werkgroep Tweedelij) van een aanpalend project van Tilburg University, om overlap in vraagstelling en onnodige belasting van zorgverleners te voorkomen.

3 Resultaten

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de eerste meting van de monitor voor de eerstelijns zorgverleners, tweedelijns zorgverleners en studentepsychologen per onderdeel. De vragenlijst bevat vragen over:

- Algemene gegevens van de respondenten.
- Hoe vaak zij riskant alcoholgebruik signaleren en bespreken.
- Wat zij doen aan advisering en verwijzing als zij bij hun patiënten/cliënten riskant alcoholgebruik vermoeden of hebben vastgesteld.
- Wat de kennis en het gebruik van verschillende richtlijnen en hulpmiddelen is.

Na de resultaten van het vragenlijstonderzoek presenteren we de resultaten van de focusgroepen uit het onderzoek van het Nivel waarin een aantal resultaten uit de vragenlijst zijn besproken [18].

3.1 Algemene gegevens

Aanvankelijk zijn 771 respondenten aan de vragenlijst begonnen: 171 zorgverleners in de eerstelijnszorg, 568 zorgverleners in de tweedelijnszorg en 32 studentepsychologen. Niet iedereen vulde de vragenlijst helemaal in. Voor de weergave van de kenmerken van de respondenten in deze paragraaf zijn de respondenten meegenomen die in ieder geval de vijf vragen over signalering beantwoordden. Dat betrof 160 zorgverleners uit de eerstelijns, 500 uit de tweedelijns en 26 studentepsychologen.

3.1.1 Eerstelijns

Tabel 1 Kenmerken van de respondenten werkzaam in de eerstelijnszorg

	Alle eerstelijns zorgverleners (N=160)*	Huisartsen (N=80)	POH-GGZ (N=49)	POH-S (N=29)
Geslacht				
vrouw	113 (70%)	48 (60%)	37 (76%)	27 (93%)**
man	46 (29%)	32 (40%)	11 (22%)	2 (7%)
anders	1 (1%)	0	1 (2%)	0
Praktijktype***				
Solopraktijk	37 (23%)	24 (30%)	4 (8%)	9 (31%)
Duopraktijk	36 (22%)	25 (31%)	9 (18%)	1 (3%)
Groepspraktijk	78 (49%)	29 (36%)	32 (65%)	17 (59%)
Anders	9 (6%)	2 (3%)	4 (8%)	2 (7%)
Werkervaring***				
0-5 jaar	10 (6%)	2 (3%)	5 (10%)	2 (7%)
5-10 jaar	27 (17%)	12 (15%)	6 (12%)	9 (31%)
10-15 jaar	25 (16%)	10 (13%)	9 (18%)	5 (17%)
15-20 jaar	23 (14%)	16 (20%)	5 (10%)	2 (7%)
20-25 jaar	26 (16%)	13 (16%)	6 (12%)	7 (24%)
> 25 jaar	49 (31%)	27 (34%)	18 (37%)	4 (14%)
Gemiddeld aantal patiënten/week	54	82	25	32

* Er zijn ook twee POH-jeugd die hebben gereageerd, zij worden niet apart in de tabellen weergegeven

** Eén POH-S heeft de vraag naar geslacht niet ingevuld

*** Door afronding tellen percentages niet altijd op tot 100

De meeste respondenten uit de eerstelijnszorg zijn vrouw. Bijna de helft van alle respondenten uit de eerstelijnszorg is werkzaam in een groepspraktijk (49%), 23% in een duopraktijk en 23% in een solopraktijk. Zes procent van de respondenten geeft aan in een 'ander' type organisatie te werken, zoals een ketenorganisatie van meerdere huisartsenpraktijken, gezondheidscentrum, HOED of verpleeghuis. De groep respondenten heeft ruime werkervaring. Huisartsen geven aan gemiddeld negentien jaar werkervaring te hebben, POH's-GGZ twintig jaar en POH's-S veertien jaar. Het gemiddeld aantal patiënten dat zorgverleners gemiddeld per week zien, varieert sterk per discipline (tabel 1).

3.1.2 Tweedelijns

Tabel 2 Kenmerken van de respondenten werkzaam in de tweedelijnszorg*

	Alle tweedelijnszorgverleners (N=500)	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)**	Ggz-verpleegkundigen (N=249)	Medisch specialisten (N=144)	Verpleegkundigen (N=79)
Geslacht					
vrouw	351 (70%)	20 (71%)	185 (74%)	83 (58%)	63 (80%)
man	148 (30%)	8 (29%)	64 (26%)	60 (42%)	16 (20%)
anders	1	0	0	1	0
Type organisatie					
Ambulant/polikliniek	244 (49%)	22 (79%)	188 (76%)	18 (12%)	16 (20%)
Intramuraal/klinisch	170 (34%)	3 (11%)	29 (12%)	88 (61%)	50 (63%)
Anders	86 (17%)	3 (11%)	32 (13%)	38 (26%)	13 (16%)
Werkervaring					
0-5 jaar	41 (8%)	4 (14%)	9 (4%)	19 (13%)	9 (11%)
5-10 jaar	47 (9%)	6 (21%)	14 (6%)	16 (11%)	11 (14%)
10-15 jaar	84 (17%)	6 (21%)	23 (9%)	40 (28%)	15 (19%)
15-20 jaar	72 (14%)	3 (11%)	28 (11%)	28 (19%)	13 (16%)
20-25 jaar	65 (13%)	1 (4%)	35 (14%)	18 (12%)	11 (14%)
> 25 jaar	191 (38%)	8 (29%)	140 (56%)	23 (16%)	20 (25%)
Gemiddeld aantal patiënten/week	28	15	18	47	30

* Door afronding tellen percentages niet altijd op tot 100

** Vanwege relatief lage aantallen respondenten met deze beroepen, zijn respondenten die invulden dat zij psychiater, psycholoog of psychotherapeut zijn, samengevoegd in de tabellen

Veruit de grootste groep respondenten binnen de tweedelijnszorgverleners bestaat uit ggz-verpleegkundigen, gevolgd door medisch specialisten. Binnen de medisch specialisten zijn SEH-artsen (N=65) en MDL-artsen (N=35) in de meerderheid, tussen de aantallen andere specialisten die meededen aan de vragenlijst (cardiologen, internisten en neurologen) zit minder verschil. Ook in de groep verpleegkundigen is de afdeling SEH (zeer) sterk vertegenwoordigd; 73 van de 79 deelnemende verpleegkundigen werken op de SEH.

Het type organisatie waar de respondenten het vaakst werkzaam zijn, verschilt sterk per beroepsgroep. Psychiaters, psychologen en psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen werken het

vaakst in een ambulante/poliklinische omgeving, terwijl medisch specialisten en verpleegkundigen meer intramurale/klinische zorg verlenen. Een veel gegeven antwoord bij de optie 'anders' is dat een respondent in beide type organisaties werkt. Ook willen meerdere respondenten bij deze optie kwijt dat zij eigenlijk derdelijnszorg, dat wil zeggen hoog specialistische zorg, verlenen. Bovendien vulden sommigen hier in dat ze op de SEH werkzaam zijn, wat erop wijst dat zij dit zien als een ander type werkomgeving. Als het gaat om werkervaring valt op dat een groot deel van de ggz-verpleegkundigen met meer dan 25 jaar werkervaring zeer ervaren is. Medisch specialisten en verpleegkundigen zien gemiddeld meer patiënten per week dan de twee groepen zorgverleners die in de ggz werkzaam zijn.

3.1.3 Studentenpsychologen

Tabel 3 Kenmerken van de deelnemende studentenpsychologen

	Studentenpsychologen (N=25)
Geslacht	
vrouw	18 (72%)
man	6 (24%)
anders	1 (4%)
Type onderwijs	
Hbo	10 (40%)
Universiteit	15 (60%)
Anders	0
Werkervaring	
0-5 jaar	9 (36%)
5-10 jaar	7 (28%)
10-15 jaar	6 (24%)
15-20 jaar	1 (4%)
20-25 jaar	1 (4%)
> 25 jaar	1 (4%)
Gemiddeld aantal studenten/week	14

Studentenpsychologen die de vragenlijst invulden, werken iets vaker op universiteiten dan op hogescholen. De meesten werken nog relatief kort als studentenpsycholoog. Deze respondentengroep ziet gemiddeld veertien studenten/cliënten per week.

3.2 Signalering en bespreken

3.2.1 Eerstelijns

Vragen naar alcoholgebruik en gebruik screeningsinstrumenten

Aan de zorgverleners vroegen we bij hoeveel procent van hun patiëntenpopulatie zij alcoholgerelateerde problemen vermoeden en of zij hun patiënten wel eens naar alcoholgebruik vragen. Huisartsen vermoeden gemiddeld bij 6% van hun patiënten alcohol gerelateerde problemen, POH's-GGZ bij 18% en POH's-S bij 10%. Huisartsen vragen naar schatting bij 14% van hun patiënten

naar alcoholgebruik, POH's-GGZ bij 34% en POH's-S bij 57%³. Hierbij moet worden opgemerkt dat patiëntenpopulaties van de verschillende zorgprofessionals verschillen.

Vrijwel alle eerstelijnszorgverleners vragen wel eens naar het alcoholgebruik van hun patiënten/cliënten (Tabel 4). Huisartsen en POH's-GGZ gebruiken hierbij niet vaak een screeningsvragenlijst, 34% van de POH's-S gebruiken de Five Shot. POH's-GGZ noemen bij de optie 'anders' de SCID, Minddistrict, eigen vragenlijst, VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) Evie screening en Screener van Ksyos.

*Tabel 4 Vragen naar alcoholgebruik en gebruik van screeningsinstrumenten door eerstelijnszorgverleners**

	Huisartsen (N=80)	POH-GGZ (N=49)	POH-S (N=29)
Vraagt u wel eens naar alcoholgebruik bij uw patiënten/cliënten?			
Nee, (bijna) nooit	0	1 (2%)	1 (3%)
Ja, soms	60 (75%)	13 (27%)	3 (10%)
Ja, (bijna) altijd	20 (25%)	35 (71%)	25 (86%)
Maakt u gebruik van één of meer screeningsinstrumenten?			
Nee	69 (86%)	39 (80%)	17 (59%)
Screeningsvragenlijst CAGE	5 (6%)	0	0
Screeningsvragenlijst FIVE SHOT	8 (10%)	1 (2%)	10 (34%)
Screeningsvragenlijst AUDIT/AUDIT-C	0	0	1 (3%)
Anders	2 (3%)	9 (18%)	1 (3%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Belangrijkste aanleidingen om te vragen naar alcoholgebruik

De meest genoemde belangrijkste aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen, is voor de huisarts als de patiënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik (98%), gevolgd door laboratoriumuitslagen die op overmatig alcoholgebruik wijzen (95%). Ook wanneer de patiënt tijdens het consult alcohol heeft gebruikt of wanneer de naaste van de patiënt zorgen heeft geuit, is dit voor huisartsen aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen (84%).

Ook de POH's-GGZ noemen als belangrijkste aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen als de patiënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik (69%) en wanneer iemand eerder een alcoholprobleem had (beiden 69%). Ook als tijdens het consult blijkt dat de patiënt gedronken heeft, is dit vaak een aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen (61%). De POH-S zegt vooral naar alcoholgebruik te vragen wanneer iemand tot de risicogroep behoort (90%) of wanneer laboratoriumuitslagen hiertoe aanleiding geven (66%). Zwangerschap is bij alle respondenten de minst vaak genoemde aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen.

³ Zoals opgemerkt in de methoden, is deze vraag niet betrouwbaar omdat een of beide vragen waaruit dit percentage is berekend onduidelijk zijn geweest.

Tabel 5 Belangrijkste aanleidingen om naar alcoholgebruik te vragen voor eerstelijnszorgverleners*

	Huisartsen (N=80)	POH-GGZ (N=49)	POH-S (N=29)
N.v.t.; ik vraag nooit naar alcoholgebruik	0	0	0
Als iemand is doorverwezen en daarbij (riskant) alcoholgebruik is genoemd	40 (50%)	30 (61%)	4 (14%)
Als ik weet dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad)	66 (83%)	34 (69%)	16 (55%)
Als ik tijdens het consult merk dat iemand alcohol (heeft) gebruikt	67 (84%)	30 (61%)	13 (45%)
Als uiterlijke signalen wijzen op overmatig alcoholgebruik, bijv. gesprongen haarvaatjes in het gezicht	38 (48%)	22 (45%)	8 (28%)
Als laboratoriumuitslagen in die richting wijzen	76 (95%)	11 (22%)	19 (66%)
Als de patiënt/cliënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik (pop up)**	78 (98%)	34 (69%)	9 (31%)
Als de patiënt/cliënt tot een risicogroep behoort (pop up)	47 (59%)	18 (37%)	26 (90%)
Als de patiënt/cliënt zwanger is	29 (36%)	7 (14%)	1 (3%)
Als een familielid of naaste zorgen over de patiënt/cliënt heeft geuit	67 (84%)	23 (47%)	9 (31%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op regelmatig deelneemt aan het verkeer	33 (41%)	19 (39%)	3 (10%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op naar het werk gaat	34 (43%)	14 (29%)	1 (3%)
Anders, namelijk	9 (11%)	24 (49%)	1 (3%)
N.v.t.; ik vraag nooit naar alcoholgebruik	0	0	0

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

** In een pop-up werden klachten en risicogroepen verder gespecificeerd

POH's-GGZ geven bij de optie 'anders' aan dat zij bij de intake van patiënten standaard vragen naar alcoholgebruik. Ook de huisartsen en POH-S die de optie 'anders' invulden, geven dit aan.

3.2.2 Tweedelijns

Vragen naar alcoholgebruik en gebruik screeningsinstrumenten

Ook aan tweedelijnszorgverleners vroegen we bij welk deel van hun patiënten/cliënten zij een vermoeden van alcoholgerelateerde problemen hebben. Op die vraag antwoorden de ggz-zorgverleners (de groep psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en de groep ggz-verpleegkundigen) met de hoogste percentages; respectievelijk gemiddeld 24% en 25%. Gemiddeld genomen denken verpleegkundigen dat 15% van de patiënten die zij in een gemiddelde werkweek zien, alcoholgerelateerde problemen heeft. Voor medisch specialisten is dit gemiddeld 11%.

Ook vroegen we aan welk deel van hun patiënt-/cliëntbestand tweedelijnszorgverleners vragen naar alcoholgebruik⁴. Medisch specialisten vragen dit gemiddeld aan het grootste deel van hun patiënten (47%). Ggz-verpleegkundigen en psychiaters, psychologen en psychotherapeuten komen daarna met gemiddeld 38% en 34%. Verpleegkundigen vragen gemiddeld 31% van hun patiënten naar hun alcoholgebruik.

⁴ Zoals opgemerkt in de methoden, is deze vraag niet betrouwbaar omdat een of beide vragen waaruit dit percentage is berekend onduidelijk zijn geweest.

Verder vroegen we ook tweedelijnszorgverleners hoe vaak zij hun patiënten/cliënten naar alcoholgebruik vragen en of zij bepaalde screeningsinstrumenten gebruiken.

*Tabel 6 Vragen naar alcoholgebruik en gebruik van screeningsinstrumenten door tweedelijnszorgverleners**

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)	Ggz- verpleegkundigen (N=249)	Medisch specialisten (N=144)	Verpleegkundigen (N=79)
Vraagt u wel eens naar alcoholgebruik bij uw patiënten/cliënten?				
Nee, (bijna) nooit	0	1	2 (1%)	3 (4%)
Ja, soms	7 (25%)	46 (18%)	39 (27%)	55 (70%)
Ja, (bijna) altijd	21 (75%)	202 (81%)	103 (72%)	21 (27%)
Maakt u gebruik van één of meer screeningsinstrumenten?				
Nee	24 (86%)	195 (78%)	135 (94%)	61 (77%)
Screeningsvragenlijst CAGE	0	11 (4%)	0	0
Screeningsvragenlijst FIVE SHOT	0	2 (1%)	1 (1%)	0
Screeningsvragenlijst AUDIT/AUDIT-C	2 (7%)	17 (7%)	5 (3%)	16 (20%)
Anders	3 (11%)	28 (11%)	4 (3%)	2 (3%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Bijna niemand zegt (bijna) nooit naar het alcoholgebruik van hun patiënten/cliënten te vragen. Van alle beroepsgroepen vraagt een deel soms, en een nog groter deel (bijna) altijd naar alcoholgebruik, met uitzondering van de verpleegkundigen. Zij vragen vaker 'soms' dan '(bijna) altijd' naar alcoholgebruik van hun patiënten. Alle beroepsgroepen maken weinig gebruik van screeningsinstrumenten. Verpleegkundigen maken opvallend veel gebruik van de screeningsvragenlijst AUDIT/AUDIT-C. Respondenten die aangeven van andere screeningsinstrumenten gebruik te maken, noemen vaak de MATE(-Q). Meerderen noemen het afnemen van een blaastest en de CIWA. Andere screeningsinstrumenten die (steeds door één persoon) worden genoemd zijn DUDIT, Taps, SumID-Q, CAGE, AMPLE (het onderdeel 'intoxicaties').

Belangrijkste aanleidingen om te vragen naar alcoholgebruik

Tweedelijnszorgverleners kozen diverse redenen voor het vragen naar alcoholgebruik bij hun patiënten/cliënten. Voor relatief veel zorgverleners zijn klachten die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik, weten dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad) en het tijdens het consult merken dat iemand alcohol (heeft) gebruikt, belangrijke redenen om te vragen naar het alcoholgebruik. Een andere top-3-reden voor psychiaters, psychologen en psychotherapeuten is dat (riskant) alcoholgebruik is genoemd bij een doorverwijzing. Voor medisch specialisten zijn ook bepaalde laboratoriumuitslagen een belangrijke reden om te vragen naar het alcoholgebruik van hun patiënten. Zwangerschap van een patiënt/cliënt is door alle beroepsgroepen het minst vaak gekozen.

Tabel 7 Belangrijkste aanleidingen om naar alcoholgebruik te vragen voor tweedelijnszorgverleners*

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)	Ggz- verpleeg- kundigen (N=249)	Medisch specialisten (N=144)	Verpleeg- kundigen (N=79)
N.v.t.; ik vraag nooit naar alcoholgebruik	0	0	0	1 (1%)
Als iemand is doorverwezen en daarbij (riskant) alcoholgebruik is genoemd	19 (68%)	146 (59%)	67 (47%)	42 (53%)
Als ik weet dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad)	22 (79%)	176 (71%)	77 (53%)	50 (63%)
Als ik tijdens het consult merk dat iemand alcohol (heeft) gebruikt	14 (50%)	155 (62%)	83 (58%)	57 (72%)
Als uiterlijke signalen wijzen op overmatig alcoholgebruik, bijv. gesprongen haarvaatjes in het gezicht	12 (43%)	121 (49%)	54 (38%)	33 (42%)
Als laboratoriumuitslagen in die richting wijzen	6 (21%)	81 (33%)	87 (60%)	37 (47%)
Als de patiënt/cliënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik (pop up)	20 (71%)	163 (65%)	96 (76%)	46 (58%)
Als de patiënt/cliënt tot een risicogroep behoort (pop up)	10 (36%)	108 (43%)	45 (31%)	14 (18%)
Als de patiënt/cliënt zwanger is	3 (11%)	60 (24%)	16 (11%)	5 (6%)
Als een familielid of naaste zorgen over de patiënt/cliënt heeft geuit	15 (54%)	132 (53%)	60 (42%)	45 (57%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op regelmatig deelneemt aan het verkeer	8 (29%)	103 (41%)	35 (24%)	32 (41%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op naar het werk gaat	7 (25%)	85 (34%)	28 (19%)	16 (20%)
Anders	13 (46%)	102 (41%)	57 (40%)	15 (19%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Bij 'anders' vulde een aanzienlijk deel van de respondenten in dat alcoholgebruik een standaard thema is in intakes en/of andere gesprekken die zij voeren met hun patiënten/cliënten. Meerdere zorgverleners zeggen te vragen naar alcoholgebruik als alcohol door iemands conditie (een bepaalde ziekte bijvoorbeeld) extra schade kan aanrichten. Daarnaast geeft een aantal respondenten aan dat zij willen weten of en hoeveel alcohol iemand gebruikt in verband met interactie-effecten, bij het voorschrijven van medicatie. Andere redenen, steeds door één respondent genoemd, zijn: 'bij alcoholmisbruik en het hebben van kinderen,' het opmerken dat iemand veel alcohol in huis heeft (bij een huisbezoek) en 'onverklaarbare ongelukken.'

3.2.3 Studentenpsychologen

Vragen naar alcoholgebruik en gebruik screeningsinstrumenten

Studentenpsychologen hebben bij gemiddeld 13% van hun cliënten vermoedens van alcoholgerelateerde problemen. Gemiddeld genomen vragen ze aan 45% van hun cliënten naar hun alcoholgebruik.⁵

Tabel 8 Vragen naar alcoholgebruik en gebruik van screeningsinstrumenten door studentenpsychologen*

	Studentenpsychologen (N=25)
Vraagt u weleens naar alcoholgebruik bij uw patiënten/cliënten?	
Nee, (bijna) nooit	2 (8%)
Ja, soms	7 (28%)
Ja, (bijna) altijd	15 (60%)
Maakt u gebruik van één of meer screeningsinstrumenten?	
Nee	22 (88%)
Screeningsvragenlijst CAGE	0
Screeningsvragenlijst FIVE SHOT	0
Screeningsvragenlijst AUDIT/AUDIT-C	0
Anders	3 (12%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Bijna alle deelnemende studentenpsychologen zeggen te vragen naar het alcoholgebruik van hun cliënten. Een deel doet dit soms, maar de meesten (bijna) altijd. Veruit de meeste respondenten in deze groep maken geen gebruik van een screeningsinstrument. Enkelen geven aan een andere screener dan genoemd in de vragenlijst te gebruiken. Daarmee doelen twee van hen op vragen in hun aanmeldformulieren voor studenten. De andere respondent noemt het screeningsinstrument SQ-48 en het 'intakeformulier van Gezondeboel.nl.'

Aanleidingen om te vragen naar alcoholgebruik

Veel voorkomende redenen voor studentenpsychologen om te vragen naar het alcoholgebruik van hun cliënten blijken het weten dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad), het tijdens een consult merken dat iemand alcohol (heeft) gebruikt en als een student klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik. Dertien studentenpsychologen geven aan 'andere redenen' te hebben, wat in de meeste gevallen wordt toegelicht door aan te geven dat vragen naar alcoholgebruik standaard onderdeel is van de intakes. Sommigen noemen daarbij dat dat vanzelfsprekend is, gezien de studentendoelgroep.

⁵ Zoals opgemerkt in de methoden, is deze vraag niet betrouwbaar omdat een of beide vragen waaruit dit percentage is berekend onduidelijk zijn geweest.

Tabel 9 Aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen voor studentenpsychologen*

	Studentenpsychologen (N=25)
N.v.t.; ik vraag nooit naar alcoholgebruik	2 (8%)
Als iemand is doorverwezen en daarbij (riskant) alcoholgebruik is genoemd	8 (32%)
Als ik weet dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad)	13 (52%)
Als ik tijdens het consult merk dat iemand alcohol (heeft) gebruikt	12 (48%)
Als uiterlijke signalen wijzen op overmatig alcoholgebruik, bijv. gesprongen haarvaatjes in het gezicht	6 (24%)
Als laboratoriumuitslagen in die richting wijzen	1 (4%)
Als de patiënt/cliënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik (pop up)	12 (48%)
Als de patiënt/cliënt tot een risicogroep behoort (pop up)	4 (16%)
Als de patiënt/cliënt zwanger is	2 (8%)
Als een familielid of naaste zorgen over de patiënt / cliënt heeft geuit	7 (28%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op regelmatig deelneemt aan het verkeer	2 (8%)
Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op naar het werk gaat	3 (12%)
Anders	13 (52%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

3.3 Advisering en verwijzing

3.3.1 Eerstelijns

Gesprek over riskant alcoholgebruik

We vroegen de zorgverleners wat zij doen wanneer zij vermoeden dat het alcoholgebruik van hun patiënt riskant is. 63% van de huisartsen geeft aan (bijna) altijd zelf het gesprek aan te gaan, net als 85% van de POH's-GGZ en 33% van de POH's-S.

In de vragenlijst was gelegenheid om een toelichting te geven waarom de zorgverleners niet zelf het gesprek aangaan wanneer er sprake lijkt te zijn van riskant alcoholgebruik. Twee door POH's-GGZ genoemde redenen zijn dat dit meer een taak is van de behandelend arts op de SEH en dat het beter is als de patiënt zelf het gesprek begint, waarbij de POH-GGZ de ruimte daarvoor geeft. Een POH-S gaf aan dat het relatief weinig voorkomt dat zij/hij overmatig alcoholgebruik signaleert en dat haar/zijn functie dan vooral gericht is op het wijzen van de risico's en eventueel verwijzen naar de huisarts. Huisartsen gaven geen toelichting.

Tabel 10 Mate waarin eerstelijnszorgverleners zelf expliciet het gesprek aan gaan met de patiënt wanneer zij vermoeden dat diens alcoholgebruik riskant is

	Huisartsen (N=80)	POH-GGZ (N=49)	POH-S (N=29)
Nee, (bijna) nooit	0	1 (2%)	3 (11%)
Ja, soms	30 (37%)	6 (13%)	15 (56%)
Ja, (bijna) altijd	80 (63%)	39 (85%)	9 (33%)

Activiteiten na signalering of vermoeden alcoholprobleem

Ook vroegen we naar de vervolgactiviteiten van zorgverleners wanneer zij signaleren of vermoeden dat het alcoholgebruik van hun patiënt riskant is. Huisartsen geven het vaakst aan dat zij dit in het patiëntendossier registreren, de patiënt informeren over de risico's van alcohol en advies geven minder te drinken of te stoppen. Ook veel huisartsen geven aan de patiënt te verwijzen. De POH-GGZ voert vaak zelf begeleidende gesprekken om te stoppen, of verwijst de patiënt. De meest genoemde activiteit door de POH-S is adviseren om minder te drinken of te stoppen en registratie in het dossier.

Tabel 11 Activiteiten nadat eerstelijnszorgverleners een alcoholprobleem bij hun patiënt signaleren of vermoeden

	Huisartsen (N=80)	POH-GGZ (N=49)	POH-S (N=29)
Meestal niets	0	0	0
Ik registreer het in het patiëntendossier	70 (88%)	34 (69%)	25 (86%)
Ik inventariseer eventueel onderliggende psychosociale problematiek	60 (75%)	43 (43%)	5 (17%)
Ik geef de patiënt advies om minder te drinken of te stoppen	70 (88%)	27 (55%)	26 (90%)
Ik informeer de patiënt over de risico's van alcoholgebruik	68 (85%)	36 (73%)	23 (79%)
Ik geef de patiënt een algemene folder mee (papier of digitaal, bijvoorbeeld van Thuisarts.nl)	15 (19%)	10 (20%)	2 (7%)
Ik attendeer de patiënt op online hulpmiddelen/interventies om het drinken te minderen/stoppen	18 (23%)	33 (67%)	3 (10%)
Ik schrijf medicatie voor (bijv. thiamine, lorazepam, disulfiram, acamprosaat of naltrexon)	18 (23%)	0	0
Ik bied (zelf) begeleidende gesprekken/coaching om het drinken te verminderen/stoppen	31 (39%)	38 (78%)	4 (14%)
Ik verwijst de patiënt/cliënt	68 (85%)	38 (78%)	11 (38%)
Anders, namelijk	6 (8%)	8 (16%)	7 (24%)

De POH-S die de optie 'anders' invulden, geven hier vooral aan dat zij overleggen met de huisarts.

Verwijzing

De huisarts verwijst vooral naar de POH-GGZ en naar verslavingszorg in de ggz. Ook de POH-GGZ verwijst het vaakst naar (de preventieafdeling van) de verslavingszorg in de ggz, en verwijst ook vaak naar digitale interventies of zelfhulpgroepen. De POH-S verwijst terug naar de eigen huisarts of naar de POH-GGZ.

Tabel 12 Verwijzing door eerstelijnszorgverleners naar gespecialiseerd aanbod

	Huisarts (N=80)	POH-GGZ (N=47)	POH-S (N=29)
N.v.t., ik verwijs mijn patiënt/cliënt nooit door	0	0	2 (7%)
Naar digitale interventies om het drinken te minderen/stoppen	8 (10%)	23 (49%)	2 (7%)
De (eigen) huisarts	0	7 (15%)	27 (93%)
De POH-Somatiek	5 (6%)	2 (4%)	1 (3%)
De POH-GGZ	44 (55%)	4 (9%)	11 (38%)
De POH-Jeugd	2 (3%)	1 (2%)	0
De POH-Ouderen	2 (3%)	2 (4%)	0
Het wijk- of buurtteam	4 (5%)	2 (4%)	0
Basis ggz	15 (19%)	8 (17%)	0
Gespecialiseerde ggz	23 (29%)	16 (34%)	0
Vrijgevestigde psycholoog, psychotherapeut, psychiater	5 (6%)	4 (9%)	0
Preventie-afdeling van de verslavingszorg	13 (16%)	23 (49%)	1 (3%)
Verslavingszorg in de ggz	72 (90%)	39 (83%)	4 (14%)
Bedrijfsarts	0	1 (2%)	0
Leefstijlpoli of leefstijlloket	2 (3%)	5 (11%)	0
Zelfregiecentrum, herstelacademie, zelfhulpgroep of iets soortgelijks	10 (13%)	22 (47%)	1 (3%)
Anders	4 (5%)	5 (11%)	1 (3%)

3.3.2 Tweedelijns

Gesprek over riskant alcoholgebruik

Ook bij tweedelijnszorgverleners peilden we in hoeverre zij expliciet het gesprek aangaan over het alcoholgebruik van hun patiënt/cliënt wanneer zij vermoeden dat het alcoholgebruik van de persoon riskant is.

Tabel 13 Mate waarin tweedelijnszorgverleners zelf expliciet het gesprek aangaan met de patiënt/cliënt wanneer zij vermoeden dat diens alcoholgebruik riskant is*

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)	Ggz-verpleeg- kundigen (N=245)	Medisch specialisten (N=138)	Verpleeg- kundigen (N=75)
Nee, (bijna) nooit	0	4 (2%)	10 (7%)	16 (21%)
Ja, soms	4 (14%)	41 (17%)	57 (41%)	39 (52%)
Ja, (bijna) altijd	24 (86%)	200 (82%)	71 (51%)	20 (27%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Als een patiënt/cliënt riskant alcohol blijkt te gebruiken, gaan psychiaters, psychologen en psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen daar in veruit de meeste gevallen (bijna) altijd expliciet het gesprek over aan. Een veel kleiner deel van deze twee beroepsgroepen doet dit soms, en vrijwel niemand (bijna) nooit. Bij medisch specialisten is deze verdeling anders; ongeveer de helft bespreekt riskant alcoholgebruik (bijna) altijd expliciet, en iets minder dan de helft soms. Een kleinere groep doet dit (bijna) nooit. Verpleegkundigen starten dit gesprek vaker slechts soms, en ongeveer even vaak (bijna) altijd of (bijna) nooit.

Twee ggz-verpleegkundigen die invulden (bijna) nooit expliciet over riskant alcoholgebruik met hun patiënten te beginnen, geven aan dit niet te doen, omdat ze in hun functie weinig patiëntcontact hebben. Een ander stelt hier: 'Bemoeizorg leidt toe naar zorg.' Van de tien medisch specialisten die een toelichting geven op 'nee, (bijna) nooit' zeggen acht er simpelweg onvoldoende tijd voor te hebben. Een deel van hen voegt hieraan toe 'geen vertrouwen te hebben in het effect van een gesprek' en 'dat mensen het zelf niet als een probleem ervaren.' Een laatste respondent zegt het gesprek niet expliciet aan te gaan, omdat het 'op de polikliniek over het algemeen over chronische zorg gaat en niet over events gerelateerd aan alcohol.'

Activiteiten na signalering of vermoeden alcoholprobleem

Veruit de meeste tweedelijnszorgverleners ondernemen bepaalde activiteiten als zij een alcoholprobleem bij hun patiënten/cliënten signaleren of vermoeden. Onder alle beroepsgroepen is een veel gekozen activiteit registratie in het patiëntendossier, net als het informeren van de patiënt/cliënt over de risico's van alcoholgebruik. Daarnaast zeggen relatief veel zorgverleners in zo'n situatie de patiënt/cliënt te adviseren om minder te drinken of te stoppen. Ggz-verpleegkundigen kiezen er relatief vaak voor om onderliggende psychosociale problematiek te inventariseren.

*Tabel 14 Activiteiten nadat tweedelijnszorgverleners een alcoholprobleem bij patiënt/cliënt signaleren of vermoeden**

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)	Ggz-verpleeg- kundigen (N=246)	Medisch specialisten (N=138)	Verpleeg- kundigen (N=75)
Meestal niets	0	2 (1%)	5 (4%)	5 (7%)
Ik registreer het in het patiëntendossier	24 (86%)	201 (82%)	116 (84%)	62 (83%)
Ik inventariseer eventueel onderliggende psychosociale problematiek	17 (61%)	191 (78%)	26 (19%)	23 (31%)
Ik geef de patiënt advies om minder te drinken of te stoppen	23 (82%)	148 (60%)	120 (87%)	38 (51%)
Ik informeer de patiënt over de risico's van alcoholgebruik	27 (96%)	202 (82%)	104 (75%)	31 (41%)
Ik geef de patiënt een algemene folder mee (papier of digitaal, bijvoorbeeld van Thuisarts.nl)	1 (4%)	13 (5%)	4 (3%)	7 (9%)
Ik attendeer de patiënt op online hulpmiddelen/interventies om het drinken te minderen/stoppen	9 (32%)	80 (33%)	24 (17%)	14 (19%)
Ik schrijf medicatie voor (bijv. thiamine, lorazepam, disulfiram, acamprosaat of naltrexon)	3 (11%)	23 (9%)	37 (27%)	2 (3%)
Ik bied (zelf) begeleidende gesprekken/coaching om het drinken te verminderen/stoppen	15 (54%)	129 (52%)	7 (5%)	2 (3%)
Ik verwijst de patiënt/cliënt	19 (68%)	173 (70%)	61 (44%)	9 (12%)
Anders	9 (32%)	42 (17%)	31 (22%)	12 (16%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Bij de optie ‘anders’ noemen psychiaters, psychologen en psychotherapeuten relatief vaak dat zij doorverwijzen, waarbij sommigen een extra toelichting geven (zoals ‘naar de verpleegkundig specialist’). Verder zeggen sommigen het intern te bespreken. De meeste ggz-verpleegkundigen die iets invullen bij ‘anders’, zeggen in zo’n situatie te overleggen met collega’s in een MDO. Een ander thema in de opmerkingen van ggz-verpleegkundigen is motiverende gespreksvoering; meerderen geven aan dat ze werken volgens de principes van deze methodiek. Enkeligen zeggen daarnaast te reageren met verdiepende vragen (bijvoorbeeld naar aantal consumpties) en psycho-educatie. Veruit de meeste medisch specialisten die hier iets invullen, geven aan de persoon te adviseren om naar de huisarts te gaan en/of zelf de huisarts te attenderen. Een aantal anderen zeggen mensen te verwijzen, ofwel intern naar bijvoorbeeld een aandachtsfunctionaris, of extern naar bijvoorbeeld verslavingszorg. Verpleegkundigen noemen ook het adviseren van een huisartsbezoek en/of zelf de huisarts informeren. Meerdere verpleegkundigen zeggen in zo’n situatie de dienstdoende arts te informeren.

Verwijzing

De meerderheid van de diverse groepen tweedelijnszorgverleners, met uitzondering van de verpleegkundigen, verwijst patiënten/cliënten die riskant alcohol gebruiken, door naar andere zorgverleners. Daarbij zijn de huisarts en de verslavingszorg in de ggz vaker gekozen, hoewel er bij beide opties grote verschillen tussen de beroepsgroepen zijn. Een deel van de psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen verwijst naar de gespecialiseerde ggz – iets wat voor medisch specialisten en verpleegkundigen bijna helemaal niet geldt.

Tabel 15 Verwijzing door tweedelijnszorgverleners naar gespecialiseerd aanbod*

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=28, resp. 8, 13, 7)	Ggz-verpleegkundigen (N=245)	Medisch specialisten (N=138)	Verpleegkundigen (N=75)
N.v.t., ik verwijs mijn patiënt/cliënt nooit door	2 (7%)	18 (7%)	17 (12%)	38 (51%)
Naar digitale interventies om het drinken te minderen/stoppen	3 (11%)	27 (11%)	4 (3%)	1 (1%)
De (eigen) huisarts	5 (18%)	54 (22%)	107 (78%)	30 (40%)
De POH-Somatiek	0	2 (1%)	0	3 (4%)
De POH-GGZ	2 (7%)	24 (10%)	10 (7%)	2 (3%)
De POH-Jeugd	0	1	0	0
De POH-Ouderen	0	2 (1%)	1 (1%)	0
Het wijk- of buurtteam	0	6 (2%)	2 (1%)	0
Basis ggz	0	9 (4%)	0	1 (1%)
Gespecialiseerde ggz	6 (21%)	55 (22%)	4 (3%)	1 (1%)
Vrijgevestigde psycholoog, psychotherapeut, psychiater	0	2 (1%)	0	0
Preventie-afdeling van de verslavingszorg	8 (29%)	39 (16%)	10 (7%)	2 (3%)
Verslavingszorg in de ggz	26 (93%)	190 (78%)	38 (28%)	4 (5%)
Bedrijfsarts	0	4 (2%)	0	0
Leefstijlpoli of leefstijlloket	1 (4%)	22 (9%)	13 (9%)	4 (5%)
Zelfregiecentrum, herstelacademie, zelfhulpgroep of iets soortgelijks	2 (7%)	37 (15%)	1 (1%)	0
Anders	3 (11%)	33 (13%)	11 (8%)	3 (4%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Bij de optie ‘anders’ noemen veel respondenten de verslavingszorg, soms met een specifieke organisatiernaam of behandeling (zoals detox). Ook de Anonieme Alcoholisten (AA)-groepen worden genoemd. Meerderen zeggen daarnaast te verwijzen naar psychiaters, psychologen, behandelaars die in een deel van de gevallen onderdeel uitmaken van dezelfde organisatie als die van de respondent. Enkele artsen en verpleegkundigen noemen het verwijs- en leefstijlketten en aandachtfunctionarissen in het ziekenhuis.

3.3.3 Studentenpsychologen

Gesprek over riskant alcoholgebruik

Het grootste deel van de studentenpsychologen gaat (bijna) altijd het gesprek aan met studenten die riskant alcohol lijken te gebruiken. Enkele studentenpsychologen doen dit soms of (bijna) nooit, en geven hier geen nadere toelichting op.

*Tabel 16 Mate waarin studentenpsychologen expliciet het gesprek aangaan met hun patiënten/cliënten over riskant alcoholgebruik**

	Studentenpsychologen (N=25)
Nee, (bijna) nooit	2 (8%)
Ja, soms	3 (12%)
Ja, (bijna) altijd	20 (80%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Activiteiten na signalering of vermoeden alcoholprobleem

Bijna geen van de studentenpsychologen zegt niets te doen als zij een alcoholprobleem bij hun cliënt signaleren of vermoeden. Het vaakst reageren ze op zo'n situatie door de student te verwijzen, de student te informeren over de risico's van alcoholgebruik of het alcoholprobleem te registreren in diens dossier. Bij 'andere activiteiten' noemen studentenpsychologen doorverwijzen naar (materiaal van) verslavingszorg, het toepassen van psycho-educatie, het voeren van professioneel overleg met een verslavingszorginstelling en het adviseren van de student om contact op te nemen met de huisarts voor een verwijzing.

Tabel 17 Activiteiten nadat studentenpsychologen een alcoholprobleem zij bij hun cliënt signaleren of vermoeden*

	Studentenpsychologen (N=25)
Meestal niets	2 (8%)
Ik registreer het in het patiëntendossier	17 (68%)
Ik inventariseer eventueel onderliggende psychosociale problematiek	15 (60%)
Ik geef de patiënt advies om minder te drinken of te stoppen	11 (44%)
Ik informeer de patiënt over de risico's van alcoholgebruik	18 (72%)
Ik geef de patiënt een algemene folder mee (papier of digitaal, bijvoorbeeld van Thuisarts.nl)	2 (8%)
Ik attendeer de patiënt op online hulpmiddelen/interventies om het drinken te minderen/stoppen	15 (60%)
Ik schrijf medicatie voor (bijv. thiamine, lorazepam, disulfiram, acamprosaat of naltrexon)	0
Ik bied (zelf) begeleidende gesprekken/coaching om het drinken te verminderen/stoppen	4 (16%)
Ik verwijst de patiënt/cliënt	21 (84%)
Anders	6 (24%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Verwijzing

Wanneer de studentenpsychologen verwijzen, doen zij dat meestal naar de huisarts en de verslavingszorg (de preventie-afdeling dan wel verslavingszorg in de ggz). Ook verwijzing naar digitale interventies, de POH-GGZ en de gespecialiseerde ggz komen voor.

Tabel 18 Verwijzing door studentenpsychologen naar gespecialiseerd aanbod*

	Studenten-psychologen (N=25)
N.v.t., ik verwijst mijn patiënt/cliënt nooit door	2 (8%)
Naar digitale interventies om het drinken te minderen/stoppen	11 (44%)
De (eigen) huisarts	19 (76%)
De POH-Somatiek	1 (4%)
De POH-GGZ	6 (24%)
De POH-Jeugd	1 (4%)
De POH-Ouderen	0
Het wijk- of buurtteam	1 (4%)
Basis ggz	4 (16%)
Gespecialiseerde ggz	7 (28%)
Vrijgevestigde psycholoog, psychotherapeut, psychiater	1 (4%)
Preventie-afdeling van de verslavingszorg	16 (64%)
Verslavingszorg in de ggz	16 (64%)
Bedrijfsarts	0
Leefstijlpoli of leefstijlloket	1 (4%)
Zelfregiecentrum, herstelacademie, zelfhulpgroep of iets soortgelijks	0
Anders	2 (8%)

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt.

Eén studentenpsycholoog geeft bij 'anders' aan te verwijzen naar AA-groepen.

3.4 Kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen

3.4.1 Eerstelij

De meeste huisartsen kennen en gebruiken de *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik* (87%) en *Thuisarts.nl* (71%). De *NHG-E-learning Problematisch alcoholgebruik* wordt ook gebruikt (16%), maar verder kennen en gebruiken huisartsen die de vragenlijst invulden vrijwel geen richtlijnen of hulpmiddelen. Voor de POH's-S is het beeld ongeveer gelijk. De *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik* (38%) en *Thuisarts.nl* (65%) zijn bekend en worden gebruikt, de overige hulpmiddelen nauwelijks. De POH-GGZ kent en gebruikt *Thuisarts.nl* het vaakst (60%). Ook de *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik* (30%), *Psychische klachten en alcohol Handreiking voor huisarts en POH-GGZ* (28%) en de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* (26%) worden relatief vaak gekend en gebruikt. De POH's-S kennen de *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik* (38%) en *Thuisarts.nl* (60%). De vraag naar kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen is door relatief weinig zorgverleners ingevuld (Tabel 19).

Tabel 19 Kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen

	Huisartsen (N=78)		POH's-GGZ (N=43)		POH-S (N=26)	
	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik
Richtlijnen/websites voor zorgverleners						
Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	8 (10%)	1	11 (26%)	5	1 (4%)	1
NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik	68 (87%)	58	13 (30%)	5	10 (38%)	6
NHG-Zorgmodule Leefstijl alcohol	8 (10%)	2	5 (12%)	0	1 (4%)	1
LESA Stoorissen in het gebruik van alcohol	5 (6%)	0	1(2%)	0	0	0
Multidisciplinaire richtlijn Stoorissen in het gebruik van alcohol	1 (1%)	0	2 (5%)	0	0	0
POHverslaving.nl	1 (1%)	0	9 (21%)	4	3 (12%)	2
Psychische klachten en alcohol Handreiking voor huisarts en POH-GGZ	4 (5%)	1	12 (28%)	5	0	0
NHG E-learning Problematisch alcoholgebruik	13 (17%)	3	3 (7%)	1	3 (12%)	1
De website herkenalcoholproblematiek.nl	1 (1%)	0	4 (9%)	2	1 (4%)	0
De website allesoverdrinken.nl	2 (3%)	2	5 (12%)	4	1 (4%)	0
De website alcoholbespreken.nl	2 (3%)	1	4 (9%)	3	0	0
Handreikingen en werkkaarten voor zorgverleners						
Handreiking: implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in de GGZ	2 (3%)	2	8 (19%)	5	0	0
Handreiking Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen	1 (1%)	0	0	0	0	0
Handreiking signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij studenten	0	0	0	0	0	0
Implementatiekaart netwerk: van spreekkamer naar leefstijlinterventie (FMS en NVZ)	1 (1%)	0	0	0	0	0
Interactieve flowchart: alcoholinterventies bij volwassen drinkers (en hun naasten) – wat past wanneer?	0	0	2 (5%)	0	1 (4%)	0
Toolkit Samen beslissen bij problematisch alcoholgebruik	5 (6%)	4	9 (21%)	5	0	0
Toolkit ABS-artsen: vertrouwelijke hulp voor artsen	0	0	0	0	0	0

Tabel 19 Vervolg

	Huisartsen (N=78)		POH's-GGZ (N=43)		POH-S (N=26)	
	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik
Werkkaart-risicovol-alcoholgebruik-studenten-hbo-wo	0	0	0	0	0	0
Interactieve zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in tweedelijnszorg	0	0	0	0	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in de GGZ	2 (3%)	2	3 (7%)	1	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in ziekenhuizen	1 (1%)	1	0	0	0	0
Hulpmiddelen/interventies voor patiënten, cliënten en naasten						
De website of app Thuisarts.nl/alcohol	55 (71%)	49	26 (60%)	20	17 (65%)	13
Dagboekje/middelenmeter (o.a. op Thuisarts.nl)	10 (13%)	6	6 (14%)	4	1 (4%)	1
Interventies alcoholgebruik eerste- en tweedelijnszorg op de website herkenalcoholproblematiek.nl	3 (4%)	1	2 (5%)	1	1 (4%)	0
CRAFT (Community reinforcement and family training)	0	0	3 (7%)	1	0	0
Moti-55	0	0	3 (7%)	2	0	0
Preventief adviesgesprek naasten	2 (3%)	0	2 (5%)	1	0	0
Samen nuchter	2 (3%)	0	3 (7%)	1	0	0
Help, mijn kind kan niet zonder?	0	0	2 (5%)	1	0	0
De website ikpas.nl	10 (13%)	3	9 (21%)	2	1 (4%)	0
De website allesoverdrinken.nl	4 (5%)	1	5 (12%)	4	1 (4%)	0

Laatste vraag naar opmerkingen

Veertien huisartsen en zeventien POH's vulden de allerlaatste vraag naar opmerkingen in. Huisartsen en POH's noemen andere scholingen of activiteiten die zij ondernemen om alcoholgebruik van hun patiënten te verminderen, zoals een nascholing bij Jellinek, richtlijnen van SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd), een wijkproject 'ontwijnen', het boek *Op je gezondheid* van René Kahnz, de tekenfilm de gele vogel, documentaire Roes van de VPRO. Een aantal huisartsen en POH's geeft aan dat er veel meer richtlijnen, hulpmiddelen en interventies zijn dan dat zij wisten en vinden het een reden om hier eens naar te gaan kijken. Anderen vinden alle beschikbare materialen wat veel van het goede en denken dat het vragen naar alcohol genoeg zou moeten zijn.

3.4.2 Tweedelij

Tabel 20 Kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen door tweedelijnszorgverleners*

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=26)		Ggz-verpleegkundigen (N=223)		Medisch specialisten (N=132)		Verpleegkundigen(N=64)	
	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik
Richtlijnen/websites voor zorgverleners								
Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	11 (42%)	6	96 (43%)	60	10 (8%)	6	5 (8%)	2
NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik	5 (19%)	1	66 (30%)	36	28 (21%)	10	12 (19%)	7
NHG-Zorgmodule Leefstijl Alcohol	3 (12%)	1	33 (15%)	9	3 (2%)	0	1 (2%)	0
LESA Stoornissen in het gebruik van alcohol	0	0	5 (2%)	1	0	0	0	0
Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol	16 (62%)	10	82 (37%)	52	10 (8%)	6	1 (2%)	0
POHverslaving.nl praten over alcohol	0	0	10 (4%)	3	0	0	2 (3%)	0
Psychische klachten en alcohol Handreiking voor huisarts en POH-GGZ	1 (4%)	0	18 (8%)	5	0	0	0	0
NHG E-learning Problematisch alcoholgebruik	1 (4%)	0	13 (6%)	4	1 (1%)	0	1 (2%)	1
De website herkenalcoholproblematiek.nl	0	0	17 (8%)	9	1 (1%)	1	1 (2%)	1
De website allesoverdrinken.nl	2 (8%)	0	18 (8%)	4	7 (5%)	2	0	0
De website alcoholbespreken.nl	0	0	12 (5%)	8	2 (2%)	1	1 (2%)	0
Handreikingen en werkkaarten voor zorgverleners								
Handreiking: implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in de GGZ	5 (19%)	4	59 (26%)	38	1 (1%)	0	2 (3%)	0
Handreiking Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen	2 (8%)	1	4 (2%)	2	7 (5%)	4	4 (6%)	2
Handreiking signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij studenten	1 (4%)	0	6 (3%)	3	0	0	0	0
Implementatiekaart netwerk: van spreekkamer naar leefstijlinterventie (FMS en NVZ)	1 (4%)	0	6 (3%)	3	0	0	0	0

Tabel 20 Vervolg

	Psychiaters, psychologen, psychotherapeuten (N=26)		Ggz-verpleegkundigen (N=223)		Medisch specialisten (N=132)		Verpleegkundigen (N=64)	
	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik	Kennis	Gebruik
Interactieve flowchart: alcoholinterventies bij volwassen drinkers (en hun naasten) – wat past wanneer?	0	0	7 (3%)	5	0	0	0	0
Toolkit Samen beslissen bij problematisch alcoholgebruik	4 (15%)	1	30 (13%)	16	0	0	0	0
Toolkit ABS-artsen: vertrouwelijke hulp voor artsen	0	0	0	0	1 (1%)	0	0	0
Werkkaart-risicovol-alcoholgebruik-studenten-hbo-wo	0	0	3 (1%)	0	0	0	0	0
Interactieve zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in tweedelijnszorg	1 (4%)	0	5 (2%)	5	1 (1%)	1	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in de GG	3 (12%)	1	18 (8%)	13	0	0	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in ziekenhuizen	1 (4%)	0	1	1	6 (5%)	2	3 (5%)	3
Hulpmiddelen/interventies voor patiënten, cliënten en naasten								
De website of app Thuisarts.nl/alcohol	8 (31%)	4	61 (27%)	44	30 (23%)	17	10 (16%)	5
Dagboekje/middelenmeter (o.a. op Thuisarts.nl)	4 (15%)	0	20 (9%)	11	1 (1%)	0	1 (2%)	1
Interventies alcoholgebruik eerste- en tweedelijnszorg op de website herkenalcoholproblematiek.nl	1 (4%)	0	20 (9%)	16	2 (2%)	1	2 (3%)	1
CRAFT (Community reinforcement and family training)	0	0	11 (5%)	7	0	0	0	0
Moti-55	1 (4%)	0	11 (5%)	5	2 (2%)	1	0	0
Preventief adviesgesprek naasten	2 (8%)	2	21 (9%)	16	0	0	0	0
Samen nuchter	0	0	6 (3%)	5	0	0	0	0
Help, mijn kind kan niet zonder?	1 (4%)	0	8 (4%)	3	0	0	0	0
De website ikpas.nl	4 (15%)	1	21 (9%)	6	5 (4%)	4	3 (5%)	2
De website allesoverdrinken.nl	1 (4%)	1	13 (6%)	10	4 (3%)	3	0	0

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Deelnemende tweedelijnszorgverleners kennen en gebruiken veel van de genoemde richtlijnen en hulpmiddelen niet. Onder psychiaters, psychologen en psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen zijn dezelfde richtlijnen en hulpmiddelen het vaakst bekend; de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*, de *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol* en *Thuisarts.nl*. Voor medisch specialisten en verpleegkundigen zijn dit de *NHG-richtlijn Problematisch alcoholgebruik* en *Thuisarts.nl*, maar percentages liggen daar lager – rond de 20%. In algemene zin valt op dat de laatste twee groepen vaker richtlijnen en hulpmiddelen niet kennen. Voor alle materialen die bekend zijn bij grotere groepen respondenten geldt dat ze door (lang) niet iedereen ook worden toegepast. Het gebruik varieert per richtlijn en hulpmiddel.

Laatste vraag naar opmerkingen

Meerdere respondenten uit alle tweedelijns beroepsgroepen geven aan dat zij veel van de genoemde richtlijnen en hulpmiddelen nu niet kennen, maar dit wel graag zouden willen en een overzicht van alle genoemde (digitale) richtlijnen en hulpmiddelen lijkt daarvoor behulpzaam. Enkele respondenten zeggen behoefte te hebben aan bepaalde materialen:

- ‘iets handzaams/praktisch om mee te werken’ waarmee je als psycholoog alle onderwerpen, inclusief alcoholgebruik, in een toch relatief korte sessie aan bod kan laten komen;
- een folder voor naasten van patiënten (voor ziekenhuizen);
- een folder of stroomdiagram over welke hulp je kunt bieden (voor zorgverleners op de SEH).

Een deel van de respondenten gebruikt deze vraag om het belang van dit onderzoek en meer aandacht voor dit onderwerp te onderstrepen. Sommigen leggen uit hoe zij die aandacht in hun huidige praktijk vormgeven. Meerdere SEH-artsen geven aan dat signalering en advisering rondom riskant alcoholgebruik bij uitstek op deze afdeling lastig is, vanwege het acute karakter van de zorg die er verleend wordt. Enkele respondenten maken opmerkingen die betrekking hebben op de vragenlijst.

3.4.3 Studentenpsychologen

Tabel 21 Kennis en gebruik van richtlijnen en hulpmiddelen door studentenpsychologen*

	Studentenpsychologen kennis (N=23)	
	Kennis	Gebruik
Richtlijnen/websites voor zorgverleners		
Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving	8 (35%)	4
NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik	4 (17%)	0
NHG-Zorgmodule Leefstijl Alcohol	0	0
LESA Stoornissen in het gebruik van alcohol	0	0
Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol	3 (13%)	1
POHverslaving.nl praten over alcohol	1 (4%)	0
Psychische klachten en alcohol Handreiking voor huisarts en POH-GGZ	2 (9%)	1
NHG E-learning Problematisch alcoholgebruik	0	0
De website herkenalcoholproblematiek.nl	0	0
De website allesoverdrinken.nl	2 (9%)	0
De website alcoholbespreken.nl	0	0

Tabel 21 Vervolg

	Studentenpsychologen kennis (N=23)	
	Kennis	Gebruik
Handreikingen en werkkaarten voor zorgverleners		
Handreiking: implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in de GGZ	3 (13%)	0
Handreiking Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen	0	0
Handreiking signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij studenten	0	0
Implementatiekaart netwerk: van spreekkamer naar leefstijlinterventie (FMS en NVZ)	0	0
Interactieve flowchart: alcoholinterventies bij volwassen drinkers (en hun naasten) – wat past wanneer?	0	0
Toolkit Samen beslissen bij problematisch alcoholgebruik	1 (4%)	0
Toolkit ABS-artsen: vertrouwelijke hulp voor artsen	0	0
Werkkaart-risicovol-alcoholgebruik-studenten-hbo-wo	2 (9%)	1
Interactieve zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in tweedelijnszorg	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in de GGZ	0	0
Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in ziekenhuizen	0	0
Hulpmiddelen/interventies voor patiënten, cliënten en naasten		
De website of app Thuisarts.nl/alcohol	11 (48%)	6
Dagboekje/middelenmeter (o.a. op Thuisarts.nl)	1 (4%)	0
Interventies alcoholgebruik eerste- en tweedelijnszorg op de website herkenalcoholproblematiek.nl	0	0
CRAFT (Community reinforcement and family training)	0	0
Moti-55	3 (13%)	2
Preventief adviesgesprek naasten	0	0
Samen nuchter	1 (4%)	0
Help, mijn kind kan niet zonder?	0	0
De website ikpas.nl	1 (4%)	0
De website allesoverdrinken.nl	1 (4%)	0

* Voor de leesbaarheid van de tabel zijn de hoogste percentages dikgedrukt

Als het gaat om richtlijnen en hulpmiddelen rondom riskant alcoholgebruik, zijn studentenpsychologen het meest bekend met Thuisarts.nl en de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Van beide maakt (ongeveer) de helft van de studentenpsychologen ook gebruik. Enkele studentenpsychologen kennen de *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik*.

Laatste vraag naar opmerkingen

Twee van de 25 deelnemende studentenpsychologen antwoorden iets bij de laatste vraag naar eventuele opmerkingen. Eén respondent benadrukt hier dat alcohol- (en drugs-)gebruik onderdeel

zijn de intakegesprekken die deze respondent voert, en zo nodig te verwijzen naar verslavingszorg. De andere persoon merkt op dat niet duidelijk is hoeveel studenten problematisch alcohol gebruiken, en dat alcoholproblemen bij deze groep gerelateerd zijn aan 'diverse psychische en sociale problemen.'

3.5 Groepsgesprekken

3.5.1 Eerstelij

Mate waarin huisartsen en POH's riskant alcoholgebruik signaleren

De huisartsen en POH's uit de groepsgesprekken vinden het heel erg moeilijk om in te schatten bij hoeveel procent van hun populatie sprake is van alcoholproblematiek of overmatig alcoholgebruik [18]. De (zes) huisartsen geven wel unaniem aan dat zij denken dat dit veel meer is dan de 6% die door de huisartsen in het vragenlijstonderzoek wordt aangegeven. De vier POH's-S uit het groepsgesprek zien veel, met name oudere, patiënten die dagelijks veel te veel alcohol gebruiken en dit heel normaal vinden. Ook zij denken dat 10%, zoals in het vragenlijstonderzoek door de POH's werd aangegeven, wel een heel voorzichtige inschatting is. De twee POH's-GGZ geven aan dat bij veel van hun patiënten met mentale problemen alcoholgebruik een rol speelt. Bij jongeren gaat dit vaak gepaard met ander middelengebruik.

De mate waarin huisartsen en POH's een gesprek aangaan over alcoholgebruik

Huisartsen uit de groepsgesprekken zeggen vrijwel nooit over alcoholgebruik te beginnen als dat niet direct een relatie heeft met de klachten waarmee de patiënt op het consult komt. In die zin wordt alcoholproblematiek pas gesignaleerd als het samengaat met fysieke of mentale klachten.

Bij de POH's hoort het vragen naar en bespreken van alcohol meer bij hun dagelijkse werk. De POH's-S zien patiënten die ketenzorg ontvangen in ieder geval voor de jaarlijkse controle. Bij deze controle komt leefstijl altijd aan de orde en alcoholgebruik hoort dan thuis in het standaard rijtje leefstijlfactoren dat wordt besproken. Maar om dan vervolgens te bespreken dat het alcoholgebruik te hoog is, vinden de POH's lastiger. Zij geven aan dat zij pas wat met het alcoholgebruik kunnen doen als de patiënt het zelf ook als een probleem ervaart en dat is zeker niet altijd het geval.

De deelnemende POH's-GGZ geven aan dat het bespreken van alcoholgebruik wel afhangt van het (mentale) probleem waarmee de patiënt naar hen wordt verwezen. Meestal wordt alcoholgebruik wel besproken, ook omdat het een grote rol kan spelen bij het ontstaan en in stand houden van mentale problematiek.

Wat huisartsen en POH's doen bij een vermoeden van alcoholproblematiek

Zowel huisartsen als POH's uit de groepsgesprekken zijn zeer terughoudend met het vastleggen van een ICPC-codering P15/P16 voor alcoholmisbruik in het patiëntendossier. Zo'n codering wordt toch als een diagnose gezien en is altijd zichtbaar voor andere zorgverleners en voor de patiënt zelf. Dat is niet altijd wenselijk en patiënten willen dit ook vaak niet. Huisartsen maken soms wel een memo aan voor zichzelf, maar erkennen dat dit niet altijd handig is, omdat de patiënt soms door een andere huisarts wordt gezien die deze memo niet zomaar terug kan vinden. POH's leggen alcoholproblematiek soms vast in het journaal, maar ook dat is niet voor iedereen goed terug te vinden. Alleen wanneer de patiënt er uitdrukkelijk toestemming voor geeft, wordt een ICPC-code voor alcoholproblematiek vastgelegd en dan is er vaak al sprake van een vervoltraject.

De huisartsen uit de focusgroepen verwijzen patiënten met alcoholproblematiek meestal eerst naar de eigen POH-GGZ, of naar gespecialiseerde verslavingszorg. De wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg zijn echter heel erg lang. De geboden zorg door de huisarts en POH is dan soms ter overbrugging. Zowel de POH's-S als POH's-GGZ geven patiënten vooral informatie over de risico's van te veel drinken en proberen zo het bewustzijn rondom alcoholgebruik te verhogen.

Gebruik van screeningsinstrumenten en andere hulpmiddelen

De meeste deelnemende huisartsen weten vanuit hun opleiding nog wel (vaag) dat er zoiets als een screeningsinstrument bestaat, maar geen van allen gebruikt deze bij het vragen naar alcoholgebruik. Huisartsen vinden dat je ook wel een heel erg goede reden moet hebben om de patiënt zo'n screeningslijst voor te leggen. Ook de POH's uit de groepsgesprekken gebruiken geen van allen screeningslijsten, maar zouden daar wel iets meer belangstelling voor hebben dan de huisartsen.

Voor wat betreft de overige hulpmiddelen kennen en gebruiken de huisartsen de NGH-richtlijnen en Thuisarts.nl, en verder vrijwel niets. Ook de POH's zijn verrast hoeveel informatie en hulpmiddelen er zijn die zij niet kennen. De resultaten uit het vragenlijstonderzoek zijn voor iedereen uit de focusgroepen dan ook herkenbaar.

De huisartsen geven aan dat zij hun patiënten niet snel naar een digitale interventie zullen verwijzen. Zij willen graag dat hun patiënt persoonlijk begeleid wordt en dat kan volgens hen niet met een online interventie. Bovendien willen zij hun patiënten alleen verwijzen naar een interventie als zij weten wat deze inhoudt. Dat impliceert dat de huisartsen zich in alle online interventies zouden moeten verdiepen en daar hebben zij te weinig tijd voor. De huisartsen verwijzen dan toch liever naar hun eigen POH-GGZ of naar een andere gespecialiseerde behandelaar.

De POH's uit de groepsgesprekken staan iets positiever tegenover het gebruik van hulpmiddelen. Een aantal van hen zegt ook wel specifieke scholing rond overmatig alcoholgebruik te missen. Door zelf meer kennis te hebben, denken de POH's dat het makkelijker is om de patiënten te overtuigen van het belang om minder alcohol te gebruiken. Ook kennis over 'goede vragen om te stellen' en stappen die je als POH kunt zetten wanneer iemand het probleem zelf niet inziet, zouden welkom zijn.

3.5.2 Tweedelij

Tijdens het overleg met de SVA-werkgroep tweedelij reageerde een deelnemer door te zeggen dat het voor een succesvolle werving van verpleegkundigen belangrijk is om hun leidinggevenden ook te betrekken, door hen te benaderen met de vragenlijst en het verzoek deze uit te zetten binnen hun team. Daaraan voegde deze persoon toe dat het belangrijk is om in wervingsteksten gericht op verpleegkundigen ook duidelijk te maken dat verpleegkundigen een belangrijke groep in het onderzoek zijn, en waarom. Eén persoon die per mail reageerde, wijst op de helpende rol die beroepsverenigingen kunnen hebben in de werving van verpleegkundigen. Verder vraagt deze persoon zich bij de tweede vraag af 'in welke men verplicht is de richtlijnen en dergelijke te kennen en overeenkomstig te handelen vanuit de instelling/organisatie/beroepsvereniging/BIG-register/tuchtrecht.' De tweede persoon die per mail reageerde, legt de lage respons van verpleegkundigen uit door te zeggen dat ziekenhuizen een hiërarchisch karakter hebben (waarbij artsenmaatschappen veel bepalen) en alcoholproblematiek (en verslavingsproblematiek in het algemeen) 'niet populair is en wordt gebagatelliseerd.' Dat komt volgens deze persoon door een groot kennistekort over verslaving en doordat er al veel richtlijnen zijn.

4 Discussie

In de discussie beantwoorden we eerst de onderzoeksvragen van de monitor en reflecteren hierop (4.1). Daarna gaan we in op de voor- en nadelen van de opzet van de monitoring (4.2) en wat deze betekenen voor de uitvoering van de monitor in de toekomst (4.3).

4.1 Resultaten en reflectie

De mate waarin professionals alcoholproblematiek signaleren

Huisartsen vermoeden dat bij bijna 6% van hun patiënten sprake is van alcoholgerelateerde problematiek, terwijl POH's-GGZ en POH's-S dit bij 10%, respectievelijk 18% van hun patiënten vermoeden. Dit verschil in percentage is mogelijk te verklaren doordat huisartsen 'iedere' patiënt uit de praktijk zien, terwijl POH's een selecte groep patiënten zien bij wie riskant alcoholgebruik vaker aan de orde is, of bij wie alcoholgebruik standaard wordt bevraagd in het kader van ketenzorg of bij mentale problematiek.

Huisartsen vragen naar eigen schatting bij 14% van hun patiënten naar alcoholgebruik, POH's-GGZ bij 34% en POH's-S bij 57% van hun patiënten. Hierbij moet worden opgemerkt dat de vraagstelling naar dit percentage verwarrend is geweest en daardoor niet iedere respondent de vraag goed heeft beantwoord. Hierdoor is het percentage patiënten bij wie zorgverleners naar alcoholgebruik vragen waarschijnlijk overschat. De huisartsen in de groepsgesprekken gaven aan dat zij pas vragen naar alcoholgebruik als de patiënt fysieke en mentale problemen heeft die mogelijk gerelateerd zijn aan alcohol. De POH's-S vragen vaker en ook vaker standaard naar alcoholgebruik, bijvoorbeeld bij de jaarcontrole van patiënten met ketenzorg of bij het algemene gesprek over leefstijl. POH's-GGZ vragen ook bij een groot deel van hun patiënten naar alcoholgebruik, conform de GGZ-zorgstandaarden. In dat opzicht is de kans dat POH's riskant alcoholgebruik vroegtijdig signaleren dus groter dan de kans dat huisartsen dat doen.

Bij de tweedelijnszorgverleners vermoeden psychologen en psychiaters dat er bij 24% van hun patiënten sprake is van alcoholgerelateerde problematiek, ggz-verpleegkundigen bij 25%, medisch specialisten bij 11%, verpleegkundigen in de onderzochte specialismen bij 15%, en studentenpsychologen bij 13%. Op de vraag bij welk deel van hun patiënt-/cliëntbestand tweedelijnszorgverleners vragen naar alcoholgebruik, antwoorden medisch specialisten het vaakst dat zij dit doen (47%), ggz-verpleegkundigen en psychiaters, psychologen en psychotherapeuten komen daarna met gemiddeld 38% en 34%. Verpleegkundigen vragen gemiddeld 31% van hun patiënten naar hun alcoholgebruik. Zoals eerder genoemd, moet de laatste reeks percentages met voorzichtigheid worden beschouwd.

Opvallend is dat zowel zorgverleners uit de eerstelijns- als uit de tweedelijnszorg een zwangerschap relatief weinig noemen als belangrijkste aanleiding om naar alcoholgebruik te vragen. Vermoedelijk zien de meeste zorgverleners weinig mensen die zwanger zijn en gaan zorgverleners er bovendien van uit dat verloskundigen de zwangere patiënt hierin wel begeleiden. In principe kan de monitor worden uitgebreid naar verloskundigen en gynaecologen om deze veronderstelling te onderzoeken, maar er loopt ander onderzoek dat ook ingaat op deze vraag. In de Taskforce Alcoholvrije Start [19] zijn alle beroepsgroepen die werkzaam zijn in de basiszorg, jeugdgezondheidszorg en geboortezorg én in contact komen met cliënten die een zwangerschapswens hebben, zwanger zijn, of in de kraam-

en/of borstvoedingsperiode zitten, aangeschreven via hun beroepsorganisatie om een vragenlijst over het beleid bij alcoholgebruik in te vullen.

De mate waarin zorgverleners een gesprek aangaan over alcoholgebruik

De meerderheid (63%) van de huisartsen zegt bijna altijd zelf het gesprek aan te gaan met de patiënt wanneer hij/zij vermoedt dat er sprake is van riskant alcoholgebruik. De POH's-GGZ geven nog vaker (85%) aan dat zij bijna altijd zelf het gesprek met de patiënt aangaan. Waarschijnlijk speelt bij de POH-GGZ riskant alcoholgebruik een grotere rol bij hun patiëntenpopulatie en hebben zij ook de kennis en vaardigheden om hierover in gesprek te gaan. De POH's-S voeren veel minder vaak dit gesprek met de patiënt. Meer dan de helft van de POH's-S (56%) geeft aan dit 'soms' te doen en 11% gaat nooit zelf het gesprek over alcoholproblematiek aan. De POH-S vraagt dus wel vaak naar alcohol, maar verwijst patiënten voor verdere begeleiding terug naar de huisarts.

De meerderheid van de deelnemende psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen gaat (bijna) altijd expliciet het gesprek aan met een patiënt/cliënt die vermoedelijk riskant alcohol gebruikt. Medisch specialisten doen dit minder vaak; ongeveer de helft start dit gesprek (bijna) altijd, maar iets minder dan de helft soms. Verpleegkundigen gaan dit gesprek het minst aan; ongeveer de helft geeft aan dit soms te doen, een kleiner deel (27%) (bijna) altijd en nog een deel (21%) (bijna) nooit. Hierbij is het goed om te noemen dat een groot deel van de deelnemende medisch specialisten en (een nog groter deel van de) verpleegkundigen op de SEH werken, en uit opmerkingen van enkele respondenten blijkt dat het door de acute zorg die daar moet worden verleend, soms lastig is om op deze afdeling aandacht te hebben voor riskant alcoholgebruik. Daarnaast geven verpleegkundigen misschien minder vaak aan expliciet het gesprek aan te gaan, omdat 'expliciet gesprek' kan worden opgevat als een formeel gesprek of onderdeel van een consult, wat minder onderdeel is van hun werk.

Het grootste deel (80%) van de studentenpsychologen geeft aan (bijna) altijd expliciet het gesprek aan te gaan met studenten bij wie riskant alcoholgebruik lijkt te spelen. Een kleiner deel doet dit soms, en slechts enkele studentenpsychologen (bijna) nooit.

Wat doen zorgverleners bij (een vermoeden van) alcoholproblematiek?

De grote meerderheid van de huisartsen (88%) geeft aan dat zij (een vermoeden van) alcoholproblematiek in het patiëntendossier registreren, de patiënt informeren over de risico's van alcohol (85%) en het advies geven minder te drinken of te stoppen (88%). Cijfers van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn laten zien dat in 2022 bij 5 op de 1.000 patiënten, dus bij 0,5% van de patiënten uit de huisartsenpraktijk de ICPC-code P15 (Chronisch alcoholmisbruik) is geregistreerd en bij 1 op de 1.000 patiënten de code P16 (Acuut alcohol misbruik/intoxicatie) [20].

Uit onze monitor kwam naar voren dat huisartsen denken dat bij 6% van hun patiëntenpopulatie alcoholproblematiek speelt. Blijkbaar wordt dus niet elk (vermoeden van) alcoholproblematiek met bijbehorende ICPC-code in het patiëntendossier geregistreerd. In de focusgroepen met huisartsen bleek ook dat alcoholmisbruik echt vastleggen met een ICPC-code in het patiëntendossier niet snel plaatsvindt, in verband met de privacy en stigmatisering van de patiënt. Mogelijk registreren veel huisartsen een vermoeden van alcoholmisbruik dus wel in een memo of in de vrije tekst, of is er sprake van een sociaal wenselijk antwoord.

Veel huisartsen verwijzen de patiënt bij alcoholproblematiek vooral naar de verslavingszorg in de ggz (90%) of (eerst) naar de eigen POH-GGZ (55%). De POH-GGZ voert vaak zelf begeleidende gesprekken om te stoppen (78%). Daarnaast verwijst de POH-GGZ de patiënt naar verslavingszorg in de ggz

(83%), naar de preventieafdeling van de verslavingszorg (49%) of naar digitale interventies. Daarmee is de POH-GGZ de enige zorgverlener in de eerstelijns die gebruikmaakt van digitale interventies. De meest genoemde activiteiten van de POH-S zijn het informeren van de patiënt over de risico's van alcohol (79%), het adviseren om minder te drinken of te stoppen (90%) en registratie in het dossier (86%).

Wanneer een patiënt/cliënt riskant alcohol (b)lijkt te gebruiken, kiezen deelnemende tweedelijnszorgverleners er vaak (82-86%) voor om dit in het patiëntendossier te registreren, en/of de patiënt/cliënt te informeren over de risico's van alcohol (41-96%). Adviseren om minder te drinken of te stoppen is een andere veelvoorkomende activiteit (51-87%), die minder vaak (60%) werd gekozen door ggz-verpleegkundigen (binnen deze subgroep, vergeleken met van andere activiteiten). Voor hen is het inventariseren van onderliggende psychosociale problematiek relatief gezien juist weer wat belangrijker (78%). Verder kiezen psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen er (logischerwijs, gezien hun werkzaamheden) vaker (resp. 54% en 52% versus 3-5%) dan de andere groepen voor om zelf begeleidende gesprekken of coaching te bieden. De meeste respondenten in alle beroepsgroepen, met uitzondering van verpleegkundigen, verwijzen patiënten/cliënten die riskant alcohol gebruiken, door naar andere zorgverleners. Daarbij gaat het vooral om de huisarts en verslavingszorg in de ggz, waarbij de huisarts veel vaker wordt gekozen door medisch specialisten (78% versus 18-40%), en verslavingszorg in de ggz veel vaker door psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen (resp. 93% en 78% versus 5-28%).

In de situatie dat een student riskant alcohol gebruikt, kiezen studentenpsychologen er het vaakst voor om de student te verwijzen (84%), te informeren over de risico's van alcohol (72%) en het te registreren in het patiëntendossier (68%). Bijna alle studentenpsychologen verwijzen weleens door, en dan het vaakst naar de huisarts (76%) en verslavingszorg (64%).

In welke mate zijn hulpmiddelen en SVA-producten bekend en worden zij geïmplementeerd?

De bevroegde hulpmiddelen (die breder waren dan alleen de SVA-producten) zijn weinig bekend en worden dus ook weinig gebruikt, zelfs niet door de zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld en dus waarschijnlijk relatief veel affiniteit met het onderwerp hebben. De huisartsen en POH's kennen en gebruiken wel de NHG-producten, zoals de *NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik* en *Thuisarts.nl*. Deze twee kennisbronnen worden ook het meest gekend binnen de groepen medisch specialisten en verpleegkundigen, hoewel het gaat om lage percentages (rond de 20%). *Thuisarts.nl* is ook een van de meest gekende kennisbronnen binnen de groepen psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en ggz-verpleegkundigen, net als de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* en de *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Studentenpsychologen zijn het meest bekend met *Thuisarts.nl* en de *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Van beide maakt (ongeveer) de helft van de studentenpsychologen ook gebruik.

De huisartsen uit de focusgroepen zeiden ook weinig belangstelling voor de overige hulpmiddelen te hebben en zijn terughoudend in het verwijzen van hun patiënten naar online interventies. Zij zien liever dat hun patiënten door een zorgverlener worden begeleid en hebben ook onvoldoende tijd om zich in de interventies te verdiepen. De POH's staan iets positiever tegenover het gebruik van de hulpmiddelen. POH's-GGZ zijn in de eerstelijnszorg de enige respondenten die gebruikmaken van online interventies.

De lage bekendheid ligt misschien ook deels aan de methode van vragen. Omdat de meeste SVA-producten en -hulpmiddelen relevant kunnen zijn voor zowel eerste- als tweedelijnszorg, is ervoor

gekozen om alle producten en hulpmiddelen aan alle respondenten voor te leggen. Bepaalde hulpmiddelen zijn echter niet altijd bedoeld voor ofwel eerstelijns- of tweedelijnszorg. Dit kan mede verklaren waarom sommige producten onbekend zijn bij zorgverleners. Maar hoe dan ook is er zowel bij eerste- als tweedelijnszorgverleners wat betreft bekendheid en gebruik van SVA-producten en andere ondersteunende materialen nog veel te winnen.

4.2 Voor- en nadelen van de opzet van de monitor

Een belangrijk doel van deze monitor is het vastleggen van trends in de tijd voor wat betreft onder andere de mate waarin zorgverleners hun patiënten vragen naar alcoholgebruik, hoe zij patiënten begeleiden of verwijzen bij bestaande alcoholproblematiek en in hoeverre zij de hulpmiddelen, inclusief de SVA-producten, kennen en gebruiken in hun praktijkvoering. Aan de hand van de voor- en nadelen van de opzet van de monitor kijken we of de huidige monitor in de toekomst aan dit doel kan voldoen.

Bereik van de vragenlijst

Het bereik en de representativiteit van de monitor is beperkt, doordat het een convenience sample betreft uit de eerste- en tweedelijnszorg. Doordat de vragenlijst met een open link kon worden ingevuld, kon de uitnodiging worden doorgestuurd en weten we niet precies hoeveel zorgverleners deze hebben gekregen.

Voor de eerstelijnszorg hebben we een aselechte steekproef van 1.000 huisartsenpraktijken, verdeeld over Nederland, benaderd en verzonden we de uitnodiging naar negen leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. De methode van de aselechte steekproef van huisartsenpraktijken is in de toekomst eenvoudig te herhalen. De deelnemende huisartsen zijn qua geslacht (60% vrouw) representatief voor alle werkzame huisartsen in Nederland [21]. Er namen relatief veel huisartsen uit solopraktijken deel aan dit onderzoek (30% in dit onderzoek vs. 7% van de huisartsen in Nederland). De deelnemende POH's-GGZ zijn in ieder geval qua geslacht in redelijke mate (76% in dit onderzoek vs. 86%) en qua het aantal patiënten dat zij per week zien (ongeveer 25) vergelijkbaar met de leden van de Landelijke Vereniging POH-GGZ [22]. We weten niet in hoeverre de deelnemende POH's-S representatief zijn voor alle POH's-S die werkzaam zijn in Nederland.

Voor het werven van tweedelijnszorgverleners is gekozen voor een convenience sample. Bij de selectie van ziekenhuizen hebben we deze goed verdeeld over de twaalf provincies. Hierdoor is de kans op een geografisch representatieve sample vergroot en worden eventuele verschillen tussen regio's zo goed mogelijk ondervangen. Wat opvalt, is dat binnen de medisch specialisten SEH-artsen en MDL-artsen in de meerderheid zijn en ook in de groep verpleegkundigen is de afdeling SEH sterk vertegenwoordigd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgverleners op de SEH vaak getuige zijn van acute gezondheidsproblemen als direct gevolg van riskant alcoholgebruik, wat een extra motivatie kan zijn om deze vragenlijst in te vullen.

Bij de volgende metingen zal de werving van verpleegkundigen via leidinggevenden moeten lopen, met steun van de beroepsverenigingen en bij voorkeur met gebruikmaking van hun adressenbestand. In wervingsteksten voor verpleegkundigen moet duidelijk worden dat zij een belangrijke groep in het onderzoek zijn, en waarom.

De uitnodiging voor de vragenlijst is in ieder geval bij zeker twaalf ggz-verpleegkundigen en een psycholoog uit de verslavingszorg terecht gekomen en bij studentendecanen. Dit vertekent de resultaten en een volgende keer moet (nog) duidelijker worden aangegeven voor wie de monitor wel en niet bedoeld is.

Zelfrapportage en respons-bias

Een nadeel van de gekozen methode is dat zelfrapportage niet altijd overeenkomt met de daadwerkelijke praktijk en dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven. Voor alle disciplines geldt bovendien dat er waarschijnlijk sprake is van selectie bias, omdat zorgverleners die affiniteit hebben met het thema waarschijnlijk eerder deelnamen aan de monitor. Dit beperkt de validiteit van de monitor om vast te stellen in welke mate 'zorgverleners in Nederland' riskant alcoholgebruik daadwerkelijk signaleren, bespreken en begeleiden. De cijfers zijn waarschijnlijk een overschatting van de mate waarin de 'gemiddelde' professional riskant alcoholgebruik signaleert en bespreekbaar maakt en op de hoogte is van de SVA-producten. Wanneer de monitor wordt herhaald zullen deze drie factoren wel in gelijke mate een rol spelen en kunnen trends in de tijd wel worden vastgesteld.

Gesloten vragen

We kozen, in overleg met het SVA, voor een korte vragenlijst met grotendeels gesloten vragen. Dit heeft er vermoedelijk aan bijgedragen dat in korte tijd veel zorgverleners de vragenlijst invulden. Herhaling van deze monitoring lijkt in dat opzicht goed haalbaar. Doordat de vragenlijst zoveel mogelijk generiek is geformuleerd, kan deze zonder veel aanpassingen bij andere disciplines in de zorg worden uitgezet.

Een algemeen nadeel van een gesloten vragenlijst is dat context bij de antwoorden ontbreekt en dat ook niet precies bekend is wat respondenten zich bij bepaalde vragen of antwoordcategorieën voorstellen. Een vraag waarbij dat bijvoorbeeld speelt, is of zorgverleners 'het gesprek aangaan' met een patiënt wanneer zij alcoholproblematiek vermoeden. De monitor levert geen informatie op over de manier waarop dat gesprek wordt gevoerd, hoeveel tijd zorgverleners hiervoor nemen en wat het oplevert. Dit soort informatie is echter wel belangrijk in het kader van vroegsignalering van riskant alcoholgebruik door zorgverleners en het aanpakken van potentiële verbeterpunten hierin.

Groepsgesprekken

De nadelen van een gesloten vragen zoals we hierboven schetsten kunnen ten dele worden ondervangen door groepsgesprekken met zorgverleners. Ondanks het feit dat groepsgesprekken niet representatief zijn voor de gehele groep zorgverleners, kunnen ze wel relevante kwalitatieve informatie opleveren die de resultaten van de vragenlijst kan duiden. Voor een volgende meting bevelen we aan om deze groepsgesprekken ook met een aantal verschillende beroepsgroepen uit de tweedelijns in te plannen.

Definitie van alcoholproblematiek

Een algemeen punt dat een rol speelt in deze monitoring en dat ook in de focusgroepen naar voren kwam, is de vraag wat precies 'riskant' of problematisch alcoholgebruik is en wanneer je dat als zorgverlener met een patiënt moet bespreken. De definitie van overmatig alcoholgebruik, dat wil zeggen meer dan veertien glazen (vrouwen) of 21 glazen (mannen) per week, werd door de huisartsen in de focusgroepen als heel streng ervaren. In de NHG-standaard zijn fysieke of psychosociale problemen samengaand met alcoholgebruik een belangrijker aandachtspunt dan hoeveel iemand precies drinkt. Ook in de *GGZ-standaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* is dit het geval [23]. Daarin wordt overigens voor meer informatie wel verwezen

naar Thuisarts.nl, waar het drinkadvies van de Gezondheidsraad wordt aangehaald (hooguit een glas per dag voor vrouwen, twee voor mannen) [24].

Er bestaan dus verschillende ideeën over wat precies wordt beschouwd als 'te veel' alcohol en alcoholproblematiek. Aangezien de vragenlijst nu geen uitgebreide definitie of norm vermeldt, bestaat de mogelijkheid dat deelnemers de vragen over 'alcoholproblematiek' op verschillende manieren interpreteren, wat de betrouwbaarheid van de gegevens kan beïnvloeden. Een volgende keer is het goed om hier aandacht aan te besteden.

4.3 Conclusie

Zorgverleners vragen in uiteenlopende mate naar alcoholgebruik en de meeste van hen gaan bij verondersteld riskant alcoholgebruik zelf het gesprek aan met hun patiënten/cliënten. Indien nodig verwijzen zij de patiënt/cliënt naar de huisarts of naar verslavingszorg. Opvallend is dat zorgverleners over het algemeen weinig gebruik maken van richtlijnen, handreikingen, hulpmiddelen en interventies. Deze eerste resultaten van de monitor kunnen het SVA ondersteunen in hun beleid en bij de verdere implementatie van deze hulpmiddelen.

We concluderen dat de monitor in deze vorm geschikt is om herhaaldelijk af te nemen bij grote groepen zorgverleners, maar dat de validiteit beperkt is. Het betreft immers zelfrapportage van een niet-representatieve groep zorgverleners. De vragenlijst is met goede redenen kort gehouden, maar hierdoor mist ook relevante informatie over bijvoorbeeld de manier waarop zorgverleners het gesprek met de patiënt aan gaan en hoeveel tijd ze voor zo'n gesprek kunnen nemen.

Bij herhaling van de meting moet aandacht worden besteed aan een goede omschrijving van riskant alcoholgebruik, het verbeteren van de vraag naar het percentage patiënten bij wie de zorgverlener vraagt naar alcoholgebruik, en aan het bereiken van de juiste, zo representatief mogelijke steekproef. Een aanbeveling kan zijn om hiervoor de medewerking van de betreffende beroepsverenigingen te vragen. Daarnaast is het aan te bevelen de kwantitatieve monitor te combineren met kwalitatief onderzoek.

Literatuur

1. <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/alcohol/cijfers-en-feiten>
2. <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/alcohol>
3. <https://www.herkenalcoholproblematiek.nl/over-het-samenwerkingsverband-vroegsignalering-alcoholproblematiek-sva>
4. Khadjesari, Zarnie, Louise Marston, Irene Petersen, Irwin Nazareth and Kate Walters. Alcohol consumption screening of newly-registered patients in primary care: a cross-sectional analysis. British Journal of General Practice, October 2013
5. Abidi, L. & A. Oenema & P. Nilsen & P. Anderson & D. van de Mhee. Strategies to Overcome Barriers to Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. Prev Sci (2016) 17:689–699
6. <https://www.herkenalcoholproblematiek.nl/tweedelijnszorg-en-alcoholproblematiek>
7. Kools, N., Van Den Bulck, F. A. E., Ali Ammar, W. N., Vromans, L. E. M., Bovens, R. H. L. M., Kasander, R., & Rozema, A. D. (2021). Achtergronddocument: Risico's van alcoholgebruik en samenhang van problematiek met alcoholgebruik. Uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek
8. GGZ Standaarden. (2017). Samenvattingskaart zorgstandaard: Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. GGZ Standaarden
9. Kools, N., Van Den Bulck, F.A.E., Kasander, R., Bovens, R.H.L.M., & Rozema, A.D. (2022). Implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek: Algemene handreiking voor ggz-professionals in Nederland. Uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek
10. Kools, N., Van Den Bulck, F. A. E., Ali Ammar, W. N., Vromans, L. E. M., Bovens, R. H. L. M., Kasander, R., & Rozema, A. D. (2021). Achtergronddocument: Risico's van alcoholgebruik en samenhang van problematiek met alcoholgebruik. Uitgave binnen het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek
11. <https://www.herkenalcoholproblematiek.nl/tweedelijnszorg-en-alcoholproblematiek/alcoholproblematiek-in-ziekenhuis-en-ggz>
12. [Aandoeningen - Maag Lever Darm Stichting \(mlds.nl\)](#)
13. Dopmeijer, J., Nuijen, J., Busch, M., & Tak, N. (2021). Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs: Deelrapport 1 – Mentale gezondheid van studenten in het hoger onderwijs. Utrecht, Nederland: Trimbos-Instituut. [<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1955-monitor-mentale-gezondheid-en-middelengebruik-studenten-hoger-onderwijs/>]
14. Studenten en alcohol - (herkenalcoholproblematiek.nl)
15. GGZ zorgstandaard Alcoholverslaving en problematisch alcoholgebruik (Akwa GGZ, 2020)
16. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (NHG, 2021)
17. <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-beroepenregistraties-gezondheidszorg>

18. Alcoholproblematiek in de huisartsenzorg. Mogelijkheden voor vroegsignalering? Leemrijse, C. Ramerman, L., Verheij, R. Nivel, Utrecht 2024 (in press)
19. Alcoholvrije Start - Trimbos-instituut
20. Heins et. al., Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022. Nivel, Utrecht, 2023
21. Batenburg, R. L. Flinterman, E. Vis, A. van Schaaijk, E. de Geit, R.J. Kenens, B. Duijkers. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken. Een actualisering voor de periode 2020-2022. Nivel. Utrecht 2022
22. <https://poh-ggz.nl/nieuws/wie-zijn-de-leden-van-de-lv-poh-ggz>
23. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving/over-problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving>
24. <https://www.thuisarts.nl/alcohol/ik-vraag-me-af-of-ik-te-veel-drink#hoeveel-is-te-veel-alcohol>

Bijlage A Samenstelling begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie bestond uit:

- Pim Assendelft (hoogleraar Preventie in de zorg, Radboud UMC)
- Rob Bovens (lid stuurgroep SVA en lid Dagelijks Bestuur SVA; senior onderzoeker Tranzo, Tilburg University)
- Anne-Wil Marissen (onderzoeker, Trimbos-instituut)
- Henk Garretsen (emeritus-hoogleraar Tranzo, Tilburg University)

Bijlage B Vragenlijst

Introductie

Beste zorgverlener,

Deze vragenlijst gaat over het signaleren en begeleiden van riskant alcoholgebruik van uw patiënten of cliënten.

Onder riskant alcoholgebruik verstaan we alcoholgebruik dat (mogelijk) problemen geeft of problemen kan gaan geven. Bijvoorbeeld vanwege de hoeveelheid alcohol die de patiënt/cliënt gebruikt. Maar ook een kleine hoeveelheid kan riskant zijn, als er bepaalde negatieve lichamelijke, sociale en/of psychische gevolgen mee gepaard gaan. Bijvoorbeeld wanneer iemand kwetsbaar is voor verslaving, deelneemt aan het verkeer, zwanger is, bepaalde aandoeningen heeft, of medicatie gebruikt die niet goed te combineren zijn met alcoholgebruik.

De vragenlijst gaat over signalering (5 vragen), advisering en doorverwijzing (3 vragen) en over kennis en gebruik van richtlijnen, handreikingen en interventies (4-8 vragen).

Bij de meeste vragen kunt u uw antwoord aankruisen. Een enkele keer vragen we u om een toelichting (optioneel). Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5-10 minuten.

We stellen u eerst een aantal algemene vragen.

Toestemming verwerking gegevens

We hebben toestemming nodig om uw antwoorden te verwerken. De antwoorden op de vragen kunnen door de onderzoekers niet gelinkt worden aan u als persoon en worden niet herleidbaar in openbare rapportages verwerkt. Dat principe hanteren wij ook in onze communicatie met de subsidievertrekker van dit onderzoek en andere belanghebbende partijen.

Wij bewaren de antwoorden op de vragen tien jaar. Dat is nodig omdat de analyse van de gegevens in die periode opnieuw moet kunnen worden gedaan als hier om wordt gevraagd.

Indien u ontevreden bent over hoe er met uw privacy wordt omgegaan, kunt u een klacht indienen bij de Functionaris Gegevensbescherming. U kunt ook terecht bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Ik geef toestemming voor het verwerken van mijn gegevens:

- Ja
- Nee

Algemeen

1. Wat is voor u van toepassing?

- Ik ben (het meest) werkzaam in de eerstelijnszorg → 2a, 3a
- Ik ben (het meest) werkzaam in de tweedelijnszorg → 2b, 3b
- Ik ben (vooral) werkzaam als studentenpsycholoog (of daarvoor in opleiding) → 3c

2a. Wat is uw functie/beroep? (of: waarvoor bent u in opleiding?)

- Huisarts
- POH-GGZ
- POH-Somatiek
- POH-Jeugd
- POH-Ouderen

2b. Wat is uw functie/beroep? (of waarvoor bent u in opleiding?)

- Psycholoog
- Psychotherapeut
- Psychiater
- GGZ-verpleegkundige (niveau 5, 6 of 7)
- SEH-arts
- SEH-verpleegkundige (niveau 5, 6 of 7)
- Internist
- Verpleegkundige interne geneeskunde (niveau 5, 6 of 7)
- MDL-arts
- MDL-verpleegkundige (niveau 5, 6 of 7)
- Neuroloog
- Neurologieverpleegkundige (niveau 5, 6 of 7)
- Cardioloog
- Cardiologieverpleegkundige (niveau 5, 6 of 7)

3a. Hoe zou u het type organisatie/praktijk waar u werkt omschrijven? Wanneer u bij meerdere organisaties werkt, zijn meerdere antwoorden mogelijk

- Eerstelijns solopraktijk
- Eerstelijns duopraktijk
- Eerstelijns groepspraktijk
- Anders, namelijk: ____

3b. Hoe zou u het type organisatie/praktijk waar u werkt omschrijven? Meerdere antwoorden mogelijk

- Tweedelijns, ambulante/polikliniek
- Tweedelijns, intramuraal/klinisch
- Anders, namelijk: ____

3c. In welk type onderwijs bent u werkzaam als studentenpsycholoog?

- Mbo
- Hbo
- Universiteit
- Anders, namelijk: ____

4. Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man
- Anders/zeg ik liever niet

5. Wat is uw werkervaring (inclusief opleidingstijd) als zorgverlener in dit vakgebied?

.....jaar enmnd.

6. Hoeveel (unieke) patiënten/cliënten ziet u (naar schatting) in een gemiddelde werkweek?

___ patiënten/cliënten

Signalering

1. Bij hoeveel procent van uw patiënten/cliënten vermoedt u dat er alcohol gerelateerde problemen zijn?

Percentage patiënten/cliënten:

2. Vraagt u weleens naar alcoholgebruik bij uw patiënten/cliënten?

- Nee, (bijna) nooit
- Ja, soms
- Ja, (bijna) altijd

3. Wat is voor u de belangrijkste aanleiding om te vragen naar het alcoholgebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)

- N.v.t.; ik vraag nooit naar alcoholgebruik
- Als iemand is doorverwezen en daarbij (riskant) alcoholgebruik is genoemd
- Als ik weet dat iemand een alcoholprobleem heeft (gehad)
- Als ik tijdens het consult merk dat iemand alcohol (heeft) gebruikt
- Als uiterlijke signalen wijzen op overmatig alcoholgebruik, bijv. gesprongen haarvaatjes in het gezicht
- Als laboratoriumuitslagen in die richting wijzen
- Als de patiënt/cliënt klachten heeft die kunnen wijzen op overmatig alcoholgebruik
- Als de patiënt/cliënt tot een risicogroep behoort
- Als de patiënt/cliënt zwanger is
- Als een familielid of naaste zorgen over de patiënt/cliënt heeft geuit
- Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op regelmatig deelneemt aan het verkeer
- Als ik weet/vermoed dat iemand met alcohol op naar het werk gaat
- Anders, namelijk: ____

4. Stelt u zich een gemiddelde werkweek voor. Bij hoeveel patiënten/cliënten vraagt u in zo'n week naar hun alcoholgebruik?

____ patiënten/cliënten

5. Maakt u gebruik van één of meer screeningsinstrumenten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee
- Ja, de screeningsvragenlijst CAGE
- Ja, de screeningsvragenlijst FIVE SHOT
- Ja, de screeningsvragenlijst AUDIT/AUDIT-C
- Ja, anders, namelijk: ____

Advisering en doorverwijzing

1. Gaat u zelf expliciet het gesprek aan met de patiënt/cliënt wanneer u vermoedt dat het alcoholgebruik van de patiënt/cliënt riskant is?

- Nee, (bijna) nooit
- Ja, soms
- Ja, (bijna) altijd

1a. Kunt u toelichten wat voor u een reden is om het gesprek niet aan te gaan ondanks het feit dat er aanwijzingen zijn voor riskant alcoholgebruik?

2. Wat doet u als u bij uw patiënt/cliënt een alcoholprobleem signaleert of vermoedt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Meestal niets
- Ik registreer het in het patiëntendossier
- Ik inventariseer eventueel onderliggende psychosociale problematiek
- Ik geef de patiënt advies om minder te drinken of te stoppen
- Ik informeer de patiënt over de risico's van alcoholgebruik
- Ik geef de patiënt een algemene folder mee (papier of digitaal, bijvoorbeeld van Thuisarts.nl)
- Ik attendeer de patiënt op online hulpmiddelen/interventies om het drinken te minderen/stoppen
- Ik schrijf medicatie voor (bijv. thiamine, lorazepam, disulfiram, acamprosaat of naltrexon)
- Ik bied (zelf) begeleidende gesprekken/coaching om het drinken te verminderen/stoppen
- Ik verwijs de patiënt/cliënt
- Anders, namelijk: ____

3. Als u de patiënt doorverwijst naar begeleiding of (gespecialiseerd) aanbod om te stoppen/minderen met drinken, waar verwijst u dan meestal naar? (meerdere antwoorden mogelijk)

- N.v.t., ik verwijs mijn patiënt/cliënt nooit door
- Naar digitale interventies om het drinken te minderen/stoppen
- De (eigen) huisarts
- De POH-Somatiek
- De POH-GGZ
- De POH-Jeugd
- De POH-Ouderen
- Het wijk- of buurtteam
- Basis ggz
- Gespecialiseerde ggz
- Vrijgevestigde psycholoog, psychotherapeut, psychiater
- Preventie-afdeling van de verslavingszorg
- Verslavingszorg in de ggz
- Bedrijfsarts
- Leefstijlpoli of leefstijloket
- Zelfregiecentrum, herstelacademie, zelfhulpgroep of iets soortgelijks
- Anders, namelijk: ____

Richtlijnen/handreikingen/hulpmiddelen en interventies

Van welke producten kent u de inhoud?

1. Richtlijnen/websites voor zorgverleners:

- Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving
- NHG-Richtlijn Problematisch alcoholgebruik
- NHG-Zorgmodule Leefstijl Alcohol
- LESA Stoornissen in het gebruik van alcohol
- Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol
- www.pohverslaving.nl: praten over middelengebruik
- Psychische klachten en alcohol Handreiking voor huisarts en POH-GGZ
- NHG E-learning Problematisch alcoholgebruik
- De website “herkenalcoholproblematiek”
- De website “allesoverdrinken”
- De website “alcoholbespreken”

2. Handreikingen en werkkaarten voor zorgverleners:

- Handreiking: implementatie (vroeg)signalering alcoholproblematiek in de GGZ
- Handreiking Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen
- Handreiking signalering, screening en kortdurende interventie van risicovol alcoholgebruik bij studenten
- Implementatiekaart netwerk: van spreekkamer naar leefstijlinterventie (FMS en NVZ)
- Interactieve flowchart: alcoholinterventies bij volwassen drinkers (en hun naasten) – wat past wanneer?
- Toolkit Samen beslissen bij problematisch alcoholgebruik
- Toolkit ABS-artsen: vertrouwelijke hulp voor artsen
- Werkkaart-risicovol-alcoholgebruik-studenten-hbo-wo
- Interactieve zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in tweedelijnszorg
- Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in de GGZ
- Zakkaart gezondheidsrisico's en bespreken alcoholgebruik in ziekenhuizen

3. Hulpmiddelen en interventies voor patiënten, cliënten en naasten:

- De website of app Thuisarts.nl/alcohol
- Dagboekje/middelenmeter (o.a. op Thuisarts.nl)
- Interventies alcoholgebruik eerste- en tweedelijnszorg op de website ‘herkenalcoholproblematiek’
- CRAFT (Community reinforcement and family training)
- Moti-55
- Preventief adviesgesprek naasten
- Samen nuchter
- Help, mijn kind kan niet zonder?
- De website ikpas.nl
- De website ‘allesoverdrinken’

4. Zijn er nog opmerkingen of dingen die u kwijt wilt?

Hartelijk dank voor uw medewerking!