Maastricht University

Improving alcohol screening and brief intervention delivery in general practices

Citation for published version (APA):

Abidi, L. (2018). *Improving alcohol screening and brief intervention delivery in general practices: an investigation of current practice, barriers and solutions*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. https://doi.org/10.26481/dis.20181010la

Document status and date:
Published: 01/01/2018

DOI:
10.26481/dis.20181010la

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 23 Apr. 2024

Summary

Reduction of excessive and problematic alcohol consumption among the population is one of the major challenges for public health, because of its detrimental effects on physical and mental health. One way to tackle excessive and problematic alcohol use at the population level is through primary and secondary prevention in health care organizations. Primary health care, and specifically general practices, seem to be particularly suited for alcohol screening and brief intervention (ASBI), as a large part of the population visits a general practitioner (GP) and all Dutch citizens are obligated by law to be registered at a general practice. Furthermore, in 2008 the Dutch government developed a health policy plan aiming to strengthen secondary prevention and early detection of mental health problems in general practices specifically, by providing budgets for GPs to employ a practice nurse specialized in mental health (i.e. practice nurse mental health; PN-MH). There are, however, a number of barriers and knowledge gaps regarding successful implementation of ASBI in general practices. First of all, there is limited insight in the current situation, regarding frequency, accuracy and registration of problematic alcohol consumption diagnoses by GPs. Furthermore, the introduction of the PN-MH in general practices may help to overcome barriers related to ASBI but has not been investigated yet. Thirdly, it is unknown which strategies are needed and acceptable to facilitate implementation of ASBI in routine practice from health professionals' and addiction prevention experts' perspectives. Also, insight into patient perspectives about discussing alcohol use in health care consultations is relatively scarce. Lastly, a need for effective theory- and practice-based ASBI implementation programs for GPs that takes into account all relevant factors associated with ASBI delivery behavior.

To address the knowledge gaps outlined above, the aim of this thesis was to investigate the current practice, barriers and solutions of alcohol screening and brief intervention delivery in general practices. This general aim was divided in three parts. The first aim was to investigate the current state regarding registration and diagnoses of alcohol abuse. Therefore, we investigated to what extent alcohol abuse is registered in general practices in the Netherlands (Chapter 2) and whether the introduction of the PN-MH in general practices has an effect on the number of diagnoses of patients with alcohol abuse (Chapter 3). The second aim was to investigate possible solutions to barriers concerning ASBI from patients' and professionals' perspectives (Chapter 4 and 5). The third aim was to develop and evaluate a theory-based ASBI implementation program for general practitioners based on the found solutions (Chapter 6 and 7).

Chapter 2 aimed to report on the registration rates of alcohol abuse diagnoses in general practices in comparison to patients' self-reported rates of alcohol use disorder. Two data collection strategies were combined: (1) Patient self-report data on alcohol consumption as well as other sociodemographic characteristics; (2) Medical record (ICPC codes) data of diagnoses of chronic and acute alcohol abuse of the same patients. Based on the results of the patient reported data 179 (14.8%) male participants had an alcohol use disorder. Of the total number of female patients, 82 (7.2%) had an alcohol

use disorder. One of the male and none of the female patients with an alcohol use disorder were registered as such by the GP. A total of 11.1% of the patient sample reported an alcohol use disorder, of which a strikingly low number of patients were recorded as such by their GP. It is likely that low recognition due to barriers related to alcohol screening as well as registration avoidance due to the stigma around alcohol abuse, play a role in low registration.

Chapter 3 described a study that investigated the effect of the introduction of the practice nurse mental health in general practices in the Netherlands on the number of diagnoses of chronic and acute alcohol abuse. For this study, the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) retrieved data of a representative sample of general practices (n = 155). Differences in number of diagnoses of chronic and acute alcohol abuse between practices with a practice nurse mental health and control practices (practices without a practice nurse mental health and without primary care psychologists) were analyzed with multilevel regression analyses. A significant decrease over time of chronic alcohol abuse diagnoses was observed as well as a significant decrease over time of acute alcohol abuse diagnoses. No significant differences were found between practices that implemented a practice nurse mental health or only have a primary care psychologist, and control practices (i.e., practices without a practice nurse mental health and primary care psychologists). Practices that implemented a practice nurse mental health and that have a primary care psychologist had a higher mean of chronic and acute alcohol abuse diagnoses than control practices, during all periods, but the differences between these groups were not statistically significant. Potential explanations of the results are barriers experienced by practice nurses to addressing alcohol use with patients and prioritization of other mental health issues over alcohol abuse. In order to improve the management of alcohol abuse by practice nurses in general practices, more research is needed into how practice nurses can be involved in diagnosing and treatment of patients with alcohol abuse.

Chapter 4 described a study that investigated patients' beliefs and attitudes to being asked about alcohol consumption in health care, and investigated characteristics of those who are supportive of addressing alcohol consumption in health care in a population survey. The study had a cross-sectional design and used data from the Alcohol Toolkit Survey (ATS) in England. Results showed that most adults agree that health care providers should routinely ask about patients' alcohol consumption. More specifically, 87.9% expressed a belief that alcohol consumption should be routinely addressed in health care and 10% agreed completely to the notion that alcohol is a personal matter and not something health care providers should ask about. Older adults and those in lower social classes were significantly less likely than those who were younger and those in higher social grades of being in favor of routinely addressing alcohol use. This study shows that most adults in England agree that health care providers should routinely ask about patients' alcohol consumption. Drinking status appears to have a lim-

ited association with whether people believe that alcohol is a personal matter and not something health care providers should ask about.

Chapter 5 aims to identify strategies that could tackle barriers to ASBI implementation in general practice by involving primary healthcare professionals and addiction prevention experts. A three-round online Delphi study was carried out in the Netherlands. The first-round questionnaire consisted of open-ended questions to generate ideas about strategies to overcome barriers. In the second round, participants were asked to indicate how applicable they found each strategy. Items without consensus were systematically fed back with group median ratings and interquartile range (IQR) scores in the third-round questionnaire. Participants reached consensus on 59 of 81 strategies, such as: 1) use of E-learning technology, 2) symptom-specific screening by general practitioners (GPs) and/or universal screening by practice nurses, 3) reimbursement incentives, 4) supportive materials, 5) clear guidelines, 6) service provision of addiction care centers, 7) more publicity in the media. Results of this study can be used for practice to overcome barriers to ASBI implementation in general practice and can be used in future research to experimentally test the identified implementation strategies using multifaceted approaches.

Chapter 6 describes the development and evaluation plan of an ASBI implementation program aimed at increasing ASBI delivery rates of general practitioners (GPs) and decreasing patients' alcohol consumption. A four-step method was used to identify relevant determinants of change and intervention components using the Behaviour Change Wheel and the Theoretical Domains Framework. Furthermore, a number of the intervention methods identified by health professionals and addiction prevention experts in the Delphi study were incorporated in the brief ASBI implementation intervention. This resulted in a program consisting of an e-learning module, a tailored feedback module and environmental support and materials. The program was evaluated in general practices in The Netherlands in a two-arm cluster randomized controlled trial. In the ASBI implementation program condition GPs received the ASBI implementation program, while GPs in the control condition continued care as usual. GP screening and brief intervention activity was measured at two time periods: a two-week baseline period and a two-week post-implementation period.

In Chapter 7 the results of the ASBI implementation evaluation study are reported. This program was evaluated on effectiveness on overall screening, targeted screening, detection and brief intervention delivery. All outcome variables were calculated from self-administered registration forms that included the AUDIT-C questionnaire. Based on our sample size calculation 36 GP practices were needed to participate in the study. A total of 15 GPs in 15 practices participated in this study of which 7 were in the intervention group and 8 in the control group. Participants in the intervention group demonstrated a higher mean in overall screening at post-measurement than those in the control group,

but this difference was not significant. No significant differences between intervention and control group were found on targeted screening, detection and intervention delivery. The mean difference between the groups on overall screening is promising and may indicate that the intervention has potential. However, no definitive conclusions can be drawn as we were not able to acquire the required number of participants in the study and the course of the trial showed that implementation of ASBI in general practices is complex and difficult to achieve. Therefore, in this study we could not determine the effectiveness of the brief ASBI implementation intervention with statistical significance.

In the general discussion of this thesis (Chapter 8) the results of the studies and methodological issues are discussed and recommendations for future research and practice are given. The results of this thesis indicate that there is a substantial mismatch between alcohol use disorder as assessed by patient self-report questionnaires and registration of diagnoses by GP's in patient records. This shows that there is a need for better registration of alcohol abuse. The mere implementation of staff such as the practice nurse mental health seems to be insufficient to increase diagnoses of patients with alcohol abuse, and more attention to tackling barriers experienced by health professionals is needed. The general population, including risky-drinkers in England, is generally in favor of discussing their alcohol use with the GP, which stresses the narrative that the target-group of ASBI does not actually oppose alcohol being addressed as is sometimes perceived by GPs. As older participants and participants from lower social grades were less likely to support addressing alcohol consumption in health care, it is important that GPs learn how to handle possible resistance from patients and to make the importance of addressing alcohol use clear to those patients who are less supportive of their alcohol use being addressed. GPs, practice nurses and addiction prevention experts identified a large number of feasible intervention strategies to target important barriers for ASBI implementation. These strategies can be applied and tested in practice. A number of the strategies identified by the health professionals were incorporated in a theory- and practice-based brief ASBI implementation intervention to improve ASBI delivery. Results of this thesis indicate that our ASBI implementation program may have potential in improving overall screening, but that further research is required. In doing so, a number of difficulties in conducting research in GP practices and among GP's need to be resolved. Most importantly, registration of patients' alcohol abuse in medical records needs to be improved and valid, reliable, yet not too extensive methods of measuring GPs' ASBI delivery behaviour in future trials should be developed and tested.

It is recommended that GPs consistently register medical diagnoses of alcohol abuse in the patients' medical records in order to prevent incomplete patient information in registration systems of general practices. Furthermore, GP's should keep in mind that most patients do not feel offended when the GP asks about their alcohol consumption

and that symptom-specific screening in which patients with certain symptoms associated with alcohol use are asked about alcohol use is an applicable method on which GPs and addiction prevention experts consensually agreed. Our implementation trial has shown that currently GPs screen very little on the symptoms recommended by the Dutch Guidelines for General Practitioners. It is therefore important to put further efforts on increasing awareness about the recommended symptoms and educating GPs in screening based on the recommended symptoms, possibly via other ways than E-learning alone.

Samenvatting

Terugdringen van overmatig en problematisch alcoholgebruik is een van de grootste uitdagingen voor de volksgezondheid vanwege de schadelijke effecten op de fysieke en mentale gezondheid. Een manier om overmatig en problematisch alcoholgebruik op bevolkingsniveau aan te pakken, is door primaire en secundaire preventie in de gezondheidszorg. Aangezien een groot deel van de bevolking een huisarts bezoekt en alle Nederlanders wettelijk verplicht zijn om zich te registreren bij een huisartsenpraktijk, lijken huisartspraktijken zeer geschikt voor alcoholscreening en kortdurende interventies (ASKI). De Nederlandse overheid heeft in 2008 gezondheidsbeleid ontwikkeld dat gericht is op het versterken van secundaire preventie (vroegtijdige opsporing en vroege behandeling) van psychische problemen in huisartsenpraktijken. Hierdoor kregen huisartsen de mogelijkheid om een praktijkondersteuner aan te stellen die gespecialiseerd is in geestelijke gezondheid (i.e. de POH-GGZ).

Er zijn echter een aantal barrières en kennislacunes gesignaleerd in het succesvol implementeren van ASKI in huisartsenpraktijken. Allereerst is er beperkt inzicht in de huidige situatie wat betreft de frequentie, nauwkeurigheid en registratie van de diagnose alcoholmisbruik door huisartsen. Daarnaast is de verwachting dat de introductie van de POH-GGZ in huisartspraktijken kan helpen om barrières met betrekking tot ASKI te overwinnen, maar of dat ook werkelijk zo is, is nog niet onderzocht. Ten derde is het onbekend welke strategieën nodig en aanvaardbaar zijn om de implementatie van ASKI in huisartsenpraktijken mogelijk te maken vanuit het perspectief van zorgverleners en verslavingspreventie-experts. Ook is er relatief weinig inzicht in de perspectieven van patiënten over het bespreken van alcoholgebruik met zorgprofessionals. Ten slotte is er behoefte aan effectieve, op theorie en praktijk gebaseerde ASKI-implementatieprogramma's voor huisartsen, die rekening houden met alle relevante factoren die samenhangen met het implementeren van ASKI.

Om de hierboven geschetste kennislacunes op te vullen was het hoofddoel van dit proefschrift om de huidige praktijk, barrières en oplossingen voor ASKI in huisartspraktijken te onderzoeken. Dit hoofddoel was verdeeld in drie sub-doelen. Het eerste subdoel was om de huidige stand van zaken met betrekking tot registratie en diagnoses van alcoholmisbruik te onderzoeken. Hiertoe hebben we onderzocht in hoeverre alcoholmisbruik geregistreerd werd door huisartsen in huisartspraktijken in Nederland (hoofdstuk 2) en of de introductie van de POH-GGZ in huisartspraktijken invloed heeft gehad op het aantal diagnoses van alcoholmisbruik (hoofdstuk 3) . Het tweede sub-doel was om mogelijke oplossingen voor barrières vanuit het perspectief van patiënten en professionals met betrekking tot ASKI te onderzoeken (hoofdstuk 4 en 5). Het derde doel was het ontwikkelen en evalueren van een op theorie gebaseerd ASKI-implementatieprogramma voor huisartsen (hoofdstuk 6 en 7).

In Hoofdstuk 2 worden registraties van diagnoses alcoholmisbruik door de huisarts vergeleken met door patiënten zelf gerapporteerd alcoholmisbruik Twee strategieën van gegevensverzameling werden gecombineerd: (1) zelfrapportagegegevens van pati-

enten over alcoholmisbruik en andere sociodemografische kenmerken; (2) diagnoses van chronisch en acuut alcoholmisbruik van dezelfde patiënten uit het medisch dossier (ICPC-codes). Op basis van de resultaten van de zelfrapportagegegevens voldeden 179 (14,8%) mannelijke deelnemers aan alcoholmisbruik. Van het totale aantal vrouwelijke patiënten voldeed 82 (7,2%) aan alcoholmisbruik. Één van de mannelijke en geen van de vrouwelijke patiënten met alcoholmisbruik werd als zodanig geregistreerd door de huisarts. Een totaal van 11,1% van alle deelnemers rapporteerde alcoholmisbruik, waarvan een opvallend laag aantal patiënten als zodanig werd geregistreerd door hun huisarts. Het is aannemelijk dat slechte herkenning (o.a. als gevolg van barrières bij alcoholscreening) en het vermijden van registraties als gevolg van het stigma rond alcoholmisbruik, een rol spelen bij de lage registraties.

Hoofdstuk 3 beschrijft een onderzoek naar het effect van de introductie van de POH-GGZ in huisartspraktijken in Nederland op het aantal diagnoses van chronisch en acuut alcoholmisbruik. Voor deze studie zijn er gegevens opgevraagd bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) van een representatieve steekproef van huisartspraktijken (n = 155). Verschillen in het aantal diagnoses van chronisch en acuut alcoholmisbruik tussen praktijken met een POH-GGZ en controlepraktijken (praktijken zonder een POH-GGZ en zonder eerstelijnspsychologen) werden geanalyseerd met multilevel regressieanalyses. Een significante afname in de tijd van chronische alcoholmisbruikdiagnoses werd waargenomen, evenals een significante afname in de loop van de tijd van acute diagnoses van alcoholmisbruik. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen praktijken die een POH-GGZ of alleen een eerstelijnspsycholoog in dienst hadden, en controlepraktijken. Praktijken die een POH-GGZ en een eerstelijnspsycholoog in dienst hadden, hadden een hoger gemiddelde van chronische en acute alcoholmisbruik diagnoses dan controlepraktijken, maar de verschillen tussen deze groepen waren niet statistisch significant. Mogelijke verklaringen voor de resultaten zijn barrières die praktijkmedewerkers ervaren bij het bevragen van alcoholgebruik bij patiënten en het stellen van prioriteiten aan andere psychische problemen dan alcoholmisbruik. Om het alcoholmisbruik door POHs-GGZ in de huisartspraktijk te verbeteren, is meer onderzoek nodig naar hoe POHs-GGZ kunnen worden betrokken bij het diagnosticeren en behandelen van patiënten met alcoholmisbruik.

Hoofdstuk 4 beschreef een onderzoek naar de overtuigingen en attitudes van patiënten over het bespreekbaar maken van alcoholgebruik in de gezondheidszorg. Ook werden kenmerken onderzocht van degenen die het bespreekbaar maken van alcoholgebruik ondersteunen of juist niet ondersteunen. Het onderzoek bestond uit een eenmalig vragenlijstonderzoek en gebruikte gegevens van de Alcohol Toolkit Survey (ATS) in Engeland. Uit de resultaten bleek dat de meeste volwassenen het erover eens zijn dat zorgverleners routinematig kunnen vragen naar het alcoholgebruik van patiënten. Van de deelnemers heeft 87,9% de overtuiging dat alcoholgebruik routinematig moet worden bevraagd in de gezondheidszorg; 10% daarentegen stemde volledig in met het idee

dat alcohol een persoonlijke kwestie is en niet iets waar zorgverleners naar zouden moeten vragen. Het was aanzienlijk minder waarschijnlijk dat oudere volwassenen en mensen in lagere sociaaleconomische klasse voorstander waren van het routinematig bevragen van alcoholgebruik dan degenen die jonger waren en uit hogere sociaaleconomische klassen. Dit onderzoek toont aan dat de meeste volwassenen in Engeland het erover eens zijn dat zorgverleners routinematig moeten vragen naar het alcoholgebruik van patiënten. Het drinkgedrag van deelnemers lijkt een beperkte relatie te hebben met de mate waarin mensen geloven dat alcohol een persoonlijke kwestie is (en niet iets waar huisartsen naar moeten vragen).

Hoofdstuk 5 is gericht op het identificeren van strategieën die belemmeringen voor de implementatie van ASKI in huisartspraktijken zouden kunnen verminderen. Een online Delphi-studie werd uitgevoerd onder gezondheidsprofessionals en experts op het gebied van verslavingspreventie in Nederland. De eerste ronde van de Delphi-studie bestond uit open vragen om ideeën te genereren over strategieën om barrières te overwinnen. In de tweede ronde werd de deelnemers gevraagd aan te geven hoe toepasselijk ze elke strategie vonden. Antwoorden waarbij geen overeenstemming werd bereikt werden systematisch teruggekoppeld met groepsgemiddelden en interquartile range (IQR) scores in de vragenlijst in de derde ronde. Deelnemers bereikten overeenstemming over 59 van de 81 strategieën, zoals: 1) gebruik van E-learning technologie, 2) symptoomspecifieke screening door huisartsen (huisartsen) en / of universele screening door praktijkverpleegkundigen, 3) vergoedingsprikkels, 4) ondersteunende materialen, 5) duidelijke richtlijnen, 6) dienstverlening van verslavingszorgcentra, 7) meer publiciteit in de media. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om de belemmeringen voor ASKI implementatie in huisartspraktijken te overwinnen en kunnen in toekomstig onderzoek worden gebruikt om de geïdentificeerde implementatiestrategieën experimenteel te onderzoeken.

Hoofdstuk 6 beschrijft de systematische ontwikkeling en het evaluatieplan van een ASKI-implementatieprogramma. Het doel van dit programma is het verhogen van ASKI door huisartsen en het verminderen van het alcoholgebruik van patiënten. Een vierstapsmethode werd gebruikt om relevante determinanten en interventiecomponenten te identificeren met behulp van het Behaviour Change Wheel en het Theoretical Domains Framework. Een aantal van de interventiemethoden die door gezondheidsprofessionals en experts op het gebied van verslavingspreventie zijn geïdentificeerd in de Delphi-studie werd opgenomen in de korte ASKI implementatieinterventie. Dit resulteerde in een programma bestaande uit een e-learningmodule, een op maat gemaakte feedbackmodule, ondersteuning door verslavingszorginstellingen en materialen (zoals screeningsvragenlijsten en een informatieve website). Het programma werd geëvalueerd in huisartspraktijken in Nederland in een twee-armige cluster randomized controlled trial. In de experimentele groep kregen de huisartsen het ASKI-implementatieprogramma, terwijl de huisartsen in de controlegroep de zorg zoals ge-

bruikelijk voortzetten. Screeningsgedrag van huisartsen en het toepassen van korte interventies werden gemeten in twee tijdsperioden: een baselineperiode van 10 werkdagen en een periode van 10 werkdagen na de implementatie.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van de evaluatie van het ASKI implementatieprogramma gerapporteerd. Dit programma werd geëvalueerd op: totale screening, symptoom-specifieke screening, detecteren van overmatig of problematisch alcoholgebruik en het toepassen van korte interventies. Alle uitkomstvariabelen zijn gebaseerd op registratieformulieren die door de huisartsen werden ingevuld. De registratieformulieren bevatten onder andere de AUDIT-C- als screeningvragenlijst. Op basis van onze steekproefgrootteberekening waren 36 huisartsenpraktijken nodig om aan de studie deel te nemen. Een totaal van 15 huisartsen in 15 praktijken nam deel aan deze studie, waarvan 7 in de interventiegroep en 8 in de controlegroep. Deelnemers in de interventiegroep hadden een hoger gemiddelde van totale screening bij de nameting dan de controlegroep, maar dit verschil was niet statistisch significant. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen interventie en controlegroep bij symptoomspecifieke screening, detectie en het toepassen van korte interventies. Uit het verloop van het onderzoek bleek dat de implementatie van ASKI in huisartspraktijken complex en moeilijk te realiseren is. Daarom konden we in deze studie niet de effectiviteit van de korte ASKI implementatieinterventie met statistische significantie bepalen. Het verschil tussen de groepen bij de totale screening zou er op kunnen wijzen dat de interventie wel potentie heeft om effectief te kunnen zijn.

In de algemene discussie van dit proefschrift (hoofdstuk 8) worden de resultaten van de studies en methodologische kwesties besproken en worden aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek en voor de praktijk. De resultaten van dit proefschrift geven aan dat er een substantiële mismatch is tussen alcoholmisbruik zoals vastgesteld door zelfrapportagevragenlijsten van patiënten en registratie van diagnoses door huisartsen in patiëntendossiers. Dit toont aan dat er behoefte is aan een betere registratie van alcoholmisbruik. De implementatie van de POH-GGZ lijkt onvoldoende te zijn om het aantal diagnoses van alcoholmisbruik te verhogen en er is meer aandacht nodig voor het aanpakken van barrières die worden ervaren door gezondheidsprofessionals. De algemene bevolking in Engeland, met inbegrip van risicovolle drinkers, is over het algemeen voorstander van het bespreken van hun alcoholgebruik met professionals in de gezondheidszorg. Dit geeft aan dat patiënten die in aanmerking komen voor ASBI niet tegen het bespreekbaar maken van alcohol zijn, zoals soms door huisartsen wordt gedacht. Omdat oudere deelnemers en deelnemers uit lagere sociaaleconomische klassen minder geneigd waren om het bespreken van alcoholgebruik in de gezondheidszorg te ondersteunen, is het belangrijk dat huisartsen leren omgaan met mogelijke weerstand van sommige patiënten. Huisartsen, praktijkondersteuners en deskundigen op het gebied van verslavingspreventie identificeerden een groot aantal interventiestrategieën voor ASKI-implementatie. Deze strategieën kunnen in de praktijk worden toegepast en

getest. Een aantal van de strategieën die werd geïdentificeerd door de gezondheidsprofessionals werd opgenomen in een op theorie en praktijk gebaseerde korte ASKI implementatie-interventie om ASKI in huisartsenpraktijken te implementeren. De resultaten van dit proefschrift geven aan dat dit ASKI-implementatieprogramma mogelijk potentie heeft om de totale screening te verbeteren, maar dat verder onderzoek nodig is. Daarbij moet een aantal problemen bij het uitvoeren van onderzoek in huisartsenpraktijken en bij huisartsen worden opgelost. Het belangrijkste is dat de registratie van alcoholmisbruik door patiënten in medische dossiers moet worden verbeterd en dat geldige, betrouwbare, maar niet al te uitgebreide methoden voor het meten van ASKI in toekomstige onderzoeken moeten worden ontwikkeld en getest.

Aanbevolen wordt dat huisartsen consequent diagnoses van alcoholmisbruik registreren in de medische dossiers van patiënten om onvolledige patiëntinformatie in registratiesystemen van huisartspraktijken te voorkomen. Tevens moeten huisartsen er rekening mee houden dat de meeste patiënten zich niet beledigd voelen wanneer de huisarts naar alcoholgebruik vraagt. Verder is symptoomspecifieke screening waarbij alleen bij patiënten met bepaalde symptomen naar alcoholgebruik wordt gevraagd een toepasselijke methode in huisartsenpraktijken. Onze implementatiestudie heeft aangetoond dat huisartsen zeer weinig screenen op de symptomen waarop dit volgens de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik zou moeten. Het is daarom belangrijk om verdere inspanningen te leveren om huisartsen voor te lichten over screening bij symptomen die in de richtlijnen staan, mogelijk via andere wegen dan alleen E-learning.