



Vroegsignalering en korte interventies: een vragenlijststudie onder medisch specialisten, verpleegkundigen en afdelingshoofden

*Drs. Myrna Keurhorst
Drs. Ellen Keizer
Drs. Juliette Cruisberg
Dr. Miranda Laurant*

Nijmegen, december 2011

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Contact

IQ healthcare

UMC St Radboud

Huispost 114

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

www.ighealthcare.nl

Telefoon: 024 36 15 305

Fax: 024 35 40 166

Email: info@iq.umcn.nl

Bezoekadres: Geert Grootteplein 21, route 114 Nijmegen

Dit is een uitgave van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) en IQ healthcare. Het PVA is een samenwerkingsverband van Trimbos-instituut, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Scientific Institute for Quality of Healthcare UMC St Radboud, Centraal begeleidings Orgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), GGD Nederland (koepelorganisatie gemeentelijke gezondheidsdiensten), Reinier de Graaf Gasthuis te Delft (polikliniek Jeugd en Alcohol) en het Kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren. De coördinatie van het PVA ligt in handen van het Trimbos-instituut. Het PVA wil de hulp aan mensen met beginnende alcoholproblemen een extra impuls geven. Het PVA wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

© 2011, Partnership Vroegsignalering Alcohol / IQ healthcare

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. U kunt deze uitgave en andere producten van het PVA ook vinden op

www.vroegsignaleringalcohol.nl. Deze uitgave is te downloaden via www.vroegsignaleringalcohol.nl.

Voor informatie kunt u contact opnemen met Dr. Miranda Laurant, m.laurant@iq.umcn.nl of 024 3615305.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Methoden	5
3. Resultaten	6
3.1 SEH-afdelingen en SEH-artsen en verpleegkundigen	6
3.1.1 Afdelingshoofden	6
3.1.2 SEH-artsen	8
3.1.3 SEH-verpleegkundigen	11
3.2 Interne/ MDL afdelingen en internisten	14
3.2.1 Afdelingshoofden	14
3.2.2 Internisten	17
4. Beschouwing	20
Literatuur	23

1. Inleiding

Net als in de rest van de Europese Unie, ligt ook in Nederland het alcoholgebruik erg hoog¹. Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw is het alcoholgebruik ruim verdrievoudigd van 2,6 liter pure alcohol per hoofd in 1960 naar 7,9 liter pure alcohol per hoofd in 2005². Als gevolg van deze toename in consumptie neemt eveneens de alcoholgerelateerde problematiek toe. Ongeveer 10,3% van de Nederlandse bevolking van 16-69 jaar voldoet aan de criteria voor problematisch alcoholgebruik³.

Exacte cijfers over de prevalentie van alcoholmisbruik bij klinisch opgenomen patiënten of patiënten gezien op de polikliniek van een Nederlands ziekenhuis zijn niet bekend. Geschat wordt dat alcohol min of meer in het spel is bij één op de tien klinische opnames. Wel zijn er cijfers over de rol van alcohol bij bezoeken aan de spoedeisende hulp. Van alle patiënten die zich op de SEH melden blijkt 4,9- 18,2% binnen 6 uur voorafgaand aan het bezoek alcohol te hebben gebruikt⁴. De spreiding hangt samen met de locatie en het soort ziekenhuis.

De combinatie van screening en kortdurende interventies is effectief in een ziekenhuis. Deze dragen bij aan een reductie van alcoholgerelateerde aandoeningen^{5,6}. Waarschijnlijk heeft alleen al de screening op alcoholgebruik een effect, in termen van bewustmaking van de mogelijke risico's ervan⁷. Ziekenhuizen kunnen effectieve settings zijn voor vroegsignalering en kortdurende interventies. Pilotprojecten laten zien het haalbaar is om vroegsignalering en kortdurende interventies in ziekenhuizen te implementeren^{8,9}. Daarom is het belangrijk om inzicht te verkrijgen in de attitude van zorgverleners en afdelingshoofden tegenover het vroegsignaleren en toepassen van kortdurende interventies bij overmatig alcoholgebruik en tevens in kaart te brengen wat hun activiteiten op dit moment zijn. Middels een vragenlijst deden we onderzoek onder medisch specialisten, verpleegkundigen en afdelingshoofden om zicht te krijgen in hoeverre afdelingen en individuele zorgverleners zich bezighouden met:

1. Het identificeren van tekortkomingen en problemen bij de implementatie vroegsignalering en kortdurende interventies;
2. Het verbeteren van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de vroegsignalering en kortdurende interventies in afstemming met overige partners in de zorgketen;
3. Het vergroten van de betrokkenheid van de zorgverleners in ziekenhuizen bij de uitvoering vroegsignalering en kortdurende interventies.

2. Methoden

Design

In deze observationele cross-sectionele studie zijn afdelingshoofden van de interne/MDL afdelingen en SEH afdelingen, SEH verpleegkundigen, SEH artsen en internisten benaderd. In juni t/m augustus 2010 is een vragenlijst uitgezet onder alle afdelingshoofden van interne/MDL afdelingen (n=124) en van alle spoedeisende hulp afdelingen (SEH) (n=106). Tevens is er is een steekproef van internisten (n=270) die lid zijn van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), alle SEH-artsen (n=250) die lid zijn Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en alle SEH-verpleegkundigen (n=643) die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NSVHV) aangeschreven.

Vragenlijst

In de vragenlijst voor *artsen en verpleegkundigen* is onderscheid gemaakt in verschillende domeinen: persoonskenmerken, bekendheid met de richtlijn “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol”, attitude ten opzichte van probleemdrinkers, screening van overmatig alcoholgebruik en begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik. Om de attitude onder zorgverleners ten opzichte van problematisch alcoholgebruik te meten, is de *shortened Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire* (SAAPPQ) vragenlijst gebruikt. De SAAPPQ bestaat uit vijf dimensies¹⁰:

Rolzekerheid:

1. *Rolgeschiktheid*: het hebben van de kennis en vaardigheden om alcoholproblematiek te herkennen en hiermee om te gaan.
2. *Rollegitimiteit*: de zekerheid of en in welke mate alcoholproblematiek tot hun verantwoordelijkheden hoort.

Therapeutische betrokkenheid:

3. *Motivatie*: gemotiveerd zijn om met probleemdrinkers te werken.
4. *Taak specifieke zelfwaardering*: zelfvertrouwen in het positief volbrengen van de taak werken met probleemdrinkers.
5. *Arbeidssatisfactie*: tevredenheid over het werken met probleemdrinkers.

De *afdelingshoofden* kregen een aangepaste vragenlijst, waarbij er onderscheid was in de domeinen persoons- en afdelingskenmerken, afdelingsbeleid screenen op overmatig alcoholgebruik, afdelingsbeleid begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik en samenwerking met de verslavingszorg.

De analyses zijn beschrijvend weergegeven. De resultaten worden weergegeven in 2 gedeelten: sectie 1 betreft de SEH-afdelingen en SEH-artsen en –verpleegkundigen. Sectie 2 beschrijft de resultaten van de interne/MDL afdelingen en internisten.

3. Resultaten

3.1 SEH-afdelingen, SEH-artsen en SEH-verpleegkundigen

3.1.1 Afdelingshoofden

Persoons- en afdelingskenmerken

De vragenlijst is ingevuld door 50 afdelingshoofden (respons 47%). In tabel 1 staan de kenmerken van de ondervraagde afdelingen en afdelingshoofden.

Tabel 1: Kenmerken van de ondervraagde SEH-afdelingen en SEH-afdelingshoofden

Afdelings(hoofd)kenmerken	N=50 (47%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	46 (8,43)
Mannelijk geslacht	34%
Gemiddeld aantal jaren werkzaam in functie van afdelingshoofd (SD)	2,4 (1,1)
Gemiddeld aantal uren werkzaam in functie van afdelingshoofd (SD)	35,1 (4,7)
Achtergrond (%)	
- Arts	10,2%
- Verpleegkundige	83,7%
- Manager (zonder medische achtergrond)	6,1%
Gemiddelde grootte van afdelingen (SD)	
- Poliklinisch bezoek per jaar (van 42 afdelingen)	20534 (8936)
- Bedden op afdeling (van 23 afdelingen)	76 (177)
- Beddagen per jaar (van 3 afdelingen)	915 (1379)

Afdelingsbeleid screenen op overmatig alcoholgebruik

Aan afdelingshoofden is gevraagd of, en bij welke leeftijden, er op hun afdelingen gescreend wordt voor overmatig alcoholgebruik. Hoewel een gering aantal afdelingen screent op alcoholgebruik, blijkt dit het vaakst bij jongeren plaats te vinden. Dit is terug te zien in tabel 2. Om alcoholgebruik vast te stellen gebruikt 12% van de afdelingen hiervoor een screeningsinstrument. Dit gebeurt vooral door het afnemen van de AUDIT-C (33%) of door de anamnese of vragen te stellen (33%). Daarnaast maakt 86% van de respondenten gebruik van bloedonderzoek om alcoholgebruik vast te stellen.

De medisch specialist of arts is in de meeste gevallen verantwoordelijk voor de screening op overmatig alcoholgebruik (74%). Ook de arts in opleiding (52%) en verpleegkundige (28%) zijn betrokken bij vroegsignalering, maar beduidend minder vaak in vergelijking met de medisch specialist. Bij 38% van de ziekenhuizen staan de afdelingsprocedures met betrekking tot het screenen op overmatig alcoholgebruik beschreven, waarvan 2 afdelingen een protocol hebben dat alleen gericht is op jongeren.

Tabel 2: Screening op overmatig alcoholgebruik volgens afdelingshoofden SEH

Vragen naar alcoholgebruik bij jongeren tot 18 jaar	% screening
<i>“Soms”</i>	44,0
<i>“Regelmatig”</i>	28,0
<i>“Altijd”</i>	16,0
Vragen naar alcoholgebruik bij volwassenen van 18-65 jaar	% screening
<i>“Soms”</i>	48,0
<i>“Regelmatig”</i>	30,0
<i>“Altijd”</i>	2,0
Vragen naar alcoholgebruik bij 65+	% screening
<i>“Soms”</i>	57,1
<i>“Regelmatig”</i>	16,3
<i>“Altijd”</i>	2,0

Op een schaal van 1-10 van uiterst onbelangrijk tot uiterst belangrijk, waarden afdelingshoofden het verbeteren van screenen van overmatig alcoholgebruik gemiddeld met een 7 (SD 1,84). Van de afdelingshoofden waardeert 48% dit met een 8 of hoger. Voornaamste obstakels of belemmeringen hierbij zijn: tijd/ extra belasting, eerlijkheid/ motivatie van de patiënt, alleen aanleiding bij intoxicatie, met de resultaten wordt weinig gedaan mits het om intoxicatie gaat, overtuiging/ motivatie specialisten, SEH niet geschikt hiervoor.

Afdelingsbeleid behandeling van overmatig alcoholgebruik

Het aantal afdelingen dat begeleiding en behandeling biedt aan patiënten met overmatig of schadelijk alcoholgebruik is klein. Ook nu zien we dat deze begeleiding het vaakst aan jongeren tot 18 jaar wordt aangeboden. Dit is terug te zien in tabel 3. Deze begeleiding of behandeling bestaat dan voornamelijk uit motiverende gespreksvoering (42%), eenmalige en kortdurende interventies (34%) en combinaties van medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies (12%).

Op de meeste afdelingen zijn de medisch specialisten (82%), arts in opleiding tot specialist (44%), verpleegkundigen (24%), kinder/jeugd psycholoog (6%) en de verpleegkundig specialist (4%) verantwoordelijk voor de begeleiding of behandeling van overmatig alcoholgebruik. Op 14 afdelingen staan de afdelingsprocedures met betrekking tot de begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik beschreven.

Op een schaal van 1-10 van uiterst onbelangrijk tot uiterst belangrijk, waarden afdelingshoofden de verbetering van zorg voor patiënten met overmatig alcoholgebruik met gemiddeld een 6,8 (SD 1,86). 44% van de respondenten waardeerden dit met een 8 of hoger.

De voornaamst voorziene obstakels of belemmeringen hierbij waren tijd, SEH niet geschikt hiervoor (o.a. vanwege korte duur aanwezig op de SEH) en motivatie van de patiënt. Om deze zorg op de afdelingen te verbeteren, geven respondenten hierbij aan de meeste behoefte te hebben aan voorlichtingsmateriaal, korte screeningslijsten, protocol/ richtlijn: eenduidigheid, doorverwijzing naar

Tabel 3: Begeleiding en behandeling van overmatig alcoholgebruik volgens afdelingshoofden SEH

Behandeling/ begeleiding bij jongeren tot 18 jaar	%
"Soms"	34,0
"Regelmatig"	16,0
"Altijd"	36,0
Behandeling/ begeleiding bij volwassenen van 18-65 jaar	%
"Soms"	46,0
"Regelmatig"	20,0
"Altijd"	4,0
Behandeling/ begeleiding bij 65+	%
"Soms"	49,0
"Regelmatig"	12,2
"Altijd"	4,1

een vervolgtraject of levering nazorg, privacy in behandelkamers, scholing voor verpleegkundigen en meer medewerking van specialisten.

Samenwerking met verslavingszorg

Van de respondenten geeft 4% aan samen te werken met regionale verslavingszorg- of GGZ-instellingen ten aanzien van het screenen, 26% geeft aan samen te werken ten aanzien van begeleiding/ behandeling en 12% geeft aan samen te werken ten aanzien van zowel screening als begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik. Bij een gering aantal afdelingen staan de procedures met betrekking tot die samenwerking voor screening en/ of begeleiding en behandeling beschreven (26%). Bij 13 van de 27 afdelingen worden patiënten met alcoholproblematiek "regelmatig" doorverwezen naar de regionale verslavingszorginstellingen of GGZ-instellingen. Bij respectievelijk 4 en 13 afdelingen worden patiënten "soms" of "altijd" doorverwezen. Voorziene obstakels en belemmeringen voor de samenwerking zijn: wachttijden GGZ en bereikbaarheid GGZ (ook buiten reguliere werktijden) waardoor de opname op de SEH te lang duurt.

3.1.2 SEH-artsen

Persoonskenmerken

In totaal hebben 87 SEH-artsen de vragenlijst voor zorgverleners ingevuld en zijn meegenomen in de analyse. De respons komt daarmee op 35%. In tabel 4 zijn deze kenmerken uitgezet.

Tabel 4: Kenmerken van de ondervraagde SEH-artsen

Persoonskenmerken		N=87 (35%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)		35 (4,36)
Mannelijk geslacht		28,7%
Functie		
- Medisch specialist		69%
- Arts-assistent		31%
Aantal jaren werkzaam in deze functie (SD)		3,2(2,9)
Aantal uren werkzaam per week (SD)		38,2 (5)

Bekendheid met de richtlijn “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol”

Deze richtlijn geeft aan dat er bij mannen van 18-65 jaar sprake is van overmatig alcoholgebruik wanneer er meer dan 14-21 glazen alcohol per week wordt gedronken. Voor vrouwen van 18-65 jaar en ouderen (65+) geldt dat er sprake van overmatig alcoholgebruik is wanneer er meer dan 7-14 glazen alcohol per week worden gedronken. Van de SEH-artsen geeft 20% aan bekend te zijn met het bestaan van deze richtlijn; 29% van deze artsen geven aan enigszins bekend te zijn met de inhoud van deze richtlijn. In tabel 5 is te zien in hoeverre deze richtlijn juist wordt ingeschat. Voornamelijk bij de groep mannen en vrouwen van 18-65 jaar valt op dat SEH-artsen voorzichtig zijn met maximale hoeveelheden. Dat wil zeggen dat er meer onderschatting van de richtlijn is dan overschatting.

Tabel 5: Inschatting overmatig alcoholgebruik bij verschillende groepen door SEH-artsen

	Mannen		Vrouwen		Ouderen	
	14 glazen	21 glazen	7 glazen	14 glazen	7 glazen	14 glazen
Gemiddelde schatting aantal glazen (SD)	14,8 (7,5)		10,9 (6,2)		10,0 (5,9)	
Lagere inschatting	38,8%	72,5%	23,8%	58,8%	29,3%	72,0%
Goede inschatting	22,5%	22,5%	18,8%	33,8%	18,7%	20,0%
Hogere inschatting	39%	5%	57,5%	7,5%	52,0%	8%

Attitude

Om de attitude van SEH-artsen ten aanzien van het werken met probleemdrinkers te meten, is gebruik gemaakt van de reeds genoemde SAAPPQ vragenlijst. In tabel 6 staan de gemiddelde scores weergegeven, uitgesplitst naar de 5 dimensies in de vragenlijst. Voor de scores geldt: hoe lager de score, hoe negatiever de betekenis van de variabele.

Uit tabel 6 kan afgeleid worden dat er op geen van de dimensies onder de 2,5 wordt gescoord. Rollegitimiteit is wel een grensgeval, dat wil zeggen dat men het niet altijd als zijn taak en 'recht' ziet om bij mensen naar alcoholgebruik te vragen.

Tabel 6: Gemiddelde score van SEH-artsen op de verschillende onderdelen van de SAAPQ

	Gemiddelde score (SD)
Rolzekerheid ¹ :	
- Rolgeschiktheid	3,87 (0,85)
- Rollegitimiteit	2,5 (0,86)
Therapeutische betrokkenheid ¹ :	
- Motivatie	4,21 (0,92)
- Taak specifieke zelfwaardering ¹	3,78 (0,94)
- Arbeidssatisfactie	4,61 (0,88)

¹ SAAPQ, 5 punt schaal van 1 uiterst negatief tot 5 uiterst positief

Screenen overmatig alcoholgebruik

16% van de SEH-artsen ziet volgens eigen inschatting gemiddeld per dag zeer incidenteel patiënten op de afdeling waarbij sprake is van overmatig tot excessief alcoholgebruik. Een meerderheid geeft aan minimaal 1 keer per dag (59%) of 2 tot 5 keer per dag (22%) patiënten met overmatig tot excessief alcoholgebruik te zien. Bij 1% van de SEH-artsen is dit 15 of meer keer per dag. 28% van de SEH-artsen screent hun patiënten regelmatig op overmatig alcoholgebruik en 6% doet dit altijd. Hierbij gebruikt 18% van de SEH-artsen screeningsinstrumenten, namelijk de Five-shot test (n=4) of door middel van de anamnese of vragen te stellen n=13). 75% geeft aan (ook) bloedonderzoek te doen.

Aan SEH-artsen is gevraagd bij welke leeftijdsgroepen zij regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik vragen. Dit percentage ligt het hoogst bij volwassenen 18-65 jaar: 73,6% (65+: 59% en jongeren tot 18 48%). Er zijn weinig verschillen in de vraagfrequentie bij verschillende patiëntengroepen, met uitzondering van zwangeren (zie tabel 7). Verder is in tabel 7 ook te zien bij welke signalen of klachten het meeste naar alcoholgebruik gevraagd wordt. Op een schaal van 1 uiterst onbelangrijk tot 10 uiterst belangrijk waarden SEH-artsen het belang om herkenning van problematisch alcoholgebruik bij uw patiënten te verbeteren met gemiddeld een 7 (SD 1,29) gescoord. Van de SEH-artsen gaf 33% een waardering van 8 of hoger.

Begeleiding/ behandeling overmatig alcoholgebruik

Korte interventies bij overmatig alcoholgebruik worden gekenmerkt door lage kosten, een kleine investering wat betreft tijd en middelen, een nadruk op zelfhulp en zelfmanagementtechnieken en een minimale betrokkenheid van de professional. Bij de uitspraak *"Ik weet welke korte interventies gebruikt kunnen worden om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen"* geeft 3,6% aan het hier enigszins mee eens te zijn en 7,1% is het hier zeer mee eens. Voor de uitspraak *"Ik gebruik korte interventies om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen"* geldt dat 4,9% en 4,9% aangeeft het hier mee eens of enigszins mee eens te zijn. Het belang van het toepassen van korte interventies wordt gewaardeerd met een 6,9 (SD 1,4). 32% van de SEH-artsen waardeerde met een 8 of hoger.

Wanneer SEH-artsen patiënten zien waarbij ze overmatig alcoholgebruik vermoeden, dan maakt 90% een notitie in het dossier, schrijft 81% in zijn ontslagbrief naar de huisarts over de bevindingen van het alcoholgebruik en 77% verwijst de patiënt voor verdere interventies naar de huisarts. Verdere vervolgacties bij een vermoeden van overmatig alcoholgebruik zijn: doorverwijzing naar verslavingszorg of GGZ-instelling (31%), doorverwijzing voor psychische hulp binnen het ziekenhuis (25%) of handelt zoals gebruikelijk. Factoren die de behandeling van overmatig alcoholgebruik moeilijker maken zijn voornamelijk tijdsgebrek (92%), onvolledige patiëntgegevens (70%),

behandeling op de afdeling (klinisch/poliklinisch/SEH) is niet effectief (65%) en de afdeling (klinisch/poliklinisch/SEH) is niet geschikt voor kortdurende interventies (58%).

Tabel 7: Patiëntengroepen en signalen of klachten waarbij SEH-artsen regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik wordt gevraagd

Patiëntengroepen	(%)
Zwangeren	29,9
Mensen met hart- en vaatziekten	52,9
Mensen met diabetes	47,1
Mensen die medicijnen gebruiken met interactie-effecten	51,7
Mensen die slaapmiddelen en/of kalmeringsmiddelen gebruiken	52,9
Signalen of klachten	(%)
Mensen die naar alcohol ruiken	79,3
Mensen die een trauma hebben ten gevolge van ruzie/agressie	79,3
Mensen die een trauma hebben ten gevolge van een verkeersongeval	72,4
Melding door derden van alcoholgebruik	70,1

3.1.3 SEH-verpleegkundigen

Persoonskenmerken

In totaal hebben 151 SEH-verpleegkundigen de vragenlijst voor zorgverleners ingevuld. De respons is daarmee 23%. In tabel 8 zijn deze kenmerken uitgezet.

Tabel 8: Kenmerken van de ondervraagde SEH-verpleegkundigen

Persoonskenmerken	N=151 (23%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	47 (8,07)
Mannelijk geslacht	22,4%
Functie	
- Verpleegkundige (niveau 4 en/of 5)	78,8%
- Verpleegkundig specialist/Nurse practitioner	21,2%
Aantal jaren werkzaam in deze functie (SD)	14,4 (8,6)
Aantal uren werkzaam per week (SD)	29,6 (5,9)

Bekendheid met de richtlijn “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol”

Van de SEH-verpleegkundigen geeft 15% aan bekend te zijn met het bestaan van deze richtlijn. Slechts 2 van de 151 verpleegkundigen (1,3%) geven aan bekend te zijn met de inhoud van deze richtlijn, 8,6% kent de inhoud van deze richtlijn enigszins. In tabel 9 is te zien in welke mate deze richtlijn juist wordt ingeschat door SEH-verpleegkundigen. De tabel maakt in consistentie met de richtlijn onderscheid in hoeveelheden bij mannen, vrouwen en ouderen. Uit de aantallen valt op te maken dat SEH-verpleegkundigen in vergelijking met SEH-artsen de richtlijn een stuk vaker overschatten.

Tabel 9: Inschatting overmatig alcoholgebruik bij verschillende groepen door SEH-verpleegkundigen

	Mannen		Vrouwen		Ouderen	
	14 glazen	21 glazen	7 glazen	14 glazen	7 glazen	14 glazen
Gemiddelde schatting aantal glazen (SD)	16,0 (7,8)		12,7 (6,8)		12,1 (8,1)	
Lagere inschatting	36,0%	73,9%	12,6%	52,3%	16,0%	60,4%
Goede inschatting	22,5%	14,4%	16,2%	30,6%	17,9%	23,6%
Hogere inschatting	41,4%	11,7%	71,2%	17,1%	66,0%	16,0%

Attitude

Om de attitude van SEH-verpleegkundigen ten aanzien van het werken met probleemdrinkers te meten, is gebruik gemaakt van de SAAPPQ vragenlijst. In tabel 10 staan de gemiddelde scores weergegeven, uitgesplitst naar de 5 dimensies in de vragenlijst. Voor de scores geldt: hoe lager de score, hoe negatiever de betekenis van de variabele.

Tabel 10: Gemiddelde score van SEH-verpleegkundigen op de verschillende onderdelen van de SAAPQ

	Gemiddelde score (SD)
Rolzekerheid ¹ :	
- Rolgeschiktheid	3,95 (0,94)
- Rollegitimiteit	3,25 (0,87)
Therapeutische betrokkenheid ¹ :	
- Motivatie	4,14 (0,88)
- Taak specifieke zelfwaardering ¹	4,18 (0,72)
- Arbeidssatisfactie	4,58 (0,79)

¹ SAAPQ, 5 punt schaal van 1 uiterst negatief tot 5 uiterst positief

In tabel 10 is te zien dat er op geen van de dimensies onder de 2,5 gescoord wordt. De gemiddelde attitude van SEH-verpleegkundigen tegenover het meten van problematisch alcoholgebruik is dus positief te noemen.

Screenen overmatig alcoholgebruik

Van de SEH-verpleegkundigen ziet 21,2% volgens eigen inschatting zeer incidenteel patiënten op de afdeling waarbij sprake is van overmatig tot excessief alcoholgebruik. Een meerderheid geeft aan minimaal 1 keer per dag (49%), of 2 tot 5 keer per dag (23%) patiënten te zien die overmatig tot excessief drinken. 3% geeft aan meer dan 15 van deze patiënten per dag te zien. 31% van de SEH-verpleegkundigen screent hun patiënten regelmatig op overmatig alcoholgebruik en 7% doet dit altijd. Hierbij gebruikt 14% van de SEH-verpleegkundigen instrumenten, namelijk de AUDIT-C (10,5%), TWEAK (voor zwangeren) (5,3%) of door middel van de anamnese of vragen te stellen (90,5%). 74% geeft aan (ook) bloedonderzoek te doen.

Ook aan SEH-verpleegkundigen is gevraagd bij welke leeftijdsgroepen zij regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik vragen. Dit percentage ligt het hoogst bij jeugd tot 18 jaar (62,3%), gevolgd door volwassenen 18-65 jaar (58,9%) en ouderen 65+ (39,7%). In tabel 11 is een overzicht te zien van de patiëntengroepen en symptomen of klachten waarbij SEH-verpleegkundigen naar alcoholgebruik vragen.

Tabel 11: Patiëntengroepen en signalen of klachten waarbij SEH-verpleegkundigen regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik wordt gevraagd

Patiëntengroepen	(%)
Mensen die slaap- en/of kalmeringsmiddelen gebruiken	44,4
Mensen die medicijnen gebruiken met interactie-effecten	36,4
Mensen met hart- en vaatziekten	28,5
Signalen of klachten	(%)
Mensen die naar alcohol ruiken	87,4
Mensen die een trauma hebben ten gevolge van ruzie/ agressie	77,5
Mensen die een trauma hebben ten gevolge van een verkeersongeval	72,8
Melding door derden van alcoholgebruik	65,6

Op een schaal van 1 uiterst onbelangrijk tot 10 uiterst belangrijk waarden SEH-verpleegkundigen het belang om herkenning van problematisch alcoholgebruik bij uw patiënten te verbeteren met gemiddeld een 7,2 (SD 1,67). Van hen gaf 50% een waardering van 8 of hoger.

Begeleiding/ behandeling overmatig alcoholgebruik

Bij de uitspraak *“Ik weet welke korte interventies gebruikt kunnen worden om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen”* geeft 16% aan het hier enigszins mee eens te zijn en 2% is het hier zeer mee eens. Voor de uitspraak *“Ik gebruik korte interventies om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen”* geldt dat 13,3% en 1,3% aangeeft het hier enigszins mee eens of mee eens te zijn. Het belang van het toepassen van korte interventies wordt gewaardeerd met een 7 (SD 1,94). 46% van de verpleegkundigen waardeerde het belang met een 8 of hoger.

Wanneer SEH-verpleegkundigen patiënten zien waarbij ze overmatig alcoholgebruik vermoeden, dan maakt 69% een notitie in het dossier, handelt 44% niet anders dan anders, verwijst 34% naar de huisarts en schrijft 21% in de ontslagbrief naar de huisarts de bevindingen over het alcoholgebruik.

Factoren die de behandeling van overmatig alcoholgebruik moeilijker maken zijn voornamelijk “*behandeling op de afdeling (klinisch/poliklinisch/SEH) is niet effectief*”(77,2%), tijdsgebrek (72,4%), gebrek aan kennis (71,6%), “*het ontbreekt aan goede screeningsinstrumenten*” (69,7%), en te weinig ervaring (65,1%).

3.2 Interne/ MDL afdelingen en internisten

3.2.1 Afdelingshoofden

Persoons- en afdelingskenmerken

De vragenlijst is ingevuld door 25 afdelingshoofden van de interne/ MDL afdelingen (respons 20%). In tabel 12 staan de kenmerken van de ondervraagde afdelingen en afdelingshoofden.

Tabel 12: Kenmerken van de ondervraagde interne/ MDL afdelingen en afdelingshoofden	
Afdelings(hoofd)kenmerken	N=25 (20%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	52 (6,76)
Mannelijk geslacht	48%
Gemiddeld aantal jaren werkzaam in functie van afdelingshoofd (SD)	2,8 (1,1)
Gemiddeld aantal uren werkzaam in functie van afdelingshoofd (SD)	44,4 (15,7)
Achtergrond (%)	
- Arts	50%
- Verpleegkundige	50%
Gemiddelde grootte van afdelingen (SD)	
- Poliklinisch bezoek per jaar (van 12 afdelingen)	12630 (11811)
- Bedden op afdeling (van 20 afdelingen)	49 (25)
- Beddagen per jaar (van 10 afdelingen)	28081 (50212)

Afdelingsbeleid screenen op overmatig alcoholgebruik

Aan afdelingshoofden is gevraagd of, en bij welke leeftijden, er op hun afdelingen gescreend wordt voor overmatig alcoholgebruik. Een overzicht hiervan is te zien in tabel 13. Deze screeningspercentages liggen het hoogst onder volwassenen van 18-65 jaar en variëren tussen de 19-35% “*soms*”, 19-26% “*regelmatig*” en 13-14% “*altijd*” in de verschillende leeftijdscategorieën. Om overmatig alcoholgebruik vast te stellen wordt er weinig gebruik gemaakt van aanbevolen screeningsinstrumenten, maar vindt de vaststelling vrijwel altijd plaats middels de anamnese of door vragen te stellen (80%). Daarnaast maakt 56% van de afdelingen gebruik van bloedonderzoek.

Tabel 13: Screeningsactiviteit van interne/ MDL-afdelingen in verschillende leeftijdsgroepen

Vragen naar alcoholgebruik bij jongeren tot 18 jaar	% screening
"Soms"	19,0
"Regelmatig"	19,0
"Altijd"	14,3
Vragen naar alcoholgebruik bij volwassenen van 18-65 jaar	% screening
"Soms"	34,8
"Regelmatig"	26,1
"Altijd"	13,0
Vragen naar alcoholgebruik bij 65+	% screening
"Soms"	29,1
"Regelmatig"	21,7
"Altijd"	13,0

Bij de meeste afdelingen is de medisch specialist/ arts de eerst verantwoordelijke voor het screenen op overmatig alcoholgebruik (68%), gevolgd door de arts in opleiding tot specialist (44%) en verpleegkundige (36%). Slechts één afdelingshoofd van de MDL/interne afdelingen geeft aan dat er afdelingsprocedures met betrekking tot het screenen op overmatig alcoholgebruik zijn beschreven. Op een schaal van 1-10 van belangrijkheid waarderen afdelingshoofden het screenen van overmatig alcoholgebruik met een 5,24 (SD 2,74). Van de afdelingshoofden waardeert 40% dit met een 8 of hoger. Als belangrijkste obstakels of belemmeringen hierbij worden voornamelijk genoemd: beperkt aanbod van screeningsmethoden, de anamnese is al erg uitgebreid, gebrek aan privacy in behandelingsruimtes, ethische bezwaren, drukte, geen aanleiding vanuit het klinisch beeld.

Afdelingsbeleid begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik

Naast screening is er aan afdelingshoofden ook gevraagd of, en bij welke leeftijden, begeleiding/behandeling gegeven wordt bij overmatig alcoholgebruik van patiënten. Deze screeningspercentages liggen het hoogst onder volwassenen van 18-65 jaar en ouderen van 65+, en variëren tussen de 29-44% "soms", 14-22% "regelmatig" en 12-20% "altijd" in de verschillende leeftijdscategorieën, zie ook tabel 14. Deze behandeling/ begeleiding bestaat dan voornamelijk uit motiverende gespreksvoering (32%), combinaties van medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies (32%), eenmalige en kortdurende interventies (20%) en behandeling van alcoholafhankelijkheid als een chronische aandoening (20%), combinaties farmacotherapie en psychotherapie (20%).

Tabel 14: Begeleiding en behandeling van overmatig alcoholgebruik volgens interne/ MDL-afdelingen

Behandeling/ begeleiding bij jongeren tot 18 jaar	%
"Soms"	38,1
"Regelmatig"	14,3
"Altijd"	19,5
Behandeling/ begeleiding bij volwassenen van 18-65 jaar	%
"Soms"	44,0
"Regelmatig"	20,0
"Altijd"	12,0
Behandeling/ begeleiding bij 65+	%
"Soms"	29,1
"Regelmatig"	21,7
"Altijd"	13,0

De hoofdverantwoordelijken voor begeleiden/ behandelen van overmatig alcoholgebruik zijn de medisch specialist/ arts (68%), verpleegkundige (36%), arts in opleiding tot specialist (24%), co-assistent (8%), kinder (jeugd) psycholoog (4%), verpleegkundig specialist (4%) of de physician assistant (4%). Verder worden de maatschappelijk werker, psychiater en psycholoog genoemd. Slechts één afdelingshoofd van de MDL/interne afdelingen geeft aan dat er afdelingsprocedures met betrekking tot de begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik zijn beschreven.

Het belang hiervan wordt met een 5,4 (SD 2,6) op een schaal van 1-10 gewaardeerd. Van de afdelingshoofden waardeert 32% dit met een 8 of hoger. Als belemmeringen/ obstakels worden hierbij voornamelijk een gemiddeld korte ligduur van 6 à 7 dagen, weinig bronnen (materiaal, kennis, scholing), geen taak voor interne/ MDL afdeling en motivatie zowel van de arts als van de patiënt genoemd. Om deze zorg te verbeteren is er voornamelijk behoefte aan verdere begeleiding na ontslag (dezelfde patiënt keert vaak weer terug op de afdeling), scholing, protocol of procedure, behandelingsplaatsen uitbreiden (vanwege huidige wachtlijst en vanwege meer privacy) en meer samenwerking met andere disciplines.

Samenwerking met verslavingszorg

11 afdelingen (44%) geven aan een samenwerkingsverband met verslavingszorg of GGZ-instelling te hebben met betrekking tot begeleiding/ behandeling; één daarvan heeft daarbij een samenwerkingsverband met betrekking tot screenen én begeleiding/ behandeling. Bij 2 afdelingen staan de procedures met betrekking tot die samenwerking voor begeleiding en behandeling beschreven. Bij 7 van de 12 afdelingen worden patiënten met alcoholproblematiek "regelmatig" doorverwezen naar de regionale verslavingszorginstellingen of GGZ instellingen. Bij respectievelijk 4 en 1 afdeling worden patiënten "soms" of "altijd" doorverwezen. Als obstakels/ belemmeringen worden hierbij genoemd plaatsgebrek of gebrek aan motivatie, langs elkaar heen werken en de begeleiding kan ook in het ziekenhuis plaatsvinden.

3.2.2 Internisten

Persoonskenmerken

In totaal hebben 45 internisten de vragenlijst voor zorgverleners ingevuld. De respons komt daarmee op 17%. In tabel 15 zijn deze kenmerken uitgezet.

Tabel 15: Kenmerken van de ondervraagde internisten	
Persoonskenmerken	N=45 (17%)
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	38 (9,56)
Mannelijk geslacht	37,8%
Afdeling	
- Algemeen interne	75,6%
- Anders (centrum voor thuisbeademing, ic, infectioloog, int oncologie, lab nierziekten, medisch oncologie, reumatologie, transfusie geneeskunde)	24,4%
Functie	
- Medisch specialist	46,7%
- Arts-assistent	53,3%
Aantal jaren werkzaam in deze functie (SD)	6,7 (6,7)
Aantal uren werkzaam per week (SD)	46 (7,3)

Bekendheid met de richtlijn “Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol”

Van de internisten geeft 16% aan bekend te zijn met het bestaan van deze richtlijn. Slechts één internist daarvan geeft aan ook bekend met de inhoud van de richtlijn en 1 internist geeft aan hier enigszins mee bekend te zijn. In tabel 16 is weergegeven in hoeverre internisten deze richtlijn juist inschatten.

Tabel 16: Inschatting overmatig alcoholgebruik bij verschillende groepen door internisten						
	Mannen		Vrouwen		Ouderen	
	14 glazen	21 glazen	7 glazen	14 glazen	7 glazen	14 glazen
Gemiddelde schatting aantal glazen (SD)	16,6 (5,6)		11,7 (4,2)		11,0 (6,0)	
Lagere inschatting	23,7%	57,9%	7,9%	55,3%	22,9%	62,9%
Goede inschatting	31,6%	36,8%	21,1%	36,8%	22,9%	25,7%
Hogere inschatting	44,7%	5,3%	71,7%	7,9%	54,3%	11,4%

Hierbij is te zien dat er meer onderschatting dan overschatting is, maar er in de groep ouderen is er toch nog bij ruim een tiende sprake van overschatting van de richtlijn.

Attitude

Om de attitude van internisten ten aanzien van het werken met probleemdrinkers te meten, is gebruik gemaakt van de SAAPPQ vragenlijst. In tabel 17 staan de gemiddelde scores weergegeven, uitgesplitst naar de 5 dimensies in de vragenlijst. Voor de scores geldt: hoe lager de score, hoe negatiever de betekenis van de variabele. In tabel 17 is te zien dat er alleen onder de 2,5 wordt gescoord bij rollegitimiteit. Dat wil zeggen dat men het niet altijd als zijn taak en 'recht' ziet om mensen naar alcoholgebruik te vragen.

Tabel 17: Gemiddelde score van internisten op de verschillende onderdelen van de SAAPPQ

	Gemiddelde score (SD)
Rolzekerheid ¹ :	
- Rolgeschiktheid	4,0 (0,65)
- Rollegitimiteit	2,22 (0,71)
Therapeutische betrokkenheid ¹ :	
- Motivatie	4,13 (0,86)
- Taak specifieke zelfwaardering ¹	4,03 (0,59)
- Arbeidssatisfactie	4,18 (0,52)

¹ SAAPPQ, 5 punt schaal van 1 uiterst negatief tot 5 uiterst positief

Screenen overmatig alcoholgebruik

Van de internisten ziet 44% volgens eigen inschatting minimaal 1 keer per dag patiënten op de afdeling met overmatig tot excessief alcoholgebruik. Een minderheid geeft aan zeer incidenteel (40%) of 2-5 keer per dag (11,1%) patiënten met overmatig tot excessief alcoholgebruik te zien. 36% van de internisten screent hun patiënten soms op overmatig alcoholgebruik en respectievelijk 31% en 22% doet dit regelmatig of altijd. Hierbij gebruikt 22% van de internisten screeningsinstrumenten, namelijk de CAGE test of door middel van de anamnese of vragen te stellen. 76% geeft aan (ook) bloedonderzoek te doen.

Internisten geven het vaakst aan regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik bij volwassenen te vragen (87%), gevolgd door ouderen (65+; 78%) en jongeren tot 18 jaar 56%. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat een deel van de internisten niet met jongeren werkt. Daarom kan het vragen naar alcohol bij jongeren lager uitvallen. De patiëntengroepen en klachten of signalen waarbij zij het meest frequent naar alcoholgebruik vragen zijn uitgezet in tabel 18. Op een schaal van 1 uiterst onbelangrijk tot 10 uiterst belangrijk waarderen internisten het belang om herkenning van problematisch alcoholgebruik bij uw patiënten te verbeteren met gemiddeld een 7,1 (SD 1,83). Van de internisten gaf 53% een waardering van 8 of hoger.

Tabel 18: Patiëntengroepen en signalen of klachten waarbij internisten regelmatig tot altijd naar alcoholgebruik vragen

Patiëntengroepen	(%)
Diabetici	80,0
Mensen die slaapmiddelen en/of kalmeringsmiddelen gebruiken	77,8
Mensen met hart- en vaatziekten	77,8
Mensen die medicijnen gebruiken met interactie-effecten	73,3
Zwangeren	64,4
Overige patiëntengroepen	N
Oncologische patiënten	3
Mensen met pancreatitis, levercirrose	2
LFS, macrocytair bloedbeeld, trombopenie	1
Signalen of klachten	(%)
Mensen die naar alcohol ruiken	91,1
Mensen die roken	68,9
Melding door derden van alcoholgebruik	68,9

Begeleiding/ behandeling overmatig alcoholgebruik

Bij de uitspraak *“Ik weet welke korte interventies gebruikt kunnen worden om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen”* geeft 6,8% aan het hier enigszins mee eens te zijn. Respectievelijk 31,8% en 54,5% zijn het hier enigszins mee oneens of zeer mee oneens. Voor de uitspraak *“Ik gebruik korte interventies om patiënten die overmatig of excessief drinken te behandelen”* geldt dat 11,4% aangeeft het hier mee eens te zijn en respectievelijk 22,7% en 63,6% geeft aan het hier enigszins mee oneens of zeer mee oneens te zijn. Het belang van het toepassen van korte interventies wordt gewaardeerd met een 6,7 (SD 2,1). 42% van de internisten waardeerde met een 8 of hoger.

Wanneer internisten patiënten zien waarbij ze overmatig alcoholgebruik vermoeden, dan maakt 87% een notitie in het dossier, schrijft 80% in zijn ontslagbrief naar de huisarts over de bevindingen van het alcoholgebruik en verwijst 58% naar de huisarts. Verdere vervolgacties bij een vermoeden van overmatig alcoholgebruik zijn: doorverwijzing naar verslavingszorg of GGZ-instelling (31%), doorverwijzing voor psychische hulp binnen het ziekenhuis (24%) en de psychiater (van de PAAZ) vragen om een korte interventie toe te passen. Factoren die de behandeling van overmatig alcoholgebruik moeilijker maken zijn voornamelijk te weinig ervaring (73%), te weinig kennis (66%), tijdsgebrek (60%), behandeling op de afdeling (klinisch/poliklinisch/SEH) is niet effectief (54%) en de afdeling (klinisch/poliklinisch/SEH) is niet geschikt voor kortdurende interventies (43%).

4. Beschouwing en conclusie

Middels een vragenlijst deden we onderzoek onder afdelingshoofden, medisch specialisten en verpleegkundigen van de SEH en interne/MDL afdelingen. Hierin is gekeken in hoeverre vroegsignalering en kortdurende interventies worden toegepast en wat de voornaamste verbeterpunten zijn. De metingen in deze rapportage aangaande de attitude en zorg van afdelingshoofden en zorgverleners in de 2^e lijn ten aanzien van patiënten met overmatig alcoholgebruik, laten verschillende uitkomsten zien.

Het identificeren van tekortkomingen en problemen bij de implementatie van vroegsignalering en kortdurende interventies

Afdelingsbeleid

Op zowel de SEH als de interne/ MDL afdelingen liggen de percentages van patiënten die altijd gescreend worden in alle leeftijdsgroepen laag. Op beide afdelingen wordt maar weinig gebruik gemaakt van meetinstrumenten voor screening, maar wordt in de meeste gevallen wel bloedonderzoek gebruikt. Op de 38% van de SEH's staan procedures met betrekking tot screening van overmatig alcoholgebruik beschreven, bij de interne/ MDL afdelingen nagenoeg niet.

Ook de attitude verschilde tussen beide afdelingen. Waar SEH-afdelingshoofden gemiddeld een 7 toekennen aan het belang van screening van overmatig alcoholgebruik, is dit onder interne/ MDL-afdelingshoofden met gemiddeld een 5,2 beduidend lager. SEH-afdelingshoofden identificeerden als belemmeringen: tijd/ extra belasting, eerlijkheid/ motivatie van de patiënt, alleen aanleiding bij intoxicatie, met de resultaten wordt weinig gedaan mits het om intoxicatie gaat, overtuiging/ motivatie specialisten en SEH ongeschikt geacht hiervoor. Interne/ MDL afdelingshoofden gaven aan: beperkt aanbod van screeningsmethoden, de anamnese is al erg uitgebreid, gebrek aan privacy in behandelingsruimtes, ethische bezwaren, drukte en geen aanleiding vanuit het klinisch beeld.

Het aantal behandelingen van overmatig alcoholgebruik is op de SEH hoger dan op interne/ MDL afdelingen, maar blijft relatief laag. Het belang van het verbeteren van de behandeling werd door afdelingshoofden gewaardeerd met een 6,8 op de SEH, tegenover een 5,4 op de interne/ MDL. Als overeenkomstige belemmeringen worden bij beide afdelingen genoemd: motivatie van de patiënt en korte (lig)duur op de afdeling. Ook werd vanuit beide afdelingen gevonden dat uitvoering van screening en kortdurende interventies niet tot de taken van de afdelingen behoren. Daarnaast werden vanuit SEH afdelingen tijd en ongeschiktheid van SEH voor het uitvoeren van kortdurende interventies van overmatig alcoholgebruik genoemd. Vanuit de interne/ MDL afdelingen werd een tekort aan bronnen (materiaal, kennis en scholing) aanvullend nog als barrières benoemd.

Verder gaven beide afdelingen aan dat er voor verbetering van de behandeling van overmatig alcoholgebruik behoefte is aan protocollen/ richtlijnen of procedures die voor meer eenduidigheid zorgen, doorverwijzing naar een vervoltraject of levering van nazorg, mogelijkheid voor privacy in behandelkamers en scholing van medisch en verpleegkundig personeel. SEH afdelingshoofden gaven verder nog aan dat er voor verbetering van behandeling behoefte is aan voorlichtingsmateriaal, korte screeningslijsten en meer medewerking van specialisten is vereist. Vanuit interne/ MDL afdelingen werd meer samenwerking met andere disciplines aanvullend benoemd als behoefte.

Zorgverleners

De ruime meerderheid van de zorgverleners is niet bekend met de richtlijn "Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol", laat staan de inhoud ervan. Toch wordt het aantal maximum glazen volgens de richtlijn redelijk ingeschat, echter door SEH verpleegkundigen werd de richtlijn het meest overschat. Zorgverleners van beide afdelingen zagen een aantal overeenkomstige belemmeringen: een gebrek aan tijd, kennis en ervaring, effectiviteit van behandeling (klinisch/poliklinisch/SEH) op de afdeling en de betreffende afdelingen zouden niet geschikt zijn voor het uitvoeren van kortdurende interventies. SEH-zorgverleners vulden nog aan met onvolledige patiëntgegevens als barrière.

Voor deze doelstelling kan gezegd worden dat de SEH over het algemeen positiever scoort op het gehele domein van vroegsignalering en korte interventies van overmatig alcoholgebruik. Voor beide afdelingen zijn concrete aanbevelingen gedaan om de zorg voor patiënten met overmatig alcoholgebruik te verbeteren.

Het verbeteren van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de vroegsignalering en kortdurende interventies in afstemming met overige partners in de zorgketen

Met betrekking tot deze tweede doelstelling kan gezegd worden dat er in de 2^e lijn weinig gebruik gemaakt van de bestaande middelen voor vroegsignalering en kortdurende interventies. Dit geldt zowel voor de SEH als voor interne/MDL afdelingen en de individuele zorgverleners op beide afdelingen. Dat impliceert dat het niet beschikbaar wordt gesteld op afdelingen en/of dat zorgverleners niet weten dat de middelen en methoden beschikbaar zijn.

De minderheid van de afdelingen heeft een samenwerkingsverband met verslavingszorg- of GGZ-instellingen met betrekking tot begeleiding/ behandeling van overmatig alcoholgebruik. Nog minder afdelingen hebben dit samenwerkingsverband ook voor screening. Daarbij aansluitend zijn er ook zeer weinig afdelingen waar de procedures met betrekking tot die samenwerking voor screening en/ of begeleiding en behandeling staan beschreven. Voorziene obstakels en belemmeringen voor de samenwerking zijn: wachttijden GGZ en bereikbaarheid GGZ (ook buiten reguliere werktijden) waardoor de opname te lang duurt en er langs elkaar heen gewerkt wordt.

Voornamelijk de beschikbaarheid en toegankelijkheid van vroegsignalering en korte interventies dient dus nog sterk verbeterd te worden.

Het vergroten van de betrokkenheid van de zorgverleners in ziekenhuizen bij de uitvoering vroegsignalering en kortdurende interventies

De betrokkenheid van zorgverleners in ziekenhuizen bij de uitvoering vroegsignalering en kortdurende interventies wordt in deze rapportage vertaald naar de attitude van zorgverleners. Op de domeinen van rolzekerheid en therapeutische betrokkenheid wordt bij alle drie de groepen zorgverleners meestal boven de 2,5 gescoord. Onder SEH-verpleegkundigen lag deze het hoogst met een attitudescore van gemiddeld een 4 op een schaal van 1 uiterst negatief tot 5 uiterst positief. De SEH-verpleegkundige ziet de uitvoering van vroegsignalering en kortdurende interventies waarschijnlijk meer als onderdeel van de functie dan SEH-artsen (0,2 punten lager gescoord). Al is dit op een schaal van 1 tot 5 geen groot verschil. De internisten scoren gemiddeld een 3,7 en liggen daarmee iets achter op de SEH zorgverleners, echter ook dit is een klein verschil. Er kan dus gezegd worden dat de betrokkenheid van zorgverleners in ziekenhuizen tussen artsen en verpleegkundigen met verschillende specialisme dicht bij elkaar liggen. Als deze worden vergeleken met de betrokkenheid van huisartsen, dan scoren participerende zorgverleners in het ziekenhuis gemiddeld beduidend hoger; huisartsen scoren namelijk gemiddeld een 2,5 op een schaal van 1 tot 5¹¹. Dit is opmerkelijk omdat zorgverleners in het ziekenhuis als belemmering juist vaker aangeven dat zij de uitvoering van vroegsignalering en kortdurende interventies niet als hun taak zien. Wanneer we dan naar domeinen van de SAAPPQ kijken, zien we dat huisartsen op nagenoeg alle domeinen lager scoren dan de zorgverleners in het ziekenhuis.

Het belang om herkenning van problematisch alcoholgebruik bij patiënten te verbeteren werd bij SEH-artsen, -verpleegkundigen en internisten gewaardeerd met respectievelijk een 7; 7,2 en 7,1. Het belang van het toepassen van korte interventies werd gewaardeerd met een 6,9; 7 en 6,7. Uit deze cijfers is te zien dat de scores redelijk dicht bij elkaar liggen rond de 7. Opvallend is dat afdelingshoofden van interne/MDL-afdelingen hierbij gemiddeld een 5,2 scoorden. Op afdelingsniveau valt er dus nog winst te boeken.

Conclusie

In het licht van PVA-doelstellingen kan gezegd worden dat er op de meeste afdelingen geringe aandacht is voor het identificeren en behandelen van overmatig alcoholgebruik, waarbij op de SEH iets meer aandacht lijkt te zijn dan op de interne/ MDL afdelingen. Hier is zeker nog grote winst te

boeken. Daarnaast zijn er nog vele verbeterpunten met betrekking tot de attitude, toepassing en beschikbaarheid van maatregelen tegen overmatig alcoholgebruik. In 2010 zijn in het kader van het PVA 3 afdelingen (MC Haaglanden (SEH), UMC St Radboud (interne/cardiovasculair) en Meander (MDL)) gestart met het verbeteren van vroegsignalering en kortdurende interventies⁹. In deze praktijkvoorbeelden zijn lessen opgedaan en producten ontwikkeld die ook door andere organisaties en settings kunnen worden opgepakt en zodoende kunnen worden aangepast aan de eigen situatie.

Literatuur

- ¹ Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies
- ² van Laar MW, Cruts AAN, Verdurmen JEE, van Ooyen-Houben MMJ, Meijer RF. Nationale Drugmonitor Jaarbericht 2006. Utrecht: Trimbos-instituut 2007
- ³ van Dijck D, Knibbe RA. De prevalentie van probleemdrinken in Nederland: Een algemeen bevolkingsonderzoek. Maastricht: Universiteit Maastricht 2005 February.
- ⁴ Vitale SG, Van De Mheen D, Van De Wiel A, Garretsen HF. Alcohol and illicit drug use among emergency room patients in the Netherlands. *Alcohol Alcohol*. 2006 Sep-Oct;41(5):553-9.
- ⁵ Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, Kraemer KL, Roberts MS, Guerriero RT, Samet JH. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2007 Feb 6;146(3):167-76.
- ⁶ Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction*. 2007 Nov;102(11):1762-70.
- ⁷ Zie ook: Nordqvist C, Wilhelm E, Lindqvist K, Bendtsen P. Can screening and simple written advice reduce excessive alcohol consumption among emergency care patients? *Alcohol Alcohol*. 2005 Sep-Oct;40(5):401-8.
- ⁸ Probleemdrinken aangepakt! Actieplan van het Partnership vroegsignalering Alcohol. Actieplan: Utrecht, januari 2007
- ⁹ Laurant M, Schriek-de Loos van der E, Gaalen van A, Bredie, B. 'Aan de slag in het ziekenhuis'. Vroegsignalering van overmatig alcoholgebruik in een tweedelijnsomgeving'. *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*. 2011; 3(7): 25-35
- ¹⁰ Anderson P, en Clement S. (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction* 82, 753–759.
- ¹¹ Keurhorst M, Ven van de G, Keizer E, Laurant M. Attitudes en zorg van huisartsen ten aanzien van patiënten met overmatig alcoholgebruik. Nijmegen: UMC St Radboud: IQ healthcare. 2011