



Ondersteuning van huisartsen en ziekenhuizen bij vroegsignalering en kortdurende interventies door de verslavingszorg- en GGZ-instellingen

*Drs. Myrna Keurhorst
Drs. Ellen Keizer
Drs. Juliette Cruijsberg
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.iqhealthcare.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 Ondersteuning en/ of dienstverlening aan ziekenhuizen-----	6
3.2 Ondersteuning en/ of dienstverlening aan intermediaire organisaties of zorgverleners in de eerste lijn -----	6
3.3 Openbare sector (GGD) -----	7
4. Beschouwing en conclusie	8
Literatuur	9

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. Toch vindt maar een klein deel van deze mensen hulp. Binnen één jaar maakt slechts 20% van hen gebruik van zorg. 12% van de volwassenen met alcoholmisbruik of alcoholafhankelijk bezocht de eerste lijn en 9% bezocht de ambulante GGZ.^{4,5}

De verslavingszorg beschikt over een gebleken effectief aanbod van kortdurende interventies voor mensen met riskant of schadelijk alcoholgebruik. Echter worden nog te weinig mensen uit de doelgroep bereikt. De verslavingspreventie heeft een belangrijke rol in het vergroten van dit bereik.⁵ Daarom is het belangrijk om inzicht te krijgen in de activiteiten, ondersteuning of dienstverlening die verslavingszorginstellingen bieden aan ziekenhuizen en zorgverleners of organisaties in de eerstelijns. Daarnaast wilden we meer zicht krijgen op activiteiten die de verslavingszorg uitvoert en die gericht zijn op de algemene bevolking of intermediaire doelgroepen. Middels interviews werd onderzoek gedaan naar genoemde factoren en is vervolgens gekeken in hoeverre de door het Partnership Vroegsignalering Alcohol opgestelde doelstellingen voor 2010 zijn gehaald:

1. 80% van de instellingen kent het preventieprogramma vroegsignalering alcohol;
2. 80% van de instellingen kent de Handleiding Alcoholconsultatieprojecten.
3. 50% van de instellingen is op de hoogte van e-health interventies
4. 50% van de instellingen voert een project uit voor probleemdrinkers in de huisartsenpraktijk

2. Methoden

Design

In deze kwalitatieve studie zijn er bij 8 van de 12 verslavingszorginstellingen telefonisch semigestructureerde vragenlijsten afgenomen bij afdelingshoofden van preventie van verslavingszorg-instellingen. De overige 4 verslavingszorginstellingen hebben om diverse redenen (veelal gebrek aan tijd in de onderzoeksperiode) niet meegewerkt aan het interview.

Vragenlijst

De interviews waren opgesplitst in drie blokken: vragen betreffende het ziekenhuis, eerstelijns en de openbare sector. Elk blok is gestructureerd naar vragen over deskundigheidsbevordering, consultatie en dienstverlening of begeleiding. De vragen werden gesteld met behulp van een interviewprotocol. Interviews duurden ongeveer 30 tot 45 minuten. De interviews zijn afgenomen door twee interviewers (EK en JC).

Analyse

Analyse van de kwalitatieve onderzoeksgegevens gebeurde gestructureerd en handmatig. De analyse heeft voornamelijk op een beschrijvend niveau plaatsgevonden. De resultaten worden weergegeven volgens de structuur van het interviewprotocol: ziekenhuis, eerstelijns en openbare gezondheidszorg.

3. Resultaten

3.1 Ondersteuning en/ of dienstverlening aan ziekenhuizen

Als eerste is aan afdelingshoofden van preventie vragen gesteld betreffende activiteiten, ondersteuning en dienstverlening aan ziekenhuizen.

Zeven van de 8 respondenten gaven aan ondersteuning of dienstverlening op het gebied van vroegsignalering en kortdurende interventies bij problematisch alcoholgebruik te geven aan ziekenhuizen. Het aanbod van deskundigheidsbevordering varieerde binnen de instellingen, maar bij- en nascholing en voorlichting wordt bij de meeste instellingen aangeboden (n=5). Introductie van screeningsinstrumenten en verspreiding van schriftelijke materialen voor zorgverleners komt minder vaak voor (n=3 en n=1). Eenzelfde beeld was te zien bij de consultatie. Klassieke consultatie werd samen met ondersteuning bij verwijzing het meest aangeboden (n=5). Casuïstiekbespreking in groep was minder frequent (n=3). Het verschilt erg per ziekenhuis hoe vaak gebruik wordt gemaakt van het consultatieaanbod. Op het gebied van dienstverlening en/of begeleiding worden er in twee instellingen spreekuren voor patiënten met alcoholproblematiek op locatie en verspreiding van schriftelijk materialen voor patiënten als diensten aangeboden. Informatie- en adviesgesprek (i.e. met individuele patiënt) en kortdurende begeleiding voor patiënten wordt bij één instelling aangeboden.

Drie respondenten geven aan dat de genoemde ondersteuningsmogelijkheden zowel aan alle afdelingen, als aan specifieke afdelingen aangeboden worden, bijvoorbeeld richting alcoholpoli's, PAAZ en de SEH.

Als knelpunten voor samenwerking met ziekenhuizen wordt genoemd: ziekenhuizen zijn sterk gesloten systemen, daardoor is het moeilijk om de weg daarin zien te vinden; financiering bijvoorbeeld doordat ziekenhuizen regionale organisaties zijn; gebondenheid aan productieafspraken en daarmee aan tijd; gebrek aan beleid rondom middelengebruik. Als bevorderende factoren worden genoemd: iemand die zelf ervaring heeft met werken in ziekenhuizen kan veel meer bereiken dan iemand die dat niet heeft; steun van het initiatief door gemeente en alle partners; alles vastleggen en monitoren om duurzaamheid te bevorderen.

3.2 Ondersteuning en/ of dienstverlening aan intermediaire organisaties of zorgverleners in de eerste lijn

Na vragen over diensten aan ziekenhuizen hebben respondenten vragen beantwoord over hun diensten aan de eerste lijn of intermediaire organisaties voor de eerstelijns (bv. Regionale Ondersteunings Structuren Eerstelijns (ROS)). Alle instellingen gaven aan ondersteuning en begeleiding te bieden aan diverse eerstelijns zorgverleners, al dan niet via of in samenwerking met intermediaire organisaties (zoals ROS, Regionale organisaties Eerstelijns Psychologen (ROEP), thuiszorginstellingen, etc.). De organisaties waaraan ondersteuning geboden wordt zijn gezondheidscentra (n=4), huisartsenpraktijken (n=7), eerstelijns psychologen (n=2), verloskundigen (n=1), algemeen maatschappelijk werk (n=4) en andere intermediaire organisaties zoals ROS, thuiszorgorganisaties, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), kraamzorg, van Hoytema cursussen, ROEP, jeugd- en jongerenwerk en gehandicaptenorganisaties. Het aanbod vanuit verslavingszorginstellingen is zeer divers en bestaat vaak uit meerdere elementen. Zeven instellingen gaven aan dat zij na- en bijscholing organiseerden, voorlichting gaven (n=5), screeningsinstrumenten introduceerden (n=3) en ook diverse schriftelijke materialen ter beschikking stelden (n=2). Daarnaast konden huisartsen en andere professionals altijd vragen stellen en patiënten bespreken ("klassieke consultatie"; n=4), werden er algemene adviezen gegeven (n=2) en werden zorgverleners ondersteund bij het verwijzingsproces (n=3). Zeven geïnterviewden gaven aan dat verslavingszorgconsulenten spreekuur hielden in diverse huisartsenpraktijken of gezondheidscentra.

Op het gebied van dienstverlening en/of begeleiding wordt grotendeels spreekuren voor patiënten met alcoholproblematiek op locatie aangeboden (N=5). Daarnaast wordt er ook informatie- en adviesgesprekken (i.e. met individuele patiënt) (N=1) en kortdurende begeleiding voor patiënten (N=1) aangeboden. Ook dit heeft vooral betrekking op het gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk.

Als knelpunten voor samenwerking met eerstelijns zorgverleners of intermediairen worden genoemd: beeldvorming verslaving, hoge drempel richting verslavingszorg, alcoholgebruik onder artsen, patiënten blijven weg van alcoholspreekuur in de praktijk, administratie door bureaucratie, nu worden verslaafden en probleemdrinkers aangepakt in plaats van preventietoepassing, cultuur waarin drinken normaal is, huisarts is druk en moeilijk over te halen voor een training, afwezigheid vergoeding, prioriteit niet bij alcoholproblematiek. Universele motiverende gespreksvoering, langdurige projecten om blijvende resultaten te bereiken en de aanwezigheid van Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (SPV) worden als bevorderende factoren ervaren.

Enkele instellingen spraken de wens uit om in de toekomst het ondersteuningsaanbod te verbreden naar andere professionals in de eerstelijns zoals fysiotherapeuten, thuiszorg, etc.

3.3 Openbare sector (GGD)

Alle respondenten geven, op één na, aan dat er voornamelijk een samenwerkingsverband met de GGD onderhouden wordt. Van ondersteuning of begeleiding aan GGD is veel minder sprake. Als er vraag naar is, geven instellingen wel extra voorlichting maar er is bij de meeste instellingen geen sprake van voorlichtingen of trainingen aan GGD'en zelf.

Slechts één instelling benoemde expliciet hun rol in het "integraal alcoholbeleid". De mate van samenwerking is bij de meerderheid van de instellingen beperkt tot goede afstemming en overleg. Twee instellingen benoemden een verdergaande samenwerking; in Brabant werden in samenwerking met GGD, politie en bureau HALT twee projecten uitgevoerd die zich specifiek richten op jongeren en hun ouders, waarbij vooral ingezet wordt op het bewust te maken van de schadelijke gevolgen van alcohol.

4. Beschouwing en conclusie

Doel van deze kwalitatieve studie was om meer inzicht te krijgen in de activiteiten, ondersteuning of dienstverlening die verslavingszorginstellingen bieden aan ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgverleners in de eerstelijns, maar ook aan organisaties in de openbare gezondheidszorg (bv. GGD, politie) of intermediaire organisaties in de eerstelijns (bv. ROS). Met behulp van deze resultaten kunnen we kijken in hoeverre de PVA-doelstellingen gericht op de openbare gezondheidszorg en verslavingszorg zijn gehaald. Doelstellingen betroffen kennis van het preventieprogramma vroegsignalering alcohol; kennis van de Handleiding Alcoholconsultatieprojecten; op de hoogte zijn van e-health interventies; uitvoeren van aparte projecten voor probleemdrinkers in de huisartsenpraktijk.

Ofschoon niet expliciet is nagegaan in hoeverre verslavingszorginstellingen het preventieprogramma vroegsignalering alcohol en de handleiding alcoholconsultaties kennen, blijkt uit de interviews dat 7 van de 8 geïnterviewde instellingen een spreekuur in de huisartsenpraktijk/gezondheidscentra aanbiedt. Ook blijkt dat verslavingszorginstellingen (pro-)actief diverse eerstelijns zorgverleners ondersteunen bij het toepassen van vroegsignalering en kortdurende interventies in de huisartsenpraktijk. Een analyse van de websites laat zien dat diverse instellingen (n=3) ook zelf e-health interventies aanbiedt aan patiënten. Het is onduidelijk in hoeverre instellingen op de hoogte zijn van online behandelingsaanbod van andere organisaties, maar het is aannemelijk dat alle verslavingszorginstellingen kennis hebben genomen van de mogelijkheden van e-health interventies.

Er dient opgemerkt te worden dat er vanwege het kleine aantal respondenten en door kwalitatieve aard van het onderzoek, niet over percentages kan worden gesproken wanneer het gaat over behaalde doelstellingen. Deze studie geeft een eerste zicht op activiteiten die verslavingszorg instellingen ontplooiën in de ondersteuning van andere zorgverleners en zorginstanties. Uit de interviews blijkt duidelijk dat verslavingszorg instellingen zich niet alleen met directe patiëntenzorg bezig houden, maar juist ook ondersteunend zijn naar huisartsen, professionals in de eerste lijn en in toenemende mate wordt ook samenwerking met de ziekenhuizen aangegaan. Dit laatste blijkt vaak lastig vanwege de grootte en daarmee een bepaalde logheid in de besluitvorming van ziekenhuisorganisaties. Binnen de PVA-werkgroep openbare gezondheidszorg en eerstelijns en PVA werkgroep ziekenhuis kan worden gekeken op welke wijze meer verbindingen kunnen worden gelegd tussen verslavingszorginstellingen en organisaties en/of individuele zorgverleners in de eerste dan wel tweedelijns.

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 Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- ⁵ Bransen E, Van Der Veen C, Bool M. (2007). Preventieprogramma alcohol: vroegsignalering en kortdurende interventies. Partnership Vroegsignalering Alcohol/ Trimbos Instituut. Utrecht.