



Belemmerende en bevorderende factoren voor het in praktijk brengen van alcoholinterventies in Nederlandse ziekenhuizen volgens daarbij betrokken zorgprofessionals

Nathalie Kools · Ien van de Goor · Rob H. L. M. Bovens · Dike van de Mheen · Andrea D. Rozema

Geaccepteerd op: 4 april 2022
© The Author(s) 2022

Samenvatting

Introductie Alcoholproblematiek komt vaker voor bij ziekenhuispatiënten dan bij de algemene bevolking. Veel ziekenhuizen slagen er echter niet in om mensen met alcoholproblematiek op te sporen en hierbij te interveniëren. Het doel van dit onderzoek was een verkenning van belemmerende en bevorderende factoren die zorgprofessionals ervaren bij het in praktijk brengen van alcoholinterventies in ziekenhuizen. Daarnaast verkenden wij welke alcoholinterventies worden gebruikt in de geselecteerde ziekenhuizen en welke stakeholders daarbij betrokken zijn.

Methode We hebben semigestructureerde telefonische interviews afgenomen met twintig zorgprofessionals die in, of met, zes algemene ziekenhuizen (samen) werkten.

Resultaten Zorgprofessionals noemden belemmerende en bevorderende factoren op het gebied van protocol, motivatie, kennis en vaardigheden, patiëntkenmerken, interne en externe samenwerking/ondersteuning, middelen, rolgeschiktheid en maatschappelijke ondersteuning. Vijf categorieën van benaderingen om alcoholproblematiek op te sporen en hierbij in te grijpen, en achttien betrokken stakeholders van binnen en buiten het ziekenhuis werden geïdentificeerd.

Conclusie Het realiseren van alcoholinterventies voor patiënten in Nederlandse ziekenhuizen lijkt nog in de kinderschoenen te staan. De respondenten benadrukken het belang van één duidelijk protocol voor de aanpak van alcoholproblematiek binnen ziekenhuizen,

herhaalde trainingen rond alcoholgerelateerde kennis en vaardigheden, (klinische) *champions* die zorgprofessionals ondersteunen, en het ontwikkelen en onderhouden van de samenwerking met stakeholders binnen en buiten het ziekenhuis.

Trefwoorden alcoholscreening · alcoholinterventies · ziekenhuiszorg · vroegtijdige signalering en interventie

Barriers and facilitators to the implementation of alcohol interventions in Dutch hospitals according to involved healthcare professionals

Abstract

Background Non-moderated alcohol use is more prevalent among hospitalized patients compared to the general population. However, many hospitals fail to find and intervene with people with alcohol problems. We aimed to conduct an exploration of impeding and facilitating factors experienced by healthcare professionals in the realization of alcohol interventions in Dutch general hospitals. We also explored used alcohol interventions in the selected hospitals and involved stakeholders.

Methods Through a qualitative study, semi-structured telephone interviews were conducted with twenty healthcare professionals working in or in collaboration with six general hospitals.

Results Healthcare professionals indicated impeding and facilitating factors in areas of protocol, motivation, knowledge and skills, patient characteristics, internal and external collaboration/support, resources, role suitability and societal support. Five categories of approaches to identify and intervene with non-moderated alcohol use and 18 involved stakeholders from inside and outside the hospital were found.

N. Kools (✉) · I. van de Goor · R. H. L. M. Bovens · D. van de Mheen · A. D. Rozema
Tranzo Wetenschappelijk Centrum voor Zorg en Welzijn,
Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg
University, Tilburg, Nederland
j.f.r.m.kools@tilburguniversity.edu



Conclusions Realization of alcohol interventions for patients in Dutch general hospitals still seems to be in its infancy. Respondents emphasized the importance of one clear protocol on how to tackle alcohol problems within their hospital, repeated training on alcohol-related knowledge and skills, (clinical) *champions* that support healthcare professionals and developing and maintaining collaborations with stakeholders within and outside the hospital.

Keywords Alcohol drinking · Alcoholism · Attitude of health personnel · Early medical intervention · General hospitals

Inleiding

Het verminderen van schade door alcoholgebruik blijft in veel landen een uitdaging, waarschijnlijk doordat de heersende en geaccepteerde sociale norm nog steeds drinken is in plaats van niet drinken [1]. Ook Nederland heeft veel inwoners met een problematisch drinkpatroon. Zo is 8,2% van de Nederlandse bevolking een overmatige drinker (>21 glazen voor mannen, >14 glazen voor vrouwen per week) en 9,0% een zware drinker (meer dan zes glazen (mannen) of vier glazen (vrouwen) tijdens één gelegenheid) [2]. Daarnaast is een op de zes drinkende volwassenen een riskante drinker met alcoholgerelateerde problemen, zoals niet kunnen stoppen, schuldgevoelens en geheugenverlies [2].

Alcoholproblematiek komt vaker voor bij ziekenhuispatiënten dan bij de algemene bevolking. Zo blijkt 12–34% van de ziekenhuispatiënten van verschillende ziekenhuisafdelingen riskant of schadelijk alcoholgebruik te hebben wanneer iedereen (zonder selectie vooraf) daarop wordt gescreend [3–6]. Ziekenhuizen lijken daarom een geschikte plaats om mensen met alcoholproblematiek op te sporen en hierbij te interveniëren.

Binnen de gezondheidszorg zijn verschillende benaderingen ontwikkeld om alcoholproblematiek op te sporen en om hierbij in te grijpen. Zo is *screening, brief intervention and referral to treatment* (SBIRT) een bekende werkwijze waarbij alcoholproblematiek vroegtijdig geïdentificeerd wordt via screening en daaropvolgend interventies worden aangeboden die zijn toegespitst op de ernst van de problematiek [7]. Dit soort benaderingen wordt echter nog niet altijd binnen ziekenhuizen uitgevoerd [8], waardoor veel ziekenhuisprofessionals niet slagen in het opsporen van alcoholproblematiek.

Met alcoholinterventies doelen we op alle soorten benaderingen van alcoholproblematiek, variërend van screenings tot doorverwijzingen van patiënten. Om erachter te komen waarom dergelijke interventies in ziekenhuizen nog niet altijd worden uitgevoerd en om toekomstige implementaties te ondersteunen, moeten de belemmerende en bevorderende factoren bekend zijn die in deze context een rol spelen. Uit eerder

internationaal onderzoek binnen ziekenhuizen bleek bijvoorbeeld dat onvoldoende kennis, tijd en middelen, en persoonlijk ongemak bij het confronteren van patiënten met hun alcoholgebruik belangrijke belemmerende factoren zijn voor het in de praktijk brengen van alcoholinterventies binnen ziekenhuisinstellingen [9]. Belangrijke bevorderende factoren waren verbeterde functies voor elektronische patiëntendossiers (bijvoorbeeld templates voor screening, elektronische herinneringen en consultatiemogelijkheden) en verbeterde kennis en vaardigheden van en samenwerking tussen zorgprofessionals [10, 11].

Dit is het eerste onderzoek dat de Nederlandse situatie met betrekking tot alcoholinterventies in ziekenhuizen in kaart brengt. Omdat de Nederlandse context in zorgorganisatie, zorgstructuur en financiering verschilt van die in het buitenland (bijvoorbeeld een non-profitsysteem en huisartsen als ‘poortwachter’) [12], is het interessant om te onderzoeken welke belemmerende en bevorderende factoren hier worden gevonden. Het doel van dit onderzoek was een verkenning van belemmerende en bevorderende factoren die zorgprofessionals ervaren bij het in praktijk brengen van alcoholinterventies in Nederlandse ziekenhuizen. Omdat nog maar weinig bekend is over de Nederlandse situatie, inventariseerden wij ook welke alcoholinterventies ziekenhuizen in de geselecteerde steekproef gebruiken en welke stakeholders daarbij betrokken zijn.

Methode

Onderzoeksontwerp en -populatie

We hebben semigestructureerde interviews gehouden met twintig zorgprofessionals die werken in of samenwerken met verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Met ziekenhuizen bedoelen we ziekenhuizen voor algemene gezondheidszorg, zowel intramurale als spoedeisendehulpafdelingen, dus geen psychiatrische ziekenhuizen. In totaal zijn zes ziekenhuisorganisaties (van de 69 in Nederland) en zes verschillende zorgorganisaties (maatschappelijk werk, psychiatrie en verslavingszorginstellingen) die samenwerkten met ziekenhuizen ten behoeve van alcoholproblematiek in het onderzoek opgenomen.

Voor de werving van respondenten gebruikten we een doelgerichte steekproefmethode met input van de landelijke werkgroep Tweedelijns van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA) [13]. Deze werkgroep omvat vertegenwoordigers uit verschillende organisaties die zich bezighouden met alcoholinterventies in de tweedelijnsgezondheidszorg, waaronder de preventietak van Verslavingskunde Nederland, en die een goed overzicht hadden over in Nederland beschikbare ziekenhuisinterventies op het terrein van alcoholproblematiek. Ze konden aangeven welke ziekenhuizen en zorgprofessionals geïncludeerd konden worden om een eerste

Tabel 1 Respondentkenmerken

Nr	Functie	Geslacht	Afdeling ^c	Organisatietype
1 ^a	Verpleegkundige	V	MDL	Topklinisch ziekenhuis 1
2 ^a	Arts	M	MDL	Topklinisch ziekenhuis 1
3 ^a	Maatschappelijk werker	M	–	Maatschappelijk werk instelling
4 ^b	Psychiatrisch verpleegkundige	V	–	Ggz-instelling 1
5 ^b	Psychiatrisch verpleegkundig specialist	M	–	Ggz-instelling 2
6 ^b	Psychiatrisch verpleegkundige	M	–	Verslavingszorginstelling 1
7 ^b	Preventiemedewerker	M	–	Verslavingszorginstelling 2
8 ^b	Arts	V	SEH	Topklinisch ziekenhuis 2
9 ^b	Arts-assistent	M	SEH	Topklinisch ziekenhuis 2
10 ^b	Arts	V	SEH	Academisch ziekenhuis 1
11 ^b	Verpleegkundig specialist	M	SEH	Academisch ziekenhuis 1
12 ^b	Arts	V	SEH	Academisch ziekenhuis 1
13 ^b	Arts	V	SEH	Topklinisch ziekenhuis 3
14 ^b	Psychiatrisch verpleegkundige	M	–	Ggz-instelling 3
15 ^b	Psychiatrisch verpleegkundige	V	–	Ggz-instelling 3
16 ^b	Arts	M	kno	Academisch ziekenhuis 2
17 ^b	Zorgmanager/verpleegkundige	M	SEH	Topklinisch ziekenhuis 3
18 ^b	Arts	V	kno	Algemeen ziekenhuis
19 ^b	Verpleegkundige	V	SEH	Academisch ziekenhuis 1
20 ^b	Arts-assistent	V	IG	Topklinisch ziekenhuis 2

V vrouw, M man, MDL maag-darm- en leverziekten, SEH spoedeisende hulp, kno keel-, neus- en oorheelkunde, IG interne geneeskunde

^aFace-to-face-interview

^bTelefonisch interview

^cDe kolom 'Afdeling' geldt alleen voor respondenten die in een ziekenhuis werkzaam zijn; bij respondenten werkzaam in andere organisaties noemen we geen afdeling (aangeduid met een streepje)

beeld van de Nederlandse situatie te krijgen, met een zo heterogeen mogelijke groep respondenten, die werkzaam zijn in (of in dusdanige samenwerking met) verschillende (ziekenhuis)afdelingen en disciplines. Sommige ziekenhuizen kregen de vraag om zorgprofessionals aan te dragen die zich bezighielden met alcoholinterventies. Andere zorgprofessionals werden direct gevraagd, omdat zij binnen hun organisatie al als experts in alcoholinterventies beschouwd werden. Hierbij werden ook enkele zorgprofessionals buiten het ziekenhuis geïncludeerd, omdat deze samenwerkten met ziekenhuizen ten behoeve van alcoholproblematiek. Na twintig interviews trad datasaturatie op. De steekproefselectie vertoonde een goede geografische spreiding over Nederland en was geschikt voor ons doel om een eerste verkenning (dus niet een inventarisatie bij alle ziekenhuizen) uit te voeren van ervaren belemmerende en bevorderende

factoren, en van bestaande alcoholinterventies en betrokken stakeholders.

We stuurden alle geselecteerde zorgprofessionals een e-mail met informatie over het onderzoek en onderzoeksdoelen, en nodigden hen uit voor een interview. Van de 27 genodigden namen twintig professionals deel aan het onderzoek. Bij de overige zeven was tijdgebrek de belangrijkste reden om niet mee te doen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 45,3 jaar ($sd=12,0$). Andere respondentkenmerken staan in tab. 1.

Uitvoering

De dataverzameling omvatte verdiepende, semigestructureerde interviews met gebruikmaking van een interviewhandleiding. De interviews bestonden uit drie hoofdonderdelen: 1) bestaande alcoholinterventies in ziekenhuizen van respondenten, 2) bij de interventies betrokken stakeholders en 3) factoren die het in praktijk brengen van alcoholinterventies belemmeren of bevorderen. Voorbeelden van interviewvragen zijn: 'Welke barrières zijn jullie tegengekomen bij het in praktijk brengen van alcoholinterventies' en 'In hoeverre hebben professionals de kennis en vaardigheden om alcoholproblematiek te bespreken?'

De meeste interviews vonden telefonisch plaats (75,0%), de overige face-to-face. Gegevens opgehaald uit telefonische interviews hebben een vergelijkbare kwaliteit als die met face-to-face-interviews zijn verkregen [14]. De interviews vonden tussen november 2019 en januari 2020 plaats, duurden gemiddeld 50 minuten ($sd=14$; spreiding 29–71) en werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd.

Goedkeuring voor dit onderzoek is verleend door de Ethische Toetsingscommissie Sociale Wetenschappen van Tilburg University (EC-2019.94). Voor aanvang van de interviews gaven alle twintig respondenten informed consent. Alle interviews werden uitgevoerd door de eerste auteur (NK).

Analyse

We gebruikten een reflexieve thematische analyse om thema's te identificeren. Volgens een inductieve en semantische benadering werden coderingen en themaontwikkelingen gestuurd door de data. Deze weerspiegelden de expliciete inhoud van de data [14, 15]. Transcripten werden gecodeerd door de eerste auteur (NK) in het softwarepakket ATLAS-ti 8 [16], waarbij onderscheid werd gemaakt tussen de drie onderzoeksvragen aan de hand van de classificaties 'alcoholinterventie', 'stakeholder' of 'factoren die het in praktijk brengen van alcoholinterventies kunnen belemmeren of bevorderen'. Dertig procent van de transcripten werd onafhankelijk gecodeerd door de laatste auteur (ADR) en vervolgens vergeleken en besproken tot overeenstemming werd bereikt. Daarna werden codegroepen aangemaakt, geclasse-

ficeerd in 24 algemene thema's. Om duidelijkheid te scheppen in welk gebied thema's werden geïdentificeerd, werden de algemene thema's ingedeeld in vier categorieën (individueel niveau, protocolniveau, organisatieniveau en maatschappelijk niveau), mede gebaseerd op het *measurement instrument for determinants of innovation* (MIDI) [17]. Tot slot is in overleg met alle coauteurs de geschiktheid van de ontwikkelde thema's en de indeling hiervan besproken en waar nodig aangepast.

Resultaten

De resultaten zijn verdeeld in drie onderdelen: factoren die het in praktijk brengen van alcoholinterventies kunnen belemmeren of bevorderen, geïdentificeerde alcoholinterventies en daarbij betrokken stakeholders.

Factoren die het in praktijk brengen van alcoholinterventies kunnen belemmeren of bevorderen

In totaal werden acht factoren geïdentificeerd: protocol, motivatie, kennis en vaardigheden, patiëntkenmerken, samenwerking/ondersteuning, middelen, rolverantwoordelijkheid en maatschappelijke ondersteuning. Deze factoren bestonden doorgaans uit twee zijden van dezelfde medaille: de belemmerende (als ze ontbreken) en bevorderende kant (als ze wel aanwezig zijn) (zie tab. 2).

Protocolniveau

Op protocolniveau vonden de respondenten het belangrijk dat er één duidelijk protocol met een gebruikersvriendelijk handelingsperspectief is. De respondenten gaven aan dat de verdeling van verantwoordelijkheden bij het in praktijk brengen van alcoholinterventies duidelijk moet worden gedefinieerd en in protocollen moet worden vastgelegd. Daarnaast moet worden aangegeven met wie in de keten kan worden samengewerkt. Als oplossing voor het tijdgebrek van professionals werd gesuggereerd om zelfrapportagevragenlijsten te gebruiken om patiënten te screenen, of een goed ontwikkeld ingebed elektronisch systeem. Tot slot gaven ze aan dat, naast het verplicht stellen van een protocol, eindgebruikers (zorgprofessionals) bij de opstelling ervan betrokken moeten worden, om weerstand te voorkomen.

'Ik denk dat het voornaamste probleem gewoon is dat we het niet doen, dat er niet iets, een programma, project of een protocol of iets is wat erbij hoort. En dan moet je het zelf gaan uitvinden op het moment dat dat aan de orde is.' [R16; kno-arts]

'Dus op moment dat je een vermoeden hebt, al dan niet op basis van zo'n tool, en je kunt dat op een heel makkelijke logistieke manier bij iemand neerleggen, dat heeft denk ik de hoogste kans van

slagen. Dus de tool moet niet te ingewikkeld zijn, het moet niet tijdrovend zijn en de logistiek moet goed zijn.' [R20; IG-arts-assistent]

Individueel niveau

Op individueel niveau gaven de respondenten aan dat professionals zelf een cruciale rol spelen in het succesvol in de praktijk brengen van alcoholinterventies, waarbij het vooral gaat om hun motivatie, kennis en vaardigheden. Respondenten vertelden dat motivatie in specifieke contexten soms al aanwezig is, bijvoorbeeld op afdelingen waar alcoholproblematiek relatief vaak voorkomt (bijvoorbeeld maag-, darm- en leverziekten). Ook lijken professionals (meer) gemotiveerd bij patiënten bij wie het alcoholgebruik duidelijk gerelateerd is aan het ziektebeeld. In andere contexten lijken inspanningen noodzakelijk om professionals te overtuigen van hun verantwoordelijkheid en het belang van alcoholinterventies.

'Als je mensen iets wilt laten doen moet je laten zien wat het nut ervan is. En zeker als je mensen vraagt om in een heel drukke baan dit er even bij te doen. Dan moeten ze gewoon 100% zien dat het van waarde is wat ze erbij moeten doen. En als ze dat niet zien, dan gaan ze het ook gewoon niet doen.' [R8; SEH-arts]

Wat betreft de kennis en vaardigheden van professionals gaven respondenten aan dat procedurele kennis over de alcoholinterventies belangrijk is, maar ook kennis over de risico's en de daarmee samenhangende schade door alcohol, motiverende gesprekstechnieken en manieren om in gesprekken met patiënten met taboes om te gaan. Volgens de respondenten zijn (herhaalde) trainingen hierin van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat de professionals over deze kennis en vaardigheden beschikken en deze behouden, ongeacht het personeelsverloop en reorganisaties.

'Ik denk dat heel veel mensen niet eens weten hoe de problematiek soms tot stand kan komen. Wat de problematiek precies inhoudt.' [R14; ggz-instelling; psychiatrisch verpleegkundige]

'Verpleegkundigen vinden het heel lastig om dat gesprek aan te gaan, voelen zich bezwaard, voelen zich bang dat ze een beerput opentrekken en dat ze niet weten hoe ze moeten reageren.' [R1; MDL-verpleegkundige]

Respondenten dachten ook dat professionals door drukte van hun dagelijkse werkzaamheden mogelijk simpelweg vergeten om alcoholinterventies uit te voeren. De aanwezigheid van (klinische) *champions*, peer-coaching en geheugensteuntjes werden daarom als nuttig genoemd. Daarbij vermeldden de respondenten dat *champions* idealiter afkomstig zijn van de eigen afdelingen, goed bekend zijn binnen de afdeling, dagelijks aanwezig zijn en enige autoriteit hebben vanuit ervaringsjaren. Verder vonden

Tabel 2 Belemmerende en bevorderende factoren voor het in praktijk brengen van alcoholinterventies

Niveau	Belemmerende factoren		Bevorderende factoren	
	Factor	Code	Factor	Code
<i>Protocolniveau</i>	1. Onduidelijk protocol	1.1. Ontbreken van een protocol 1.2. Te veel protocollen 1.3. Tijdrovende interventieacties na screening 1.4. Moeilijkheden door privacyregels	1. Goed ontwikkeld protocol	1.1. Aanwezigheid van een protocol 1.2. Gebruiksvriendelijk protocol 1.3. Ingebed in elektronisch systeem 1.4. Opnemen in leefstijlbrede interventies
<i>Individueel niveau</i>	1. Gebrek aan motivatie bij professionals	1.1. Verminderde aandacht voor het alcohol-thema 1.2. Vergeten 1.3. Geen vertrouwen in het nut en de effectiviteit 1.4. Perceptie dat het niet hun taak is 1.5. Irrelevant voor de zorgvraag van de patiënt 1.6. Alcohol niet als probleem erkennen 1.7. Weerstand van zorgprofessionals 1.8. Weerstand van artsen(maatschappen) 1.9. Weerstand van klinische chemie 1.10. Weerstand van huisartsen	1. Vergroten van motivatie bij professionals	1.1. Het belang van interventies benadrukken 1.2. Terugkoppelen van het interventie-effect 1.3. Aanwezigheid van een (klinische) <i>champion</i> 1.4. Peer-coaching 1.5. Elkaar eraan herinneren 1.6. Daadkracht tonen 1.7. Verantwoordelijkheidsgevoel vergroten 1.8. Professionals betrekken bij het opstellen van protocollen 1.9. Grotere motivatie op specifieke afdelingen 1.10. Grotere motivatie indien relevant voor zorgvraag van de patiënt 1.11. Commitment van de projectgroep
	2. Gebrek aan kennis en vaardigheden bij professionals	2.1. Gebrek aan kennis over alcohol(problematiek) 2.2. Niet weten hoe een gesprek aan te gaan 2.3. Kennisverlies door personeelsverloop 2.4. Niet weten waarnaartoe te verwijzen	2. Vergroten van kennis en vaardigheden van professionals	2.1. Scholing 2.2. Weten hoe een gesprek aan te gaan 2.3. Ervaring opdoen met patiënten met alcoholproblematiek 2.4. Beperkt personeelsverloop
	3. Moeilijkheden bij patiëntencontact	3.1. De patiënt is zich niet bewust van het probleem 3.2. De patiënt is nog beschoonken 3.3. De patiënt antwoordt niet eerlijk 3.4. Taal-/culturele barrières 3.5. De patiënt is vervelend of agressief 3.6. De patiënt is ongemotiveerd 3.7. Multiproblematiek bij de patiënt	3. Ondersteuning door de patiënt	3.1. De patiënt is ontvankelijk voor alcoholinterventie 3.2. Betrokkenheid van het sociale netwerk van de patiënt
<i>Organisatieniveau</i>	1. Slechte samenwerking/ondersteuning	1.1. Moeilijk om de huisarts erbij te betrekken 1.2. Moeilijk om de multidisciplinaire projectgroep bij elkaar te houden 1.3. Afwezigheid van de arts tijdens consultaties 1.4. Kwetsbaarheid van de overdracht van (patiënt)informatie na het ontslag 1.5. Afhankelijkheid van werkuren en het tijdschema 1.6. Weerstand bij het ziekenhuismanagement	1. Goede samenwerking/ondersteuning	1.1. Het netwerk kennen 1.2. Samenwerken in een multidisciplinaire projectgroep 1.3. Aanwezigheid van de arts tijdens consultaties 1.4. Het hebben van samenwerkingsovereenkomsten tussen partijen 1.5. Samenwerking tussen ziekenhuisafdelingen 1.6. Samenwerking in de zorgketen (partijen buiten het ziekenhuis) 1.7. Samenwerking met de huisarts 1.8. Commitment van het ziekenhuismanagement
	2. Gebrek aan middelen	2.1. Gebrek aan financiën 2.2. Gebrek aan personeel 2.3. Gebrek aan tijd 2.4. Beperkte zorgmogelijkheden van verzekeraars door diagnosebehandelcombinaties	2. Voldoende middelen	2.1. Voldoende financiën 2.2. Voldoende personeel 2.3. Voldoende tijd 2.4. Inhuren van een consultant 2.5. Patiënten op holistische wijze verzekeren, zonder diagnosebehandelcombinaties
	3. Onduidelijke rolverantwoordelijkheid	3.1. Onenigheid over wie de interventies het beste kan uitvoeren	3. Geschiktheid voor rolverantwoordelijkheid	3.1. Rol geschikt voor arts 3.2. Rol geschikt voor verpleegkundige 3.3. Rol geschikt voor huisarts
<i>Maatschappelijk niveau</i>	1. Gebrek aan maatschappelijke steun	1.1. Gebrek aan landelijke voorlichting 1.2. Negatief beeld van de verslavingszorg 1.3. Alcohol is sociaal geaccepteerd 1.4. Interventies worden als voorbarig gezien	1. Maatschappelijke ondersteuning	1.1. Landelijke voorlichting 1.2. Overheidsregelgeving

de respondenten het belangrijk dat de verschillende partijen commitment toonden.

‘We hadden destijds een verpleegkundig specialist en dat was min of meer de aanjager van het hele traject. Die zat erbovenop, en die maakte

ook uitdraaien elke week van wat gevraagd was. Die is op een gegeven moment mensen gaan nabellen die geïnterviewd waren. Of ze iets gedaan hadden met hun alcoholgebruik... Als je iemand hebt, een aanjager die dat allemaal naloopt, en ook op een gegeven moment publiceert, ja, is een

soort motiverend verhaal op zichzelf.' [R17; SEH-zorgmanager/verpleegkundige]

Tot slot noemden respondenten enkele aan alcoholproblematiek gerelateerde patiëntkenmerken die het in praktijk brengen van alcoholinterventies bemoeilijken, bijvoorbeeld liegen over alcoholgebruik of te dronken zijn om een gesprek te kunnen voeren. De ontvankelijkheid van patiënten voor alcoholscreening en het voeren van een dialoog werden als nuttig beschouwd, bijvoorbeeld omdat sommige patiënten vragen over alcohol als normaal beschouwen en alcoholscreening als gebruikelijk onderdeel beschouwen van het totale 'hospitalisatiepakket'.

Organisatieniveau

Op organisatieniveau lijkt het van fundamenteel belang dat het in praktijk brengen van alcoholinterventies met voldoende middelen wordt gefaciliteerd. De respondenten noemden het hebben van voldoende tijd voor alcoholinterventies als meest cruciaal en vertelden dat de screenings, het gesprek aangaan en het verwijzingsproces vaak te tijdrovend zijn vanwege de korte duur van ziekenhuisopnamen. De respondenten suggereerden om speciale aandachtfunctionarissen in te huren of aan te stellen, die deze taken op zich nemen. Dit specifieke takenpakket kon volgens de respondenten geïntegreerd worden in de werkzaamheden van vrijwel alle disciplines, bijvoorbeeld verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verslavingszorgspecialisten, (medisch) maatschappelijk werkers, ervaringsdeskundigen en consultatief psychiatrisch verpleegkundigen.

'Maar je zou heel goed 24/7 iemand hier aan het werk kunnen hebben die op meerdere fronten werk kan verzetten, waaronder dus verslavingscreening, en dan hebben we het gelijk natuurlijk over tabak en alcohol en drugs, en met die mensen direct in gesprek, maar ook die mensen weer terugbellen, kijken of ze erover na hebben gedacht, of een verwijzing zin heeft, met de huisarts contact hebben ...' [R8; SEH-arts]

Daarnaast gaven de respondenten aan dat het duidelijk moet zijn met wie in de keten kan worden samengewerkt, wat te realiseren is door samenwerkingsovereenkomsten en elkaar eenvoudigweg te leren kennen, bijvoorbeeld via netwerkbijeenkomsten. De respondenten noemden onder andere maatschappelijk werk, verslavingszorg en ambulancediensten als relevante samenwerkingspartners. Daartegenover werd slechte samenwerking genoemd als belangrijke belemmerende factor, bijvoorbeeld door lange wachtlijsten voor doorverwijzing of afwezigheid van samenwerkende partners op piekmomenten (zoals in het weekend of 's nachts), of doordat artsen vanwege drukke agenda's geen tijd hebben voor multidisciplinaire bijeenkomsten.

'We leerden elkaar ook kennen. Als je elkaar kent, weet je ook hoe de lijnen lopen, waar je mensen naartoe kunt verwijzen.' [R17; SEH-zorgmanager/verpleegkundige]

Maatschappelijk niveau

Op maatschappelijk niveau gaven de respondenten aan dat ondersteunende overheidsregelgeving het in praktijk brengen van alcoholinterventies kan bevorderen, bijvoorbeeld door regelgevingen die alcoholinterventies in ziekenhuizen verplicht stellen en door een strengere aanpak rond alcoholgebruik in het algemeen (bijvoorbeeld door alcohol duurder te maken). Daarnaast gaven ze aan dat de algemene bevolking meer moet worden voorgelicht over de risico's en de daarmee samenhangende schade van alcoholgebruik. Hierbij zouden de huidige sociale normen ook moeten worden doorbroken, zodat de nieuwe norm wordt om *geen* alcohol te drinken. Tot slot moet volgens respondenten worden getracht het negatieve imago van de verslavingszorg te veranderen.

'Of het moet een prestatie-indicator worden. Dus als het wettelijk verplicht wordt, dan moeten ze.' [R5, verslavingszorginstelling; psychiatrisch verpleegkundig specialist]

'Bij sommigen is het toch wel, sociale acceptatie zorgt er ook voor dat je het niet als probleem erkent, en ook niet als probleem herkent.' [R14; ggz-instelling; psychiatrisch verpleegkundige]

Geïdentificeerde alcoholinterventies

Op basis van de antwoorden van respondenten werden de geïdentificeerde alcoholinterventies verdeeld in vijf categorieën (zie tab. 3). De eerste categorie van interventies was het gebruik van voorlichtingsmaterialen. In verschillende ziekenhuizen kregen patiënten

Tabel 3 Geïdentificeerde alcoholinterventies

Categorie	Alcoholinterventie
1. Voorlichtingsmateriaal	1.1. Informatiefolder 1.2. Poster
2. Screening	2.1. Intuïtief screenen bij vermoeden van alcoholproblematiek 2.2. In het algemeen vragen naar alcoholgebruik tijdens anamnese of triage 2.3. Met screeningshulpmiddel in elektronisch patiëntendossier 2.4. Met bloedtest
3. Het gesprek aangaan met patiënten	3.1. Leefstijlvoorlichting 3.2. Video-interventie 3.3. Advies om contact op te nemen met de huisarts 3.4. Advies over het contact met de verslavingszorg
4. Consultaties tussen professionals in ziekenhuizen	4.1. Multidisciplinair overleg 4.2. Kwaliteitscontrole tijdens de klinische overdracht
5. Betrekken van (externe) partijen	5.1. In overleg met de patiënt betrekken van de huisarts 5.2. In overleg met de patiënt betrekken van de psychiatrie 5.3. In overleg met de patiënt verwijzen naar de verslavingszorg

informatiefolders (al dan niet na een alcoholscreening), die allerlei informatie bevatten over (de risico's van) alcoholgebruik en manieren om hulp te zoeken. Daarnaast werden in wachtkamers posters opgehangen die patiënten erover informeerden dat naar hun alcoholgebruik gevraagd kon worden. Ook werden posters gebruikt die patiënten informeerden over de nationale bewustmakingscampagne IkPas, waarbij mensen hun alcoholgebruik dertig of veertig dagen op pauze zetten.

De tweede categorie van interventies betrof alcoholscreenings. Het soort screening varieerde sterk, van intuïtieve acties tot systematische screening. Soms werd tijdens de anamnese of triage naar alcoholgebruik gevraagd. Dit werd intuïtief gedaan wanneer zorgprofessionals alcoholproblematiek vermoedden (bijvoorbeeld wanneer patiënten eruitzagen alsof ze veel alcohol dronken of wanneer patiënten geregeld werden heropgenomen), of op een gestandaardiseerde manier met een screeningsinstrument (bijvoorbeeld AUDIT(-C)), dat in het elektronisch patiëntendossier werd opgenomen. Ook vond screening plaats met bloedtests.

De derde categorie van interventies was het gesprek aangaan met patiënten. Bij één benadering werd tijdens deze gesprekken algemene leefstijlvoorlichting gegeven, soms met behulp van motiverende gespreksvoering, een 'cliëntgerichte, directieve therapeutische stijl om de bereidheid tot verandering te vergroten door cliënten te helpen ambivalentie te onderzoeken en op te lossen' [18]. Bij een andere benadering werd digitaal gezondheidsvoorlichting gegeven door een video op een tablet te tonen die motiverende gespreksvoeringstechnieken bevatte. Bij een laatste benadering kregen patiënten het onderbouwde advies om contact op te nemen met hun huisarts of de verslavingszorg.

De vierde categorie van interventies betrof consultaties tussen professionals in ziekenhuizen. Zo werden multidisciplinaire overleggen georganiseerd, waarbij verschillende disciplines betrokken werden om specifieke patiënten met alcoholproblematiek te bespreken. In één ziekenhuis was bij deze overleggen naast de professionals van het ziekenhuis standaard een externe maatschappelijk werker aanwezig. Bij een andere benadering werd het alcoholthema behandeld in de kwaliteitsbeoordelingen tijdens klinische overdrachten. Dit gebeurde door mondeling te controleren of bepaalde vervolgstappen rond alcoholproblematiek waren overwogen, zoals contact opnemen met de verslavingszorg.

De vijfde en laatste categorie interventies betrof het betrekken van externe partijen van buiten het ziekenhuis, mits patiënten daarmee instemden. Dit werd gedaan door het alcoholgebruik van patiënten in de ontslagbrieven aan huisartsen van patiënten te vermelden. Ook werd telefonisch contact opgenomen met huisartsen om informatie over patiënten op te vragen of voor overdracht van verdere behandeling van alcoholproblematiek. Daarnaast werd de psychiatrie

erbij betrokken, op eigen initiatief of automatisch zodra patiënten positief scoorden op alcoholscreenings. Bovendien werden patiënten, wanneer ze daarmee instemden, doorverwezen naar de verslavingszorg. De verslavingszorg nam contact op met patiënten of de patiënten moesten zelf contact opnemen voor hun afspraak. Bij een laatste benadering werd gebruikgemaakt van gestandaardiseerde verwijspcedures voor patiënten die het ziekenhuis bezochten vanwege intoxicatie.

Geïdentificeerde betrokken stakeholders

In totaal zijn achttien betrokken stakeholders geïdentificeerd, waarbij we onderscheid maken tussen stakeholders binnen ($n=8$) en buiten ($n=10$) ziekenhuizen (zie tab. 4). Stakeholders binnen het ziekenhuis waren onder andere zorgprofessionals (bijvoorbeeld verpleegkundigen, artsen en medisch maatschappelijk werkers), ziekenhuismanagement en artsenmaatschappen. Stakeholders buiten het ziekenhuis betroffen andere zorgprofessionals (bijvoorbeeld ggz-instellingen, verslavingszorginstellingen, huisartsen en ambulancediensten), faciliterende stakeholders (bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, thuiszorgdiensten en zorgverzekeraars) en naasten van patiënten (bijvoorbeeld familie en vrienden). Binnen ggz-instellingen konden we subcategorieën van stakeholders onderscheiden, waaronder crisisdiensten en outreach-teams.

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in belemmerende en bevorderende factoren die

Tabel 4 Geïdentificeerde betrokken stakeholders

Stakeholdersniveau	Stakeholders
1. Binnen het ziekenhuis	1.1. Artsen (en artsenmaatschappen)
	1.2. Arts-assistenten
	1.3. Verpleegkundigen
	1.4. Verpleegkundig specialisten
	1.5. Psychiatrische Consultatieve Dienst of Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)
	1.6. Diëtisten
	1.7. Medisch maatschappelijk werkers
	1.8. Ziekenhuismanagement
2. Buiten het ziekenhuis	2.1. Ambulancediensten
	2.2. Ggz-instellingen
	2.3. Verslavingszorginstellingen
	2.4. Huisartsen
	2.5. Maatschappelijk werkers
	2.6. Thuiszorgdiensten
	2.7. Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD)
	2.8. Zorgverzekeraars
	2.9. Veilig Thuis diensten
	2.10. Naasten van patiënten

zorgprofessionals ervaren bij het in praktijk brengen van alcoholinterventies in Nederlandse ziekenhuizen. Verder onderzochten we welke alcoholinterventies deze zorgprofessionals hanteren en welke stakeholders hierbij betrokken zijn.

De respondenten noemden verschillende factoren, waaronder het hebben van één gebruiksvriendelijk protocol in hun ziekenhuis, scholing en een klinische champion. Ook beschouwden ze tijd en middelen, nauwe samenwerking tussen partijen in de zorgketen en overheidsregelgeving als belangrijke factoren. Vijf typen alcoholinterventies werden onderscheiden: communicatiematerialen, screening, het gesprek aangaan met patiënten, consultaties tussen professionals in ziekenhuizen en het betrekken van (externe) partijen. Partijen die bij deze interventies betrokken werden waren zowel interne (bijvoorbeeld ziekenhuispersoneel, psychiatrie zorgverleners en ziekenhuismanagement) als externe stakeholders (zoals huisartsen, verslavingszorg en maatschappelijk werkers).

Veel factoren in dit onderzoek komen overeen met eerder internationaal onderzoek binnen ziekenhuizen: verbeterde kennis en vaardigheden, verhoogde motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel (onder andere door middel van herinneringen), ontvankelijkheid van patiënten en ontwikkeling van één duidelijk en gebruiksvriendelijk protocol [10, 11, 19–21]. Opvallend is dat de internationale literatuur geregeld aangeeft dat het van belang is om een omgeving te hebben waarin arts en patiënt voldoende privacy hebben om het alcoholgebruik te bespreken [9, 11, 19, 21], wat in ons onderzoek niet expliciet werd genoemd. Wel vonden zorgprofessionals het lastig om het gesprek aan te gaan vanwege het taboe dat op alcoholproblematiek rust. Mogelijk is het aspect van onvoldoende privacy daar onderdeel van.

Daarnaast komt in eerder internationaal onderzoek de factor 'gebrek aan support' geregeld naar voren, maar dan uitsluitend bedoeld als (het gebrek aan) support van collega's *binnen* ziekenhuisafdelingen [9]. In ons onderzoek werd daar het gebrek aan support van het ziekenhuismanagement als belangrijke belemmerende factor aan toegevoegd. Bovendien werd ook het belang van samenwerking met partijen *buiten* het ziekenhuis genoemd, zoals huisartsen, verslavingszorginstellingen en maatschappelijk werkers. Vooral het nieuwe aspect van de samenwerking met huisartsen wijkt af van de internationale literatuur [9]. Waarschijnlijk komt dat omdat het Nederlandse zorgsysteem zo is georganiseerd dat huisartsen als poortwachters fungeren voor het ziekenhuis, wat in veel andere landen niet zo is [12].

Daarnaast valt op dat eerder internationaal onderzoek geen factoren noemt op maatschappelijk niveau [9], zoals (het gebrek aan) landelijke voorlichting over alcoholrisico's aan de algemene bevolking, sociale normen en het negatieve beeld van de verslavingszorg, wat wel aan de orde komt in ons onderzoek.

Deze factoren kunnen mede invloed hebben op de mate waarin zorgprofessionals alcoholinterventies uitvoeren en op de mate waarin patiënten hiervoor openstaan. Meer onderzoek is nodig naar de vraag in hoeverre sociale normen en attitudes van zowel zorgverleners als patiënten van invloed zijn op de uitvoering van alcoholinterventies in een ziekenhuisomgeving.

De verschillende alcoholinterventies die we in ons onderzoek vonden blijken veel overeenkomsten te vertonen met de SBIRT-aanpak [7]. Uit ons onderzoek bleek ook dat de grondigheid waarmee deze interventies zijn geïmplementeerd sterk varieert. Dit zien we ook in internationaal onderzoek, waaruit blijkt dat de meeste alcoholinterventieprogramma's niet gebruikt worden, zelden worden geïmplementeerd of beperkt blijven tot de eerstelijnsgezondheidszorg [22].

Tot slot vonden we in dit onderzoek dat er veel verschillende stakeholders betrokken zijn bij alcoholinterventies in ziekenhuizen. Betrokkenheid alleen impliceert echter niet direct interprofessionele samenwerking, terwijl dit wel essentieel wordt geacht voor het verbeteren van de gezondheids- en patiëntenzorg [23]. Het is daarom belangrijk om de interprofessionele samenwerking te versterken door bijvoorbeeld gedeelde doelen en visies, multidisciplinaire bijeenkomsten en interprofessioneel onderwijs [23, 24]. Deze aspecten werden in ons onderzoek ook als bevorderende factoren aangewezen.

Een beperking van ons onderzoek betreft de werking via een doelgerichte steekproefmethode, afkomstig van het netwerk van de SVA-werkgroep Tweedelij. Hoewel vooral vertegenwoordigers van de preventieafdelingen binnen Verslavingskunde Nederland een goed overzicht hebben van ziekenhuisinterventies op het terrein van alcohol, is deze steekproef wellicht niet volledig representatief. De inclusie van verschillende ziekenhuisafdelingen door Nederland zorgde echter voor een heterogene groep zorgprofessionals, wat resulteerde in een rijke en gedetailleerde dataset.

Conclusie

De implementatie van alcoholinterventies voor patiënten met alcoholproblematiek in Nederlandse ziekenhuizen lijkt nog in de kinderschoenen te staan. De geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren komen grotendeels overeen met die in internationale literatuur te vinden zijn. Een belangrijk aandachtspunt voor de Nederlandse situatie is het ontwikkelen en onderhouden van de samenwerking met stakeholders, zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van de gevonden bevorderende factoren in Nederlandse ziekenhuizen. Tot slot kunnen deze onderzoeksbevindingen meer informatie opleveren over alcoholinterventiestrategieën, die op hun beurt kunnen leiden tot een betere zorgketen voor patiënten

met alcoholproblematiek en tot een verdere afname van alcoholproblematiek.

Financiering Dit onderzoek werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS was niet betrokken bij de opzet van het onderzoek, het verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens, het schrijven van het rapport of het besluit om het artikel voor publicatie aan te bieden.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

- Savic M, Room R, Mugavin J, Pennay A, Livingston M. Defining 'drinking culture': a critical review of its meaning and connotation in social research on alcohol problems. *Drugs*. 2016;23(4):270–82.
- Trimbos Instituut. Alcoholgebruik onder volwassenen in Nederland: Kerncijfers 2018. 2020. <https://www.trimbos.nl/docs/b1303f1d-bd3a-4b02-8a9d-64f5c7d9f000.pdf>. Geraadpleegd op 14 december 2020.
- Johnson NA, Kypri K, Latter J, McElduff P, Saunders JB, Saitz R, et al. Prevalence of unhealthy alcohol use in hospital outpatients. *Drug Alcohol Depend*. 2014;144:270–3.
- Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J, et al. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med*. 2010;21(5):458–64.
- Wakeman SE, Herman G, Wilens TE, Regan S. The prevalence of unhealthy alcohol and drug use among inpatients in a general hospital. *Subst Abuse*. 2020;41(3):331–9.
- Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(1):1–14.
- Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, et al. Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: a systematic review. *West J Emerg Med*. 2017;18(6):1143.
- Broderick KB, Kaplan B, Martini D, Caruso E. Emergency physician utilization of alcohol/substance screening, brief advice and discharge: a 10-year comparison. *J Emerg Med*. 2015;49(4):400–7.
- Gargaritano KL, Murphy C, Auyeung AB, Doyle F. Systematic review of clinician-reported barriers to provision of brief advice for alcohol intake in hospital inpatient and emergency settings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(12):2386–400.
- Broyles LM, Rodriguez KL, Kraemer KL, Sevcik MA, Price PA, Gordon AJ. A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addict Sci Clin Pract*. 2012;7(1):1–20.
- Falcón M, Navarro-Zaragoza J, García-Rodríguez RM, Nova-López D, González-Navarro MD, Mercadal M, et al. Perceived barriers to implementing screening and brief intervention for alcohol consumption by adolescents in hospital emergency department in Spain. *Adicciones*. 2018;30(3):189–96.
- Jeurissen P. For-profit hospitals: a comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2010.
- Etikan I, Musa SA, Alkassim RS. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *Am J Theor Appl Statist*. 2016;5(1):1–4.
- Braun V, Clarke V. Successful qualitative research: a practical guide for beginners. Thousand Oaks: SAGE; 2013.
- Braun V, Clarke V, Terry G. Thematic analysis. In: Pranee L, redactie. *Handbook of research methods in health and social sciences*. Singapore: Springer; 2019. pag. 843–60.
- Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. Thousand Oaks: SAGE; 2019.
- Fleuren M, Paulussen T, Dommelen P van, Buuren S van. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(5):501–10.
- Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.
- Tsai YF. Nurses' perceived facilitators and barriers to assessing for alcohol use in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009;18(14):2078–86.
- Hellum R, Bjerregaard L, Nielsen AS. Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. *Nordisk Alkohol Nark*. 2016;33(4):415–36.
- Weiland TJ, Dent AW, Phillips GA, Lee NK. Emergency clinician-delivered screening and intervention for high-risk alcohol use: a qualitative analysis. *Emerg Med Australas*. 2008;20(2):129–35.
- Wolstenholme A, Drummond C, Deluca P, Davey Z, Elzerbi C, Gual A, et al. Alcohol interventions and treatment in Europe. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, redactie. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA*. Phoenix: The AMPHORA Project; 2012. pag. 65–80.
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6(6):CD000072.
- D'amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):1–14.