



ONDERZOEK NAAR MENINGEN OVER ALCOHOLGEBRUIK IN HET VERPLEEGHUIS

Meesterproef Casestudie deskundigheidsprofiel

13 april 2020

Hanzehogeschool Groningen
Helena de Wolff

Onderzoek naar meningen over alcoholgebruik in het verpleeghuis

Helena de Wolff
h.van.willigenburg@meriant.nl

Samenvatting

Achtergrond en doel

In de Nederlandse cultuur is het normaal om dagelijks of bij een speciale gelegenheid alcohol te drinken. Het alcoholgebruik in verpleeghuis Meriant daarover was weinig bekend. Het onderwerp werd nauwelijks besproken en er was geen inzicht in de geldende normen en waarden. Dit onderzoek had als doel inzicht en kennis te verkrijgen in de verschillende waarden en normen rondom alcoholgebruik in het verpleeghuis.

Methode

Het kwalitatief onderzoek van een casestudy vond plaats in januari 2020. Daarvoor werden vier patiënten en vijf zorgprofessionals in het verpleeghuis geïnterviewd. Met behulp van observatie en literatuuronderzoek werd de inleiding en het topicinterview vastgesteld. De onderzoeksgegevens werden verzameld en samen met de peerreviewer geanalyseerd, getranscribeerd en gereduceerd.

Resultaten

Door de patiënten en zorgprofessionals werd vanuit verschillende perspectieven naar het alcoholgebruik gekeken. De kwaliteit van leven in het verpleeghuis was voor alle respondenten belangrijker dan de kwantiteit. Op het gebied van gezondheidsrisico's, autonomie en veilige woonomgeving waren de normen en waarden van de respondenten verschillend.

Beschouwing

In het verpleeghuis bleek dat alcoholgebruik nauwelijks werd besproken en dat hierover geen afspraken werden gemaakt. De meeste patiënten vonden dit prettig en bood ze de mogelijkheid om onbeperkt en op ieder moment alcohol te nuttigen. Voor de zorgprofessionals was dit lastig, omdat er geen afspraken waren konden ze het alcoholgebruik niet monitoren. Vooral bij problematisch alcoholgebruik was er een gevoel van machteloosheid, gebrek aan inzicht en een behoefte aan werkafspraken ter bescherming van de patiënt.

Conclusie

Het onderzoek gaf inzicht in de verschillende normen en waarden bij alcoholgebruik in het verpleeghuis. Door het alcoholgebruik gestructureerd te bespreken verwachtte de onderzoeker een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg en het ontwikkelen van werkafspraken bij alcoholgebruik.

Aanbevelingen

De aanbeveling was het voorstel voor zorginnovatie moreel beraad gebruiken als gestructureerde bespreking over het alcoholgebruik in het verpleeghuis. Deze bespreking en vermoedelijke discussie zou kunnen bijdragen aan een alcoholwerkwijze in het verpleeghuis.

Trefwoorden: Alcoholwerkwijze in verpleeghuis, kwaliteit van leven, gezondheidsrisico's, autonomie.

Inleiding

De meesterproef Casestudie deskundigheidsprofiel is de eindopdracht van de Master-opleiding Advanced Nursing Practice aan de Hanzehogeschool Groningen.

Verpleeghuis Meriant werkt vanuit de visie: '(H)erken wie ik ben'. Vanuit deze visie wordt zorg verleend die zoveel mogelijk aansluit bij wensen, leefwijze en -ritme, zodat de patiënt zich prettig, veilig en thuis voelt (Meriant, z.d.). De casus is een weergave van het dagelijkse dilemma rondom alcoholgebruik op de afdeling, waarin de patiënten en zorgprofessional te maken hebben met diverse normen en waarden. De visie van Meriant en het ontbreken van kennis en inzicht in de verschillende perspectieven op alcoholgebruik in het verpleeghuis, maken het lastig om hierover een standpunt in te nemen.

Casus in verpleeghuis Meriant

De patiënten op afdeling B, een somatische woonafdeling in het verpleeghuis, krijgen voor de avondmaaltijd alcohol aangeboden. Dhr. Y. krijgt dagelijks een glaasje jonge jenever, hij geniet hier zichtbaar van. Daarnaast woont dhr. X. met een alcoholverslaving in de voorgeschiedenis. Dagelijks geniet dhr. X. op meerdere momenten van een biertje. Tijdens de avondmaaltijd weigert de verpleegkundige om dhr. X. alcohol te geven, ze vindt dat hij genoeg heeft gehad. Dhr. X. wordt hierdoor erg boos en roept dat het niet eerlijk is dat andere patiënten wel een borrel krijgen.

Alcohol is een onderdeel van de Nederlandse cultuur waarin het gebruikelijk is om dagelijks of bij een speciale gelegenheid alcohol te drinken. Alcohol is een genotsmiddel dat bij matig gebruik een positief effect heeft. Het zorgt voor ontspanning, opgewektheid en een toegenomen spraakdrang (Jellinek, z.d.). Terwijl 400 v. Christus de Griekse arts Hippocrates ook het schadelijke effect van alcohol al ontdekt had. In 2014 wordt in het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie een verband aangetoond tussen alcoholgebruik en 200 verschillende ziekten en verwondingen. In 2012 is alcohol wereldwijd verantwoordelijk voor 3,3 miljoen doden (WHO, 2014). De schadelijke effecten van alcohol hebben bij ouderen meer kans, doordat hun lichaamssamenstelling is veranderd (Barry & Blow, 2016). Het zenuwstelsel wordt, door de verhoogde doorlaatbaarheid van de bloedschermbarrière, gevoeliger voor de effecten van alcohol. De hersencellen worden door alcohol verdoofd, dit zorgt voor een vertraagde werking van de prefrontale cortex (Hersenletsel-uitleg.nl, 2019). En verminderde coördinatie zorgt voor verhoogd valrisico. Meestal is ook sprake van onderliggende psychische problematiek zoals depressie, dementie of angststoornis die leiden tot overmatig alcoholgebruik. Bij ouderen is alcoholafbraak vertraagd door een verminderde nier- en leverfunctie, toename van lichaamsvet en afname van het extracellulaire volume. Hierdoor wordt alcohol minder goed verdragen en richt het bij ouderen meer schade aan (VNN, 2017).

Medicatie en alcohol is een slechte combinatie. Het beïnvloedt elkaars werking en bijwerkingen kunnen worden versterkt. Alcohol verwijdt de bloedvaten en in combinatie met medicatie zorgt dit voor duizeligheid. De interactie tussen alcohol en slaapmiddelen zorgen voor toename van sufheid. De afbraak van alcohol wordt door medicatie vertraagd. Daardoor blijft alcohol langer in het bloed en kan zorgen voor misselijkheid, hoofdpijn en duizeligheid (Apotheek.nl, 2020).

Verantwoord alcoholgebruik is één glas alcohol per dag (NHG, 2019). De Gezondheidsraad adviseert geen alcohol te drinken of maximaal één glas per dag (Gezondheidsraad, 2015). Terwijl onder ouderen juist een toename is van alcoholdrinkers. Uit onderzoek blijkt in deze groep een stijging van 130 % alcoholdrinkers. Eén van de redenen dat ouderen meer alcohol gaan drinken is een gebrek aan zingeving van het dagelijkse leven (Trimbos, 2017). Onderzoek toont een verband aan tussen erfelijke gevoeligheid voor middelen en psychische stoornissen. Uiteindelijk kan deze gevoeligheid leiden tot een alcoholverslaving (Ledd, z.d.).

In het verpleeghuis drinken patiënten een glaasje alcohol voor de gezelligheid en andere patiënten nemen meerdere glazen. De gevolgen van alcoholgebruik en de 'stille problematiek' is soms lastig te herkennen. Doordat de normale verouderingskenmerken zoals vertraagd denken, vertraagd handelen en slaapproblemen bijna identiek zijn aan de gevolgen van alcoholgebruik. Daarnaast kan (overmatig) alcoholgebruik leiden tot meer lichamelijke klachten (Minder drinken.nl, z.d.). Aan de andere kant is het zo dat de patiënt in het verpleeghuis recht heeft op zelfbepaling. De patiënt beslist zelf om alcohol te drinken, ongeacht de mogelijke klachten of gevolgen. Dit recht op autonomie is fundamenteel voor het bepalen van een eigen authentiek leven (KNMG, 2020). Het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholgebruik onder ouderen is lastig en nog weinig onderzocht (Huisarts en wetenschap, 2017).

Deze informatie en de praktijkcasus hebben geleid tot de vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek. De vraagstelling in dit onderzoek is: Hoe kijken patiënten en zorgprofessionals in verpleeghuis Meriant aan tegen het alcoholgebruik door patiënten van afdeling B?

Het doel in dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de verschillende waarden en normen rond alcoholgebruik in het verpleeghuis. Dit inzicht levert een bredere kijk op wat er meespeelt bij dit thema en dat kan gebruikt worden om het alcoholgebruik binnen de instelling bespreekbaar te maken.

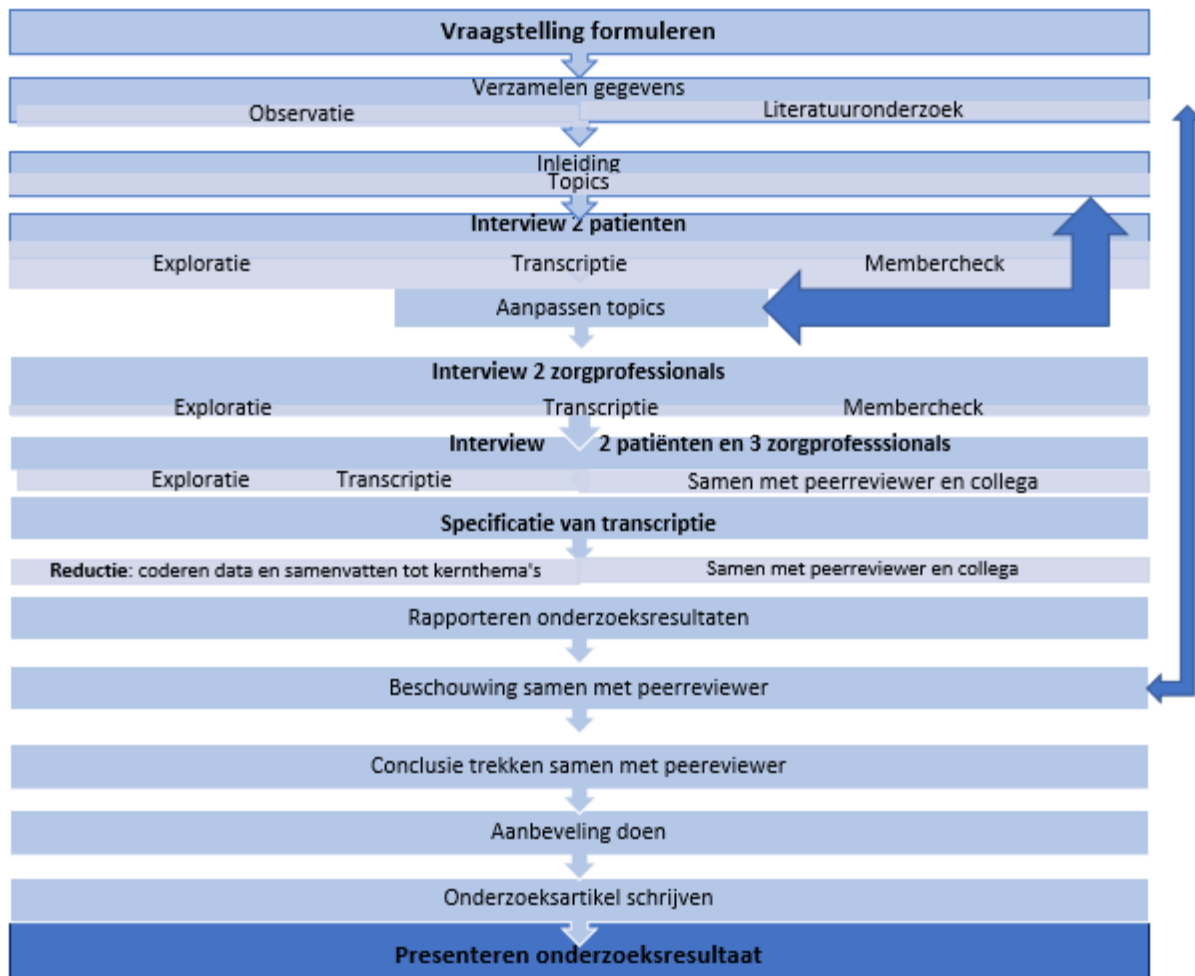
Methode

Design onderzoek

In dit beschrijvend kwalitatief praktijkonderzoek, werd vanuit verschillende perspectieven de normen en waarden over alcoholconsumptie in het verpleeghuis onderzocht. In het verpleeghuis werd de casestudie op afdelingsniveau uitgevoerd. Het schematische overzicht van het iteratieve onderzoeksproces werd in Tabel 1 uitgewerkt.

Tabel 1

Schema onderzoeksproces



Onderzoekseenheden

De heterogene onderzoekspopulatie ontstond door het includeren van respondenten met behulp van inclusiecriteria in Tabel 2. En door een gerichte steekproef te verrichten werd de maximale variatie bereikt. De respondenten werden door de onderzoeker benaderd en gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Een specialist ouderengeneeskunde deed de peerreview tijdens het onderzoeksproces en controleerde de representativiteit en diversiteit van de onderzoeksgroep. Hierdoor waren verschillende perspectieven in het verpleeghuis vertegenwoordigd en werd een brede visie op alcoholgebruik gegeven.

Tabel 2

Inclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria patiënten	Inclusiecriteria zorgprofessionals
Vrijwillige deelname	Vrijwillige deelname
Leeftijd 60 tot 90 jaar	Leeftijd 30 tot 60 jaar
2 x ♀ verpleeghuispatiënt 2 x ♂ verpleeghuispatiënt	Werkervaring in het verpleeghuis als: <ul style="list-style-type: none"> - verpleegkundige in de directe zorg: 2x - specialist ouderengeneeskunde in de medische zorgverlening: 2x - manager in de organisatie van beleidszaken: 1x
2 x alcoholgebruiker 2 x geen alcoholgebruiker	Variatie in voor- en tegenstanders van alcoholgebruik: <ul style="list-style-type: none"> - Visie op het eigen alcoholgebruik - Visie op het alcoholgebruik door de patiënt
Patiënt verblijft minimaal een half jaar op afdeling B	Kennis van de patiëntenpopulatie afdeling B

Dataverzameling

De gegevens werden verzameld door een *face to face* en *half gestructureerd* interview. De topics voor het interview waren ontstaan vanuit de literatuur (Barry & Blow, 2016). De dataverzameling vond plaats in januari 2020. De topiclijst in Tabel 3 werd gebruikt als uitgangspunt om ervaringen en wensen van de respondenten te verzamelen, daarin was ruimte om door te vragen, diepgang te creëren en achtergronden te onderzoeken. De topiclijst werd getoetst en aangevuld door de peerreviewer (Baarda, 2018). Het interview duurde gemiddeld 30 minuten per keer en vond plaats in verpleeghuis Meriant. De negen geselecteerde respondenten werden individueel en op een rustige plaats in het verpleeghuis geïnterviewd.

Tabel 3

Topiclijsten alcohol

Topiclijst patiënt	Topiclijst zorgprofessional
Alcoholgebruik	Alcoholgebruik
Kennis	Kennis
Ervaringen thuis	Ervaringen thuis
Ervaringen in het verpleeghuis	Ervaringen in het verpleeghuis
Mening	Mening over eigen gebruik en gebruik door patiënt
Gewoonten	Gewoonten patiënt/eigen
Redenen	Redenen patiënt/eigen
Associatie	Associatie patiënt/eigen
Wensen	Wensen patiënt/eigen
Behoeftes	Behoeftes patiënt/eigen
Regels	Regels patiënt/eigen
Risico's	Risico's patiënt/eigen
Normen en waarden	Normen en waarden patiënt/eigen
Gezondheidsrisico's	Gezondheidsrisico's
Context voor alcohol	Context voor alcohol
Geschiedenis alcohol	Geschiedenis alcohol
Geschiedenis regels	Geschiedenis regels
Lichamelijk effect	Lichamelijk effect
Geestelijk effect	Geestelijk effect

Data-analyse

In de kwalitatieve data-analyse werd de narratieve benadering gebruikt, dit is een interpretatieve benadering (Baarda, 2018). De verhalen van de respondenten werden bewust als uitgangspunt gebruikt, waardoor een beeld werd gevormd van hun ervaring met alcoholgebruik in het verpleeghuis. De waarden en normen van de respondenten omtrent alcoholgebruik in het verpleeghuis werden verzameld en geanalyseerd. De data-analyse bestond uit drie fasen; exploratie, specificatie en reductie. In de exploratiefase werd (met toestemming van de respondent) de geluidsopname van het interview verkend en beluisterd. Van de geluidsopname werd een transcriptie gemaakt. De data werd door de onderzoeker en collega verpleegkundige geanalyseerd en gespecificeerd. In de reductiefase codeerden de onderzoeker en peerreviewer de dataverzameling. Het coderen van de topic en een passend citaat werd gebruikt en verwerkt tot het kernthema in Tabel 4. Het coderen zorgde voor een verband tussen het empirische materiaal en het conceptuele kader (Baarda, 2018).

Tabel 4

Interpretatie van citaat naar kernthema

Citaat	Betekenis	Topic	Kernthema
<i>"Zelf bepalen of en wanneer ik alcohol wil drinken"</i>	Eigen keuze kunnen maken	Autonomie van de patiënt	Alcohol en autonomie
<i>"Omdat ik alcohol gezellig en lekker vind"</i>	Waarde van alcoholgebruik	Kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven
<i>"Dagelijks neem ik meerdere biertjes"</i>	Individuele grens van alcoholgebruik	Professionele verantwoordelijkheid	De alcoholnorm in het verpleeghuis
<i>"Korte termijn effecten zoals misselijkheid en hoofdpijn. De lange termijn effecten..."</i>	Gezondheidsrisico's bij alcoholgebruik	Theoretische onderbouwing	Gezondheidsrisico's en alcohol
<i>"Ik kan ze alcohol niet verbieden, maar ik kan ze het wel ontraden"</i>	Ervaring en eisen woonomgeving	Normen/waarden woonomgeving	Veilige en plezierige woonomgeving

Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid werd in dit onderzoek gewaarborgd door transparant en inzichtelijk te werken (Baarda, 2018). De ecologische validiteit werd gewaarborgd door dichtbij de werkelijkheid te blijven. De onderzoeker noteerde veldnotities in het onderzoeklogboek en deed hierover vooraf geen interpretatie. Om de validiteit te bevorderen maakte de onderzoeker gebruik van verschillende databronnen en bracht tijd door op de afdeling. De membercheck werd verricht bij de eerste vier respondenten, ter controle van interpretatie en bevindingen uit het interview. Het waarborgen van de betrouwbaarheid vond plaats door anonimiteit te waarborgen tijdens archivering van data en betrokkenheid van de peerreviewer en collega. Gedurende het gehele onderzoeksproces zorgde de peerreviewer voor kritische vragen, objectivering van de resultaten en voorkwam daarmee toevallige fouten. Doordat het persoonlijke ervaringen van de respondenten in verpleeghuis Meriant betrof zijn de onderzoeksresultaten niet zomaar overdraagbaar naar een andere setting.

Ethische verantwoording

De ethische verantwoording werd gewaarborgd door vrijwillige deelname aan het onderzoek en te respecteren wanneer iemand niet wilde deelnemen. De participanten kregen voorlichting over het doel en werkwijze van het onderzoek. Voor de volledige anonimiteit van de participanten werden de persoonsgegevens niet herleidbaar verwerkt, geanonimiseerd en de data werd drie weken na het onderzoek vernietigd. De uitkomsten van het onderzoek hadden geen nadelige effecten voor de respondenten. De onderzoeker hield zich aan de geldende wetgeving, de professionele beroepshouding met geheimhoudingsplicht en had een eerlijke, betrouwbare en respectvolle attitude.

Resultaten

Door een gerichte steekproef werd in het verpleeghuis bij vier patiënten en vijf zorgprofessionals een interview afgenomen. De narratieve gegevens werden geïnterpreteerd en met behulp van een citaat beschreven. De data-analyse resulteerde in vijf kernthema's:

- Alcohol en autonomie
- Kwaliteit van leven
- De alcoholnorm in het verpleeghuis
- Gezondheidsrisico's en alcohol
- Veilige en plezierige woonomgeving

Alcohol en autonomie

Het thema alcohol en autonomie daarbij werd door vier patiënten genoemd dat alcoholgebruik een eigen keuze is. Ze noemden allemaal in staat te zijn om deze keuze te maken en daar ook verantwoordelijk voor te zijn. De meningen van de zorgprofessionals waren verdeeld. Van de vijf zorgprofessionals vond er één dat de patiënt niet in staat was om zelfstandig voor alcoholconsumptie te kiezen. Deze zorgprofessional noemde hierbij als reden de geestelijk en lichamelijke kwetsbaarheid van de patiënt. Daardoor zou de patiënt niet in staat zijn om de consequenties van het alcoholgebruik te overzien. De vier andere zorgprofessionals noemden het recht op autonomie. Daarin mag de patiënt zelf zijn eigen keuzes maken, ook op het gebied van alcohol. De patiënt mag volgens deze vier zorgprofessionals het alcoholgebruik zoals thuis handhaven in het verpleeghuis.

“Ik krijg op de afdeling iedere avond een biertje en koop zelf overdag een paar biertjes in het restaurant “. Ik heb thuis altijd gedronken en hier ook, dat vind ik fijn. Ik kan ook prima zonder, neem elke dag vier biertjes en ben geen alcoholist” (P1).

“De patiënt mag het alcoholgebruik van thuis doorzetten in het verpleeghuis. En heeft de vrijheid om zelfstandig deze keuze te maken” (Z4).

“Het recht om het leven zelf in te richten zoals ze willen en het recht om daarin verkeerde keuzes te maken” (Z6).

“Juist de mensen die in het verpleeghuis wonen zijn kwetsbaar en hebben zorg nodig. En zijn vaak niet in staat de consequenties van het alcoholgebruik te overzien, je wilt ze beschermen” (Z7).

Kwaliteit van leven

Zowel de patiënt als de zorgprofessional vonden de kwaliteit van leven in het verpleeghuis belangrijker dan de kwantiteit. Voor sommige patiënten bleek alcohol een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van leven. Dit werd belangrijker gevonden dan de kwantitatieve gevolgen van alcohol op de levensduur.

Eén patiënt nam dagelijks meerdere alcoholconsumpties. De andere drie patiënten genoten incidenteel van een borrel als slaapmutsje of dronken een borrel bij een speciale gelegenheid.

Alcohol was voor de patiënten een lekker drankje of een gewoonte die het leven in het verpleeghuis waardevoller maakte. Hierdoor ervaaarde de patiënt het verpleeghuis meer als een thuissituatie. Het sociale aspect alcoholdrinken werd benoemd door twee patiënten, deze vonden het gezellig om gezamenlijk te drinken. Door beide groepen, patiënten en zorgprofessionals, werd alcohol geassocieerd met gezelligheid, genieten, lekker drankje, een gewoonte en een sociaal moment van de dag. De vijf zorgprofessionals handelden allen vanuit de Meriant visie: “ (H)erken wie ik ben”. Voor de patiënt werd een thuissituatie gecreëerd, waarin ook alcoholgebruik mogelijk was.

“In de avond wordt door de zuster een glas rode wijn en een blokje kaas gebracht, dat is mijn geniet moment “ (P2).

“Alcohol als gewoonte en soms drink ik vanuit eenzaamheid” (P 9).

“Gezelligheid en samenzijn met een hapje en een drankje” (Z6).

“Associaties bij alcohol zijn : gezelligheid, genieten , lekker drankje, slaapmutsje, rustgevend, sociaal moment “ (Z3).

De alcoholnorm in het verpleeghuis

Alcoholgebruik door patiënten werd in het verpleeghuis toegestaan. Over het gebruik van alcohol in het verpleeghuis bleken geen normen aanwezig. Op de afdeling werd één of meerdere glazen alcohol geserveerd aan de patiënten. Het gebruik was per patiënt verschillend, waar de ene patiënt dagelijks behoefte had aan alcohol, was deze behoefte bij de andere patiënt minder frequent aanwezig. De verantwoordelijkheden in het alcoholgebruik vonden de zorgprofessionals lastig, omdat in het verpleeghuis geen regels waren. Daarom werd per individuele patiënt bepaald wat de behoefte was. Dit betekende een flexibele houding van de zorgprofessional en dit gaf bij één zorgprofessional een gevoel van machteloosheid. De zorgprofessional benoemde zich vanuit de professionele rol verantwoordelijk te voelen voor de patiënten. Met name bij problematisch alcoholgebruik was er behoefte aan regels.

“Ik pak dagelijks meerdere potten bier, wanneer ik dat wil, er zijn hier geen regels voor” (P1).

“Ik neem als het gezellig is een wijntje en niet op een vast moment. Als het moet dan hoeft het voor mij niet” (P8).

“Ik wil mijn eigen normen en waarden niet op de patiënt projecteren....en anderzijds denk ik ook roken en alcohol zijn verslavingen, dus een ziekte en is het niet makkelijk om te zeggen stop maar met het gebruik “ (Z6).

“Standaard -regels daar hou ik niet van, je moet per patiënt kijken waar die behoefte aan heeft en dit leg je vast in het zorgleefplan” (Z5).

Gezondheidsrisico's en alcohol

Alle participanten zijn zich bewust van de risico's van alcoholgebruik. De patiënten benoemden de korte termijn effecten van overmatig alcoholgebruik en de gevolgen op lange termijn werden niet benoemd. De patiënten waren niet gefocust op de toekomst en keken alleen naar de huidige situatie in het verpleeghuis. De vijf zorgprofessionals benoemden naast de korte termijn effecten door alcohol ook de gezondheidseffecten op lange termijn. De korte termijn effecten waren zichtbaar tijdens het kerstdiner, daar dronken alle patiënten een glaasje Glühwein. De minder ervaren drinkers hadden toen last van de korte termijn effecten van alcohol. De zorgprofessional observeerde een ontspannen houding, lollige stemming en een hoogrode kleur op de wangen van de patiënt. Het gebruik van alcohol en de interacties met medicatie werd genoemd door een andere zorgprofessional. Ook werd door alcohol verandering in de mobiliteit geobserveerd waardoor het valrisico werd verhoogd. De Korsakov afdeling in het verpleeghuis werd genoemd als voorbeeld van de lange termijn gevolgen van alcoholmisbruik.

“Ik drink al jaren dagelijks alcohol en wat de risico's voor mijn gezondheid zijn, dat vind ik niet belangrijk” (P1).

“Dan neem ik een glaasje alcohol en voel ik tintelingen in mijn vingers, doof gevoel in handen en dan voel ik me raar” (P2).

“Het kwetsbare brein van ouderen daarbij komt alcohol dubbel zo hard aan. Daarbij doet alcohol ook wat met de mobiliteit en zorgt dit voor verhoogd valgevaar. Ook is er een interactie tussen alcohol en medicatie zoals diabetesmedicatie ” (Z7).

“In het verpleeghuis is een speciale Korsakov afdeling voor patiënten met hersenschade door alcoholmisbruik ” (Z6).

Veilige en plezierige woonomgeving

Door drie van de vier patiënten werd gebruik gemaakt van de faciliteiten buiten de afdeling. Deze centrale faciliteiten waren geopend als restaurant of voor activiteiten. De activiteiten bestonden uit een diner buiten de afdeling, bridgen, muziekavond of bingo. Tijdens de maaltijd of de activiteit werd alcohol geschonken aan patiënten. De ene patiënt had geen behoefte aan deze faciliteiten en de bijkomende drukte. Terwijl de andere drie patiënten genoten van deze faciliteiten en dit een gezellig extraatje vonden. De zorgprofessionals benoemden verschillende dilemma's van deze faciliteiten buiten de afdeling. Doordat de activiteiten buiten de afdeling plaatsvonden werd er geen toezicht gehouden op de patiënt. Daardoor ontstonden situaties waarin patiënten teveel alcohol kregen en waarvan de consequenties later op de afdeling naar voren kwamen. De ene zorgprofessional noemde dit een lastig dilemma, omdat ze niet verantwoordelijk kon zijn voor de situatie buiten de afdeling. Echter voelde ze zich wel verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënt. Daarnaast kreeg ze te maken met de consequenties van het overmatige alcoholgebruik in deze faciliteiten.

“Ik vermaak me prima op de afdeling en vind deze massale ruimten niks aan, is voor mij te druk” (P2).

“Het bridgen beneden in het restaurant is altijd gezellig en dit is onder het genot van een borreltje” (P9).

“Hoeveel alcohol krijgen de patiënten tijdens activiteit, is het een glas of zijn het meerdere glazen?” (Z6).

“Waarom is alcohol gezelliger dan appelsap?” (Z4).

Beschouwing

In het verpleeghuis zijn de normen en waarden over het alcoholgebruik door patiënten onderzocht. Dit heeft inzicht gegeven in de verschillende perspectieven van patiënten en zorgprofessionals op het alcoholgebruik. De resultaten vanuit de literatuur, de interviews en de praktijkobservatie zijn gebundeld tot vijf kernthema's. Uit de interviews blijkt dat alcohol voor sommige patiënten een onderdeel is van de kwaliteit van leven. In het verpleeghuis vinden zowel patiënten als zorgprofessionals de kwaliteit van leven belangrijker dan de duur van het leven. De kortere levensduur ten gevolge van alcoholgebruik lijkt door deze uitspraak minder belangrijk. De door patiënt en zorgprofessionals genoemde alcohol gerelateerde gezondheidsrisico's komen overeen met de literatuur. Autonomie en de verschillende waarden van de patiënt maken dit in dagelijkse praktijk lastig. Dit komt mede door de kwetsbare patiëntenpopulatie in het verpleeghuis, hierdoor is deze patiëntengroep niet volledig autonoom en niet in staat de consequenties van alcohol te overzien. De visie van verpleeghuis Meriant: "(H) erken wie ik ben" schijnt ook voor het alcoholgebruik te gelden als alcohol op maat wordt aangeboden. En de mogelijke consequenties voor omgeving en/of gezondheid worden geaccepteerd.

Zorgprofessionals in Meriant willen hun patiënten beschermen tegen de schadelijke effecten van alcoholgebruik. Daarnaast willen ze zorgdragen voor kwaliteit van leven in een veilige en plezierige woonomgeving. Patiënten willen genieten van één of meerdere borrels en zijn zich minder bewust van de omgeving en eventuele gezondheidsconsequenties. Onderzoek bevestigt dat ouderen een verhoogd risico hebben op schade door alcoholgebruik (NHG, 2019). De dilemma's waarmee de zorgprofessionals te maken krijgen zijn de alcoholconsumptie op de afdeling en alcoholmisbruik in het restaurant of bruin café. In deze algemene ruimten wordt alcohol geschonken aan patiënten en bezoek, terwijl er geen alcoholvergunning aanwezig is (persoonlijke communicatie, 2 januari 2020). Daarnaast zijn er geen afspraken gemaakt over de aantal alcoholenheden. Geen afspraken betekent dat de patiënten soms teveel alcohol krijgen. Dit leidt tot lichamelijke of geestelijke klachten en veroorzaakt overlast op de afdeling. Drie van de vier patiënten herkennen de genoemde dilemma's niet en genieten "gewoon" van de alcoholconsumptie. De dilemma's en toename van probleemdrinkers die zorgprofessionals in ouderenzorg ervaren worden in het onderzoek van Trimbos-instituut (2017) bevestigd.

Door een objectieve houding als onderzoeker is de persoonlijke mening gedurende het onderzoek veranderd. Voorafgaand aan het onderzoek werd door de onderzoeker aan een algemeen alcoholverbod in het verpleeghuis gedacht. Deze gedachte is echter veranderd naar een aangepast beleid. Dit is bereikt door te observeren, objectief te zijn en open te staan voor de meningen van patiënten en zorgprofessionals. Het onderzoek naar de verschillende waarden en normen over alcohol zorgt, bij patiënten en zorgprofessionals, voor het formuleren van gedachten en meningen over dit onderwerp. Het onderzoek en de aandacht voor alcohol binnen de organisatie resulteerde in verschillende bijvangsten. De manager van de psychogeriatrische afdeling vertelt spontaan over haar normen en waarden, collega's stellen vragen over het onderzoek, collega's maken tijd voor het interview, de patiënten vertellen hun eigen ervaringen, daardoor is vanuit een breed perspectief onderzoek verricht. De aandacht vanuit de organisatie heeft meer gegevens opgeleverd dan vooraf door de onderzoeker is bedacht. Dit bevestigt dat het zinvol is om het onderwerp binnen de organisatie bespreekbaar te maken.

Het advies van de Gezondheidsraad "*Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag*" wordt in het verpleeghuis niet nagestreefd (Gezondheidsraad, 2015). In het verpleeghuis zijn over het alcoholgebruik geen regels vastgesteld, dit vinden de patiënten prettig en de zorgprofessionals lastig. De patiënten kunnen hierdoor alcohol nemen wanneer en hoeveel ze zelf willen. Doordat hierover geen afspraken zijn gemaakt is het voor de zorgprofessionals lastig om het alcoholgebruik te monitoren. Vooral bij problematisch alcoholgebruik ervaren zorgverleners een gevoel van machteloosheid en is er behoefte aan regels om de patiënten te beschermen.

De verschillende wensen van de patiënten en de individuele alcoholbehoefte, vraagt om het onderwerp vanuit deze perspectieven bespreekbaar te maken. Daardoor wordt meer openheid en duidelijkheid over alcoholgebruik in het verpleeghuis gecreëerd. Een gezamenlijke discussie hierover zal meer duidelijkheid geven over de verschillende waarden en normen over het alcoholgebruik. En wordt draagvlak gecreëerd waarin de alcoholwensen en de patiëntbehoefte centraal staat.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Het praktijkonderzoek is verricht in de werkomgeving van de onderzoeker. Dit kan invloed hebben op de objectiviteit en interpretatie van de gegevens. Door tijdens de data-analyse gebruik te maken van een sceptische peerreview, zijn de onderzoeksresultaten samen met de specialist ouderengeneeskunde geïnterpreteerd. Hierdoor is het risico op vertekening van gegevens gereduceerd.

De onderzoeksmethode is volledig uitgeschreven voor gebruik door anderen, daardoor is de externe validiteit gewaarborgd. De dataverzamelingsgeldigheid is gewaarborgd door gebruik te maken van verschillende databronnen, observatie, literatuurstudie en interviews. De interne validiteit is gewaarborgd door tijdens de interviews een membercheck, geluidsopname en aantekeningen te maken. Daarnaast is er een reflectief logboek bijgehouden en zijn veldnotities gemaakt.

De heterogene onderzoekspopulatie bestaat uit vier patiënten en vijf zorgprofessionals die geïnccludeerd zijn op basis van de vooropgestelde kenmerken. De steekproef heeft een bijdrage geleverd aan diversiteit van ervaringen en perspectieven over alcoholgebruik in het verpleeghuis. De saturatie werd deels bereikt, dit kon door een te grote sample niet volledig behaald. In het onderzoek zijn alleen de ervaringen van de geïnccludeerde participanten meegenomen en deze resultaten werden vergeleken met de literatuur. Dit heeft inzicht gegeven in de mening van deze groep patiënten en zorgprofessionals op het alcoholgebruik in het verpleeghuis.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat er verschillen zijn in de waarden en normen van patiënten en zorgprofessionals over alcoholgebruik in het verpleeghuis. De resultaten hebben inzicht gegeven in de verschillende perspectieven op alcoholgebruik en dit heeft geleid tot beantwoording van de onderzoeksvraag. Deze verschillen maken het ingewikkeld om hierover passende werkafspraken te maken.

De patiënten willen genieten van alcohol en de zorgprofessionals willen hen beschermen tegen de consequenties van alcoholgebruik. Deze consequenties kan de patiënt niet volledig overzien en heeft hierbij (professionele) hulp nodig. In de literatuur wordt de nadruk met name gelegd op de risico's en negatieve gevolgen van alcohol. Terwijl het verpleeghuis een gezellige en veilige omgeving moet zijn voor patiënten en zorgprofessionals. Daarnaast heeft de kwetsbare patiënt in het verpleeghuis over het algemeen een korte levensverwachting. Dit kan de waarde van de patiënt verklaren, waarbij de kwaliteit van leven met (zonder) alcohol belangrijker is dan de kwantiteit. Het bespreekbaar maken van deze onderzoeksresultaten kan een bijdrage leveren aan de zorgverlening bij alcoholgebruik in het verpleeghuis.

Aanbevelingen

De aanbeveling vanuit dit onderzoek is implementatie van moreel beraad in het verpleeghuis, dit voorstel voor zorginnovatie is uitgewerkt in de bijlage (Amsterdam UMC, z.d.). In het moreel beraad worden de ethische dilemma's bij alcoholgebruik in het verpleeghuis bespreekbaar gemaakt. Daarnaast is in het anamnesegegesprek meer aandacht nodig voor het alcoholgebruik en behoren de alcoholgewoonten vermeld te worden in het zorgleefplan.

Uiteindelijk zal dit een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een werkwijze op alcoholgebruik in het verpleeghuis. Hierdoor zal de kwaliteit van de zorgverlening bij alcoholgebruik worden geoptimaliseerd en krijgen patiënten zorg op maat.

Literatuurlijst

- Amsterdam UMC. (z.d.). *Moreel beraad*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <https://www.vumc.nl/research/metamedica/moreel-beraad/wat-is-moreel-beraad/wat-is-er-nodig-voor-moreel-beraad.htm>
- Apotheek.nl. (2020). *Alcohol en medicijnen*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.apotheek.nl/themas/alcohol-en-medicijnen#effecten-alcohol-op-werking-medicijn>
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Goede de, M., Peters, V. & Velden van der, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Barry, K.L. & Blow, F.C. (2016). Drinking Over the Lifespan: Focus on Older Adults. *Alcohol Research*, 38(1), 115-20. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>
- Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Geraadpleegd op 2 september 2019, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goedevoeding-2015>
- Grol, R. & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (6^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hersenletsel-uitleg.nl. (2019). *Hersenletsel en alcohol*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van [Hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektebeelden/hersenletsel-door-alcohol](https://www.hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektebeelden/hersenletsel-door-alcohol)
- Huisarts en Wetenschap. (2017). *Alcoholproblemen bij ouderen*. Geraadpleegd op 12 september 2019, van <https://www.henw.org/artikelen/alcoholproblematiek-bij-ouderen>
- Jellinek. (z.d.). *Wat zijn de positieve gevolgen van alcoholgebruik?* Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-zijn-de-positieve-gevolgen-van-alcoholgebruik/>
- KNMG. (2020). *Autonomie: alles doen wat iemand wil?* Geraadpleegd op 12 februari 2020, van <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/columns/column/autonomie-alles-doen-wat-iemand-wil.htm>
- Ledd. (z.d.). *Algemene informatie*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.ledd.nl/algemene-informatie>
- Minderdrinken.nl. (z.d.). *Gevolgen van alcohol*. Geraadpleegd op 12 februari 2020, van <https://minderdrinken.nl/over-alcohol>
- Meriant. (z.d.). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 2 september 2019, van <https://www.meriant.nl/over-meriant/organisatie/missie-en-visie>
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2019). *NHG- Standaard Problematisch alcoholgebruik*. Geraadpleegd op 2 september 2019, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhgstandaard-problematisch-alcoholgebruik#idp81744>
- Trimbos instituut. (z.d.). *Alcoholinfo*. Geraadpleegd op 12 september 2019, van <https://www.alcoholinfo.nl/publiek/wet-beleid/verpleeg-en-verzorgingshuizen>
- VNN. (2018). *Ouderen en alcohol*. Geraadpleegd op 12 februari 2020, van <https://www.vnn.nl/sites/default/files/2018/06/defWhitepaper%20Ouderen%20alcohol.pdf>
- World Health Organization. (2020). *Alcoholpreventie*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/en/>

Bijlage A: Zorginnovatie moreel beraad in het verpleeghuis

Inleiding

De aanleiding voor de zorginnovatie zijn de ethische dilemma's die regelmatig in het verpleeghuis voorkomen en nauwelijks worden besproken. Tijdens het onderzoek naar de meningen over alcoholgebruik in het verpleeghuis, bleek dit ook een weinig besproken onderwerp. Alcoholgebruik is voor sommige patiënten een dagelijks genotsmiddel en andere patiënten nemen incidenteel een borrel. De verschillen in waarden en normen van alcoholgebruik maken het lastig om hierover werkafspraken te maken. Vanuit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het bespreekbaar maken van de alcoholbehoefte, zal zorgen voor meer openheid. En dat leidt tot meer bewustwording, wederzijds begrip, creativiteit en flexibiliteit in het professioneel handelen. Hierover discussiëren geeft inzicht in de overeenkomsten en verschillen, waardoor de behoefte per patiënt kan worden bepaald. Dit geeft de mogelijkheid om patiëntgericht te werken, zonder daarin de eigen grenzen te overschrijden.

Beschrijving zorginnovatie

De zorginnovatie is het moreel beraad, een gestructureerd gesprek waarin de zorgprofessionals onder leiding van de gespreksleider een ethische kwestie uit het verpleeghuis behandelen. Daarvoor wordt een praktijkcasus met alcoholgebruik geanalyseerd en gezamenlijk gestructureerd besproken. Naar aanleiding daarvan wordt de goede zorg en oplossing in deze praktijksituatie vastgesteld.

Beoogde resultaten

De doelstelling van het moreel beraad is gestructureerd bespreken van de ethische dilemma's bij alcoholgebruik in het verpleeghuis. Het UMC Amsterdam beschrijft de centrale doelstellingen van een moreel beraad als: kwaliteitsverbetering van zorg binnen de besproken casus, (door) ontwikkelen van professionele morele competenties, gezamenlijk leerproces stimuleren en moreel beraad verbinden aan kwaliteit van zorg en beleid (Amsterdam UMC, z.d.). De implementatie van het moreel beraad zal leiden tot bespreking van de ethische dilemma's rondom alcoholgebruik in het verpleeghuis. En dat geeft inzicht in de verschillende normen en waarden. Het resultaat sluit aan bij de doelstelling en visie van verpleeghuis Meriant : '(H)erken wie ik ben'. Vanuit deze visie wordt zorg verleend die zoveel mogelijk aansluit bij wensen, leefwijze en -ritme, zodat de patiënt zich prettig, veilig en thuis voelt (Meriant, z.d.). De consequenties voor de patiënt zijn patiëntgerichte kwaliteit van zorg. De cultuur van het verpleeghuis en het personeel zal door implementatie van deze innovatie veranderen naar meer openheid over ethische dilemma's. Door het gezamenlijk bespreekbaar maken van dilemma's wordt er meer begrip gecreëerd, de samenwerking zal verbeteren en kunnen extra mogelijkheden voor de patiënt worden gecreëerd. De organisatie moet financiële ruimte bieden voor het implementatietraject en participatie van de zorgprofessionals in het moreel beraad.

Kwaliteitsindicatoren

- Procesindicator: binnen drie maanden vindt het eerste moreel beraad over alcoholgebruik in het verpleeghuis plaats.
- Structuurindicator: 50 % van de zorgprofessionals van afdeling B zijn aanwezig bij het eerste moreelberaad.
- Uitkomstindicator: 70 % van de patiënten en zorgprofessionals waardeert de bejegening rondom het alcoholgebruik in het verpleeghuis met tenminste een 8.

Het stappenplan van Grol & Wensing (2015) wordt gebruikt voor de implementatie van het moreel beraad.

Analyse feitelijke zorg, doelen voor verbetering

In de huidige verpleeghuis situatie wordt het alcoholgebruik door patiënten nauwelijks besproken. Hierdoor is er weinig inzicht in het alcoholgebruik en dat leidt soms tot vervelende situaties met onbegrip of overlast. De casestudie over alcoholgebruik in het verpleeghuis heeft geresulteerd tot meer inzicht in de verschillende normen en waarden. Het verbeteringsdoel is de inzichten en ethische dilemma's te bespreken tijdens een moreel beraad. Het bespreekbaar maken leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg bij alcoholgebruik.

Probleemanalyse doelgroep en setting

De doelgroep zijn 23 zorgprofessionals van afdeling B, de verpleegkundigen, verzorgenden-IG en woon-leef assistenten. De doelgroep dient gemotiveerd en betrokken te zijn tijdens het implementatieproces. De setting is een woonzorgafdeling in het verpleeghuis. De organisatie moet de randvoorwaarden mogelijk maken, waardoor de zorgprofessional kan deelnemen aan het moreel beraad. De belemmerende factoren die vanuit de analyse naar voren zijn gekomen moeten worden voorkomen. En de bevorderende factoren kunnen worden gebruikt voor de succesvolle implementatie.

Ontwikkeling en selectie implementatiestrategieën

Voor de implementatiestrategieën in Tabel 5 is gebruik gemaakt van de verschillende fasen in het veranderingsproces.

- Oriëntatie: brainstormen met clusterhoofd en collega VS over het gestructureerd bespreken van alcoholgebruik in het verpleeghuis
- Inzicht: formuleren van doelen en indicatoren voor het moreel beraad
- Acceptatie: presentatie van het innovatievoorstel tijdens het afdelingsoverleg
- Verandering: commitment clusterhoofd en directeur voor start van moreel beraad op afdeling B
- Behoud van verandering: proactieve rol van de verpleegkundig specialist voor het behoud en ter verbetering van het moreel beraad

Tabel 5

Implementatiestrategieën

Beïnvloedende factoren	Categorie strategie	Implementatie strategie
Begrijpen nut en noodzaak	Informereren en motiveren	Klinische les alcohol, ethische dilemma's en moreel beraad
Commitment leiding, arts	Informereren en motiveren	Betrekken bij proces, rol geven in scholing, motiveren van verzorgenden en verpleegkundigen
Kennis en vaardigheden	Opleiden	Klinische les , E-learning Moreel beraad.
Gemak	Faciliteren	Stroomschema, praktische handleiding, vraagbaak ethische dilemma's
Draagvlak creëren	Organisatorisch en motiverend	Gebruik collega's met ervaring Coördinator implementatie Haalbare stappen

Ontwikkeling, testen en uitvoeren implementatieplan

Het moreel beraad wordt, volgens plan van aanpak, binnen drie maanden op de pilotafdeling in Meriant geïmplementeerd. Het projectteam bestaat uit de clustermanager, verpleegkundig specialist, ervaringsdeskundige en tevens voorzitter van het moreel beraad. In Tabel 6 is het overzicht van de kosten-batenanalyse.

Tabel 6

Kosten- baten analyse

Per bijeenkomst van 1-2 uur	Kosten	Baten niet in geld uitdrukbaar
Geschikte ruimte met tafels/stoelen	€ 25,00	Kwaliteit van zorg
Koffie/thee/water	€ 15,00	Patiënttevredenheid
Een gespreksleider 1x € 40,00 = € 40,00	€ 40,00	Medewerkerstevredenheid
Deelnemers (6-10) 10 x € 30,00 = € 300,00	€ 300,00	Werkplezier
Materiaal: praktijkcasus, beamer of flip-over	€ 15,00	Toekomstbestendige zorg
e-learning/scholing per persoon € 55,00 € 55,00 x10 = € 550,00	€ 550,00	
Totaal	€ 945,00	= niet in geld uitdrukbaar

Integratie in routines

Het moreel beraad wordt na de pilotperiode geïmplementeerd in de gehele organisatie. Hiervoor is een coördinator nodig en getrainde gespreksleiders, samen met het projectteam moet er een kwaliteitssysteem worden ontwikkeld. Daarin wordt de structuur, registratie, evaluatie en deelnemers van moreel beraad vastgesteld.

Evaluatie en bijstelling plan

Op de pilotafdeling worden twee vervolgbijeenkomsten ingepland en het proces wordt na elke bijeenkomst geëvalueerd. De projectleider vraagt feedback aan de betrokkenen. De verbeterpunten worden gebruikt om het proces te verbeteren en implementatieplan bij te stellen.



SafeAssign-originaliteitsrapport

Rapportsamenvatting

✓ Laag risico

Deze werkstukken bevatten enkele quotes en enkele veelvoorkomende zinnen of tekstblokken die overeenkomen met andere documenten. Deze werkstukken vereisen meestal geen verdere analyse omdat er geen bewijs van plagiaat is.

Totale tekstvergelijkbaarheid

Gemiddelde overeenko...

3 %

Hoogste overeenkomst

3 %

1. Meesterproef casestudie.d...

Originaliteitsrapporten (1)



Bijlage 1

1. Meesterproef casestudie.docx

3 %

Heerenveen, 13- 4- 2020

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored piece of paper. The signature is stylized and appears to be a first name followed by a surname.

Antiplagiatverklaring



Hierbij verklaar ik dat dit bijgevoegd artikel (het verslag voor de proeve van bekwaamheid Professioneel Leiderschap-4) zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door mij aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt is.

De gebruikte teksten zijn kenbaar gemaakt door middel van bronvermelding en bijbehorende literatuurlijst. Dit verslag is nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Heerenveen

Datum: 13- 4- 2020

Student: Helena de Wolff, 266960

Handtekening:

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to be 'H. de Wolff'.