



wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

Vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen in de thuiszorg

Ontwikkeling en procesevaluatie van de implementatie van een
trainingsmodule voor thuiszorgmedewerkers

Dr. G-J. Meerkerk
Dr. G. Rodenburg
Prof. Dr. D. van de Mheen

Colofon

Vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen in de thuiszorg Ontwikkeling en procesevaluatie van de implementatie van een trainingsmodule voor thuiszorgmedewerkers

Auteurs:

Dr. Gert-Jan Meerkerk

Dr. Gerda Rodenburg

Prof. Dr. Dike van de Mheen

Met dank aan:

Elly Huisman en Joke Bloksma van Careyn en Dick van Etten van Victas.

Ook dank aan V. Adao, V. Bloemen, W. Bontje, D. Bouari en M. Rodenhuis.

Dit onderzoek is gefinancierd door Fonds NutsOhra (projectnr. 1201-036) en Stichting Volksbond Rotterdam.

Rotterdam, 30 september 2015



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

E secretariaat@ivo.nl

W www.ivo.nl

Inhoud

Samenvatting.....	1
1 Inleiding	2
1.1 Rationale achter het project	2
1.2 Opbouw van het rapport	3
2 Methode van onderzoek: ontwikkeling training en uitvoering procesevaluatie	4
2.1 Ontwikkeling trainingsmodule	4
2.2 Uitvoering procesevaluatie	4
2.3 Afwijkingen ten opzichte van het onderzoeksvoorstel	6
3 Resultaten procesevaluatie.....	8
3.1 Uitvoering van de training	8
3.2 Interviews met medewerkers van Careyn	8
3.3 Interviews met ouders	13
4 Conclusie en aanbevelingen	15
5 Referenties	18

Samenvatting

Alcoholproblematiek bij ouderen vormt een toenemend probleem. Medewerkers van thuiszorgorganisaties, zoals (wijk)verpleegkundigen, zijn door de frequentie en de aard van het contact met oudere cliënten bij uitstek geschikt om (beginnende) alcoholproblemen vroegtijdig te signaleren. Daarnaast kunnen zij met behulp van minimale interventies proberen escalatie van de problematiek te voorkomen. Het huidige project richt zich op het verbeteren van de kennis en vaardigheden van thuiszorgmedewerkers zodat zij alcoholproblemen eerder signaleren en vervolgens adequater kunnen interveniëren.

Om dit doel te realiseren is een training ontwikkeld waarmee kennis en vaardigheden aangaande de signalering van en interventie bij (beginnende) alcoholproblemen door thuiszorgmedewerkers, maar ook andere gezondheidswerkers in de eerste lijn, verbeterd kunnen worden. De training heeft tevens tot doel de getrainde medewerkers te motiveren om de verworven kennis en vaardigheden over te dragen aan collega's (Train-de-trainer).

De training is eenmalig uitgevoerd bij (wijk)verpleegkundigen van thuiszorgorganisatie Careyn. De procesevaluatie van de training van de Careynmedewerkers maakt duidelijk dat (wijk)verpleegkundigen vooral open staan voor het signaleren van alcoholproblemen en in mindere mate voor het interveniëren bij alcoholproblemen van cliënten. Het volgen van de training draagt bij aan het verbeteren van de kennis en vaardigheden ten aanzien van signaleren en interveniëren al bleven de getrainde medewerkers vooral het interveniëren een lastige opgave vinden. Het formeel overdragen van de verworven kennis aan collega's bleek bij deze implementatie door vooral tijdsgebrek niet goed van de grond te zijn komen. Wel lijkt de training bij te hebben gedragen aan het vergroten van het collectieve bewustzijn ten aanzien van mogelijke alcoholproblemen bij oudere cliënten.

De evaluatie maakt verder duidelijk dat de training geoptimaliseerd kan worden door de aandacht tijdens de training vooral uit te laten gaan naar praktische vaardigheden: het bespreken van het alcoholgebruik met de cliënt en het toepassen van minimale interventiestrategieën. Daarnaast dient voor een goede implementatie rekening gehouden te worden met de werkomstandigheden: de medewerkers dienen voldoende tijd te hebben om deze extra taak uit te kunnen voeren en vanuit het management dient het signaleren van en interveniëren bij alcoholproblemen structureel te worden ondersteund.

1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van het project 'Signalering, bespreking en verwijzing van riskant alcoholgebruik bij ouderen in de thuiszorg'. Dit project is opgezet om de (vroeg)herkenning van alcoholproblematiek bij oudere¹ cliënten van de thuiszorg, door thuiszorgmedewerkers en andere gezondheidswerkers in de eerste lijn te verbeteren. In het kader van het project is een training ontwikkeld die thuiszorgmedewerkers leert alerter te zijn op signalen van alcoholproblematiek. De training leert de thuiszorgmedewerkers ook adequaat te reageren wanneer dergelijke signalen worden waargenomen: hetzij door zelf (minimale) interventiestrategieën toe te passen, dan wel door te trachten de persoon naar gespecialiseerde zorg toe te leiden wanneer daar aanleiding toe is. Een brede implementatie van een doelmatige training kan bijdragen aan een beperking van de toename van alcoholproblematiek bij ouderen. De ontwikkelde trainingsmodule is het voornaamste product van dit project.

Naast de ontwikkeling van de trainingsmodule voorziet het project in een procesevaluatie van de implementatie en uitvoering van de training in een thuiszorgorganisatie. De training is daartoe uitgevoerd bij thuiszorgmedewerkers van thuiszorgorganisatie Careyn. Careyn diende hiermee als 'testorganisatie' voor de implementatie van de training. De aandacht tijdens de evaluatie ging vooral uit naar hoe de getrainde medewerkers de training hebben ervaren, welke verbeteringen van de training mogelijk zijn en welke factoren de implementatie van de training belemmeren dan wel bevorderen. De resultaten van deze procesevaluatie worden in deze rapportage beschreven.

1.1 Rationale achter het project

Het aantal ouderen met alcoholproblemen is de afgelopen jaren fors toegenomen, zowel in absolute zin als proportioneel (Bovens, Weingart, Heuving, Wisselink, & Mol, 2014; Nuevo et al., 2015; Wang & Andrade, 2013). Daarnaast maken gegevens van de Verslavingszorg (LADIS) duidelijk dat het aandeel ouderen met een alcoholhulpvraag in de periode 2005 – 2014 is gestegen van 21% naar 27%. Het aantal hulpvragers voor alcoholproblemen is de afgelopen 10 jaar, in vergelijking met andere leeftijdscategorieën, in de groep ouderen het sterkst gestegen (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2015).

Ouderen vormen zowel een kwetsbare groep als een risicogroep (GGZ Nederland, 2013). Een kwetsbare groep omdat ouderen meer dan jongere volwassenen het risico lopen negatieve gevolgen te ondervinden door overmatig alcoholgebruik, bijvoorbeeld vanwege het gebruik van medicatie die interacteert met alcohol, of door een langzamere stofwisseling waardoor alcohol langzamer wordt afgebroken. Ouderen vormen daarnaast een risicogroep omdat alcoholproblematiek bij ouderen relatief vaak voorkomt (Noteborn, Sanderson, Zwanikken, Deckers, & Alphen, 2013). Het is daarom van belang alcoholproblemen bij ouderen vroegtijdig te signaleren en vervolgens adequaat te reageren op signalen van alcoholproblemen. Centraal in het huidige project staan de cliënten van de thuiszorg: veelal hulpbehoevende ouderen met een zorgvraag die daarvoor een beroep doen op de diensten van een thuiszorgorganisatie.

Thuiszorgmedewerkers, zoals wijkverpleegkundigen, kunnen een belangrijke rol spelen bij de vroegherkenning van alcoholproblemen bij ouderen die een beroep doen op thuiszorgorganisaties. Zij komen door hun werk bij de mensen thuis en hebben daardoor goed zicht op de private leefomstandigheden van de persoon. Bovendien

¹ Er is geen breed geaccepteerde definitie van 'ouder', in sommige publicaties wordt van ouderen gesproken vanaf 50 of 55 jaar, in andere vanaf 65 jaar. In het huidige project vormen hulpbehoevende ouderen die gebruik maken van de thuiszorg de doelgroep, hierbij wordt geen leeftijdsgrens gehanteerd.

draagt de frequentie van het contact en de aard van de werkzaamheden bij aan een vertrouwensband met de cliënt. Thuiszorgmedewerkers zijn hierdoor bij uitstek geschikt om alcoholproblemen bij hulpbehoevende ouderen vroegtijdig te signaleren. Bij beginnende alcoholproblemen kan een minimale interventie, zoals het geven van voorlichting over de risico's van alcoholgebruik in combinatie met medicijnen of het toepassen van motiverende gesprekstechnieken, ertoe bijdragen dat de cliënt het alcoholgebruik vermindert (Elzerbi, Donoghue, & Drummond, 2015; Ettner et al., 2014). Ook hier kan de thuiszorgmedewerker gezien zijn of haar positie en band met de cliënt, een belangrijke rol spelen. Het verbeteren van de kennis en vaardigheden van thuiszorgmedewerkers met betrekking tot het signaleren van en interveniëren bij alcoholproblemen bij ouderen kan daardoor wezenlijk bijdragen aan het verminderen van dergelijke problemen.

Alcoholproblematiek komt in de opleiding van thuiszorgmedewerkers slechts beperkt aan bod waardoor thuiszorgmedewerkers niet optimaal geëquipeerd zijn om alcoholproblemen vroegtijdig te herkennen en er vervolgens adequaat op te reageren. Doelstelling van het huidige project is om hierin verbetering te brengen door een training te ontwikkelen waarmee thuiszorgmedewerkers en andere gezondheidswerkers in de eerste lijn, getraind kunnen worden in het signaleren van en adequaat reageren op (beginnende) alcoholproblematiek bij oudere cliënten.

1.2 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt de ontwikkeling en uitvoering van de training beschreven en komt de wijze waarop de procesevaluatie is uitgevoerd aan bod. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de procesevaluatie beschreven. Het rapport wordt in hoofdstuk 4 afgesloten met conclusies en aanbevelingen, inclusief disseminatie-activiteiten.

2 Methode van onderzoek: ontwikkeling training en uitvoering procesevaluatie

2.1 Ontwikkeling trainingsmodule

De trainingsmodule is gebaseerd op eerdere modules voor vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen door huisartsen en andere professionals werkzaam in de eerste lijn (Risselada, Kleinjan, & Jansen, 2009; Risselada & Schoenmakers, 2010; Schutten et al., 2004) en is ontwikkeld in samenwerking met Dick van Etten, verpleegkundige en deskundige op het gebied van ouderen en alcohol, werkzaam bij verslavingszorginstelling Victas (Utrecht). Een conceptversie van de trainingsmodule is voorgelegd aan een teammanager en een projectmanager van thuiszorgorganisatie Careyn om te toetsen of de training aansluit bij de werkwijze van wijkteams. De module kent de volgende elementen:

1. Informatie over risico's van het gebruik van alcohol door ouderen en enkele cijfers over het alcoholgebruik door ouderen;
2. De richtlijn aanvaardbaar alcoholgebruik voor ouderen;
3. De rol van de thuiszorg bij de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek van ouderen;
4. Aanleidingen en mogelijkheden om het alcoholgebruik van ouderen ter sprake te brengen;
5. Kortdurende en minimale interventies die door een wijkverpleegkundige kunnen worden toegepast, hieronder vallen o.a. motiverende gesprekstechnieken en het omgaan met weerstand van de cliënt;
6. Het zelfstandig overbrengen van de verworven kennis en vaardigheden aan collega's in het team ('Train-de-trainer')
7. Consultatiemogelijkheid met een medewerker van de verslavingszorg, in dit geval de trainer (Dick van Etten) werkzaam bij Victas.

De trainingsmodule is zodanig opgezet dat zij kan fungeren als naslagwerk voor degenen die de training hebben gevolgd, maar ook gebruikt kan worden om de verworven kennis en vaardigheden over te brengen aan collega's in het team ('Train-de-trainer'). Om de overdracht van kennis en vaardigheden aan collega's te faciliteren is een PowerPoint presentatie gemaakt.

De ontwikkelde training bestaat uit twee sessie van elk ca. drie uur. Tijdens de eerste sessie komt met name de theoretische achtergrond aan de orde en bij de tweede sessie de praktische toepassing van de verworven kennis en vaardigheden.

2.2 Uitvoering procesevaluatie

De ontwikkelde training is eind 2014 uitgevoerd bij (wijk)verpleegkundigen werkzaam bij Careyn. Careyn is een organisatie voor thuiszorg, verpleging en verzorging en maatschappelijke dienstverlening, opererend in Utrecht en omgeving (www.careyn.nl). Deze implementatie is onderwerp geweest van een procesevaluatie waarvoor medewerkers van Careyn meerdere keren telefonisch zijn geïnterviewd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van deze procesevaluatie beschreven.

Voor een goede implementatie van een interventie is het van cruciaal belang dat de interventie op alle niveaus binnen een organisatie wordt 'geadopteerd' (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004) alvorens tot daadwerkelijke implementatie over te gaan. In de interviews is dan ook aandacht besteed aan draagvlak voor vroegsignalering van alcoholproblematiek. Daarnaast is aandacht besteed aan hoe de getrainde medewerkers de training hebben ervaren, welke verbeteringen van de training mogelijk zijn en welke factoren de implementatie van de training en het toepassen van de opgedane kennis en vaardigheden belemmeren dan wel bevorderen.

Interviews met medewerkers voor en na de training

Om inzicht te krijgen in draagvlak en om de uitvoering en toepassing van de training te evalueren zijn zowel voorafgaand aan de training als ca. drie en negen maanden na de training, semigestructureerde interviews met de deelnemers aan de training gehouden. Gezien de beperkte tijd die de getrainde (wijk)verpleegkundigen ter beschikking hadden, is er voor gekozen deze interviews telefonisch uit te voeren. Geprobeerd is om zoveel mogelijk van de getrainde deelnemers te interviewen. Daartoe zijn alle deelnemers per email benaderd en meerdere pogingen ondernomen om telefonisch contact te leggen. Tot slot is ook een lid van het managementteam telefonisch geïnterviewd.

Voor de training hadden zich vooraf 15 medewerkers aangemeld. Volgens de medewerker van Victas die de training uitvoerde, was dat het maximum aantal deelnemers per training. Het eerste interview is bij 10 van deze 15 medewerkers afgenomen, enkele weken voor aanvang van de eerste sessie van de training. Niet alle deelnemers konden worden bereikt: van sommige klopten de contactgegevens niet, anderen konden ook na herhaalde pogingen niet telefonisch bereikt worden.

Deze eerste interviews waren er vooral op gericht de houding van medewerkers ten opzichte van alcoholproblemen bij cliënten in kaart te brengen. Daartoe werden (o.a.) de volgende vragen gesteld:

- Heeft u oog voor alcoholgebruik en mogelijke alcoholproblematiek bij uw cliënten? Hoe vaak komt u alcoholproblemen bij cliënten tegen?
- Hoeveel alcohol is volgens u voor oudere cliënten verantwoord?
- Vindt u dat het bij uw takenpakket hoort alcoholproblematiek te signaleren en vervolgens bij te dragen aan het oplossen van het probleem? Hoe zit dit binnen uw team?
- Denkt u dat u in staat bent cliënten met alcoholproblemen te helpen? Wat zijn hierbij knelpunten? Is er aan dit thema binnen uw opleiding aandacht besteed?
- Hoe staat u tegenover het volgen van een training om beter met alcoholproblematiek bij cliënten om te kunnen gaan?
- Wat zijn uw ervaringen met cliënten met alcoholproblemen tot nu toe? Wat heeft u met dergelijke cliënten gedaan?
- Hebt u ervaring met het toepassen van motiverende gespreksvoering?

Het tweede interview, ca. drie maanden na de training, is afgenomen bij negen medewerkers die de eerste en/of tweede sessie van de training hadden bijgewoond. Ook hier kon ondanks herhaalde pogingen niet met alle getrainde medewerkers een interviewafspraak gemaakt worden. Niet alleen bleken de medewerkers weinig tijd te hebben, ook was één medewerker met zwangerschapsverlof en had een andere een andere baan gekregen. Doel van het interview was vooral in kaart te brengen hoe de medewerkers de training hadden ervaren en of de training ertoe had bijgedragen dat de medewerkers beter in staat zijn om alcoholproblematiek van cliënten te signaleren en er beter op te kunnen reageren. Aan de orde kwamen (o.a.) de volgende vragen:

- Wat vond u van de training? Wat waren de goede en slechte kanten?
- Wat vond u van het uitgereikte materiaal (de module en de PowerPoint presentatie)?
- Hoe staat u nu tegenover alcoholproblemen bij cliënten? Is daar door de training verandering in gekomen? Denkt u dat u nu beter in staat bent alcoholproblemen te signaleren en bij te dragen aan het oplossen van het probleem?
- Heeft u na de training ouderen met alcoholproblemen gesignaleerd? Hoe bent u met hen omgegaan?
- Heeft u de in de training opgedane kennis aan uw collega's doorgegeven? Heeft u zelf een training georganiseerd?

Het derde interview, ca. negen maanden na de training, is afgenomen bij vier medewerkers die de eerste en/of tweede sessie van de training hadden bijgewoond. Wederom konden niet alle interviews gerealiseerd worden door tijdsgebrek van de deelnemers, problemen bij het leggen van telefonisch contact of langdurige afwezigheid. Doel van dit interview was vooral na te gaan wat er langere tijd na de training nog aan invloed van de training merkbaar was. Aan de orde kwamen (o.a.) de volgende vragen:

- Hoe kijkt u terug op de training, wat is er van blijven hangen? Heeft u nog suggesties voor verbeteringen?
- Heeft u uw opgedane kennis overgedragen aan uw collega's? Zo ja, hoe ging dat? Zo nee, waarom niet en wat zou gedaan moeten worden opdat deze overdracht wel plaatsvindt?
- Is er in uw team iets veranderd in de omgang met alcoholproblematiek bij cliënten de afgelopen maanden?
- Heeft u recentelijk nog gewerkt met cliënten waarbij alcoholproblematiek een rol speelde? Indien ja, heeft de training invloed gehad op het signaleren en/of interveniëren, zo ja, hoe?
- Heeft u nog contact gezocht voor consultatie met Dick van Etten of het interventieteam van Victas? Waarom wel of niet?

Een regiomanager van Careyn, voorgedragen door de projectmanager van Careyn, is aan het eind van het traject geïnterviewd. Doel van dit interview was inzicht te krijgen in de visie van het management op het trainen van medewerkers in herkenning van en omgang met alcoholproblemen van oudere cliënten. Aan de orde kwamen (o.a.) vragen over het draagvlak voor de implementatie van de training in de organisatie en factoren die de implementatie bevorderen en belemmeren.

Interviews met ouderen

Onderdeel van het project was ook het interviewen van oudere cliënten over hun ervaringen met (wijk)verpleegkundigen die met hen in gesprek waren gegaan over hun alcoholgebruik. Aangezien echter door de getrainde medewerkers slechts enkele cliënten met alcoholproblematiek werden gesignaleerd, verviel deze mogelijkheid. Om toch een beeld te krijgen van het perspectief van ouderen zijn tien bewoners van geriatriesch centrum Soenda in Vlaardingen semigestructureerd geïnterviewd over wat zij er van zouden vinden wanneer verpleegkundigen met hen in gesprek zouden gaan over hun leefstijl, waaronder mogelijk problematisch alcoholgebruik. Deze ouderen hebben zich vrijwillig aangemeld en zijn niet specifiek vanwege hun alcoholgebruik geselecteerd.

Analyse interviews

De duur van de semigestructureerde interviews varieerde van 15 tot 30 minuten. Alle interviews zijn opgenomen en naderhand uitgewerkt. Uitwerking vond plaats door de antwoorden van de verschillende deelnemers inhoudelijk thematisch te groeperen. Deze aldus gegroepeerde antwoorden zijn door de onderzoekers samenvattend geparafraseerd.

2.3 Afwijkingen ten opzichte van het onderzoeksvoorstel

Zoals hierboven aangegeven, zijn de ouderen voor de interviews op een andere manier geworven dan in het onderzoeksvoorstel beschreven omdat door de getrainde medewerkers slechts enkele cliënten met alcoholproblematiek werden gesignaleerd. Om dezelfde reden is afgezien van het bijhouden van registratieformulieren waarop de getrainde medewerkers na het volgen van de training zouden bijhouden hoeveel nieuwe gevallen van alcoholproblematiek zij hadden gesignaleerd.

In het onderzoeksvoorstel is sprake van evaluatieformulieren die door getrainde medewerkers na afloop van de training zouden worden ingevuld. Tijdens de uitvoering bleek echter dat na afloop van de training te weinig tijd was om de formulieren in te vullen. De getrainde medewerkers is daarop verzocht de formulieren naderhand in te vullen en te retourneren. De respons bleek echter dermate beperkt (n=4) dat besloten is van verder gebruik van evaluatieformulieren af te zien en daarvoor in de plaats tijdens de interviews meer aandacht te besteden aan de evaluatie van de training.

3 Resultaten procesevaluatie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitvoering van de training en op de resultaten uit de interviews met medewerkers van Careyn en met ouderen.

3.1 Uitvoering van de training

De eerste trainingssessie vond plaats op donderdag 18 september 2014 en de tweede op dinsdag 11 november 2014, beide op een door Careyn ter beschikking gestelde locatie in Utrecht. In beide gevallen werd de training gegeven door Dick van Etten van Victas verslavingszorg. Onderzoeker Gert-Jan Meerkerk van het IVO was ook bij de sessies aanwezig. Aan één of beide trainingssessies hebben in totaal 16 medewerkers van Careyn deelgenomen, allen vrouwen en voornamelijk wijkverpleegkundigen. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 22 tot 60 jaar en bedroeg gemiddeld 37 jaar. Net als in leeftijd verschilden de deelnemers ook in voorkennis en ervaring. Sommige deelnemers hadden werkervaring in de GGZ of verslavingszorg, anderen hadden relatief weinig kennis en ervaring op het gebied van alcoholmisbruik en verslaving.

De aanmeldingsprocedure voor de training liep via Careyn. Binnen de verschillende wijkteams zijn in eerste instantie 15 kandidaten geselecteerd die voor deelname aan de training in aanmerking kwamen. Bij de eerste sessie waren 10 medewerkers aanwezig, bij de tweede sessie 9. Vijf medewerkers van Careyn hebben, zoals de bedoeling was, zowel de eerste als de tweede sessie gevolgd. Het bleek voor verschillende medewerkers moeilijk te zijn tijd vrij te houden voor de training. Dit tijdsgebrek leidde er ook toe dat bij beide sessies verschillende medewerkers (veel) te laat kwamen. Het relatief grote aantal (4 van de 9) medewerkers dat niet de eerste sessie maar wel de tweede sessie bijwoonde, leidde er ook toe dat het onderscheid tussen theoretische achtergrond en praktische toepassing zoals dat volgens de oorspronkelijke verdeling over beide sessies gepland was, minder strikt werd aangehouden.

3.2 Interviews met medewerkers van Careyn

Interviews voorafgaand aan de training

Uit de 10 interviews die met de deelnemers voorafgaand aan de training (augustus 2014) zijn gehouden, blijkt dat ze alle als (wijk)verpleegkundige bij Careyn werkzaam zijn. Vanuit hun functie zijn de medewerkers vooral betrokken bij de verpleging van de cliënten. Daarnaast kennen verschillende geïnterviewde medewerkers ook nog coördinerende taken en zijn sommige verantwoordelijk voor het aansturen van het team, het coachen van collega's, het begeleiden van stagiaires, het uitvoeren van intakes, het maken van zorgplannen, het onderhouden van contact met andere disciplines of het aanvragen van indicaties.

Op de vraag of de geïnterviewde deelnemers oog hebben voor alcoholproblematiek van hun cliënten geeft de meerderheid aan dat zij naar het totale beeld kijken en dus ook naar eventuele problemen met alcohol. Zij vinden dan ook dat vooral het signaleren en herkennen van alcoholproblemen tot hun takenpakket behoort, al kunnen ze vaak niet veel meer doen dan collega's inlichten, of, in ernstigere gevallen, de huisarts of specialistische zorg. Zelf een bijdrage leveren aan een interventie ligt voor de meeste geïnterviewde deelnemers veel minder voor de hand, al geven verschillende deelnemers aan wel een opmerking over het alcoholgebruik te maken wanneer hen dat opvalt. Sommige deelnemers geven aan te weinig tijd te hebben om verder op de alcoholproblematiek in te gaan en dat andere prioriteiten voorrang hebben, andere geven aan zich niet zeker genoeg te voelen om met deze problematiek aan de slag te gaan. De meeste deelnemers zien voor zichzelf slechts een bescheiden rol bij de actieve behandeling van alcoholproblemen: ondersteunen en informeren, maar niet veel meer.

De geïnterviewde deelnemers hebben geen precieze voorstelling van aanvaardbare hoeveelheden alcohol die hun cliënten zouden mogen drinken. Sommige raden alcoholgebruik in zijn geheel af, zeker wanneer medicijnen worden genomen, andere gaan uit van maximaal enkele glazen per dag. In de beleving van de meeste deelnemers drinkt de overgrote meerderheid van de cliënten wel eens alcohol. Misbruik komt veel minder vaak voor, al lijkt dat van wijk tot wijk te kunnen verschillen en geven sommige deelnemers aan mogelijk geen goed beeld te hebben van het voorkomen van alcoholmisbruik. Ernstiger alcoholproblematiek lijkt zich tot enkelingen te beperken waarbij dergelijke ernstiger gevallen vaak bij iedereen al langere tijd bekend zijn.

Een gebrek aan kennis en ervaring en het daarmee samenhangende gebrek aan gevoel van autoriteit en zekerheid maakt dat sommige geïnterviewde deelnemers terughoudend zijn bij de aanpak van alcoholproblemen bij hun cliënten. In de opleiding van de meeste deelnemers blijkt slechts weinig aandacht aan de omgang met alcoholproblematiek te zijn besteed. Alcoholproblemen worden ook als moeilijk behandelbaar gezien, zeker voor iemand die geen deskundige is op dat terrein. Verder is er twijfel of de cliënten opmerkingen en ingrepen in hun privéleven wel kunnen waarderen en geven sommigen aan dat er rondom alcoholmisbruik een taboesfeer hangt. Sommigen zijn bang dat het ter sprake brengen van het onderwerp alcohol de vertrouwensband met de cliënt zou kunnen beschadigen.

De geïnterviewde deelnemers geven aan dat zij meer met eventuele alcoholproblematiek van cliënten zouden doen wanneer zij meer kennis over en ervaring met dit onderwerp zouden hebben. Dit vormt ook bij enkele deelnemers de reden waarom zij zich voor de training hebben opgegeven. Daarnaast geven enkele deelnemers aan ook meer tijd per cliënt nodig te hebben om een dergelijke taak uit te kunnen voeren en dat het een gunstig effect zou hebben wanneer er binnen het team meer structurele aandacht aan alcoholproblematiek zou worden geschonken. Verder zou een directe contactmogelijkheid met specialistische hulpverleners zoals van Victas verslavingszorg een positief effect kunnen hebben op de hulpverleningsmogelijkheden van de deelnemers. Voor het zelf beginnen met interveniëren lijkt het animo beperkt, ook vanwege de beperkte ervaring op dit gebied. Ongeveer de helft van de geïnterviewde deelnemers heeft wel enige ervaring met motiverende gesprekstechnieken maar in de meeste gevallen is deze ervaring beperkt of van langere tijd geleden.

Eerste interview na de training

Het eerste interview na de training (februari-maart 2015) is bij negen medewerkers afgenomen waarvan er vier beide trainingdagen hadden bijgewoond, twee alleen de eerste en drie alleen de tweede trainingdag. Centraal bij dit eerste interview na de training stond hoe de deelnemers de training hadden ervaren, of het deelnemen aan de training in de beleving van de geïnterviewde deelnemers had geleid tot een beter herkennen van en omgaan met alcoholproblemen bij cliënten, en welke suggesties de deelnemers hadden om de training verder te verbeteren.

De meeste geïnterviewde deelnemers vonden de training goed, een paar vonden de kwaliteit voldoende en één was slechts matig tevreden. Deze laatste, matig tevreden deelnemer had gehoopt concretere aanwijzingen te krijgen over de praktische omgang met excessief drinkende cliënten. Dit gebrek aan meer concrete informatie en praktische handvaten om gesprekken aan te gaan, gaven meerdere deelnemers aan. De andere deelnemers waren over het algemeen positief over de training en gaven bijvoorbeeld aan dat zij door de training bewuster geworden waren van eventuele alcoholproblemen bij hun cliënten en meer gemotiveerd om er iets mee te doen. Wel blijft het voor verschillende deelnemers een lastig onderwerp en beperkt de beschikbare tijd de mogelijkheden.

De meeste geïnterviewde deelnemers vonden dat de training met name wat betreft het theoretische gedeelte goed aansloot bij het kennis en ervaringsniveau van de deelnemers. De informatie over de richtlijn aanvaardbaar alcoholgebruik en over de medicijnen die niet met alcohol gecombineerd mogen worden, werd gewaardeerd. Ook was men te spreken over de het uitgereikte trainingsmateriaal en de PowerPoint presentatie die gebruikt kan worden om collega's te trainen. Kritischer was men over het meer op de praktische toepassing gerichte deel van de training. Dit aspect kwam volgens meerdere geïnterviewde deelnemers onvoldoende aan bod. Verschillende deelnemers gaven aan door de training wel makkelijker het gesprek over alcohol aan te gaan maar wisten dan daarna niet goed hoe verder te handelen. Duidelijk werd dat sommige deelnemers motiverende gespreksvoering, één van de gesprekstechnieken die onderdeel uitmaakt van de praktische aanpak, onvoldoende beheersen en dat de training hieraan meer aandacht had mogen schenken. Zeer positief was men over de trainer. Deze had aangegeven ook na de training telefonisch bereikbaar te zijn voor informatie en advies wanneer de deelnemers vragen hadden over bijvoorbeeld een specifieke casus. Hoewel dit werd gewaardeerd bleek er in de praktijk nauwelijks gebruik van te zijn gemaakt.

Al voor de training hadden de meeste deelnemers aangegeven dat zij vonden dat vooral het signaleren van alcoholproblemen, en in mindere mate het interveniërend optreden, tot het takenpakket van de (wijk)verpleegkundige behoort. De training lijkt deze overtuiging te hebben versterkt. De meeste deelnemers gaven aan door de training bewuster en alerter te zijn geworden. Verschillende geïnterviewde deelnemers gaven aan ook wel verder te willen gaan dan enkel signaleren, maar daarin beperkt te worden door een gebrek aan tijd. Ook vindt men zorg gericht op het stoppen van problematisch gebruik eerder het terrein van de specialistische (verslavings)zorg. De meeste thuiszorgmedewerkers zien wel een rol voor zich wat betreft het informeren van cliënten over de risico's van alcoholgebruik, bij het toeleiden naar specialistische zorg en het informeren van de huisarts.

Slechts enkele geïnterviewde deelnemers hadden in de voorgaande maanden, zoals de bedoeling was, collega's uit het team getraind in het signaleren van en omgaan met alcoholproblemen van cliënten. Eén deelnemer had informatie op papier gezet en dit uitgedeeld aan de collega's uit het team en er daarna over gesproken, een andere deelnemer had tijdens een werkoverleg met behulp van de PowerPoint een presentatie van ongeveer een half uur gegeven. De meeste overige deelnemers gaven aan nog wel van plan te zijn de teamgenoten te trainen maar het in de praktijk moeilijk te kunnen verwezenlijken, vooral door een gebrek aan tijd. Veranderingen in de organisatiestructuur (reorganisaties) en de daarmee samenhangende extra werkdruk, lijken daarbij een rol te hebben gespeeld.

Het onderwerp alcoholmisbruik lijkt meer aandacht te krijgen tijdens teambesprekingen maar het gaat te ver te stellen dat door de training de aanpak van alcoholproblemen op teamniveau duidelijk is veranderd. Slechts enkele van de geïnterviewde deelnemers aan de training gaf aan in de afgelopen maanden nieuwe gevallen van alcoholproblematiek bij cliënten te hebben gesignaleerd. De deelnemers komen alcoholproblemen wel in de praktijk tegen maar het betreft dan meestal al langer bekende gevallen. Enkele deelnemers gaven aan door de training zich zekerder te zijn gaan voelen en daardoor bij deze oude gevallen verder in het gesprek te zijn gegaan dan voorheen.

Door de getrainde medewerkers zijn desgevraagd verschillende suggesties gedaan om de training en de omgang met cliënten met alcoholproblematiek te verbeteren. Genoemd werd:

- het tijdens de training meer aandacht besteden aan de praktijkervaringen van de deelnemers om zo onderling kennis en ervaring uit te wisselen, en in het verlengde hiervan:

- het tijdens de training gebruik maken van casussen aangedragen door de deelnemers in plaats van hypothetische casussen zoals nu in de module opgenomen.

Deze opmerkingen betreffen vooral de oefening van praktische vaardigheden tijdens de training (bijvoorbeeld met behulp van rollenspelen), iets wat volgens meerdere deelnemers, vooral de jongere met minder praktische ervaring in de omgang met cliënten, geïntensiveerd zou mogen worden. Andere suggesties die gedaan werden om de omgang met alcoholproblemen te verbeteren betroffen:

- het opnemen van standaardvragen naar alcoholgebruik bij de intake en bij risicoanalyses;
- het verschaffen van folders en brochures met informatie over de risico's van alcohol die de verpleegkundigen aan cliënten kunnen geven;
- het jaarlijks of tweejaarlijks herhalen van de training (boostersessies);
- het besteden van aandacht aan verslaving tijdens de opleiding en nascholing.

Tweede interview na de training

Circa negen maanden na afloop van de training (augustus 2015) zijn de deelnemers voor de derde maal benaderd voor een telefonisch interview. Het belangrijkste doel van deze derde interviewronde was nagaan wat er van de training na negen maanden nog merkbaar was en welke suggesties voor verbetering van de training er waren. Vier interviews konden worden gerealiseerd.

Op de vraag wat er van de training bijna een jaar later nog was blijven hangen, gaven de meeste geïnterviewde deelnemers aan dat de training wat op de achtergrond was geraakt. Wel gaf een deelnemer aan toevallig recentelijk nog het trainingsmateriaal (de module en PowerPoint presentatie) tevoorschijn gehaald te hebben toen tijdens een teamoverleg een cliënt met alcoholproblemen ter sprake kwam. Volgens deze deelnemer was het effect van de training nog steeds merkbaar in de zin dat men wist dat relevant materiaal beschikbaar was wanneer dat vanwege een cliënt met alcoholproblemen nodig was. Een andere deelnemer gaf aan dat vooral de richtlijn aanvaardbaar alcoholgebruik was blijven hangen en dat zij deze kennis waardeerde omdat het haar houvast gaf bij de beoordeling van iemands alcoholgebruik. Evenzo gaf kennis over de risico's van de combinatie van alcohol met bepaalde medicijnen een goede ingang voor een gesprek bij sommige cliënten. Ook zou de training het thema alcoholproblemen bespreekbaarder hebben gemaakt bij onderling (team)overleg. Lastig bleef nog wel dat de praktische situatie toch altijd weer anders bleek te zijn dan wat er tijdens een training geoefend was en dat het daadwerkelijk veranderen van drinkgedrag vaak moeilijk blijkt te zijn.

De suggesties voor verbetering hadden, net als bij de voorgaande interviews, vooral betrekking op het meer aandacht besteden aan het praktisch handelen wanneer bij een cliënt overmatig alcoholgebruik is vastgesteld. Hoewel niet iedereen gecharmeerd is van rollenspellen zou deze optie volgens enkele deelnemers wel open gehouden moeten worden. Ook werd opnieuw aangedragen praktische vaardigheden te oefenen met behulp van casussen uit de eigen praktijk, in plaats van met de casussen zoals deze in de module zijn opgenomen. Deelnemers zouden tijdens de training ook kleine subgroepen kunnen vormen om daarin, onder supervisie van de trainer, eigen ervaringen met cliënten uit te wisselen.

Het train-de-trainer-aspect, waardoor de getrainde medewerkers op hun beurt hun collega's hadden moeten trainen, bleek nog steeds niet op grote schaal van de grond gekomen te zijn. Belangrijkste oorzaak hiervoor is de beperkt beschikbare tijd die het afgelopen jaar door interne reorganisaties nog beperkter leek te zijn geworden. Wel gaven verschillende getrainde medewerkers aan dat zij niet zozeer in een officiële training kennis en ervaringen gedeeld hadden, maar dat zij wel tijdens besprekingen met collega's meermaals hadden teruggegrepen op de tijdens de training verworven kennis.

De training lijkt niet te hebben geresulteerd in een sterke toename van het daadwerkelijke aantal gesignaleerde cliënten met alcoholproblemen. De getrainde deelnemers gaven net als in de eerste interviewronde wel aan in de praktijk regelmatig met alcoholproblematiek te worden geconfronteerd, maar dat het in de meeste van deze gevallen om 'erkende' probleemdrinkers gaat. De medewerkers vinden het door de training wel makkelijker om een gesprek over alcohol aan te gaan, maar geven ook aan dat eerst tijd gestoken moet worden aan het opbouwen van een vertrouwensband voordat het thema alcohol ter tafel gebracht kan worden. Van de mogelijkheid om (telefonisch) contact op te nemen met de trainer voor informatie en advies, had geen van de geïnterviewde deelnemers gebruik gemaakt. Wel bestond er waardering voor de mogelijkheid dit te kunnen doen.

De interviews bevestigen de indruk dat de training heeft bijgedragen aan het bespreekbaarder maken van alcoholproblematiek bij cliënten, zowel in de contacten met cliënten als in de contacten tussen collega's onderling. Verschillende medewerkers gaven ook aan bewuster en alerter te zijn geworden voor alcoholproblematiek. Hierdoor was er waardering voor de training al blijkt er ook ruimte voor verbetering. De suggesties voor verbetering wijzen vooral richting het intensiveren van de praktische oefeningen en het (twee)jaarlijks herhalen van de training (boostersessies). De mogelijkheden hiervoor lijken echter beperkt door de geringe hoeveelheid beschikbare tijd. Een laatste suggestie betreft het terugbrengen van de training tot één middag, vooral gericht op het verwerven van praktische vaardigheden, waarbij de deelnemers vooraf het lesmateriaal (de trainingsmodule) hebben toegestuurd gekregen en zo al voor aanvang van de training theoretische kennis tot zich hebben kunnen nemen. Voordeel van een dergelijke aanpak is, behalve dat het minder tijd vergt, ook dat vermeden wordt dat deelnemers één helft van de training missen.

Interview met het management

Aan het eind van het traject (september 2015) is een lid van het management, een regiomanager, telefonisch geïnterviewd. Doel van dit interview was vooral te achterhalen in hoeverre de training door het management gedragen wordt en welke belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van verdere implementatie van de training onderscheiden kunnen worden.

Tijdens de looptijd van het project hebben verschillende veranderingen in het (thuis)zorgstelsel plaatsgevonden en is bij Careyn een reorganisatie van de bedrijfsstructuur doorgevoerd. Hierdoor zijn leden van het management die aan het begin van het traject bij het project betrokken waren van functie veranderd waaronder ook één van de 'motoren' achter het projectinitiatief. De geïnterviewde regiomanager geeft aan dat hij ten tijde van de praktische uitvoering van de training nog niet deze functie bekleedde. Hij heeft daarom ter voorbereiding op het interview met verschillende deelnemers aan de training gesproken en daarbij van de getrainde verpleegkundigen een zeer positief beeld van de training gekregen.

De regiomanager geeft verder aan dat de reorganisatie gevolgen heeft voor de invulling van het werk van de thuiszorgmedewerkers. Er wordt aansluiting gezocht bij de wijkgerichte organisatie waarbij een generalistische aanpak steeds meer op de voorgrond moet treden en er minder ruimte is voor specialistische (keten)zorg. Deze reorganisatie heeft er ook voor gezorgd dat vele werknemers op nieuwe posities zijn komen te werken en alle energie gestoken moest worden in de uitvoering van basale generieke taken. Daardoor was er relatief weinig ruimte, tijd en energie voor extra, meer specialistische taken. Volgens de regiomanager moet na een reorganisatie van een bedrijfsstructuur de organisatie zich eerst 'zetten'; moeten mensen, het team, de communicatielijnen etc. weer groeien in basale generieke processen. Het kan enige jaren duren voordat de organisatie zich deze basale generieke processen eigen heeft gemaakt en de tijd rijp is voor volgende stappen. De regiomanager maakt duidelijk dat de uitvoering van het huidige trainingsproject in een voor het bedrijf

roerige tijd is gebeurd wat ertoe bijgedragen kan hebben dat onder andere het train-de-trainer-aspect niet goed van de grond is gekomen.

Vanuit het management staat de geïnterviewde regiomanager volledig achter de taakopvatting dat wijkverpleegkundigen oog zouden moeten hebben voor alcoholproblematiek van cliënten en daar waar mogelijk bij moeten kunnen dragen aan de behandeling. Hij onderschrijft de bijzondere positie van de thuiszorgmedewerker die vaak, naast de huisarts, het dichtst bij kwetsbare mensen staat. Geïnterviewde is zich er echter ook bewust van dat in de opleiding van de meeste (wijk)verpleegkundigen weinig expliciete aandacht is besteed aan alcoholproblematiek en daardoor de kennis en ervaring op dit gebied in het algemeen beperkt is. Ook blijkt aandacht voor alcoholproblematiek volgens geïnterviewde niet expliciet en structureel onderdeel uit te maken van het beleid van de organisatie. Initiatieven zoals deze voor het huidige project, komen meestal voort uit persoonlijke interesses en overtuigingen. Enkele jaren geleden heeft één van de medewerkers het thema alcoholproblemen bij cliënten op de agenda gezet, maar door de reorganisatie heeft deze 'ambassadeur' van het thema een andere functie gekregen en binnen het huidige management voelt niemand zich nog verantwoordelijk voor de continuering van het project. Volgens geïnterviewde is de organisatie momenteel in een fase waarin het niet opportuun is hernieuwd in te zetten op het trainen van specialistische taken. Volgens geïnterviewde ontstaat na verloop van tijd, wanneer de interne transitie is doorlopen en de basale generieke processen minder energie kosten, weer meer ruimte voor extra inspanningen. Met de geïnterviewde regiomanager is afgesproken over een half jaar weer contact op te nemen om te bezien of de tijd al rijp is voor een hernieuwd initiatief ten aanzien van het trainen van het signaleren van en omgaan met alcoholproblemen van cliënten binnen Careyn. Mogelijk kan dan het onderwerp alcoholproblematiek opnieuw op de agenda worden gezet en een verbinding gemaakt worden met beleidslijnen om het meer structureel in de organisatie te verankeren en zo de continuering van aandacht voor alcoholproblemen van oudere cliënten te waarborgen.

3.3 Interviews met ouderen

Zoals eerder aangegeven voorzag het projectvoorstel ook in het interviewen van oudere cliënten van Careyn die door getrainde medewerkers op hun alcoholgebruik waren aangesproken. Omdat dit niet haalbaar bleek door het beperkt aantal gesignaleerde gevallen maar het perspectief van de oudere zelf in het huidige project niet mag ontbreken, zijn vijf mannen en vijf vrouwen tussen de 70 en 95 jaar geïnterviewd over alcoholgebruik en -misbruik. Tijdens deze interviews kwam ook de rol van (wijk)verpleegkundigen en anderen aan de orde. Specifiek is de ouderen gevraagd wat zij er van zouden vinden wanneer zij door (wijk)verpleegkundigen op hun alcoholgebruik zouden worden aangesproken of ongevraagd van advies over alcohol zouden worden voorzien.

Uit de interviews kwam naar voren dat enkele ouderen meer drinken dan de norm aanvaardbaar alcoholgebruik (gemiddeld niet meer dan 7 eenheden per week), enkele helemaal niet (meer) en de rest (zeer) matig. De mate van alcoholgebruik lijkt samen te hangen met de houding ten opzichte van leefstijladvies en interventies door verpleegkundigen. Hoewel de meerderheid aangaf geen problemen te hebben met leefstijladviezen van verpleegkundigen, vonden juist bewoners met matig tot veel alcoholgebruik leefstijladviezen onnodig en in een enkel geval zelfs bemoeizuchtig. De ouderen gaven aan dat een advies mogelijk wel effect zou hebben wanneer een goede uitleg wordt gegeven waarom minder alcoholgebruik beter is en het advies op een respectvolle, vriendelijke en informatieve wijze wordt gegeven. Ook werd duidelijk dat het acceptabeler is wanneer een huisarts een opmerking maakt over alcoholgebruik dan wanneer een verpleegkundige dat doet. Het werd als meer vanzelfsprekend gezien dat een huisarts zich bekommert om de leefstijl dan een verpleegkundige. Het advies van een huisarts leek voor de ouderen ook zwaarder te wegen dan dat van een verpleegkundige.

Meerdere ouderen hadden een leefstijladvies van hun huisarts gekregen. Zij gaven aan dat de arts duidelijk het gezondheidsprobleem bij hun leefstijl benoemde maar hen zelf de keuze liet hun leefstijl al dan niet aan te passen. Zij vonden dit een prettige benadering, omdat zij het gevoel hadden de vrijheid te hebben om te kiezen.

Samenvattend lijken de meeste ouderen advies en interventies van (wijk)verpleegkundigen te waarderen en respecteren al lijkt een huisarts meer indruk te maken. Het lijkt van belang om informatie en advies niet dwingend te geven en duidelijk de voordelen voor de gezondheid uit te leggen. Zo krijgen ouderen het gevoel dat het echt om een advies gaat en zij zelf de keuze kunnen maken om met alcohol te minderen of niet. Bij een aantal ouderen was meer weerstand merkbaar, zij ervoeren informatie en advies over de risico's van alcohol als een inperking van hun vrijheid en een enkeling maakte duidelijk hierin het geheel niet van gediend te zijn.

4 Conclusie en aanbevelingen

Alcoholproblematiek komt bij ouderen relatief vaak voor en ouderen zijn bovendien extra kwetsbaar voor de risico's van alcoholgebruik. Het is daarom van belang alcoholproblemen bij ouderen vroegtijdig te herkennen en met behulp van (minimale) interventies te proberen een verergering van de problemen te voorkomen. Doel van het project was de vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen te verbeteren door (wijk)verpleegkundigen van de thuiszorg te trainen in het herkennen van (beginnende) alcoholproblematiek. Daarnaast richtte het project zich op het aanleren aan (wijk)verpleegkundigen van minimale interventies die effectief zijn gebleken bij het verminderen van (beginnende) alcoholproblemen, zoals motiverende gesprekstechnieken. Om deze beide doelen te realiseren is in samenwerking met Victas verslavingszorg een trainingsmodule ontwikkeld die er op gericht is thuiszorgmedewerkers, maar ook andere gezondheidswerkers in de eerste lijn, te trainen in het signaleren van en interveniëren bij alcoholproblemen bij oudere cliënten. De training is zodanig opgezet dat het de deelnemers in staat stelt met behulp van een PowerPoint-presentatie de verworven kennis aan collega's in het team over te dragen (Train-de-trainer).

De training, trainingsmodule en procesevaluatie

Hoewel onder andere door de volle agenda's van de medewerkers niet alle geplande interviews gerealiseerd konden worden, geeft de gevonden consensus onder de geïnterviewde deelnemers aanleiding te veronderstellen dat de resultaten van de procesevaluatie een goed beeld geven van de ervaringen van de medewerkers die de training hebben gevolgd. De evaluatie van het project maakt duidelijk dat de ontwikkelde module bruikbaar is om (wijk)verpleegkundigen te trainen in signaleren en interveniëren. Uit de interviews met de getrainde verpleegkundigen blijkt dat zij voor het merendeel positief zijn over de training en alerter en bewuster zijn geworden van eventuele alcoholproblemen van cliënten. De meeste deelnemers waren er van overtuigd dat zij door de training makkelijker met cliënten over alcoholgebruik en eventuele problemen met alcohol konden praten. Daarnaast lijkt de training ook er toe te hebben bijgedragen dat in onderling overleg tussen collega's meer aandacht is voor het thema alcoholproblematiek. De belangrijkste verandering lijkt te zijn dat de mentale drempel om het onderwerp ter sprake te brengen verlaagd is en de deelnemers zich na de training beter toegerust voelen voor deze specifieke taak. Het uitvoeren van een daadwerkelijke interventie lijkt minder makkelijk te leren. De meeste deelnemers gaven aan daar nog wat huiverig tegenover te staan en ook niet in voldoende mate door de training daarop te zijn voorbereid. Uit interviews met ouderen, tenslotte, blijkt dat zij in het algemeen welwillend staan tegenover leefstijladvies van (wijk)verpleegkundigen, al lijkt een advies van de huisarts zwaarder te wegen. Ook gaven enkele stevigere drinkers blij van weerstand wanneer (wijk)verpleegkundigen zich met hun leefstijl zouden bemoeien. Verpleegkundigen en huisartsen kunnen proberen de motivatie tot een gedragsverandering te verhogen maar moeten volgens de ouderen geen dwingende regels opleggen. De ontwikkelde training speelt hierop in door gebruik te maken van motiverende gesprekstechnieken.

Hoewel de training gewaardeerd werd, zijn verbeteringen mogelijk:

- Uit de interviews met de deelnemers werd duidelijk dat vooral het ontbreken van praktische vaardigheden om gesprekken aan te gaan en interventies uit te voeren de aanpak van alcoholproblemen in de weg staat. Gedurende de uitvoering van de training verdient het daarom de aanbeveling zoveel mogelijk in te zoomen op de praktische ervaringen en mogelijkheden van de deelnemers en in te gaan op de daaruit voortkomende vragen. Aan bod dient vooral te komen op welke wijze de deelnemers in hun eigen werkomgeving met hun eigen cliënten een gesprek aan kunnen gaan en welke mogelijkheden zij hebben deze cliënten te motiveren om hun drinkgedrag te

veranderen. In plaats van gebruik te maken van de casussen beschreven in de module kan beter gebruik gemaakt worden van casussen ingebracht door de deelnemers.

- Enkele geïnterviewde deelnemers opperden de mogelijkheid de training in te korten tot één i.p.v. twee sessies. Tijdens deze ene sessie zouden dan vooral de praktische vaardigheden aan bod moeten komen. De theoretische onderbouwing zoals beschreven in de trainingsmodule, zou vooraf door de deelnemers thuis bestudeerd kunnen worden. Daarnaast zouden de deelnemers vooraf de opdracht kunnen krijgen één casus uit de eigen praktijk voor te bereiden. Hoewel deze aanpak minder tijd vraagt en voorkomen wordt dat deelnemers maar een halve training hebben gevolgd zoals bij verschillende deelnemers van Careyn het geval was, zijn de onderzoekers van mening dat deze aanpak niet de voorkeur verdient. De opzet met twee sessies maakt het mogelijk de te trainen medewerkers tijdens de eerste sessie bewuster te maken van de problematiek en te wijzen op de mogelijkheden die zij hebben om te interveniëren. In de periode na deze eerste sessie doen de deelnemers ervaringen op waarop tijdens de tweede sessie gereflecteerd kan worden. De trainer krijgt zo meer mogelijkheden om in te gaan op de specifieke praktisch problemen waarmee de deelnemers in hun eigen praktijk worden geconfronteerd. Dit komt de praktische relevantie van de training ten goede.
- De deelnemers aan de huidige training vormden een heterogeen gezelschap wat betreft leeftijd, kennis en ervaring. Hierdoor waren sommige onderdelen van de training voor sommige deelnemers nieuw en dienden uitgebreid te worden behandeld, terwijl deze onderdelen voor anderen geen nieuws bevatten en mogelijk overgeslagen zouden kunnen worden. Hoewel een dergelijk gemêleerd gezelschap de mogelijkheid biedt van elkaars ervaringen te leren, maakt het het deelnemen aan de training voor de meer ervaren deelnemers mogelijk minder aantrekkelijk. Hiermee dient bij het samenstellen van de groep deelnemers rekening te worden gehouden.
- Hoewel het project duidelijk maakt dat een eenmalige training ook na langere tijd nog effect heeft, pleitten meerdere deelnemers er voor om infrequent, bijvoorbeeld één per jaar, een (korte) herhaling (boostersessie) te organiseren om het onderwerp weer onder aandacht te brengen en de deelnemers in de gelegenheid te stellen onderling ervaringen uit te wisselen.

Naar aanleiding van bovenstaande bevindingen is de trainingsmodule, zoals deze is toegepast bij de training van de Careynmedewerkers, iets aangepast. Zo wordt de trainer nu meer dan voorheen expliciet geïnstrueerd zich tijdens de training vooral te richten op de praktische aspecten van signaleren en interveniëren in de eigen praktijk, gebruik te maken van casussen die aangedragen worden door de te trainen medewerkers, en voldoende tijd in te ruimen om plenair in te gaan op vragen van deelnemers die voortkomen uit eigen praktische ervaringen.

Hoewel de meeste deelnemers positief stonden tegenover het idee de verworven kennis en vaardigheden zelfstandig over te dragen aan de collega's uit het team (het train-de-trainer-aspect) bleek hiervan in de praktijk weinig terecht te zijn gekomen. De deelnemers hadden waardering voor het aangereikte materiaal (de trainingsmodule en de PowerPoint-presentatie) maar het gebrek aan tijd en mogelijk ook het gebrek aan een centrale aansturing vanuit het management, hebben een verwezenlijking van deze doelen in de weg gestaan. Waarschijnlijk hebben externe omstandigheden, zoals herstructurering van de thuiszorg en reorganisaties bij Careyn, hieraan bijgedragen. Wel hebben enkele deelnemers informeel hun verworven kennis gedeeld wanneer bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg een cliënt met alcoholproblematiek ter sprake kwam.

Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie

Het organisatorische klimaat is van belang voor het effectief implementeren van screening- en interventiestrategieën (Cruvinel, Richter, Bastos, & Ronzani, 2013). Ook de huidige evaluatie maakt duidelijk dat het welslagen van een project als het onderhavige voor een belangrijk deel afhankelijk is van externe omstandigheden. De uitvoering van het project bij Careyn viel, zoals eerder vermeld, samen met reorganisaties

binnen de thuiszorg en binnen Careyn. De werkdruk lijkt daardoor juist tijdens de looptijd van het project bovengemiddeld hoog te zijn geweest. De met de reorganisaties samenhangende onstabiele, onzekerheid en extra werkzaamheden voor de werknemers hebben waarschijnlijk het resultaat van het project ongunstig beïnvloed. Mogelijk was het train-de-trainer-aspect onder gunstigere omstandigheden beter van de grond gekomen en hadden meer deelnemers beide sessies van de training gevolgd, wat de consistentie van de training ten goede zou zijn gekomen. Zowel de getrainde medewerkers als het management van Careyn zijn van mening dat het hebben van aandacht voor alcoholproblematiek bij oudere cliënten tot het takenpakket van de thuiszorgmedewerkers behoort. De betrokkenen stonden dan ook positief ten opzichte van het trainen van de medewerkers in het signaleren van en vervolgens adequaat reageren op alcoholproblemen. Aandacht voor alcoholproblematiek staat echter niet expliciet vermeld in beleidslijnen en is daardoor niet verankerd binnen de organisatie. Hierdoor is de continuering van aandacht voor alcoholproblemen afhankelijk van de persoonlijke motivatie van enkele medewerkers en kunnen personele wijzigingen ertoe leiden dat deze aandacht verslapt. Bovenstaande maakt duidelijk dat voor een duurzame implementatie van de training en voor verankering binnen de organisatie er vanuit het management voor gezorgd dient te worden dat de medewerkers voldoende tijd hebben om een training als deze te volgen én te geven.

Disseminatieactiviteiten

De voornaamste opbrengst van het project is, naast de toegenomen kennis en vaardigheden van de getrainde medewerkers van Careyn, de trainingsmodule 'Vroegherkenning van alcoholproblematiek bij ouderen in de thuiszorg' met de daarbij horende PowerPoint-presentatie. Deze trainingsmodule is universeel inzetbaar in thuiszorgorganisaties en andere instellingen waar eerstelijns gezondheidsprofessionals werken. De trainingsmodule en presentatie worden beschikbaar gesteld op de website van het IVO (www.ivo.nl).

Een eerste aanzet voor de actieve disseminatie van de resultaten van het project is gedaan bij een in maart 2015 door het Trimbos-instituut in opdracht van het ministerie van VWS georganiseerde expertmeeting over ouderen en alcohol. Het project is hier onder de aandacht gebracht wat o.a. de belangstelling wekte van een bestuurslid van de Beroepsvereniging van zorgprofessionals (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland: <http://www.venvn.nl/>). In overleg met V&V Nederland wordt gekeken naar de mogelijkheden een artikel te schrijven voor het V&VN Magazine om zo het project nationaal onder de aandacht te brengen van verpleegkundigen en andere zorgprofessionals. Ook wordt het project in het najaar van 2015 gepresenteerd bij het Forum Alcohol en Drugs Onderzoek (FADO) en wordt gekeken naar mogelijkheden om het te presenteren bij het Nederlands Congres Volksgezondheid 2016.

5 Referenties

- Bovens, R., Weingart, S., Heuving, M., Wisselink, J., & Mol, T. (2014). Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (2004-2013). Utrecht: Trimbos, Windesheim, IVZ, PVA. Retrieved from [http://www.trimbos.nl/~media/Nieuws en Persberichten/Factsheet alcohol en ouderen 2014_DEF.ashx](http://www.trimbos.nl/~media/Nieuws%20en%20Persberichten/Factsheet%20alcohol%20en%20ouderen%202014_DEF.ashx)
- Cruvinel, E., Richter, K. P., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2013). Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, *8*(1), 4. doi:10.1186/1940-0640-8-4
- Elzerbi, C., Donoghue, K., & Drummond, C. (2015). A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, *110*(7), 1082–1091. doi:10.1111/add.12960
- Ettner, S. L., Xu, H., Duru, O. K., Ang, A., Tseng, C.-H., Tallen, L., ... Moore, A. A. (2014). The Effect of an Educational Intervention on Alcohol Consumption, At-Risk Drinking, and Health Care Utilization in Older Adults: The Project SHARE Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *75*(3), 447–457. doi:10.15288/jsad.2014.75.447
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, *16*(2), 107–123. doi:10.1093/intqhc/mzh030
- GGZ Nederland. (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort. Retrieved from http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_956849.pdf
- Noteborn, M. W. J., Sanderson, R. a. M., Zwanikken, H., Deckers, K., & Alphen, S. P. J. (2013). Alcoholproblematiek bij ouderen. *Huisarts En Wetenschap*, *56*(5), 214–218. doi:10.1007/s12445-013-0125-z
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2015). Prevalence of Alcohol Consumption and Pattern of Use among the Elderly in the WHO European Region. *European Addiction Research*, *21*(2), 88–96. doi:10.1159/000360002
- Risselada, A., Kleinjan, M., & Jansen, H. (2009). *Veilig drinken op leeftijd Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk*. Rotterdam.
- Risselada, A., & Schoenmakers, T. M. (2010). *Vroegsignalering, behandeling en verwijzing van problematische drinkers in de Rotterdamse huisartsenpraktijk Evaluatie van een pilot project*. Rotterdam.
- Schutten, M., Jansen, H. A. M., Meerkerk, G.-J., Van de Wetering, B. J. M., Van de Mheen, D., Wetering, B. van de, & Mheen, D. van de. (2004). *Laagdrempelige screening en behandeling van alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk; "Zelfde gang, deurtje verder."* (IVO, Ed.)IVO Reeks (Vol. 33). Rotterdam: IVO.
- Wang, Y.-P., & Andrade, L. H. (2013). Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*(4), 343–348. doi:10.1097/YCO.0b013e328360eafd
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). *KERNCIJFERS VERSLAVINGSZORG 2014*. Houten.