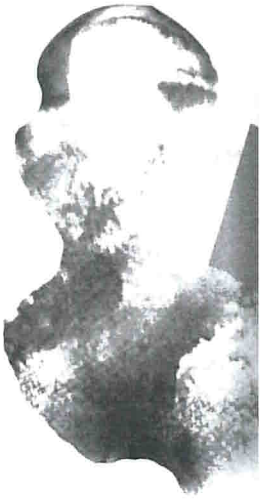
'Een gat in je hoofd, een maagbloeding of een epileptische aanval: veel actieve alcoholverslaafden belanden één of meerdere keren op een spoedeisende hulp-afdeling (SEH). Een SEH is primair gericht op dringende medische en verpleegkundige zorg verlenen. Super belangrijk, en in Nederland van een hoog niveau. Groot nadeel: hoe starnakel dronken je ook bent, er kraait (te) vaak geen haan naar de onderliggende problematiek. Kan dat niet anders?

Eerste hulp bij verslaving

De gemiste kans van de spoedeisende hulp



Routinematig vragen naar alcoholgebruik bij iemand die binnenkomt op een SEH is een bruikbare methode in het ontdekken van een eventuele verslaving, aldus onderzoek van de Universiteit van Surrey dat een paar maanden terug werd gepubliceerd in het Emergency Medical Journal. Zo'n 147 Engelse spoedeisende hulpafdelingen werden meegenomen in het onderzoek. Meer dan 80 procent van die afdelingen heeft sinds 2011 de toegang naar gespecialiseerde hulp voor verslaving verbeterd, door middel van het inzetten van alcohol nurses die patiënten adviseren. Daarnaast worden werknemers van SEH's beter geïnformeerd, waardoor ze gerichter een plan kunnen opstellen voor de patiënt. Een mooie ontwikkeling, die veel oplevert voor verslaafden.

Helaas staat ons land er op dit vlak beduidend slechter voor. Los van hele mooie lokale initiatieven, is er geen landelijke werkwijze op dit vlak. Als verslaafde moet je dus net 'geluk' hebben en terecht komen bij een ▸

Tekst Anne van den Berg
Illustraties Neeltje Geurtsen

SEH-verpleegkundige of -arts die er werk van wil maken als diegene denkt dat er sprake is van een verslaving.

Wake-upcall

Dat er niet overal consequent vragen worden gesteld, betekent wellicht dat verslaving onterecht onder het tapijt geveegd wordt. En dat is gevaarlijk, want de ziekte kan levens verwoesten. Terechtkomen op de SEH kan voor veel verslaafden een wake-upcall zijn, die ervoor zorgt dat mensen hun alcoholgebruik onder de loep nemen én actie ondernemen. Zo'n wake-upcall kreeg Patrick van Zandvoort (34), zeven jaar geleden. 'Ik kreeg een delirium en mijn vriendin - die niets wist van mijn alcoholverslaving omdat ik stiekem dronk - raakte in paniek. Ze belde de ambulance omdat ze dacht dat er iets in mijn hoofd was geknapt. Ik werd wakker op de SEH, in een scanner die m'n hersenen checkte. Wat later, toen ik mijn roes had uitgeslapen, kwam een SEH-verpleegkundige aan mijn bed. Ze zei: 'Wilt u me nu eens eerlijk vertellen wat er afgelopen nacht is gebeurd?' Ik krijg nog kippenvel als ik eraan denk. Huilend gaf ik alles toe. Dat ik een probleem had, dat ik verslaafd was en dat ik alcohol nodig had om te kunnen slapen. Ze heeft me toen verteld dat ik bij de huisarts hulp kan krijgen en ze heeft zelfs een lijstje gemaakt met klinieken in de buurt. Dat waardevolle gesprek bleek het begin van mijn herstel. Het is erg jammer dat het niet standaard gebeurt.'

Oplappen en weg

Er is een aantal ziekenhuizen met een alcoholpoli waar structureel wordt doorgevraagd en waar de eventuele problematiek wordt besproken. Maar op de meeste SEH's is het oplappen en weer naar huis. Ninette van Hasselt is programmahoofd Jongeren en Riskant Gedrag bij Trimbos. 'Het is echt in elk ziekenhuis anders. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid bekijken we nu of ziekenhuizen wel meer kunnen vragen naar alcohol- en drugsgebruik. Het afgelopen jaar hebben enkele ziekenhuizen pilots gedraaid, waarin kortdurende interventies werden toegepast bij patiënten. Door middel van een toolbox boden we SEH's allerlei opties om het gesprek aan te gaan. Maar praktisch gezien was dat lastig. Het was nieuw, het was anders.' Het project heeft wisselend succes en is nog zeker niet landelijk uitgerold. Veelgehoorde reacties zijn 'onze primaire functie is het behandelen van de patiënt' en 'we moeten al zo veel registreren, dan komt dit er ook nog eens bij'. Van Hasselt: 'Maar mensen op de SEH zien, ruiken en voelen vaak wat er aan de hand is. Het zou zo goed zijn als er meer gebeurt. Een klein zetje is soms al voldoende.'

'Dat waardevolle gesprek met de SEH-verpleegkundige **bleek het begin van mijn herstel'**

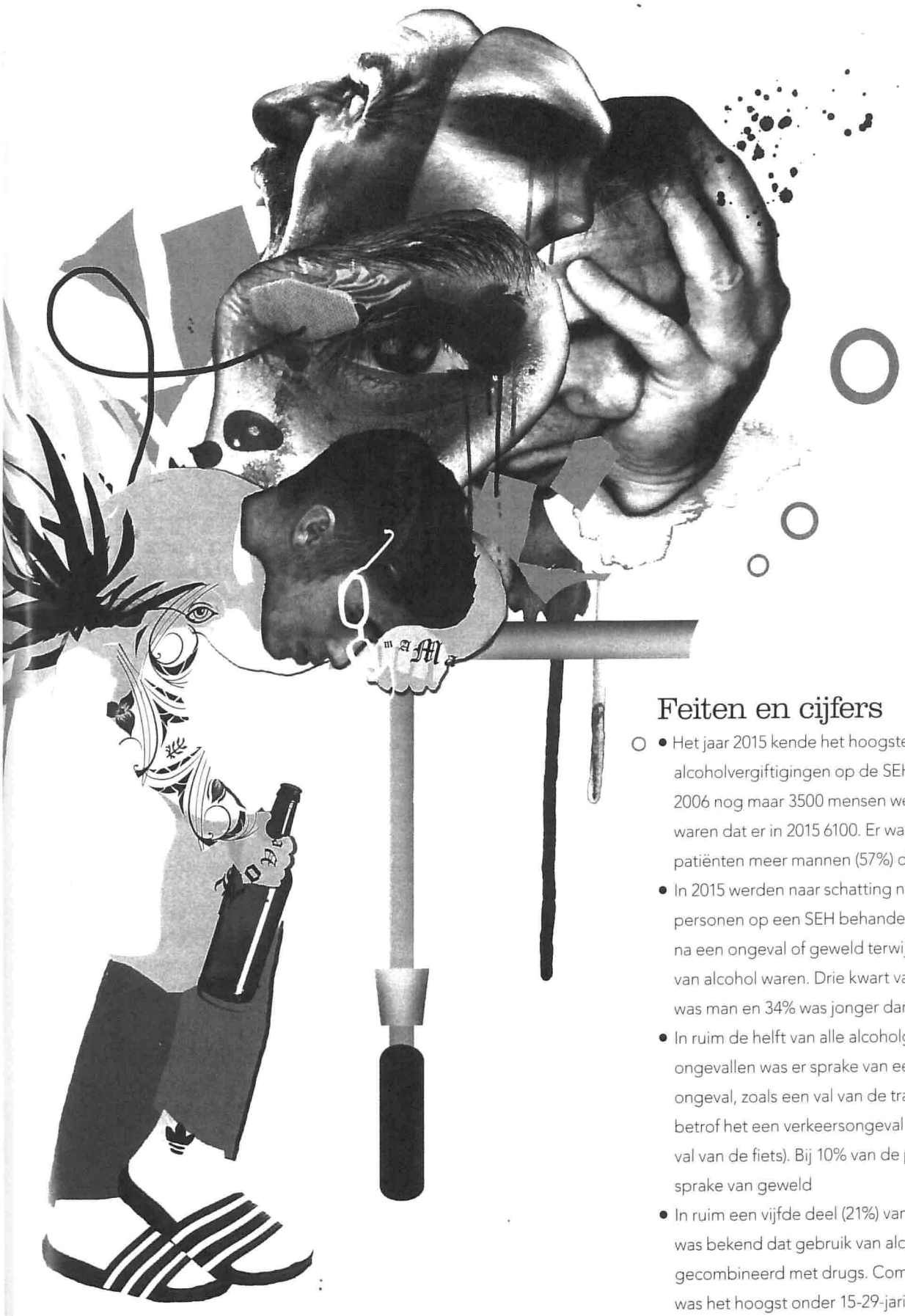
Stugge structuur

Wilco Jansen en Pascal ter Maat zijn SEH-verpleegkundigen bij ziekenhuis de Gelderse Vallei in Ede. Ze geven ook praktijklessen aan gediplomeerde verpleegkundigen aldaar. Ook op hun werkplek is geen richtlijn of protocol richting verslaafden. Jansen: 'Er wordt wel veel over gesproken, merken wij. Maar hoe groot je kennis ook is, mensen kunnen zich vele malen beter presenteren dan ze eigenlijk zijn en camoufleren ook heel veel. Door het vlugge contact op een SEH heb je het niet snel door, denk ik.' Ter Maat vult aan: 'Het hele verslavingsverhaal is er niet eentje waar je op de SEH mee in de diepte kan. We zijn er simpelweg niet op ingericht. Het is vrijeenvoudig: waar een patiënt ligt, kan ik geen andere patiënt neerleggen.'

Jan van Rossum is ook SEH-verpleegkundige, maar dan in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem. Hij vraagt zich na 25 jaar werkzame jaren af waar het heen gaat. 'Na 22.00 uur zien we het aantal dronken patiënten snel toenemen. Het is een gigantisch probleem en voor ons niet te doen om daar elke keer uitgebreid actie op te ondernemen. Ik heb beperkte mogelijkheden, ook al probeer ik altijd wat mee te geven in die paar uurtjes dat iemand bij ons is. Dan vraag ik bijvoorbeeld naar het drinkgedrag. Als ik zie dat iemand zich naar de klote helpt met drinken, spreek ik zeker mijn bezorgdheid daarover uit. Ik heb trouwens voor mezelf de regel dat ik niet met dronken mensen in discussie ga. Er blijft toch weinig van hangen. Gesprekken voer ik met nuchtere patiënten, maar verslaafde nuchtere patiënten zijn vaak al uit de hectiek en dus uit ons gezichtsveld. Ik zou het liefst zien dat je kunt wijzen op allerlei mogelijkheden en dat ze dat dan in een folder of in een nazorggesprek passende begeleiding kan worden geboden.'

Geen lijntje tussen SEH en verslavingszorg

Christian (39) is verslaafde in herstel en heeft wisselende ervaringen met SEH's. De eerste keer moest hij, voordat hij naar huis mocht, langs de psychiater binnen ▸



Feiten en cijfers

- Het jaar 2015 kende het hoogste aantal alcoholvergiftigingen op de SEH ooit. Waar in 2006 nog maar 3500 mensen werden behandeld, waren dat er in 2015 6100. Er waren onder de patiënten meer mannen (57%) dan vrouwen (43%)
- In 2015 werden naar schatting nog eens 15.200 personen op een SEH behandeld voor een letsel na een ongeval of geweld terwijl zij onder invloed van alcohol waren. Drie kwart van deze patiënten was man en 34% was jonger dan 30 jaar
- In ruim de helft van alle alcoholgerelateerde ongevallen was er sprake van een persoonlijk ongeval, zoals een val van de trap. Bij een derde betrof het een verkeersongeval (meestal een val van de fiets). Bij 10% van de patiënten was er sprake van geweld
- In ruim een vijfde deel (21%) van de gevallen was bekend dat gebruik van alcohol was gecombineerd met drugs. Combinatiegebruik was het hoogst onder 15-29-jarigen

Bron: Letsel Informatiesysteem van VeiligheidNL

hetzelfde ziekenhuis. 'Ik ontkende mijn verslaving destijds nog, maar die psychiater liet alle alarmbellen rinkelen en stuurde me door naar verslavingskliniek Ready for Change. Tijdens een latere terugval werd ik met de ambulance opgehaald. Ik gaf aan dat ik verslaafd was, maar ze hebben er niets mee gedaan. Ik vind het raar dat niemand een gesprek begon over mijn verslaving, terwijl het zo duidelijk was.' Ada Bosma is unithoofd van de SEH in het Hagaziekenhuis in Den Haag en erkent dat er zelden over wordt gesproken. 'Ik denk dat veel verpleegkundigen denken dat ze privacy aantasten. Want hoe begin je zo'n gesprek? We denken toch te snel: het is de verantwoording van de huisarts.' Praten over gebroken enkels is makkelijker dan over verslavingsproblematiek, zo blijkt. Bosma beaamt dat SEH's teveel van zich afschuiven en dat er iemand moet zijn die ze aan het handje meeneemt en hulp biedt. 'Dat doen we echt te weinig en dat komt omdat we te weinig tools hebben. Als ik zou mogen bepalen, dan zou ik één of twee mensen hierin opleiden, zodat het echt een aandachtsveld wordt op de afdeling. Vergelijkbaar met verpleegkundigen die zich bezighouden met ouderen. Die worden vaak door andere collega's aan hun jasje getrokken voor advies. Dat hebben we nog niet bereikt voor verslaafde patiënten.'

Een goed idee, vindt ook Peter Vossenberg, voorzitter van de wetenschappelijke beroepsvereniging voor verslavingsartsen (VVGN). 'De SEH verkeert in een interessante positie, want ze zien constant mensen met forse ontwenningsverschijnselen en intoxicaties. Je kunt inderdaad enkele verpleegkundigen of artsen opleiden. Dan hebben we het niet alleen over kennis over verslaving, maar ook over gesprekstechnieken. Nu is er nog een drempel om het gesprek aan te gaan en wordt het onderwerp vermeden.' Op dit moment kijkt VVGN ook naar de behoefte van verslavingsartsen buiten instellingen voor verslavingszorg. Het is nog niet zover, maar wat als er straks een verslavingsarts op een SEH werkt? 'Ik denk dat het haalbaar is, maar niet met het aantal verslavingsartsen dat er nu is. Daarvoor zijn er te weinig. Wat nu al wel kan: SEH-artsen kunnen op z'n minst consultaties inwinnen bij verslavingsartsen. Nu gebeurt dat sporadisch, het is vaak alleen de terugkoppeling naar de huisarts en klaar. En dan is het de vraag of ze reppen over een eventuele verslaving. Ik denk dat dit onderwerp iets is om samen met de SEH-branche mee aan de slag te gaan, maar vooralsnog staat er nog niets op de planning. Dat komt omdat onze grootste prioriteit de kwaliteit van de opleiding is en het aantal verslavingsartsen.'

Wilma Winteraeken (58)

'Wat voor alcoholverslaafden geldt op een SEH, geldt ook voor anorexiapatiënten. Ik heb al ruim 40 jaar anorexia. Ooit had ik een gevaarlijk laag kalium, waardoor ik op de SEH belandde. Ik biechtte braaf op dat het waarschijnlijk door het laxeren en braken kwam. Er werd bloed geprikt en ik kreeg een kaliuminfuus. Daarna kon ik met een recept voor kaliumpillen en een nieuw bloedbriefje weer naar huis. Ik vertrok, net zo eenzaam, alleen en verloren als ik toen ik in het ziekenhuis aankwam. Een troostende arm of een warm woord had goed gedaan en misschien was dat een manier geweest om me te laten besluiten vrijwillig te worden opgenomen.'

'Het is een grote schreeuw om hulp, **maar op de een of andere manier verstaan we elkaar steeds niet'**

Carola van 't Hof (51)

'Ik begeleid ouders en partners van een verslaafde. Ik merk zo vaak dat er op een SEH totaal geen kennis is over verslaving. Dan wordt iemand met een GHB-verslaving bijvoorbeeld cold turkey in de detox gezet, wat natuurlijk levensgevaarlijk is. Volgens mij hebben ze toch een eed afgelegd om mensenlevens te redden en daar zijn ze dan bepaald niet mee bezig. Het is vaak ook heel wrang voor ouders die wordt gevraagd de patiënt mee naar huis te nemen, terwijl ze al tijden bezig zijn uit hun codependency te stappen. De SEH realiseert zich dan niet in welk proces mensen al jaren zitten en de gevoelens van machteloosheid die daarbij gepaard gaan. Dat is een grote schreeuw om hulp, ook vanuit de verslaafde, maar op de een of andere manier verstaan we elkaar steeds niet.'

Brigitte Tak (47)

'Toen ik uit de 12 stappenkliniek kwam, ging het vlak daarna heel erg mis. Na een overdosis lorazepam in combinatie met een grote hoeveelheid alcohol kon ambulancepersoneel me met een spuit in leven houden. Ik werd wakker in een klein kamertje op de SEH en zag een flesje schoonmaakalcohol staan. Ik dacht: hee, alcohol! Het brandde weg in mijn keel. De SEH zorgde ervoor dat ik naar de crisisopvang ging, en van daaruit belandde ik in de kliniek. Ik ben heel blij met hoe ze hebben gehandeld. Dat mensen naar huis worden gestuurd die zo ziek zijn, dat kan gewoon niet. Want natuurlijk willen verslaafden naar huis, terug naar hun middel. Maar we zijn in die toestand helemaal niet in staat om voor onszelf te denken.'

Samen om de tafel

'Het lijkt me fantastisch als er iemand op de afdeling werkt tegen wie ik kan zeggen: joh, ik heb een vermoeden dat diegene een verslaving heeft.' Aan het woord is Ties Eikendal, SEH-arts in Radboudumc en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA). 'Dat diegene dat dan kan opvolgen en ook precies weet hoe je een gesprek moet voeren. Het vraagt namelijk een bepaalde tact en kennis om zoiets ter sprake te brengen en dat is niet iets wat we standaard leren in de opleiding. Handelen bij een intoxicatie kunnen we als de beste. Maar wat verslaving inhoudt? Nee, dat weten we niet. Dat komt omdat ons vakgebied zo breed is. Er wordt van alles van ons verwacht, maar we kunnen niet alles.' Volgens Eikendal mag er wel meer besef komen onder SEH-personeel dat ze wel degelijk een signalerende functie hebben. 'Op dit moment zijn we bezig met de Generieke Module Acute Psychiatrie (zie kader), maar samen met verslavingszorg kunnen we nog concretere stappen maken in de uitvoering.' Klinkt als een uitnodiging om samen rond de tafel te gaan? 'Ja, heel graag zelfs! We hebben het in de branche altijd over tovertermen als kwaliteit en efficiëntie, maar moeten we die kwaliteit niet vanuit het perspectief van de patiënt definiëren? Moet de vraag niet zijn: wat verwacht een patiënt van ons?' ■

Generieke Module Acute Psychiatrie

Psychiater Victor Vladar Rivero (66) is betrokken bij de ontwikkeling van de Generieke Module Acute Psychiatrie, die vanaf januari 2019 in werking treedt. Deze module biedt een systematische beschrijving van hoe processen zouden moeten lopen als het gaat om acute psychiatrie en is ontwikkeld vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

Wat betekent deze module straks voor verslaafden die terecht komen op een SEH?

'Eigenlijk is er afgesproken verslaafden en hun naasten serieus te nemen. Er komt ongetwijfeld een betere samenwerking tussen SEH-afdelingen, psychiatrie en verslavingszorg. De vraag die dan centraal staat: wat doen we als er iemand met een verslaving binnenkomt? De module dwingt ze daar over na te denken en zo nodig samen te werken met psychiatrie en verslavingszorg. Straks kan de SEH die handelingen ook makkelijker declareren bij de zorgverzekeraars, dus zal het ook meer gebeuren. Maar nogmaals, de module organiseert de gewenste processen, niet de invulling.'

Hoe zou die invulling eruit moeten zien, volgens jou?

'Dat er verder wordt gekeken dan alleen de lichamelijke zorg. Komt er iemand binnen met een GHB-intoxicatie? Dan zou een SEH-arts die patiënt moeten begeleiden richting verslavingszorg. En laatstgenoemde is idealiter al tijdens het SEH-contact aanwezig om het vervolg daadwerkelijk te regelen. Eigenlijk is mijn oproep dan ook dat verslavingszorg met SEH's om de tafel gaat om die invullingen te bespreken.'