Verkenning van de noden en behoeften m.b.t. patiënten die alcohol en/ of ander drugs hebben gebruikt en zich aanmelden op de spoeddiensten in Vlaanderen.

VAD

Colofon

Auteur

Tom Defillet, stafmedewerker VAD
met medewerking van Ann Sterckx, stagiaire VAD

Redactie

Gilles Geeraerts, stafmedewerker VAD
Jochen Schrooten, stafmedewerker VAD
Tina Van Havere, stafmedewerker VAD
Sofie Verstreken, stagiaire VAD

Wij willen de Vlaamse Overheid en de onderstaande personen uitdrukkelijk bedanken voor hun medewerking, zonder hen zou dit rapport niet tot stand zijn gekomen:

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid voor het bezorgen van de nodige cijfergegevens.

De artsen en de medewerkers van de spoeddiensten willen we bedanken voor het investeren van hun kostbare tijd in de interviews:

Kurt Anseeuw, AZ Stuivenberg
Luc Beaucourt, UZ Antwerpen
Paul Calle, UZ Gent
Jorn Damen, AZ Nikolaas
Nadine De Wit, Virga Jesseziekenhuis
Johan Gyssens, UVC Brugmann
Frieda Matthys, AZ Sint-Maarten
Stefan Remy, AZ Henri Serruys
Marc Sabbe, UZ Leuven
Philip Struyve, AZ Groeninge
Guy Vundelinckx, Ziekenhuis Oost-Limburg

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
© 2009

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw

DE DRUGLIJN 078-15-10-20

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Verkenning van de literatuur	5
De mening van enkele sleutelfiguren	9
Een blik op de Vlaamse cijfers	19
Eindconclusie en aanbevelingen	29
Bibliografie	31
Bijlage	35

Inleiding

Met dit rapport wensen we in de eerste plaats zicht te krijgen op de noden en behoeften van de spoeddiensten[1] m.b.t. patiënten die zich onder invloed van alcohol of andere drugs aanmelden. Tevens willen we verkennen of zij een eventuele samenwerking zien zitten m.b.t. het ontwikkelen of testen van specifieke interventies voor deze doelgroep. Een bijkomende doelstelling die tijdens het tot stand komen van het rapport werd opgenomen is het onderzoeken van de beschikbare cijfergegevens. Gezien de berichten in de pers over 'binge drinkende' jongeren die op de spoeddienst terecht komen, werd dit fenomeen eveneens opgenomen in de bevraging. Het doel van dit rapport is dan ook drieledig:

- Verkennen van de mogelijkheden en behoeften bij het personeel van de spoedgevallendiensten in Vlaanderen met betrekking tot het behandelen van patiënten die onder invloed zijn van alcohol en/of andere drugs;
- Nagaan in hoeverre de spoedgevallendiensten bereid zijn om gezamenlijke interventies uit te werken;
- Toetsen welke cijfers beschikbaar zijn van de aanmeldingen van alcohol- en andere druggebruikers op de spoeddiensten.

Meer bepaald zou de VAD willen weten:

- Of de spoeddiensten ondersteuning vragen met betrekking tot deze problematiek? Zo ja, welke?
- Brengt deze patiëntengroep bepaalde problemen of overlast met zich mee?
- Welke behandeling wordt normaal voorzien voor deze patiënten?
- Is er een registratie van patiënten die onder invloed van alcohol- en/of andere drugs op de spoedgevallendiensten toekomen?
- Zo ja, hoeveel patiënten melden zich onder invloed van deze middelen aan?

Dit verkennend rapport bestaat uit drie luiken. We starten met een korte literatuurstudie. Nadien bespreken we de mening van 11 sleutelfiguren (9 spoedartsen, een hoofdverpleegkundige en een psychiater). Als laatste bekijken we de beschikbare cijfergegevens. Deze werden ons in de loop van het ontstaan van het rapport bezorgd. Het is niet onze ambitie om van dit rapport een wetenschappelijk onderzoek te maken, maar voornamelijk een verkenning van deze sector.

---

[1] De spoedgevallendienst definiëren we als een afdeling van een ziekenhuis die personen opvangt met acute medische problemen, dit binnen een multidisciplinair team. In de verdere tekst gebruiken we de termen spoed, spoedgevallen, spoeddienst en spoedgevallendienst door elkaar.

Verkenning van de literatuur[2]

Onderstaande tekst geeft een eerste verkenning van de literatuur weer. Voor het uitwerken van mogelijke interventies is een uitgebreide literatuurstudie aangewezen.

Prevalentie alcohol- en ander druggebruik in België

In België werd er ondermeer onderzoek verricht naar het gebruik van alcohol en andere drugs in de gezondheidsenquête van 2004 (Bayingana e.a., 2006). De gezondheidsenquête bevraagt enkel de volgende producten: alcohol, tabak en cannabis. VAD doet jaarlijks een leerlingenbevraging bij de leerlingen van het secundair onderwijs. Deze bevraagt het gebruik van alcohol, tabak, medicatie en illegale drugs, en is dus uitgebreider (Kinable, 2009).

Uit de resultaten van de gezondheidsenquête in verband met alcoholgebruik blijkt dat 84% van de bevolking van 15 jaar en ouder in de afgelopen 12 maanden alcohol heeft geconsumeerd. Dit betekent dat 63% van de bevolking iedere week alcohol gebruikt. Ongeveer 30% hiervan drinkt enkel alcohol in het weekend (vrijdag inbegrepen) en 30% gebruikt ook alcohol tijdens de week. Eén persoon op tien gebruikt dagelijks alcohol. Overmatig alcoholgebruik, dat in de gezondheidsenquête gedefinieerd wordt als het gebruik van 6 glazen alcohol op één dag in de afgelopen 6 maanden, komt voor bij een derde van de bevolking (32%). 18% van de totale bevolking rapporteert minstens één keer per maand overmatig alcoholgebruik en bij 10% is dit elke week. 37% van de bevolking is geheelonthouder of gebruikt minder dan één keer per week alcohol.

Eén op vier Belgen tussen de 25 en 34 jaar heeft minstens eenmaal een cannabisproduct geconsumeerd. Voor de volledige bevolking tussen 15 en 64 jaar bedraagt dit percentage 13%.

Van deze 13% gebruikers consumeerde 5% cannabis in de laatste 12 maanden en 3% in de laatste 30 dagen. Van deze laatste groep gebruikte 30% op minstens 20 van de 30 dagen cannabis (Bayingana e.a., 2006).

Uit de resultaten van de leerlingenbevraging tijdens het schooljaar 2007-2008 (Kinable, 2009) blijkt dat 78,3% van alle leerlingen van het secundair onderwijs ooit al alcohol gedronken heeft. 67,9% dronk ook alcohol tijdens het jaar voor de bevraging. Van deze leerlingen dronk 45,0% occasioneel[3] en 22,9% deed dit minstens regelmatig[4].

In de nieuwe bevraging werd ook een vraag opgenomen over gebruikspatronen (namelijk aantal glazen per dag van de week voor de bevraging). Daaruit blijkt dat alcohol vooral tijdens het weekend wordt gedronken (meer op zaterdag dan op vrijdag), maar dat daarnaast 17,9% van de leerlingen ook tijdens de week alcohol drinkt. De meerderheid van de drinkers drinkt meer dan 2 glazen op vrijdag en zaterdag. 13,7% van de leerlingen drinkt om dronken te worden.

Bij het gebruik van cannabis blijkt dat 20,0% van alle leerlingen dit ooit deed. In het laatste jaar werd cannabis gebruikt door 11,8%. Hiervan deed 8,9% dit occasioneel en 2,9% regelmatig. Ook voor cannabis werd gepeild naar gebruikspatronen (aantal joints per dag van de week voor de bevraging). Net zoals alcohol wordt cannabis ook meer tijdens het weekend dan in de week gerookt (meer op zaterdag dan op vrijdag), maar 3,1% gebruikt ook op weekdagen. Een meerderheid van de cannabisgebruikers

---

[2] Om literatuur rond deze thematiek te vinden is er gebruik gemaakt van medline en de bibliotheek van de VAD. Er is gezocht op de volgende zoektermen: emergency, alcohol, drugs, care, treatment, First aid, prevention, early intervention. Vaak werden deze zoektermen met elkaar gecombineerd.

[3] In de leerlingenbevraging wordt 'occasioneel' als term gebruikt voor leerlingen die tijdens het jaar voor de bevraging een bepaald gedrag hebben gesteld, maar minder dan eenmaal per week.

[4] Men spreekt over 'regelmatig gebruik' als de leerlingen het jaar voor de bevraging dit gedrag minstens eenmaal per week tot dagelijks hebben gesteld.

houdt het bij 1 à 2 joints op een dag.

Voor andere illegale drugs heeft 6,4% dit ooit geprobeerd, 3,1% experimenteerde hiermee het voorbije jaar. Na cannabis is XTC de meest gebruikte illegale drug in het secundair onderwijs: 3,8% gebruikte ooit XTC en 2,0% het jaar voor de bevraging. De meesten gebruiken andere illegale drugs op occasionele basis (Kinable, 2009).

Spoedgevallen

In België werd er tot op heden nog weinig onderzoek gedaan naar de alcohol- en/of middelengerelateerde opnames op spoeddiensten. Het enige door ons teruggevonden artikel is van Calle (Calle e.a., 2006). We bespreken de resultaten hiervan binnen het luik 'een blik op de Vlaamse cijfers'. In het buitenland werd meer onderzoek naar dit thema gedaan.

In Nederland deed Vitale (2007) onderzoek naar het middelengebruik onder patiënten op drie diensten voor spoedeisende hulp. De prevalentie van alcohol- en/of druggebruik voorafgaand aan de aanmelding op de spoeddienst varieerde in de zelfrapportage tussen 5.5% en 11%, afhankelijk van het ziekenhuis.[5] Gecombineerd met de inschatting van het personeel verhoogde de prevalenties tussen 11.3% en 18.2%. Patiënten onder invloed van alcohol waren eerder mannen dan vrouwen met een gemiddelde leeftijd tussen 33 en 58 jaar (afhankelijk van het ziekenhuis). Het druggebruik varieerde in de zelfrapportage tussen 1.4% en 10.1%, afhankelijk van het ziekenhuis. De beoordeling van de staf veranderde niets aan deze cijfers. De meest gebruikte drugs waren cannabis en cocaïne.

De Wereldgezondheidsorganisatie (verder WGO) deed een onderzoek in 12 landen[6] bij 5410 patiënten die werden opgenomen in spoedgevallendiensten. Men onderzocht bij hoeveel blessures alcohol een rol speelde.

De cijfers varieerden tussen 6% en 45%, het gecombineerd gemiddelde voor alle landen bedroeg 20.4% (WHO, 2009).

In Ierland heeft 28% van de patiënten van de spoedgevallendienst letsels of een ziekte die in verband kunnen worden gebracht met alcohol of drugmisbruik (Kelleher, 2007). Uit een rapport van 'the prime minister's Strategy Unit' van Engeland blijkt dan weer dat 35% van de aanmeldingen op de spoedgevallen kunnen toegeschreven worden aan alcoholgebruik. In piekperioden scoorde 41% van de patiënten positief op een alcoholtest (Dobson, 2003).

Een studie naar illegaal druggebruik in Engeland toonde aan dat 6,9%, waarvan 3% direct en 3,9% indirect, van alle aanmeldingen hiermee in verband konden worden gebracht (Binks e.a., 2005). Er zijn grote verschillen op te merken met cijfers uit de Verenigde Staten. Nilsen deed een systematische review in de Verenigde Staten en kwam tot de volgende bevindingen: 40% van de aanmeldingen op de spoedgevallen is te wijten aan verwondingen. Hiervan is 40 tot 50% aan alcohol gerelateerd, met andere woorden 16 tot 20% van de totale opnames in de V.S. zijn aan alcohol gerelateerd (Nilsen e.a., 2007). In Australië onderzocht men hoeveel patiënten op de spoed werden opgenomen met een alcohol- of ander drugprobleem. Uit gegevens van het Flinders Medical Center (FMC) blijkt dat dit bij hen minder dan 5 % was (Hoskins e.a., 2005; King e.a., 2004).

---

[5] Voor alcohol vroeg men of men gedronken had gedurende 6 uur en 24 uur voorafgaand aan de opname, voor druggebruik hanteerde men een periode van 24 uur.

[6] Argentinië, Wit-Rusland, Brazilië, Canada, China, Tsjechië, India, Mexico, Mozambique, Nieuw-Zeeland, Zuid-Afrika en Zweden.

Personeelsbelasting

Patiënten die zich melden op de spoed en onder invloed zijn van alcohol en/of andere drugs worden door het personeel vaak gezien als moeilijk en onaangenaam (Kelleher, 2007). Volgens sommigen vloeit dit voort uit onvoldoende kennis en opleiding. Deze groep patiënten zorgt bij het personeel voor een grote werklast. Uit gegevens van het Flinders Medisch Centrum (FMC) blijkt dat hoewel patiënten met alcohol- of drugsproblemen in Australië minder dan 5% van het totaal aantal patiënten vertegenwoordigen, zij goed zijn voor bijna 10% van de tijd doorgebracht bij alle patiënten van de spoedgevallen (Hoskins e.a., 2005; King e.a., 2004).

Interventies

Naar korte interventies op spoeddiensten werd vooral onderzoek verricht met betrekking tot alcoholproblemen. Vooral de zogenoemde 'Brief Interventions' (verder BI) werden onderzocht. 'Brief Interventions' maken deel uit van wat we in Vlaanderen vroeginterventie noemen maar valt er niet mee samen. BI, een kortdurende variant van vroeginterventie, definiëren we als alle methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren toepassen met de bedoeling personen met riskant of problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk te identificeren, hen te motiveren tot gedragsverandering en verder te ondersteunen bij deze veranderingsstrategie. De doelstelling van vroeginterventie is het reduceren van de (risico's op) schade die bij het verder zetten van dit gebruikspatroon (zou) optreden. Vroeginterventie bevindt zich op het continuümmodel tussen preventie en hulpverlening. Men gaat er vanuit dat hoe vroeger men ingrijpt, hoe beter het resultaat zal zijn. Enkele manieren om problematisch middelengebruik vroegtijdig te detecteren zijn gedragsobservatie, adem-, bloed- en urinetesten en screeningsinstrumenten (Verstuyf, 2007).

Uit verschillende reviews kan geconcludeerd worden dat er significante positieve effecten zijn voor het toepassen van kortdurende interventies bij al dan niet problematisch alcoholgebruik (Babor, 1994; Wilk e.a., 1997; Poikalonen, 1999; Moyer e.a., 2002; Miller & Wilbourne, 2002; Fleming e.a., 2002). Een aantal 'randomized controlled trials' (verder RCT's) geven evidentie voor de effectiviteit bij de toepassing van BI op spoedopnamediensten bij alcoholmisbruik (Heather e.a., 1996; Monti e.a., 1999; Crawford e.a., 2004). Chafetz en collega's waren de eersten die rapporteerden over de toepassing van BI op spoedopnamediensten en aantoonden dat alcoholafhankelijke patiënten op deze manier gemotiveerd werden om een behandeling op te starten. In dit onderzoek werd ook aangetoond dat de toepassing van BI door zowel dokters als verpleegkundigen als haalbaar werd beschouwd in de alledaagse praktijk. D'Onofrio (2002) onderzocht de effecten van vorming van het personeel op de toepassing van BI en zag de effectiviteit verdriedubbelen. Tijdsgebrek wordt soms als obstakel aangehaald voor de toepassing van BI op spoedopnamediensten. Hiervoor ontwikkelden D'Onofrio en collega's (1998) een model van BI voor deze setting dat in minder dan 10 minuten kan worden toegepast (Verstuyf, 2007).

Een belangrijk onderdeel van vroeginterventie is het gebruik van motiverende gesprekstechnieken. In een RCT-studie van Monti (1999) werden de effecten van een motivationeel gesprek van ca. 40 minuten geëvalueerd bij een groep jongeren die na een alcoholgerelateerd ongeval op de spoeddienst terecht kwamen. Na een follow-up van zes maanden bleek bij de experimentele groep een daling van 32% van het alcoholgebruik tijdens het besturen van een voertuig. Wel was er tussen de experimentele- en de controlegroep geen significant verschil te bemerken in de totale alcoholconsumptie. Een andere studie werd uitgevoerd in het Lausanne University Hospital in Zwitserland. Zij onderzochten 5136 patiënten op de spoedafdeling en kwamen tot de conclusie dat een kortere interventie van 10-15 minuten er niet rechtstreeks voor zorgde dat de patiënten naar een laag risico evolueerden met betrekking tot hun alcoholconsumptie. De experimentele groep en de twee controlegroepen hadden een vergelijkbare daling in de alcoholconsumptie na 12 maanden. Eén op drie patiënten gingen van een risicovolle alcoholconsumptie naar een laag risico gebruik. De onderzoekers vermoeden dat ook een opname op de spoeddienst, een korte screening of een assessment ervoor kunnen zorgen dat de alcoholconsumptie daalde (Daeppen e.a., 2007).

Een meta-analyse van Riper (2009) toont aan dat zelfs één individuele sessie van persoonlijke feedback een positief effect kan hebben bij het verminderen van risicovol alcoholgebruik. Er is een groter effect bij een volledig motivationeel gesprek dan enkel bij feedback (Monty e.a., 2007). Een nog groter effect wordt bekomen door het aanbieden van een boostersessie na het ontslag van de patiënt, zelfs indien de aanmelding op de spoeddienst niet rechtstreeks was gerelateerd aan het gebruik van alcohol (Longabaugh e.a., 2001).

Haalbaarheidsonderzoek is belangrijk, want ondanks de effectiviteit van vroeginterventie in het algemeen, wordt het vaak niet toegepast. Hulpverleners halen vaak verschillende redenen aan waarom ze nauwelijks toekomen aan vroegtijdige interventies zoals: "tijdsgebrek", "te weinig deskundigheid", "te gevoelig onderwerp om te bespreken", "alcohol- en drugproblemen zijn voor de gespecialiseerde hulpverlening", "de impact van zulke interventies op verslaafden is klein". In tal van onderzoeken werd aangetoond dat deskundigheidsbevordering in het herkennen van de signalen, gekoppeld aan een attitudeverandering van de hulpverlener, een duidelijke toename betekende van het aantal gevallen van problematisch gebruik dat onderkend werd (Matthys, 2004).

Conclusie:

Op de totale populatie van 15 jaar en ouder in België consumeren 2 op 3 personen wekelijks alcohol. Bij leerlingen van het secundair onderwijs is dit 1 op 4. De gezondheidsenquête zegt tevens dat 32% van de bevolking overmatig veel alcohol gebruiken.

Uit literatuur kunnen we concluderen dat er betrekkelijk weinig onderzoek verscheen naar het aantal opnames onder invloed van alcohol- of andere middelen op spoedopnamediensten in België. De gepubliceerde buitenlandse onderzoeken zijn zeer uiteenlopend in de gemeten prevalentie en zijn niet echt vergelijkbaar met elkaar. Cijfers variëren tussen de 7% en 41% afhankelijk van de gekozen methodologie (zelfrapportage, observaties, tests) en waar het onderzoek heeft plaatsgevonden.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met alcohol- of drugproblemen minder dan 5% van het totaal aantal patiënten vertegenwoordigen, maar goed zijn voor 10% van de tijd doorgebracht bij de patiënten.

Indien we kijken naar de mogelijke interventies (naast de lichamelijke behandeling), stellen we vast dat vooral kortdurende interventies werden onderzocht. Uit verschillende reviews blijkt dat er positieve effecten zijn bij het toepassen van kortdurende interventies op spoeddiensten bij problematisch alcoholgebruik. Bovendien blijkt dat deze interventies door zowel dokters als verplegers kunnen toegepast worden.

De mening van enkele sleutelfiguren

Voor deze bevraging werden 9 urgentieartsen, 1 psychiater en 1 hoofdverpleegkundige bevraagd van elf verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen en Brussel. De conclusies zijn dan ook niet generaliseerbaar naar heel België of zelfs naar heel Vlaanderen.

In België waren er in 2006 in totaal 139 spoedgevallendiensten. Hiervan liggen er 69 in Vlaanderen, 53 in Wallonië en 17 in Brussel.

Volgende ziekenhuizen werden bevraagd:

- AZ Groeninge, Kortrijk: dokter Struyve
- AZ Henri Serruys, Oostende: dokter Remy
- AZ Sint-Maarten, Mechelen: dokter Matthys
- AZ Sint-Nikolaas, Sint-Niklaas : dokter Damen
- AZ Stuivenberg: dokter Anseeuw
- UVC Brugmann, Brussel: hoofdverpleegkundige Gyssens
- UZ Antwerpen: dokter Beaucourt
- UZ Leuven: dokter Sabbe
- UZ Gent: dokter Calle
- Virga Jesseziekenhuis, Hasselt: dokter De Wit
- Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk: dokter Vundelinckx

Registratie

De meeste spoeddiensten hebben geen aparte registratie met betrekking tot de alcohol- en drugproblematiek. Dit is tijdrovend en wordt vergeten op de drukke momenten. De spoedartsen geven aan dat een registratie van alcohol- en druggebruik nuttig zou kunnen zijn om gericht in te spelen op trends in bepaalde regio's.

> *" We hebben dit geprobeerd, maar zijn hiermee gestopt. Dit liep mis, vooral in het heetst van de strijd werd dit niet gedaan."*

De meeste artsen geven ook aan dat het niet wenselijk is om nog een extra registratiesysteem te creëren naast de Minimale Klinische Gegevens (verder M.K.G.). De ziekenhuizen zijn wettelijk verplicht om binnen dit systeem te registreren. Het probleem met de M.K.G. is dat deze registratie ontwikkeld werd met een andere bedoeling. Zo zal de hoofddiagnose binnen de M.K.G. indicatief zijn voor de duur van de opname/behandeling. De patiënten die ambulant geholpen worden op de spoeddienst krijgen daarom een soort van 'dummycode' toegekend binnen de registratie. Deze code maakt het onmogelijk om de alcohol- en/of drugproblematiek er nadien terug uit te destilleren. Binnen de M.K.G. werkt men met een hoofd- en een nevendiagnose. Om kwantitatieve gegevens te genereren dient men beide te onderzoeken. Indien men slechts 1 van de twee onderzoekt zal men nog meer ontbrekende data bekomen. De alcohol- of drugproblematiek zal dikwijls niet als hoofddiagnose worden aangeduid binnen de M.K.G. In het beste geval wordt deze vermeld in de nevendiagnose.

> *"Ik heb bij ons de cijfers opgevraagd, als ik dat zo zie is dat ongeveer 10% van wie via spoed opgenomen wordt. Indien je enkel de hoofddiagnose krijgt, dan mis je er heel veel, de belangrijkste mis je."*

> *"Wat is de reden waarom ik iemand zou screenen voor de aanwezigheid van dingen, van drugs? Het verandert niks aan het beleid, het verandert niks aan de behandeling, tenzij hij abnormale symptomen vertoont, dat hij zijn bewustzijn verliest...."*

De universitaire ziekenhuizen waren voorstander van een aparte registratie en gaven aan dat de M.K.G. niet geschikt zijn voor onderzoek.

Binnen het medisch dossier van de patiënt worden eveneens een heleboel gegevens genoteerd. Indien men uit de medische dossiers cijfers wil destilleren dient men echter elk dossier nadien opnieuw te bekijken en alle mogelijke zoektermen in te geven. Dit blijkt nauwelijks haalbaar door de vele combinaties waarop gezocht zou moeten worden binnen het dossier.

> *"... dan moet je voor elke patiënt bij manier van spreken 10, ja héél vaak, 10-20 items actief gaan scoren, en dat is gewoon onmogelijk."*

Het eHealth-platform zou een mogelijke oplossing kunnen bieden, dit platform heeft ondermeer als doel systemen te ondersteunen die informatie inzamelen voor epidemiologische waakzaamheid. (FOD Volksgezondheid, 2008)

> *"Moesten we dat nationaal registreren en daar gaan we op de kortste tijd met de evolutie van 'eHealth' naartoe, dan gaan we een aantal fenomenen veel sneller zien ontstaan."*

Aanmeldingen

Volgens de spoedartsen zijn er een aantal groepen te onderscheiden binnen de patiënten met een middelenproblematiek.

> *" ...Je hebt de chronische alcoholiekers, ... De mensen die verslaafd zijn aan drugs,... De mensen die komen van één of andere fuif die van alles geslikt hebben die comateus zijn. ... De mensen met trauma's en waarvan je eigenlijk kan stellen dat het trauma het gevolg is van hun dronkenschap."*

<u>Alcoholafhankelijkheid</u>

De groep mensen die afhankelijk zijn van alcohol en zich veelvuldig melden op de spoeddienst, worden dikwijls per ambulance opgepikt en worden als 'vaste klanten' van de spoed bestempeld door de artsen. Deze patiënten kent men dikwijls zelfs bij naam en komen dag in dag uit zowel overdag als 's nachts toe op de spoeddienst.

> *"We hebben er eentje , ... die is er ooit in geslaagd om op 24 uur 8 keer ingeschreven te worden. Telkens via ziekenwagen, dus reken zelf maar uit....".*

De geschatte aantallen lopen per spoeddienst uiteen, maar alle spoeddiensten geven aan dat zij met deze groep dagelijks geconfronteerd worden. Ze komen binnen met zeer uiteenlopende klachten, het gaat om een groep patiënten die tussen de 30 en 65-jaar is.

> *"... De zoveelste opname voor psychische decompensatie, maagbloeding, slokdarmvarieses, hartfalen, fracturen,... van de trap gevallen. Die categorie situeert zich begin dertig tot zestig jaar."*

> *"die is groot... En ook de indruk van weinig therapeutisch effect dat erop verkregen wordt."*

<u>Afhankelijkheid van illegale drugs</u>

Een tweede groep patiënten zijn de mensen die afhankelijk zijn van illegale middelen en zich aanmelden op de spoed voor hulp. Deze groep is een stuk kleiner dan de groep met een alcoholafhankelijkheid. Voor een aantal ziekenhuizen gebeurt de triage voor de psychiatrie via de spoeddienst. Niet alle bevraagde

ziekenhuizen hadden een psychiatrische afdeling, patiënten melden er zich echter eveneens aan op de spoeddienst. Indien men een PAAZ[7] heeft, varieert het beleid per ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen kiezen er bewust voor om patiënten die onder invloed zijn van alcohol of drugs niet (meteen) op te nemen omdat men twijfelt aan de motivatie van de patiënt.

> " *...want wij zien toch dat dikwijls dat wanneer zij komen ... is dat geldproblemen, onderdakproblemen en willen ze gewoon even onderdak hebben en dan zijn ze na een dag of twee toch weer weg. Die zijn niet gemotiveerd om af te kicken, het is gewoon een kwestie van onderdak en eten."*

Acute intoxicaties

Een derde groep is deze van de acute intoxicaties van alcohol of andere drugs. Deze groep meldt zich vooral tijdens de weekends aan, van vrijdag- tot zondagnacht. Het merendeel van de patiënten die worden opgenomen met een acute alcohol- of drugintoxicatie wordt tussen de 16 en 35 jaar geschat.

> " *De meerderheid is alcohol,... en dan xtc, fluid xtc[8], een paar keer ook al cocaïne gehad. Ik heb er twee gehad met een hersenbloeding nog niet zo lang geleden."*

> *"...de grootste categorie die we zien is tussen 16 en 35 jaar."*

We vroegen de artsen tevens naar de aanmeldingen van jonge kinderen (-16 jarigen) met een acute alcoholintoxicatie. De antwoorden op deze vraag blijken regionaal nogal uiteen te lopen. Het merendeel van de artsen geeft aan dat dit zeer sporadisch voorkomt, meestal naar aanleiding van het einde van de examens, de laatste honderd dagen of Nieuwjaar.

Zij dramatiseren de problematiek niet en geven aan dat er een veel groter probleem is bij de volwassenen.

> *"... niet heel jong, zo van dertien, veertien jaar dat is uitzonderlijk."*

> *"... die heel jonge van 14 jaar zijn zeldzaam hé, de meeste zijn vanaf 16 jaar...*

> " *We zien in de Belgische spoedgevallendiensten dat je heel vaak jongeren ziet binnenkomen naar aanleiding van bepaalde evenementen: Nieuwjaar, carnaval in Aalst. Ieder jaar liggen daar jongeren. Is dat echt een problematisch iets? Ik heb niet de indruk dat dat zo problematisch is. Het is niet iets dat ik iedere week tegenkom op spoedgevallen..."*

In enkele regio's geven de artsen aan dat zij wel geconfronteerd worden met deze problematiek. Zij geven uiting aan hun ongerustheid over het fenomeen.

> *"Dat is toenemend. ... dat is 14-15 jaar, dus binnenkomen en echte alcoholintoxicatie, ja. ... Vroeger was het nul... Het laatste jaar is het zeker geen nul meer, het worden er toch 5-6-7 op een jaar."*

> *"... Op 1 jaar tijd met vier Gentse ziekenhuizen zitten we aan 72-75 jongeren onder de 18 jaar."*

Onder de 15 jaar blijkt het fenomeen bijna nooit voor te komen, noch in de regio's waar men zegt er sporadisch mee geconfronteerd te worden, noch in de regio's waar een hoog aantal opnamen werd vastgesteld.

---

[7] PAAZ: Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis
[8] Fluid XTC: GHB

Verwondingen gerelateerd aan gebruik

De vierde groep is deze van de patiënten die naar aanleiding van alcohol- of middelengebruik betrokken raken in een (verkeers)ongeval of vechtpartij. Binnen deze groep herkennen de artsen verschillende deelpopulaties.

> *"...Zelf geïntoxiceerd zijn en schade hebben opgelopen, bijvoorbeeld een gebroken hand hebben omdat ze tegen iemand hebben opgeklopt... Zelf geïntoxiceerd zijn en slachtoffer geworden van iemand anders die geïntoxiceerd is... En dan hebben we ook de mensen die niet geïntoxiceerd zijn, maar wel het slachtoffer zijn geworden van een geïntoxiceerd iemand."*

Hoe groot deze groep ingeschat moet worden is niet duidelijk. Sommige artsen geven aan dat het om een aanzienlijk aantal gaat, maar er gebeurt geen aparte registratie over. De artsen geven aan dat zij zeer regelmatig geconfronteerd worden met dodelijke verkeersongelukken waar alcohol of andere drugs in het spel waren. Ook de slachtoffers van vechtpartijen worden herhaaldelijk vernoemd.

> *"Vaak dat wij weg moeten met de MUG voor verkeersongevallen en waar vaak, toch al ettelijke, met dodelijke afloop met alcohol. Vechtpartijen ook een hele hoop..."*

Problemen

De samenwerking met de categoriale alcohol- en drughulpverlening, het preventiewerk en het algemeen welzijnswerk loopt volgens enkele artsen niet altijd even vlot. De opmerkingen hadden vooral betrekking op een verschil aan visie of een gebrekkige communicatie.

> *"Die mensen komen soms via het MSOC. Ze komen hier hulp vragen maar op de dienst psychiatrie behandelt men geen verslavingsproblematiek, dus bij ons kunnen ze niet terecht daarvoor, maar ze komen wel."*

> *"Een ander probleem dat we nu hebben is sociale opvang van mensen die overal geweigerd worden."*

De artsen geven aan dat deze groep extra medische (inschattings)risico's met zich kan meebrengen. Het gevaar schuilt erin dat de patiënt niet altijd kan vertellen wat er gebeurd is in de uren voor de opname en dat door de veelvuldige opnames van dezelfde patiënten er lichter overheen gegaan zou kunnen worden.

> *" Moet je dan alle middelen er weer tegen aansmijten? ... Bij sommige mensen kunt ge dat wekelijks gaan doen. ... Daar situeert zich het risico en dat is een enorme dualiteit. De patiënten lopen dat risico maar anderzijds ook de geneesheren. ... Het leek ons allemaal in orde en dan is hij plots zeer zwaar gedeterioreerd en blijkt er plots een hersenbloeding te zijn."*

In een aantal regio's heeft de politie de gewoonte om onder invloed zijnde arrestanten eerst te laten onderzoeken op de spoeddienst. Sommige artsen geven aan dat dit is om zich in te dekken bij mogelijke problemen achteraf. Niet alle spoedartsen zijn even gelukkig met deze procedure. Enkele artsen geven aan dat zij samenwerken met de politie en dat die snel komt wanneer ze zelf hulp nodig hebben bij problemen op de spoeddienst.

> *"Zij trachten natuurlijk de verantwoordelijkheid door te schuiven. ... Het aantal processen op spoedgevallen neemt angstwekkend toe en ik vrees dat we binnen een paar jaar geen mensen meer bereid vinden om op de spoedgevallen te werken."*

Het merendeel van de diensten geeft aan geconfronteerd te worden met fysieke agressie, materiaal dat vernield wordt, andere patiënten die lastig gevallen worden, patiënten die hun lichaamsvloeistoffen de

vrije loop laten,... Het personeel ervaart hierdoor een grotere belasting, die ten koste kan gaan van de hulpverlening aan andere patiënten.

> *"...Die lopen altijd weg, ge moet daar iemand naast zetten. Die lullen, die lallen, die gaan de gang op, ambeteren de mensen, die roepen... Als ge daar dan in een druk moment iemand voor moet blokkeren dan hebt ge personeelstekort."*

> *"... De agressiviteit, die er zeer dikwijls mee gepaard gaat. Ten tweede de smeerlapperij om het cru te zeggen, het kotsen en zo. Mogelijk moet ge die 2-3 keer op 1 nacht verversen omdat ze liggen te kotsen."*

> *"We hebben poging tot verkrachting gehad hier in de beddenzaal. Iemand die onder invloed binnengekomen was, in de beddenzaal gelegd is, die daar 's morgens nog alleen lag in de beddenzaal. En de kuisvrouw die daar kwam de toer doen, die daar vastgepakt is."*

Opvang middelengebruikers

Acute opvang

De meeste artsen geven aan dat de kerntaak van een spoeddienst de medisch technische opvang is. De opvang in de acute fase zien zij als hun rol, nadien dienen andere diensten de patiënt over te nemen.

> *"...binnen de 24 uur op de spoed moeten ze gewoonlijk weg zijn, als het kan sneller."*

> *"Observeren en symptomatisch behandelen."*

> *"Wij behandelen ze tot dat ze uit de gevarenzone zijn, uit de fysische gevarenzonde zijn en dan nemen de psychiaters over."*

Crisiseenheid Middelen

Sinds 2002 beschikken een aantal ziekenhuizen[9] over een 'Crisiseenheid Middelen'. De 'Crisiseenheid Middelen' houdt een deel van de bedden binnen een Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie (EPSI) vrij om middelengerelateerde patiënten op te vangen. Deze eenheden worden soms ook Universitaire Psychiatrische Spoedinterventie (UPSI) of Toxicomanen Eenheid Psychiatrische Spoedinterventie (TEPSI) genoemd. De bedoeling van deze eenheden is een crisisopvang te organiseren die 24 uur per dag ter beschikking is. Het behandelingsteam is multidisciplinair samengesteld uit psychiaters, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers. Patiënten die medische problemen hebben worden eerst op de spoed gehouden, nadien worden ze doorverwezen naar de EPSI.

De opname op een EPSI wordt beperkt tot een maximum van 5 dagen. De eenheden zijn nauw ingebed in het zorgcircuit van de regio en beschikken over een casemanager om een goede doorverwijzing mogelijk te maken (ZOL, 2005; AZ Sint-Lucas, 2009; UZ Gent, 2008).

De crisiseenheid middelen wordt als een grote meerwaarde gezien door de spoedartsen.

> *"... Als spoedopnamedienst... screenen we naar de aanwezigheid van zware intoxicaties, lichamelijke problemen, traumatische problemen...Al dan niet na een gewone simpele bloedafname mogen wij die patiënten met een simpel telefoontje doorsturen naar de UPSI."*

[9] Het betreft volgende crisiseenheden in Vlaanderen en Brussel: EPSI AZ Sint Jan Brugge, EPSI AZ Stuivenberg Antwerpen, UPSIE UZ Gent, EPSI UZ Leuven, TEPSI Ziekenhuis Oost-Limburg Genk, Centre Hospitalier Universitaire Brugmann Brussel.

"... Een grote aanwinst de aanwezigheid van EPSI Verpleegkundigen. En heel vroeg die detectie hebben van dat problematische (gebruik)."

" We hebben er ons voor geëngageerd om die patiënten proberen in contact te brengen met een psychiater. We proberen erin te slagen om er zoveel mogelijk naar de EPSI te krijgen en diegenen die het niet willen proberen we tot een minimum te beperken en daar halen we de psychiater bij. Ik denk dat we er toch in slagen om 80% naar de EPSI te krijgen.... En van die 20% wordt ....toch zeker een 10% gezien door de psychiater..."

Interne afspraken

Andere ziekenhuizen beschikken niet over een EPSI, maar maakten interne afspraken voor de behandeling van chronische alcoholgebruikers en/of andere druggebruikers. Het aanbod is divers: een psychiatrisch verpleegkundige, een (liaison) psychiater of een multidisciplinair 'alcoholteam'.

Op het moment dat de patiënt voldoende aanspreekbaar is, tracht men een gesprek aan te gaan. Deze gesprekken zijn divers naar gehanteerde gesprekstechnieken. Een aantal artsen geven aan dat dit op een motiverende manier gebeurd, anderen spreken dan weer over een preek.

"...We hebben een afspraak met de psychiatrie dat er altijd een psychiater op consult komt..."

"...Er is een alcoholteam in het ziekenhuis dat zich bezighoudt met mensen die opgenomen worden op interne diensten.... Een verzorgende, een internist, een psychiater... Enkel voor de habitués die opgenomen worden."

" Wel meestal krijgen ze een preek mee ... Van ziet een keer, ge zijt in het ziekenhuis geweest en het had veel erger kunnen zijn, ge speelt met vuur en die smeerlapperij moet ge toch maar niet meer nemen...."

Eén ziekenhuis gaf aan dat zij een RCT hebben uitgevoerd met betrekking tot 'brief interventions' in hun ziekenhuis. Zij konden echter geen conclusies trekken doordat de opvolging niet goed kon gebeuren door een gebrek aan middelen voor het onderzoek. Een belangrijke conclusie uit de test was wel dat er een positieve attitudeverandering had plaatsgevonden bij het personeel.

"... dat ze (het personeel) er meer oog voor hebben en zich realiseren dat het iets is waar je gewoon kunt over spreken."

Dwangtechnieken

Het gebruik van technieken om patiënten te fixeren of in een isoleercel te plaatsen werd herhaaldelijk vernoemd als technieken bij patiënten die agressief of psychotisch zijn.

"We hebben ook een isoleercel, patiënten worden soms ook een keer gefixeerd...ook nog een dagelijks gegeven hier... meestal één patiënt per dag... een groot stuk, 90% gaat het over alcohol en drugs."

"Als ze echt psychotisch zijn, in isolatie gaan, we spuiten ze plat of we brengen ze naar de PAAZ-afdeling."

Verwittigen huisarts/familie

Bijna alle spoedartsen gaven aan dat zij bij een minderjarige patiënt de ouders zullen verwittigen. Over het algemeen tracht men voor alle patiënten de huisarts via een brief op de hoogte te brengen van de

spoedopname.

"...bij minderjarigen doe ik dat stelselmatig."

" Het is wel zo dat als we iets hebben gevonden bij de minderjarige dat ik de ouders inlicht. Dan zeg ik: kijk bij de urinecontrole heb ik dit en dit gevonden."

"...wij schrijven er alcoholintox op... Als hij aangesloten is op 'medibridge'[10] gaat dit via die weg, anders wordt dat met de patiënt meegegeven, maar die brieven gaan meestal verloren omdat de patiënt die in de vuilbak gooien of kapot scheuren voor uwe neus."

Noden/behoeften

De noden en behoeften die de verschillende diensten aangeven zijn zeer divers. Een klein aantal diensten geeft aan dat zij zelf geen noden hebben met betrekking tot dit thema of dat zij niet van VAD verwachten dat wij erop inspelen.

"Ik denk dat de VAD eigenlijk andere doelstellingen en doelgroepen heeft, waardoor ik met interesse en aandacht langs de zijlijn volg en kijk wat de VAD doet, maar dat ik daar voor ons als doelgroep niet direct vind wat ik nodig heb en waar ik ook niet op zoek zal gaan."

"...In steden als Antwerpen of Brussel dat ze daar nood aan hebben, maar hier is dat ... verwaarloosbaar zou ik niet zeggen... Een kleiner gedeelte van ons cliënteel."

Enkele diensten formuleerden verwachtingen voor de overheid, niet naar VAD.

"...Meer personeel van tien uur 's avonds ... om als die mensen binnenkomen..."

"... Wij zouden op termijn hier ook een EPSI willen..."

De spoeddiensten die reeds initiatieven hebben genomen in het verleden geven aan dat vooraleer er interventies of dergelijke ontwikkeld worden, er nood is aan een goede sensibilisering en registratie.

"Eerst moet het herkend worden..."

"Laat ons stelselmatig een soort publiek die voldoen aan volgende criteria, laat ons die screenen. Dat betekent wat bloed afnemen, wat urine... er bestaan ook sneltesten."

"Het zou bijvoorbeeld zinvol zijn als je zegt we gaan in alle spoedgevallen in gans België, met de nodige ondersteuning, gedurende een week registreren. Dan krijg je ongelooflijke gegevens en ge kunt dat niet uit de MKG halen..."

<u>Vorming</u>

De vraag naar vorming was zeer uiteenlopend. Een aantal diensten geven aan dat er nood aan vorming is. Andere diensten nuanceren dit en zeggen dat zij geen bezwaar hebben tegen vorming, maar dat deze problematiek niet hoog op de prioriteitenlijst staat.

"Wij op de spoedafdeling hebben duidelijk nood om meer te weten over de houding ten opzichte van alcoholproblematiek en drugsproblematiek. Ook wat de mogelijkheden zijn achter. Waar

[10] Medibridge is een bedrijf dat informaticatoepassingen ter beschikking stelt om via elektronische weg beveiligd berichten uit te wisselen.

kunnen die mensen naar toe?..."

"...Ik denk dat het niet echt op de prioriteitenlijst staat..."

Folders

Meerdere bevraagden geloven niet in het concept van folders op de spoeddienst. Dikwijls hebben ze dit wel al eens geprobeerd, maar liep dit mis. Enkele spoeddiensten geven aan wel folders of zelfhulpboekjes te willen verspreiden als ze gratis ter beschikking worden gesteld.

"Als er folders zijn wil ik gerust proberen te verspreiden... Wij hebben een aantal pogingen gedaan met andere folders maar die stand werd steevast afgebroken... Die zag je dan door de spoed vliegen."

"... een alcoholieker een foldertje geven, forget it."

Pilootproject

We bevroegen de verschillende spoeddiensten of ze eventueel bereid zouden zijn om in te stappen in een pilootproject. De meeste regionale ziekenhuizen zien dit zitten indien er een concreet aanbod aan gekoppeld wordt dat voor hen ook een meerwaarde biedt.

"Als er daadwerkelijk iets verandert en iets kan uitkomen. Gewoon een studie om een studie, neen."

"Ik vind dat het iets noodzakelijk is voor de spoedopname, dus als er daar tijd voor nodig is, moet daar tijd voor gemaakt worden. Het is een levend probleem hier op de spoedopname..."

De universitaire ziekenhuizen geven aan dat ze het in de eerste plaats belangrijk vinden om te onderzoeken hoe groot de problematiek is op de spoeddiensten. De UPSI wordt dan weer eerder gezien als een partner bij het uitwerken van concrete interventies voor problematische gebruikers.

"...Dan zal het de UPSI zijn die jullie partner is... Als universitair ziekenhuis staan wij altijd open voor wetenschappelijk werk... Uiteraard ...Hoeveel werkbelasting is het? Wat is het rendement in functie van publicaties? De maatschappelijke relevantie?... Het moet ook voor ons een aantrekkelijke situatie zijn, het moet tot een win-win situatie terecht komen."

Conclusie

De huidige manier van registreren laat niet toe om op een snelle en eenvoudige manier zicht te krijgen op het aantal patiënten dat zich op de spoeddienst aanmeldt met alcohol- of andere drugproblemen. Het creëren van een registratiesysteem van epidemiologische waakzaamheid is nuttig om kort op de bal te kunnen spelen bij nieuwe fenomenen. Het eHealth platform dat de overheid wil ontwikkelen zou hiervoor een oplossing kunnen bieden, tenminste als de privacy van de patiënt kan beschermd worden.

Spoedartsen worden dagelijks geconfronteerd met alcohol- of andere druggebruikers, het merendeel van deze patiënten gebruikt alcohol en is meerderjarig.

De opvang vraagt een grotere tijdsinvestering van het personeel omwille van agressie, wegloopgedrag, enz. Omwille van de overlast is het dan ook een patiëntengroep waar men liever zo snel mogelijk terug van af is.

De opvang van de middelengebruikers gebeurt zeer divers. Het merendeel van de spoedartsen zien voor zichzelf vooral een rol weggelegd als urgentiearts die de patiënt in leven houdt. Nadien moeten andere diensten de patiënt overnemen. Als er een EPSI is, verwijst men vooral hiernaar door. In andere ziekenhuizen wordt vooral de 'liaison psychiater' ingezet. Dit soort interventies wordt echter enkel toegepast bij problematisch middelengebruik of afhankelijkheid en meestal dan nog enkel bij alcohol. De patiënten met een acute intoxicatie worden over het algemeen niet aangesproken op hun gebruik.

De diversiteit in de opvang van middelengebruikers vertaalt zich ook in de verschillende noden en behoeften die diensten aangeven. Een aantal diensten zien geen rol weggelegd voor de VAD, zij hebben vooral vragen naar de overheid. Andere diensten zijn vragende partij voor een betere opvang van alcohol- en andere druggebruikers op hun dienst of binnen hun ziekenhuis. Zij geven aan dat het belangrijk is dat de arts de problematiek in eerste instantie herkent en dat er een registratie komt die het mogelijk maakt om kort op de bal te spelen. Hieraan kan men dan interventies koppelen. De meeste spoeddiensten willen hieraan meewerken, mits bijkomende middelen.

Een blik op de Vlaamse cijfers

Voor dit hoofdstuk hebben we gebruik gemaakt van de Minimale Klinische Gegevens (verder M.K.G.), enkele cijfers m.b.t. de crisiseenheden middelen en het onderzoek van Calle e.a. op de spoeddienst van UGent.

Minimale Klinische Gegevens

De Minimale Klinische Gegevens (verder M.K.G.) werden opgevraagd voor alle Vlaamse ziekenhuizen en alle Vlaamse residenten in Brusselse en Waalse ziekenhuizen tussen 2002 en 2006.

De volgende gegevens werden geselecteerd:

- opnamen in algemene ziekenhuizen[11] via de spoed aangemeld en resulterend in een klassieke of een daghospitalisatie.
- met een alcohol- of druggerelateerde hoofddiagnose (cf. bijlage 1).

Het alcohol- en/of druggebruik kan als hoofddiagnose teruggevonden worden wanneer de patiënt wordt opgenomen:

- met als doel detoxificatie en/of revalidatie van alcohol of andere drugs en wanneer er geen aanwijzingen zijn van ontwenningsverschijnselen of andere psychotische symptomen.
- met de diagnose van een middelengerelateerde psychose, hiervoor gebruikt men aparte codes. Eerst wordt dan de psychose gecodeerd, gevolgd door de code voor afhankelijkheid of misbruik van alcohol of drugs. (Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2007).

De cijfers die we hier weergeven, zijn slechts een indicatie van het aantal patiënten dat zich aanmeldt met alcohol- of andere druggerelateerde problemen. We kunnen dus geen uitspraak doen over de prevalentie van de alcohol- en drugproblematiek op de spoeddiensten.

[11] De ambulante spoedopnamen worden sinds eind 2003 geregistreerd binnen de M.K.G., maar zonder de klassieke ICD-9 code. Hierdoor kunnen we deze niet per diagnose opvragen.

Alcohol

In tabel 1 worden de aanmeldingen op de spoeddiensten voor heel Vlaanderen in 2006 als gevolg van een alcoholintoxicatie[12] (ICD-9 CM code: 303.0), alcoholafhankelijkheid[13] (ICD-9 CM code: 303.9) en alcoholmisbruik[14] (ICD-9 CM code: 305.0) weergegeven per leeftijdscategorie.

Tabel 1: Aanmeldingen ten gevolge van hoofddiagnoses: misbruik, afhankelijkheid en intoxicatie van alcohol per leeftijdscategorie in 2006

leeftijd	intoxicatie	afhankelijkheid	misbruik	totaal	Totaal aantal opnam. via spoed	Alcohol/Totaal aantal opn. via spoed %
0 tot 10	0	0	0	0	176.435	0.00%
11 tot 20	44	4	351	399	167.850	0.24%
21 tot 30	104	30	276	410	202.021	0.20%
31 tot 40	354	152	318	824	179.770	0.46%
41 tot 50	806	287	447	1.540	160.704	0.96%
51 tot 60	639	298	348	1.285	120.834	1.06%
61 tot 70	260	135	186	581	99.369	0.58%
71 tot 80	135	53	133	321	124.596	0.26%
80+	30	20	44	94	108.178	0.09%
Totaal	2.372	979	2.103	5.454	1.339.757	0.41%

De grootste groep van personen die zich aanmelden op de spoeddiensten als gevolg van alcoholafhankelijkheid, alcoholintoxicatie of alcoholmisbruik is tussen de 41 en 50 jaar. In deze groep komen vooral aanmeldingen voor als gevolg van alcoholintoxicaties. De leeftijdsgroepen van 31 tot en met 40 en van 51 tot en met 60 zijn ook vrij groot. Tegenover het totaal aantal opnamen op de spoeddienst scoort de groep van 51 tot 60 jaar het hoogste. Bij de groep van 11 tot en met 20 jaar zijn er bijna geen personen die zich aanmelden met een afhankelijkheidsprobleem. Het grootste deel van deze groep komt op de spoed terecht door het misbruik van alcohol. De meeste aanmeldingen in verband met alcohol zijn het gevolg van een alcoholintoxicatie, kort gevolgd door alcoholmisbruik.

Indien we het aantal opnamen met als hoofddiagnose alcoholafhankelijkheid, alcoholintoxicatie en alcoholmisbruik afzetten tegen het totaal aantal opnamen op de spoeddiensten blijkt dat de hoogste score slechts 1% van het totaal aantal aanmeldingen telt.

Dit zegt meer over de manier van scoren binnen de M.K.G. dan over de problematiek zelf. Doordat enkel de hoofddiagnose wordt gescoord voor de effectieve opnamen en we geen cijfers hebben van de ambulante spoedopnamen, gaat immers de grootste groep verloren.

---

[12] De ICD-9 CM verstaat onder acute intoxicatie een voorbijgaande toestand die volgt op de toediening van een middel dat leidt tot verstoringen van bewustzijnsniveau, cognitie, waarneming, gedrag- of andere psycho-fysiologische functies en reacties.

[13] Een afhankelijkheidssyndroom wordt gezien als een cluster van lichamelijke, gedragsmatige en cognitieve verschijnselen, waarbij het gebruik van een middel een veel hogere prioriteit krijgt voor de betrokkene dan andere gedragingen die ooit een hogere waarde hadden (International Classification of Diseases, WHO).

[14] Misbruik of schadelijk gebruik wordt gezien als een gebruikspatroon van een psychoactief middel dat de gezondheid schaadt. De schade kan zowel lichamelijk als psychisch zijn.

Afhankelijkheid van drugs

In tabel 3 geven we de aanmeldingen op de spoeddiensten in 2006 met als hoofddiagnose afhankelijkheid van andere drugs weer. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten drugs: opiaten (ICD-9 CM code: 304.0), cocaïne (ICD-9 CM code: 304.2), cannabis (ICD-9 CM code: 304.3), amfetamine (ICD-9 CM code: 304.4). Ook anders gespecificeerde afhankelijkheid (AS) (ICD-9 CM code: 304.6), afhankelijkheid van combinatie druggebruik (Combi.) (ICD-9 CM code: 304.7 + 304.8) en ongespecificeerde afhankelijkheid (OS) (ICD-9 CM code: 304.9) werden mee in de tabel verwerkt.

Tabel 3: Aanmeldingen t.g.v. van een hoofddiagnose afhankelijkheid van drugs per leeftijd in 2006

	Opiaten	**Cocaïne**	**Cannabis**	**Amfetaminen**	**A S**	**Combi.**	**O S**	**Totaal drugs**	Totaal aantal opnamen via spoed
0 tot 10	0	0	0	0	0	0	0	0	176.435
11 tot 20	4	6	3	3	1	0	2	19	167.850
21 tot 30	49	12	13	13	7	21	8	123	202.021
31 tot 40	15	7	3	4	4	9	4	46	179.770
41 tot 50	15	3	3	2	7	9	2	41	160.704
51 tot 60	4	2	0	0	2	1	2	11	120.834
60+	4	0	0	1	8	4	2	19	332.143
Totaal	**91**	**30**	**22**	**23**	**29**	**44**	**20**	**259**	**1.339.757**

De grootste leeftijdscategorie bij de aanmelding als gevolg van afhankelijkheid van drugs is 21 tot en met 30 jaar. Vooral de afhankelijkheid van opiaten leidt tot spoedopnamen. Toch kunnen ook de afhankelijkheid van cocaïne, anders gespecificeerd gebruik (dit kan bijvoorbeeld het gebruik van GHB zijn) en combinatiegebruik een aanleiding zijn tot een spoedopname.

Afhankelijkheid van alcohol en andere drugs vergeleken

De frequentie van de verschillende afhankelijkheden van 2002 tot en met 2006 wordt weergegeven in tabel 4. We zien een geleidelijke daling van de aanmeldingen voor afhankelijkheid van alcohol optreden vanaf het jaar 2003. Dit verklaart ook het merendeel van de daling in het totaal. Voor de afhankelijkheid van andere drugs zijn er geen significante verschillen zichtbaar. Enkel de ongespecificeerd afhankelijkheid is gevoelig gedaald.

Dit zou kunnen wijzen op een andere manier van registreren, maar dit dient verder onderzocht te worden.

Tabel 4: Aanmeldingen ten gevolge van hoofddiagnose afhankelijkheid van alcohol of drugs in 2002 t.e.m. 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Afhankelijkheid alcohol	1.225	1.270	1.114	1.033	979
Afhankelijkheid opiaten	87	78	84	73	91
Afhankelijkheid combinatiegebruik	54	47	50	54	44
Afhankelijkheid cocaïne	28	30	37	41	30
Afhankelijkheid anders gespecificeerd	29	25	19	23	29
Afhankelijkheid amfetamine	23	39	27	36	23
Afhankelijkheid cannabis	26	22	42	35	22
Afhankelijkheid ongespecificeerd	75	41	35	34	20
Totaal aantal hoofddiagnosen afhankelijkheid die hebben geleid tot hospitalisatie	1.547	1.552	1.408	1.329	1.238

Bekijken we het laatste jaar (2006), dan is het duidelijk dat het grootste afhankelijkheidsprobleem dat rechtstreeks tot een spoedopname leidt alcoholafhankelijkheid is. Bijna 80% van de patiënten die zich met een afhankelijkheidsprobleem op de spoed melden heeft een probleem met alcohol, opiaten komen op de 2de plaats.

Misbruik van drugs

Tabel 5 toont de gegevens in verband met de hoofddiagnosen in 2006 die een gevolg zijn van drugmisbruik en die leiden tot een opname. Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen cannabis (ICD-9 CM code: 305.2), hallucinogenen (ICD-9 CM code: 305.3), opiaten (ICD-9 CM code: 305.5), cocaïne (ICD-9 CM code: 305.6) en amfetamine (ICD-9 CM code: 305.7).

Tabel 5 : Aanmeldingen ten gevolge van drugmisbruik als hoofddiagnose per leeftijdscategorie in 2006

	Cannabis	Opiaten	Cocaïne	Amfetamin.	Totaal drugmisbruik	Totaal opnam. via de spoed
0 tot 10	0	0	0	0	0	176.435
11 tot 20	14	4	8	11	37	167.850
21 tot 30	17	8	19	20	64	202.021
31 tot 40	8	4	6	0	18	179.770
41 tot 50	1	5	1	4	11	160.704
51 tot 60	0	0	0	0	0	120.834
60+	0	0	0	0	0	332.143
Totaal	40	21	34	35	130	1.339.757

De leeftijdscategorie die het meest op de spoed terecht komt als gevolg van drugmisbruik is die van 21 tot en met 30 jaar. De groep van 11 tot en met 20 jaar is de tweede grootste, het gaat hier echter vooral om +16-jarigen. Vooral misbruik van cannabis leidt tot spoedopnames, wat gezien de mogelijke (urgente) medische complicaties bij cannabisgebruik enigszins verwonderlijk kan klinken. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen zou er meer onderzoek moeten gebeuren.

Misbruik van alcohol en andere drugs vergeleken

Tabel 6 laat zien hoe vaak deze vormen van misbruik voorkwamen van 2002 tot en met 2006.

Tabel 6 : Aanmeldingen ten gevolge van hoofddiagnose drugmisbruik of alcoholmisbruik van 2002 tot 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Misbruik alcohol	1.709	1.716	2.228	2.312	2.103
Misbruik A.S. + O.S. + Combi ([15])	144	85	101	137	124
Misbruik cannabis	36	33	58	55	40
Misbruik amfet.	30	31	48	60	35
Misbruik cocaïne	27	19	36	37	34
Misbruik opiaten	14	14	8	18	21
Misbruik hallucin.	6	7	5	6	3
Totaal	1.966	1.905	2.484	2.625	2.360

Voor het misbruik van alcohol was er een stijging tot in 2005, in het laatste jaar daalde dit terug. Het is duidelijk dat alcohol het vaakst leidt tot spoedopnames in verband met middelenmisbruik. Liefst 89% van de aanmeldingen heeft betrekking op alcohol.

[15] Het gaat hier om: anders gespecificeerde afhankelijkheid (AS) (ICD-9 CM code: 304.6), afhankelijkheid van combinatie druggebruik (Combi.) (ICD-9 CM code: 304.7 + 304.8) en ongespecificeerde afhankelijkheid (OS) (ICD-9 CM code: 304.9).

Totaal afhankelijkheid en misbruik van andere drugs

Intoxicaties voor drugs staan niet in de ICD-9 lijst (cf. bijlage 1). Voor andere drugs wordt enkel misbruik en afhankelijkheid gescoord. In onderstaande tabel zijn voor AS, Combi en OS enkel de cijfers opgenomen over afhankelijkheid, dit komt omdat voor misbruik de ICD deze drie categorieën samenneemt in code 305.9.

Tabel 7 Aanmeldingen ten gevolge van drugmisbruik en afhankelijkheid als hoofddiagnosen per leeftijdscategorie in 2006

	Opiaten	**Cocaïne**	**Cannabis**	**Amfe-taminen**	**A S-afh.**	**Combi.-afh.**	**O S-afh.**	**Totaal drugs**	Totaal aantal opnamen via spoed	Hoofddiagnose drugs/aantal patiënten spoed
0 tot 10	0	0	0	0	0	0	0	0	176.435	0.00%
11 tot 20	8	14	17	14	1	0	2	56	167.850	0.03%
21 tot 30	57	31	30	33	7	21	8	187	202.021	0.09%
31 tot 40	19	13	11	4	4	9	4	64	179.770	0.04%
41 tot 50	20	4	4	6	7	9	2	52	160.704	0.03%
51 tot 60	4	2	0	0	2	1	2	11	120.834	0.01%
60+	4	0	0	1	8	4	2	19	332.143	0.01%
Totaal	**112**	**64**	**62**	**58**	**29**	**44**	**20**	**389**	**1.339.757**	**0.03%**

Uit deze totaaltabel blijkt dat 3 op 10 000 aanmeldingen gerelateerd zijn aan andere drugs dan alcohol. De grootste groep vinden we terug in de leeftijdscategorie 21 tot 30 jaar.

Psychosen alcohol of drugs

Binnen de M.K.G. worden middelengerelateerde psychosen apart geregistreerd. Gezien we opvallend hoge cijfers voor psychosen vonden geven we ze hier weer.

Het aantal aanmeldingen op een spoeddienst als gevolg van een alcoholpsychose (ICD-9 CM code:291.) en drugspsychose (ICD-9 CM code:292.) van 2002 tot en met 2006 in Vlaanderen worden weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Aantal aanmelding als gevolg van een alcohol- of drugspsychose

	2002	2003	2004	2005	2006	Totaal
Alcoholpsychoses	553	587	575	620	694	3.029
Drugspsychoses	274	238	275	420	419	1.626
Totaal	827	825	850	1.040	1.113	4.655

Zowel bij de alcoholpsychosen als bij de drugspsychosen is er een stijging te zien tussen 2002 en 2006. Er werden ongeveer dubbel zoveel alcoholpsychosen behandeld als drugspsychosen.

We kunnen van opvallend hoge cijfers spreken met betrekking tot de psychosen, zeker in vergelijking met de afhankelijkheid of het misbruik van alcohol of drugs (cfr. tabel 4 en tabel 6). Een mogelijke verklaring is dat een hospitalisatie noodzakelijker is voor de veiligheid van de patiënt en dat een

ambulante spoedopname bij psychosen niet is aangewezen. Verder onderzoek zou duidelijkheid moeten creëren.

Crisiseenheden Middelen

Sinds 2001 werden in België door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid in 8 ziekenhuizen bedden gecreëerd voor middelengerelateerde spoedinterventies. Het gaat om zes crisiseenheden voor personen met een afhankelijkheidsproblematiek en om twee eenheden voor patiënten in een psychische crisissituatie die tevens een afhankelijkheidsproblematiek vertonen (Belgische Senaat, 2008).

In 2007 hebben de crisiseenheden middelen gemiddeld dertig patiënten per maand opgevangen waarvan 67% mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 38 jaar. Op het vlak van de gebruikte producten waren het de legale middelen die de meeste problemen stelden aangezien 70% van de patiënten de diagnose misbruik of afhankelijkheid van alcohol kregen en 24% misbruik of afhankelijkheid van benzodiazepines. Gemiddeld verbleven de patiënten 66 uren in de crisiseenheden. Rekening houdend met het aantal patiënten en hun verblijfsduur constateert men dat de bezettingsgraad van de bedden van de eenheden middelengebruik gemiddeld 88% is. 30% van de patiënten die opgenomen zijn in de crisiseenheden werden nog nooit behandeld voor hun afhankelijkheidsprobleem. Het gaat hier dus om een nieuwe populatie van patiënten die in een zorgcircuit terechtkomen dankzij de crisiseenheid. 73% van de patiënten werd bij hun vertrek doorverwezen. De doorverwijzing wordt begeleid door de case manager, gemiddeld worden 70% van de patiënten van de crisiseenheden minstens één keer gezien door hen. (Belgische Senaat, 2008).

Onderzoek UZ Gent (Calle e.a., 2006)

Professor Calle e.a. van het universitair ziekenhuis van Gent deed in 2003 onderzoek naar patiënten waarbij de opname gerelateerd was aan alcohol- en middelenmisbruik. Gedurende de maand september van het jaar 2003 werden alle patiënten (n=1933) op de spoedopnamedienst van het universitair ziekenhuis klinisch onderzocht. Per patiënt werd een registratieformulier ingevuld met volgende gegevens: leeftijd, geslacht, tijdstip van opname, manier van transport naar de spoed, of een andere arts had doorverwezen, of er een verband bestond tussen de spoedopname en middelenmisbruik, en de verdere medische behandeling na de spoedopname. Een toxicologisch onderzoek werd niet systematisch verricht. Enkel indien het nodig was om een diagnose te stellen gebeurde dit. Voor patiënten waarvan de opname ogenschijnlijk niet gerelateerd was aan alcohol- of ander druggebruik ging men niet actief op zoek naar het gebruik van deze middelen.

Van de 1933 geregistreerde patiënten was in 210 gevallen (11%) de spoedopname gerelateerd aan middelenmisbruik. Bijna al deze patiënten gebruikten zelf alcohol of andere drugs (n=182). Slechts 6 % was slachtoffer van een geïntoxiceerd iemand en had zelf niet gebruikt, 8% was slachtoffer en had tevens zelf gebruikt.

De meeste patiënten misbruikten alleen alcohol (73%), 14% misbruikte zowel alcohol als illegale middelen en 13% misbruikte alleen illegale drugs.

Van de 54 patiënten die illegale middelen misbruikten, al dan niet in combinatie met alcohol, waren de meest gebruikte drugs: cannabis (54%), cocaïne (41%), amfetamines (39%) en opiaten (39%).

Binnen de groep van patiënten met middelenmisbruik was de leeftijdsgroep van 21 tot 50 jaar oververtegenwoordigd. Er werden geen patiënten met middelenmisbruik opgenomen onder de 15 jaar en boven de 80 jaar. De opnamen die gerelateerd waren aan middelengebruik gebeurden vooral tussen 20u en middernacht. Tijdens het weekend was er geen verhoging van het aantal spoedopnamen met betrekking tot alcohol- of illegaal druggebruik.

De reden tot opname was vooral een psychiatrisch probleem (51%), letsels naar aanleiding van een vechtpartij (n=19), een verkeersongeval (n=17) en ongevallen in de vrije tijd (n=30) kwamen eveneens frequent voor.

Uit een recenter onderzoek van Calle blijkt dat er op de 4 spoeddiensten van Gent in één jaar tijd 73 tieners dronken binnen kwamen (Calle, in press).

Conclusie:

De M.K.G. geven een indicatie van het aantal patiënten dat zich op de spoed aanmeldt met alcohol- of andere druggerelateerde problemen. In het totaal waren er in 2006 volgens de M.K.G. 389 opnames naar aanleiding van het misbruiken of een afhankelijkheid van drugs. Dit is 0.03% van het totaal aantal aanmeldingen op de spoeddienst met misbruik van drugs als hoofddiagnose. Voor alcohol gaat het over 5454 aanmeldingen of 0.41% van het totaal aantal aanmeldingen.

De M.K.G. registreren enkel de patiënten die een middelengerelateerde hoofddiagnose kregen en die in het ziekenhuis werden opgenomen. Doordat enkel de hoofddiagnose gescoord wordt van de effectieve opnames en niet van ambulante spoedopnames, gaat een zeer grote groep verloren. De cijfers van de M.K.G. vertonen met andere woorden een ernstige onderrapportering op het vlak van middelgerelateerde stoornissen. Om een objectief beeld te krijgen van het aantal patiënten dat zich aandient onder invloed van alcohol of andere drugs op spoeddiensten is er een ander registratiesysteem nodig.

In het onderzoek van Calle e.a. (2006), waarbij op de spoeddienst van de Ugent alle patiënten gedurende één maand gescreend werden naar het gebruik van alcohol- en ander druggebruik, blijkt dat 210 van de 1933 geregistreerde patiënten (11%) op de spoedopname gerelateerd was aan middelenmisbruik. Deze percentages liggen veel hoger ten opzichte van de gegevens uit de M.K.G. Omwille van eerder genoemde beperkingen op de M.K.G., zijn we geneigd de cijfers van Calle e.a. (2006) als een exactere benadering van de realiteit te zien.

Uit de M.K.G., de registraties van de crisiseenheden middelengebruik en het onderzoek van Calle en collega's blijkt duidelijk het grote aandeel van alcoholgerelateerde problemen in vergelijking met druggerelateerde problemen. Het gaat dan voornamelijk over oudere mannen. Bij de aanmeldingen van druggerelateerde problemen zien we een jongere leeftijd, namelijk 21-30 jaar.

Eindconclusie en aanbevelingen

Het gebruik van alcohol en andere drugs is een realiteit in onze samenleving. Het merendeel van de mensen gaat hier verantwoord mee om, maar sommigen misbruiken bepaalde middelen en anderen ontwikkelen zelfs een afhankelijkheid. Problematisch gebruik van middelen leidt op termijn tot psychische en fysieke klachten en is vaak de aanleiding van diverse vormen van ongevallen. Spoeddiensten worden bijgevolg dagelijks geconfronteerd met alcohol- of andere druggebruikers die zich aanmelden met zeer uiteenlopende klachten.

De opvang van de middelengebruikers op Vlaamse spoeddiensten gebeurt zeer divers. Meestal beperkt de zorg zich tot een somatische behandeling. Chronische gebruikers worden vooral doorverwezen naar een EPSI of naar de 'liaison psychiater'. Patiënten die een acute intoxicatie opliepen worden in de meeste gevallen niet aangesproken op hun middelenmisbruik.

De opvang van patiënten met alcohol- of andere drugproblemen vraagt een grotere tijdsinvestering van het personeel omwille van agressie, wegloopgedrag, enz. Ze vormen een niet graag geziene groep op de spoeddienst.

Uit de literatuur blijkt dat naast de lichamelijke behandeling kortdurende interventies op spoeddiensten positieve effecten opleveren. De meeste onderzoeken werden uitgevoerd bij (problematische) alcoholgebruikers. De kosteneffectiviteit en effectiviteit van (kortdurende) interventies op spoeddiensten werd in het buitenland reeds voldoende aangetoond.

Een aantal sleutelfiguren die bevraagd werden, hebben weinig of geen concrete noden naar ondersteuning bij de behandeling van middelengebruikende patiënten. Anderen zijn vragende partij voor een betere opvang van alcohol- en druggebruikers op hun dienst of binnen hun ziekenhuis. In de eerste plaats is het belangrijk dat de arts de problematiek herkent en dat er een registratie komt die het mogelijk maakt om kort op de bal te spelen. Vervolgens kunnen hieraan gerichte interventies gekoppeld worden.

De huidige manier van registreren (M.K.G.) laat niet toe om op een snelle en eenvoudige manier zicht te krijgen op het aantal patiënten dat zich op de spoeddienst aanmeldt met alcohol- of andere drugproblemen. De M.K.G. geven een indicatie van het aantal patiënten dat zich op de spoed aanmelden met alcohol- of andere druggerelateerde problemen, maar vergeleken met andere Vlaamse onderzoeken blijkt dat de cijfers van de M.K.G. een onderrapportering zijn.

➲ Aanbevelingen:

- Een grondige literatuurstudie met betrekking tot de alcohol- en drugproblematiek en naar vroeginterventiemethoden op spoeddiensten is aangewezen.
- De spoedartsen/-verpleegkundigen dienen gesensibiliseerd te worden om de alcohol- en drugproblematiek op hun dienst te onderkennen.
- Ontwikkelen van een registratiesysteem voor het in kaart brengen van alcohol- en ander druggebruik onder patiënten van spoeddiensten, met respect voor de privacy van de patiënt en zonder overload voor de registrator.
- Ontwikkelen van pilootprojecten op spoeddiensten voor het uittesten van effectief gebleken interventies voor alcohol en of andere drugmisbruikende patiënten.

Bibliografie

AZ Sint-Lucas Brugge (2009). Folder Eenheid Psychiatrische Spoedinterventie.Verkregen op 31/07/2009 op http://www.azbrugge.be/pub/uploadedFiles/Subsites/Psychiatrie/PDFs_en_fotos/

Folders/EPSI.pdf. 1-4.

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J., &Van der Heyden, J. (2006). *Gebruik van alcohol.* Gezondheidsenquête 2004.

Babor, T.F. (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: does dissuasion makes a difference? *Journal Consult Clinical Psychology, 62,* 1127.

Belgische Senaat (2008). Schriftelijke vraag nr. 4-839. *www.senate.be geraadpleegd op dd 31/07/09.*

Binks, S., Hoskins, R., Salmon, D., & Benger, J. (2005). Prevalence and healthcare burden of illegal drug use among emergency department patients. *Emergency Medicine Journal, 22 (12),* 872-873.

Calle, P.A., Damen, J., De Paepe, P., Monsieurs, K.G., & Buylaert, W.A. (2006). A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica, 61 (4),* 188-195.

Crawford, M., e.a. (2004). Screening and referral for brief intervention af alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomized controlled trial. *The Lancet, 36,* 1334-1339.

Daeppen, J.B., Gaume, J., Bady, P., Yersin, B., Calmes, J.M., Givel, J.C. & Gmel, G. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction, 102,* 1224-1233.

Dobson, R. (2003). Heavy drinking costs the NHS £1.7bn a year, says report. *British Medical Journal, 327 (7417),* 701.

D'Onofrio, G., & Degutis, L.C. (2002). Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency medicine, 9,* 639-642.

Fleming, M., Mundt, M., French, M.T. e.a. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26,* 36-43.

FOD Volksgezondheid Directoraat-Generaal Organisatie van de gezondheidsvoorzieningen Dienst datamanagement. *Codeerhandboek ICD-9 CM CM 2007-2008.* Verkregen op 8 april 2009, van https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,13174478&_dad=portal&_schema=PORTAL

FOD Volksgezondheid. (2008) *Wetsvoorstel (.PDF) ingediend door de regering bij de Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers op 29 mei 2008.* Verkregen op 10 augustus 2009, van https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/AUTOMATISERING1_MENU/HOPITAUX9_MENU/BEHEALTH1_MENU/BEHEALTH1_DOCS/PROJET%20LOI%20EHEALTH%2029%20MAI%202008.PDF

Heater, N. (1996). The public health and brief interventions for alcohol problems Institute of Medicine, *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Hoskins, R., Salmon, D., Binks, S., Moody, H. & Benger, J. (2005). A study exploring drug use and management of patients presenting to an inner city emergency department. *Accident and Emergency Nursing, 13 (3)*, 147-153.

Kelleher, S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and Emergency Nursing, 15 (3)*, 161-165.

Kinable, H. (2009). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van het drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2005-2006.* Brussel: VAD

King, D.L., Kalucy, R.S., De Crespigny, C.F., Stuhlmiller, C.M., & Thomas, L.J. (2004). Mental health and alcohol and other drug training for emergency department workers: One solution to help manage increasing demand. *Emergency Medicine Australasia, 16 (2)*, 155-160.

Longabaugh, R., Woolard, R., Nirenberg, T., Minugh, A., Becker, B., Clifford, P., Carty, K., Sparadeo, F., & Gogineni, A. (2001) *Journal of studies on Alcohol and Drugs, 62(6).*

Matthys, F. (2004). Screening, vroegdetectie en diagnostiek. In: *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik* (p39-59). Ansoms, S., Casselman, J., Matthys, F., Verstuyf, G. (red). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Miller, W.R., & Wilboune, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction, 97,* 265.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analysis review of controlled investigations in treatment-seeking and non treatment-seeking populations. *Addiction, 97,* 279.

Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P. e.a. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting an Clinical Psychology, 67,* 989-94.

Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Gwaltney, C.J., Spirito, A., Rohsenow, D.J., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction, 102,* 1234-1243.

Nilsen, P., Baird, J., Mello, M.J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P., & Longabaugh, R. (2007). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of substance abuse treatment, 35,* 184-201.

Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized feedback interventions. A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 36 (3),* 247-255.

Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary healt care populations: a meta-analysis. *Preventative Medicine, 28,* 503-509. *Psychology, 68,* 898-908.

Universitair Ziekenhuis Gent (2008). *Pilootproject: Crisiseenheid, met inbegrip van casemanagement, voor personen met middelengebonden stoornissen.* Activiteitenrapport juli/augustus 2008. 1-10.

Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie.* Brussel:VAD.

Vitale, S., (2007). *A trip to the Emergency Room; Substance use among emergency room patiënts in the Netherlands: prevelance rates and methodological considerations.* Doctoraatsproefschrift, 72-82.

Vitale, S., van de Mheen, D., & Garretsen H. (2007). Alcohol- en drugsgebruik onder patiënten op de spoedeisende hulp in Nederland. *Verslaving, 4*, 50-59.

WHO, (2009), Alcohol and injury in Emergency Departments; Verkregen op 11 augustus 2009 van *http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf*

Wilk, A.I., Jensen, N.M., & Havighurst, T.C. (1997). Meta-analysis of randomised controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Archives of Internal Medicine, 12,* 274-283.

Ziekenhuis Oost Limburg (2005). Introductiebrochure voor stagiairs verpleegkunde. *Verkregen op 31/07/09http://www.zol.be/Internet/uploadedFiles/Zorgverleners/Vorming/Stage-informatie/GF00.PDF*, 18-19.

Bijlage 1

ICD-9 CM CODE	ICD-9 CM Description
291.	Alcoholic Psychoses
291.0	Alcohol Withdrawal Delirium
291.1	Alcohol Amnestic Syndrome
291.2	Other Alcoholic Dementia
291.3	Alcohol Withdrawal Hallucinosis
291.4	Idiosyncratic Alcohol Intoxication
291.5	Alcoholic Jealousy
291.81	Alcohol Withdrawal Psychosis
291.89	Other Specified Alcohol Psychosis, not Elsewhere Classified
291.9	Unspecified Alcoholic Psychosis
292.	Drug Psychoses
292.0	Drug Withdrawal Syndrome
292.1	Paranoid and/or Hallucinatory States Induced – by Drugs
292.11	Drug-Induced Organic Delusional Syndrome
292.12	Drug-Induced Hallucinosis
292.2	Pathological Drug Intoxication
292.8	Other Specified Drug-Induced Mental Disorders
292.81	Drug-Induced Delirium
292.82	Drug-Induced Dementia
292.83	Drug-Induced Amnestic Syndrome
292.84	Drug-Induced Organic Affective Syndrome
292.89	Other Specified Drug-Induced Mental Disorders
292.9	Unspecified Drug-Induced Mental Disorder
303.	Alcohol Dependence Syndrome
303.0	Acute Alcoholic Intoxication
303.00	Acute Alcoholic Intoxication in Alcoholism, Unspecified Use
303.01	Acute Alcoholic Intoxication in Alcoholism, Continuous Use
303.02	Acute Alcoholic Intoxication in Alcoholism, Episodic Use
303.03	Acute Alcoholic Intoxication in Alcoholism, in Remission
303.9	Other and Unspecified Alcohol Dependence
303.90	Other and Unspecified Alcohol Dependence, Unspecified Use
303.91	Other and Unspecified Alcohol Dependence, Continuous Use
303.92	Other and Unspecified Alcohol Dependence, Episodic Use
303.93	Other and Unspecified Alcohol Dependence, in Remission
304.	Drug Dependence
304.0	Opioid Type Dependence
304.00	Opioid Type Dependence, Unspecified Use
304.01	Opioid Type Dependence, Continuous Use
304.02	Opioid Type Dependence, Episodic Use
304.03	Opioid Type Dependence, in Remission
304.1	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Dependence
304.10	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Dependence, Unspecified Use
304.11	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Dependence, Continuous Use
304.12	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Dependence, Episodic Use
304.13	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Dependence, in Remission
304.2	Cocaine Dependence
304.20	Cocaine Dependence, Unspecified Use
304.21	Cocaine Dependence, Continuous Use
304.22	Cocaine Dependence, Episodic Use
304.23	Cocaine Dependence, in Remission
304.3	Cannabis Dependence
304.30	Cannabis Dependence, Unspecified Use

304.31	Cannabis Dependence, Continuous Use
304.32	Cannabis Dependence, Episodic Use
304.33	Cannabis Dependence, in Remission
304.4	Amphetamine and Other Psychostimulant Dependence
304.40	Amphetamine and Other Psychostimulant Dependence, Unspecified Use
304.41	Amphetamine and Other Psychostimulant Dependence, Continuous Use
304.42	Amphetamine and Other Psychostimulant Dependence, Episodic Use
304.43	Amphetamine and Other Psychostimulant Dependence, in Remission
304.5	Hallucinogen Dependence
304.50	Hallucinogen Dependence, Unspecified Use
304.51	Hallucinogen Dependence, Continuous Use
304.52	Hallucinogen Dependence, Episodic Use
304.53	Hallucinogen Dependence, in Remission
304.6	Other Specified Drug Dependence
304.60	Other Specified Drug Dependence, Unspecified Use
304.61	Other Specified Drug Dependence, Continuous Use
304.62	Other Specified Drug Dependence, Episodic Use
304.63	Other Specified Drug Dependence, in Remission
304.7	Combinations of Opioid Type Drug With Any Other
304.70	Combinations of Opioid Type Drug With Any Other, Unspecified Use
304.71	Combinations of Opioid Type Drug With Any Other, Continuous Use
304.72	Combinations of Opioid Type Drug With Any Other, Episodic Use
304.73	Combinations of Opioid Type Drug With Any Other, in Remission
304.8	Combinations of Drug Dependence Excluding Opioid Drug Type
304.80	Combinations of Drug Dependence Excluding Opioid Drug Type, Unspecified Use
304.81	Combinations of Drug Dependence Excluding Opioid Drug Type, Continuous Use
304.82	Combinations of Drug Dependence Excluding Opioid Drug Type, Episodic Use
304.83	Combinations of Drug Dependence Excluding Opioid Drug Type, in Remission
304.9	Unspecified Drug Dependence
304.90	Unspecified Drug Dependence, Unspecified Use
304.91	Unspecified Drug Dependence, Continuous Use
304.92	Unspecified Drug Dependence, Episodic Use
304.93	Unspecified Drug Dependence, in Remission
305.	Nondependent Abuse of Drugs
305.0	Alcohol Abuse
305.00	Alcohol Abuse, Unspecified Drinking Behavior
305.01	Alcohol Abuse, Continuous Drinking Behavior
305.02	Alcohol Abuse, Episodic Drinking Behavior
305.03	Alcohol Abuse, in Remission
305.1	Tobacco Use Disorder
305.10	Tobacco Use Disorder, Unspecified Use
305.2	Cannabis Abuse
305.20	Cannabis Abuse, Unspecified Use
305.21	Cannabis Abuse, Continuous Use
305.22	Cannabis Abuse, Episodic Use
305.23	Cannabis Abuse, in Remission
305.3	Hallucinogen Abuse
305.30	Hallucinogen Abuse, Unspecified Use
305.31	Hallucinogen Abuse, Continuous Use
305.32	Hallucinogen Abuse, Episodic Use
305.33	Hallucinogen Abuse, in Remission
305.4	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Abuse
305.40	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Abuse, Unspecified Use
305.41	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Abuse, continuous use

305.42	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Abuse, Episodic Use
305.43	Barbiturate and Similarly Acting Sedative or Hypnotic Abuse, in Remission
305.5	Opioid Abuse
305.50	Opioid Abuse, Unspecified Use
305.51	Opioid Abuse, Continuous Use
305.52	Opioid Abuse, Episodic Use
305.53	Opioid Abuse, in Remission
305.6	Cocaine Abuse
305.60	Cocaine Abuse, Unspecified Use
305.61	Cocaine Abuse, Continuous Use
305.62	Cocaine Abuse, Episodic Use
305.63	Cocaine Abuse, in Remission
305.7	Amphetamine or Related Acting Sympathomimetic Abuse
305.70	Amphetamine or Related Acting Sympathomimetic Abuse, Unspecified Use
305.71	Amphetamine or Related Acting Sympathomimetic Abuse, Continuous Use
305.72	Amphetamine or Related Acting Sympathomimetic Abuse, Episodic Use
305.73	Amphetamine or Related Acting Sympathomimetic Abuse, in Remission
305.8	Antidepressant Type Abuse
305.80	Antidepressant Type Abuse, Unspecified Use
305.81	Antidepressant Type Abuse, Continuous Use
305.82	Antidepressant Type Abuse, Episodic Use
305.83	Antidepressant Type Abuse, in Remission
305.9	Other, Mixed or Unspecified Drug Abuse
305.90	Other, Mixed or Unspecified Drug Abuse, Unspecified Use
305.91	Other, Mixed or Unspecified Drug Abuse, Continuous Use
305.92	Other, Mixed or Unspecified Drug Abuse, Episodic Use
305.93	Other, Mixed or Unspecified Drug Abuse, in Remission