

## **Alcohol in verpleeghuizen Ervaringen, waarden en morele dilemma's van bewoners en zorgprofessionals**

**Auteurs:** Elleke Landeweer, Helena van Willigenburg - de Wolff

### **Samenvatting**

In het verpleeghuis drinkt een deel van de bewoners alcohol. Regelmatig leidt dit tot vragen en discussies. Om inzicht te krijgen in hoe bewoners en zorgprofessionals aankijken tegen alcoholconsumptie in het verpleeghuis en met welke morele vragen zorgprofessionals te maken hebben, is explorerend kwalitatief onderzoek verricht. Het doel van dit artikel is om zorgprofessionals handvatten te bieden die hen kunnen ondersteunen bij het omgaan met morele kwesties rond alcoholconsumptie in de praktijk van het verpleeghuis. Met behulp van interviews en een focusgroep met bewoners en zorgprofessionals zijn ervaringen, waarden en morele dilemma's geïnventariseerd. De geïnterviewde bewoners zijn van mening dat het aan bewoners zelf is om te beslissen of zij wel of niet alcohol consumeren. Zorgprofessionals hebben te maken met verschillende morele vraagstukken gerelateerd aan de waarden: Respect voor Autonomie, Kwaliteit van Leven, Authenticiteit en (collectieve) Veiligheid. Het waardenschema dat op basis hiervan is ontwikkeld, kan de zorgpraktijk bij de analyse van concrete morele vraagstukken ondersteunen om zorgvuldig af te wegen wat gepast beleid kan zijn.

---

## **Alcohol in nursing homes.**

**Experiences, moral visions and dilemmas of residents and staff**

### **Abstract**

A part of the residents of nursing homes drink alcohol. This regularly leads to moral questions and discussions. An explorative qualitative study has been done to gather insight into the experiences and views of residents and staff regarding alcohol consumption in nursing homes. Aim of this publication was to support care professionals in nursing homes to deal with moral challenges related to alcohol consumption. With interviews and a focus group with residents and staff, experiences, values and moral dilemmas were collected. While residents viewed alcohol consumption as a private matter, opinions of staff were not uniform. Staff is confronted with various moral questions based on different values, such as Respect for Autonomy, Quality of Life, Authenticity and (collective) Safety. This study advises staff to use the value scheme in case of concrete moral questions as a tool to carefully analyse which values and norms are at stake and balance what could be an appropriate response.

---

**Kernwoorden:** alcoholconsumptie, morele dilemma's, verpleeghuiszorg

---

**Keywords:** Alcohol consumption, Moral dilemmas, Nursing home care

---

### **Inleiding**

Mogen bewoners in het verpleeghuis zelf blijven bepalen hoeveel alcohol zij drinken, ook als dat nadelige gevolgen heeft voor hun gezondheid en/of tot overlast leidt? Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt dat een bewoner zoveel mogelijk in staat gesteld dient te worden om het privéleven zo in te richten zoals hij of zij dat zelf wenst.<sup>1</sup> Dat betekent dat het nuttigen van alcohol in principe in het verpleeghuis mag worden voortgezet. Tegelijk dienen zorgverleners met de bewoner en diens

naasten de veiligheidsrisico's in acht te nemen en die tegen de kwaliteit van leven van de bewoner(s) af te wegen. Alcoholconsumptie is dus toegestaan binnen de verpleeghuiszorg, mits het de leefbaarheid van andere bewoners in het verpleeghuis dan wel de veiligheid en/of kwaliteit van leven van de betreffende bewoner zelf of andere bewoners niet schaadt. Maar waar die grenzen precies liggen is niet altijd duidelijk.<sup>2</sup>

Een deel van de verpleeghuisbewoners drinkt regelmatig alcohol.<sup>3</sup> Hoe dat er aan toegaat, kan verschillen. Sommige bewoners moeten niets van alcohol hebben; andere bewoners zijn tevreden met één glas wijn bij het eten en er zijn bewoners waarbij hun alcoholconsumptie leidt tot overlast en/of gezondheidsschade.<sup>2</sup> Het drinken van alcohol op hogere leeftijd kan in toenemende mate schadelijk zijn voor de gezondheid. Alcoholtolerantie neemt op hogere leeftijd af.<sup>4</sup> Zo kan er bijvoorbeeld een groter risico op letsel (toename valgevaar) ontstaan en kan de kans op (blijvende) gezondheidsschade, zoals geheugenverlies, depressie, angst en slaapklasten en incontinentie, toenemen.<sup>5</sup> Ook geldt dat medicatie en alcohol slecht samengaan en dat de werking van medicatie verandert door alcohol.<sup>6</sup> Als iemands gezondheid als gevolg van alcoholconsumptie achteruit gaat, kan diens zorgvraag toenemen. Dit kan de zorgcapaciteit van een verpleeghuis onder druk zetten. Daarnaast kan alcoholconsumptie overlast geven en kan het leiden tot decorumverlies en agressie. Uiteindelijk kan alcoholconsumptie de kwaliteit van leven van een bewoner verminderen.<sup>2</sup> De vraag is of de negatieve gevolgen van alcoholconsumptie reden mag zijn om bewoners in het verpleeghuis alcohol te ontzeggen of dit te beperken. Alcohol kent ook positieve kanten. Het wordt veelal geassocieerd met gezelligheid en ontspanning en is een onderdeel van een cultuur waarin het gebruikelijk is om dagelijks of bij een speciale gelegenheid alcohol te drinken.<sup>7,8</sup>

Het wel of niet begrenzen van alcoholconsumptie bij bewoners leidt regelmatig tot morele vragen in de verpleeghuiszorg. Morele dilemma's ontstaan wanneer waarden en normen met elkaar botsen waardoor er niet eenduidig kan worden vastgesteld wat het goede is om te doen.<sup>9</sup> Zo kan het ontzeggen van alcohol vanuit bestwil op gespannen voet komen te staan met waarden zoals vrijheid en eigen regie van bewoners.<sup>10</sup> Als er niet of weinig gesproken wordt over ervaren morele kwesties in de zorg, kan dat leiden tot morele stress en de kwaliteit van zorg in de weg komen te staan.<sup>11,12</sup>

Empirisch ethisch onderzoek is een methode die, door het in kaart brengen van de waarden en normen die er op het spel staan en vanuit wiens perspectief, inzicht wil krijgen in hoe de moraal beleefd wordt in de praktijk. Door deze inzichten te vergelijken met theorie en met betrokkenen hierover in gesprek te gaan, beogen de onderzoekers verdieping te krijgen en (zorg)praktijken te ondersteunen om zelf beter om te gaan met morele kwesties.<sup>13,14</sup> Deze methodiek wordt ook wel beschreven als de naturalistische benadering van ethiek.<sup>15</sup> Het heeft haar wortels in de zorgethische onderzoekstraditie, dat specifiek aandacht vraagt voor hoe ethiek in de praktijk geconstrueerd wordt. Centrale vragen zijn hoe het goede of goede zorg wordt gepercipieerd in specifieke contexten, waar er fricties ontstaan en hoe met elkaar tot verdere vormgeving van het goede kan worden gekomen.<sup>9,16,17</sup>

In de dagelijkse praktijk van de ouderenzorgorganisatie waar dit onderzoek is uitgevoerd, werd gesignaleerd dat alcoholconsumptie regelmatig discussies tussen zorgprofessionals opleverde. Vanuit de behoefte van zorgprofessionals om beter met morele kwesties rond alcoholconsumptie om te kunnen gaan, is daarom onderzocht wat zorgprofessionals, werkzaam op verschillende afdelingen, van alcoholconsumptie vinden. De centrale vraag van dit artikel is hoe zorgprofessionals aankijken tegen alcoholconsumptie door bewoners en welke morele kwesties zij tegenkomen. Aanvullend is met bewoners van een somatische afdeling gesproken over wat zij van alcoholconsumptie op hun afdeling vinden. Het doel van dit artikel is: 1) om inzicht te geven in hoe bewoners en zorgprofessionals aankijken tegen alcoholconsumptie in het verpleeghuis en met welke morele vragen zorgprofessionals te maken hebben, en 2) om met behulp van inzichten in ervaringen, opvattingen en waardeoriëntaties van de deelnemers, handvatten te formuleren ter ondersteuning bij de morele kwesties die ervaren worden in het verpleeghuis.

## **Methoden**

### **Studieopzet**

Dit artikel baseert zich op twee deelonderzoeken. In deel 1 werd onderzocht hoe verpleegkundigen van een psychogeriatrische afdeling en een afdeling Dubbelzorg aankijken tegen alcoholconsumptie door bewoners. In deel 2 werd onderzocht hoe bewoners, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals op een somatische afdeling over alcohol denken.

De deelstudies vonden plaats op verzoek van de betreffende ouderenzorgorganisatie en in het kader van afstudeerprojecten voor de opleidingen HBO-V en de master Advanced Nursing Practice. De keuze voor variatie in onderzoekssettings werd gemotiveerd door de behoefte om in beeld te krijgen of op de verschillende afdelingen alcoholconsumptie verschillend werd gepercipieerd. Op de psychogeriatrische afdeling wonen ouderen met een vorm van dementie. Op de afdeling Dubbelzorg wonen ouderen met een complexe zorgvraag bestaande uit een combinatie van lichamelijke, psychiatrische en sociale beperkingen. Op de somatische afdeling wonen ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg nodig hebben. Daar de ouderenzorgorganisatie graag meer inzicht in de complexiteit wilde en handvatten wenste, hebben de auteurs de data en uitkomsten van de deelstudies samengevoegd en opnieuw geanalyseerd, resulterend in dit artikel. De eerste auteur is werkzaam als ethiek-onderzoeker, de tweede auteur werkt als verpleegkundig specialist in de verpleeghuiszorg.

### **Dataverzameling**

In beide deelstudies is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethodologie om zicht te krijgen op de ervaringen, opvattingen en morele oriëntaties van betrokkenen vanuit verschillende perspectieven in de verpleeghuiszorg.<sup>13,18,19</sup> Hiervoor zijn door de studenten, in het kader van hun afstudeerprojecten, semigestructureerde interviews met twaalf zorgprofessionals (vanuit verschillende rollen) en vier bewoners van een somatische verpleegafdeling afgenomen. Deelnemers zijn geworven door op de afdelingen informatie over het onderzoek te geven, waarna deelnemers zich konden aanmelden bij de onderzoekers. We kozen voor het afnemen van interviews omdat dit een geschikte methode is om inzicht te krijgen in ervaringen, opvattingen en morele dilemma's van betrokkenen.<sup>20</sup> Binnen deelstudie 1 zijn de uitkomsten van de interviews besproken in een focusgroep discussie met tien zorgprofessionals, begeleid door de eerste auteur. Doel was om te komen tot verdieping van de ervaren morele kwesties en gezamenlijke betekenisgeving.<sup>19</sup> Bewoners van de psychogeriatrische en de afdeling Dubbelzorg waren niet betrokken bij dit onderzoek, vanwege hun cognitieve kwetsbaarheden en verminderde wilsbekwaamheid. Saturatie werd bereikt in de interviews met zorgprofessionals.

Deelstudie 1 omvatte interviews met vier verpleegkundigen werkzaam op een psychogeriatrische afdeling en drie verpleegkundigen werkzaam op een afdeling met dubbelzorg en een focusgroep waaraan zorgprofessionals en leidinggevenden van beide afdelingen deelnamen. Deelstudie 2 bestond uit semigestructureerde interviews binnen een somatische afdeling. Interviews zijn afgenomen met vier verpleeghuisbewoners, waarvan twee alcohol gebruikten en twee niet. Daarnaast is er gesproken met vijf zorgprofessionals: twee verpleegkundigen, twee specialisten ouderengeneeskunde en één clustermanager. In totaal zijn er 16 interviews afgenomen. De interviews duurden 30 minuten tot één uur.

**Tabel 1. Overzicht deelnemers interviews & focusgroep.**

<b>Deelstudie 1</b>	<b>Deelstudie 2</b>
4 verpleegkundigen Psychogeriatrische afdeling (PG) 3 verpleegkundigen Afdeling Dubbelzorg (DZ)	4 verpleeghuisbewoners somatische afdeling (2 mannen, 2 vrouwen, waarvan 2 bewoners alcohol gebruiken en 2 niet)
Focusgroep (N=10) met 2 verpleegkundigen PG, 1 verzorgende PG, 4 verpleegkundigen DZ, 1 verzorgende DZ, 1 verpleegkundig specialist i.o. (extern), 1 teammanager	2 verpleegkundigen somatische afdeling 2 specialisten ouderengeneeskunde 1 manager somatiek afdeling

Aan de hand van vooraf geformuleerde voorlopige thema's (sensitizing concepts<sup>20</sup>) werden zowel de zorgprofessionals als de bewoners in open interviews uitgenodigd hierover te vertellen. In beide deelstudies is doorgevraagd op onderliggende normen en waarden van de deelnemers met betrekking tot alcoholgebruik. Onder meer is gevraagd wat zij vinden dat gepast

is, wat hoort en/of wat daarvoor moet gebeuren (normen) en waarom zij dat belangrijk vinden (waarden).

**Tabel 2. Topiclijst interviews.**

Ervaring	<i>Wat zijn uw ervaringen met (eigen) alcoholconsumptie in het verpleeghuis?</i> Aanleiding, betrokkenheid, hoeveelheid, moment van de dag, waargenomen gevolgen, context (geschiedenis) en regels verpleeghuis.
Omgang	<i>Hoe gaat u om met alcoholconsumptie in het verpleeghuis?</i> Eigen rol, rol anderen, interacties met anderen.
Meningen	<i>Wat vindt u van alcoholconsumptie in het verpleeghuis?</i> Mening, waarden en normen, voor- en nadelen, wensen, behoeften, etc.
Dilemma's	<i>In welke situaties twijfelt u wat het goede is om te doen?</i> Voorbeelden van botsende waarden en normen, situaties van twijfel, onzekerheid.

### **Data-analyse, betrouwbaarheid en validiteit**

Van de interviews zijn geluidsbestanden gemaakt die vervolgens zijn getranscribeerd. Daaropvolgend zijn de transcripten thematisch geanalyseerd.<sup>18</sup> De transcripten zijn eerst gelezen en open gecodeerd (met ondersteuning van het softwareprogramma Atlas.ti) waarna codes zijn gegroepeerd in thema's met inachtneming van de sensitizing concepts van het onderzoek.<sup>20</sup> Specifiek is gezocht naar situaties waarin de respondenten twijfel en/of morele dilemma's tegenkwamen.

Voor de betrouwbaarheid en validiteit zijn de analysestappen binnen de deelstudies uitgevoerd in samenwerking met een senior onderzoeker van het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO)-UMCG (eerste auteur) en de begeleiders vanuit de opleidingen (zogenaamde peer-debriefing). Daarnaast zijn de bevindingen uit deelstudie 1 besproken in een focusgroep en binnen deelstudie 2 zijn bevindingen per interview besproken met de geïnterviewden (zogenaamde member checking).

### **Ethische verantwoording**

De deelstudies zijn uitgevoerd conform de UMCG Research Code en de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Deelname vond plaats op basis van vrijwilligheid en na geïnformeerde toestemming.

### **Resultaten**

De uitkomsten van dit onderzoek zijn onderverdeeld in respectievelijk de ervaringen van de geïnterviewden, de omgang met alcoholconsumptie binnen de verschillende afdelingen, de morele opvattingen van de geïnterviewde bewoners en zorgprofessionals en de morele twijfels van zorgprofessionals. Op verschillende vlakken en momenten waren er twijfels over wat het goede of juiste was om te doen ten aanzien van de vraag of alcoholconsumptie wel of juist niet begrenst zou moeten worden. De morele vragen die uit de interviews met zorgprofessionals naar voren kwamen, zijn na analyse onderverdeeld in vier waardendomeinen. Hierbij is gekeken welke waarden en normen centraal stonden bij welke vragen. Waar relevant is onderscheid gemaakt tussen de rollen van zorgprofessionals.

### **Verschillen in alcoholconsumptie en beleid in het verpleeghuis**

De geïnterviewde verpleegkundigen gaven aan dat er per afdeling en per groep grote verschillen bestaan. In de eerste plaats zagen de geïnterviewde zorgprofessionals verschillen in behoefte en vraag naar alcohol tussen de verschillende afdelingen. Op de psychogeriatrische afdeling zou er weinig vraag naar alcohol onder bewoners zijn. Op de afdeling Dubbelzorg ligt dat anders: een groot deel van de bewoners daar zou juist veel waarde hechten aan het drinken van een borrel. Op de somatische afdeling bepalen bewoners in het algemeen zelf of en in welke mate zij alcohol consumeren. Bewoners hebben de mogelijkheid om wijn of bier te kopen in het restaurant op het terrein. Winkels bevinden zich niet op loopafstand.

Op de psychogeriatrische afdeling die bestaat uit meerdere (leef)groepen, verschilt per groep of er alcohol gedronken wordt. In principe dient de bewoner zelf zorg te dragen voor de aanschaf van alcohol voor eigen consumptie. Meestal wordt dit door

de vertegenwoordiger of andere betrokkenen geregeld. De verpleging heeft vaak de drank in beheer en schenkt het aan de bewoner als hij of zij daarom vraagt. Er wordt soms op kosten van de afdeling in het weekend een borreltje geschonken (bijvoorbeeld advocaat of berenburg) en op feestdagen wordt wijn aangeboden bij het eten. Dit is niet standaard in elke groep. Op de afdeling Dubbelzorg hebben bewoners veelal een meer problematische verhouding met alcohol als gevolg van gedragsproblematiek en/of een alcoholverslaving, aldus de geïnterviewde zorgprofessionals. Er wordt geen alcohol verstrekt, tenzij daarover met de bewoner specifieke afspraken zijn gemaakt. Op de somatische afdeling is zowel met zorgprofessionals als bewoners gesproken. Daar wordt rondom de avondmaaltijd een borrel aangeboden aan de bewoners. Dan drinken enkele bewoners dagelijks één of meerdere borrels. Andere bewoners drinken niet of alleen tijdens een speciale gelegenheid zoals een verjaardag of tijdens feestdagen. Deze drankjes worden betaald vanuit het afdelingsbudget. Wanneer een bewoner behoefte heeft aan extra alcoholconsumpties, dan dienen die zelf te worden aangeschaft.

Op alle afdelingen geldt dat er geen algemeen geldende (huis)regels zijn geformuleerd over het al dan niet beperken van alcoholconsumptie. Per bewoner kunnen hierover individuele afspraken worden gemaakt en genoteerd in het zorgleefplan. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van de bewoner en hoe hij of zij alcohol verdraagt. Als de bewoner niet of verminderd wilsbekwaam is, is hierbij de wettelijk vertegenwoordiger en/of familieleden betrokken (in de besluitvorming).

### **Morele opvattingen van bewoners**

De vier geïnterviewde bewoners van de somatische afdeling waren eenduidig in hun mening over alcoholconsumptie. Zelfbeschikking en autonomie zijn voor hen belangrijke waarden. Volgens hen is het aan de bewoner zelf om daarover te beslissen. *'Als ik om 6 uur een biertje wil pakken, dan moet ik dat zelf weten [...] het is mijn bier'* (bewoner somatische afdeling).

Zij gaven aan geen overlast te ervaren van de medebewoners, ondanks dat zij wel aangaven dat er bewoners zijn die veel drinken. Eventuele gezondheidsrisico's zagen zij als ieders eigen verantwoordelijkheid. Een bewoner geeft dit laatste punt aan in het volgende citaat: *'Ik neem elke dag vier biertjes en ik ben geen alcoholist. [...] Wat de risico's voor mijn gezondheid zijn, dat vind ik niet belangrijk'* (bewoner somatische afdeling).

### **Morele opvattingen van zorgprofessionals**

Voor de geïnterviewde zorgprofessionals lagen de (morele) opvattingen meer uiteen. Zij verschilden onderling van mening over wat wel of niet acceptabel is wat betreft het begrenzen van alcoholconsumptie. Deels hing dit samen met hoe zij zelf alcohol waardeerden: hun persoonlijke morele oriëntatie. Voor zorgprofessionals die zelf niet of heel weinig alcohol dronken, werd het plezier of genot dat wordt geassocieerd met alcohol minder herkend. Deels werden opvattingen ook beïnvloed door de cultuur van de afdeling. Ervaringen uit het verleden op de afdeling en ook de rol van de specialist ouderengeneeskunde, hadden invloed op wat als professioneel beschouwd werd. Door een consultatie van de Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) waren zorgprofessionals zich meer bewust geworden van de negatieve gevolgen van alcohol.<sup>5</sup> Alle zorgprofessionals gaven aan dat alcoholconsumptie niet tot overlast voor anderen dan wel gevaar voor de bewoner mag leiden (conform de wettelijke kaders als risico op ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving). Onlangs was de ouderenzorgorganisatie gestopt met het schenken van alcohol in het 'bruine café' dat op de vrijdagmiddag gerund werd door vrijwilligers. Redenen waren dat bewoners gratis alcohol aangeboden kregen, meer alcohol nuttigden dan was vastgelegd in hun zorgleefplan, en dat er bewoners dronken en luidruchtig terugkwamen op hun afdeling wat als vervelend ervaren werd door de andere bewoners.

### **Morele twijfels van zorgprofessionals**

Zorgprofessionals stuitten regelmatig op dilemma's rond het wel of niet begrenzen van alcoholconsumptie. In de eerste plaats bestond er vaak twijfel bij zorgprofessionals over in hoeverre het aan hen is om te bepalen of en hoeveel een bewoner drinkt. Vragen in dit domein gaan over het thema *Respect voor autonomie of recht op eigen regie*. Het tweede waardendomein betreft *Kwaliteit van leven*. Hier gaat het om vragen gerelateerd aan de waarde van het genieten van alcohol in het verpleeghuis ten opzichte van de mogelijke (gezondheids)schade die het voor de bewoner kan opleveren. Vervolgens is er het domein van *Authenticiteit* ten aanzien van de behoefte om alcohol te drinken. Wat als een bewoner als gevolg van cognitieve achteruitgang niet meer expliciet vraagt om alcohol? Hoe weet je dan of de bewoner nog steeds behoefte heeft aan alcohol? Tot slot benoemden zorgprofessionals diverse dilemma's naar aanleiding van overlastdoor alcoholconsumptie. In dit waardendomein, genaamd *Veiligheid*, staat de vraag centraal of en in hoeverre je van individuele bewoners mag vragen of ze rekening houden

met hun medebewoners. Hieronder worden deze waardendomeinen nader toegelicht.

### **Respect voor autonomie**

Met name verpleegkundigen vonden het lastig om grenzen te stellen aan alcoholconsumptie voor bewoners, zelfs al was dit bijvoorbeeld vastgelegd in het zorgleefplan. Verpleegkundigen zijn veelal gericht op het zoveel mogelijk ondersteunen van bewoners in het wonen in het verpleeghuis, het zo aangenaam mogelijk te maken en zij stellen zich dienstbaar op. Een bewoner zeggen dat hij of zij geen alcohol (meer) mag drinken, past niet bij de rol die zij voor zichzelf zien: bijdragen aan een waardevol en plezierig leven in het verpleeghuis. Een belangrijk onderdeel hierin is het respecteren van de wensen van de bewoners: respect voor diens autonomie en eigen regie voor de bewoner. *'Als iemand zijn hele leven elke dag een wijntje drinkt, wie ben ik dan om nu voor jou te bepalen dat het niet goed voor je is, dat we dat dus niet meer gaan doen'* (verpleegkundige psychogeriatrische afdeling).

Zolang de wensen van de bewoners niet tot overlast of meer zorg leiden, zag het merendeel van de verpleegkundigen het niet als hun taak om daarin expliciet te gaan begrenzen. Als dat toch moest, omdat het in het zorgleefplan was afgesproken, gaf dat moreel ongemak. *'Het is heel lastig om te zeggen tegen die ene bewoner dat het niet mag ondanks dat de zucht er wel is. Als er een eenduidig beleid is, is het makkelijker om te verkopen. Maar wie zijn wij om te bepalen hoe iemand gaat wonen?'* (verpleegkundige afdeling Dubbelzorg).

Daarnaast waren er meerdere zorgprofessionals die wezen op de verantwoordelijkheid (en morele plicht) van de zorg om bewoners te beschermen tegen de schade die alcohol ook teweeg kan brengen, waardoor het begrenzen van alcoholconsumptie als moreel dilemma ervaren werd. *'Juist de mensen die in het verpleeghuis wonen zijn kwetsbaar en hebben zorg nodig. Zij zijn vaak niet in staat de consequenties van het alcoholconsumptie te overzien. Je wilt ze beschermen'* (specialist ouderengeneeskunde).

### **Kwaliteit van leven**

Of en in welke mate alcoholconsumptie bijdraagt aan de kwaliteit van leven van bewoners ofwel dat het schade/gevaar oplevert, vonden zorgprofessionals lastig in te schatten. Gezondheid als waarde werd vooral instrumenteel geduid. Een bewoner moet zijn laatste levensfase zo comfortabel en plezierig mogelijk kunnen leiden, aldus diverse zorgprofessionals. Als alcohol tot fysieke ongemakken of toename van cognitieve achteruitgang leidt, en dus de kwaliteit van leven schaadt, werd dat gezien als een mogelijke reden om te begrenzen. Tegelijk was dit niet eenvoudig om in te schatten. Weegt 'de gezellige avond' op tegen de eventuele sufheid de volgende dag? Meningingen over wat verantwoorde risico's zijn, lopen uiteen. Een voorbeeld is een bewoner die nog erg geniet van het drinken van een borrel met haar partner. Ondanks dat het medisch gezien niet verstandig is, werd de bewoner alleen gewezen op de risico's. Er werd niet ingegrepen. *'We proberen ook wel te benoemen dat het niet verstandig is, maar aan de andere kant, moet je dat momentje van hen afpakken? Zoveel dingen hebben ze niet meer samen'* (verpleegkundige afdeling Dubbelzorg).

Een reden om alcohol te beperken was wanneer de gezondheidsrisico's en/ of de zorgzwaarte zichtbaar toenamen. Bijvoorbeeld doordat de bewoner incontinent of angstiger werd na alcoholconsumptie. Zowel de verpleegkundigen als de behandelaren zagen het als hun taak om goed op te letten wat het effect van alcohol was. Tegelijk bleef de onzekerheid wanneer achteruitgang voldoende reden was om in te grijpen. *'Moeten we het leven van hem zo gezond maken dat hij misschien wel heel oud wordt? Doen we hem daar een plezier mee? Voor mij leeft hij dan gewoon te lang. Hij vertoont geen probleemgedrag, maar wordt wel geremd in hoe hij was. Hoe ver moeten we gaan om iemand gezond te houden, terwijl die van iets anders gelukkiger wordt?'* (verpleegkundige afdeling Dubbelzorg).

### **Authenticiteit**

Het inschatten of alcoholconsumptie bijdraagt aan de kwaliteit van leven van een bewoner werd complexer gevonden als een bewoner er door de dementie zelf niet meer actief om vraagt. Wat is (nog) de waarde van het drinken van alcohol voor bewoners die er niet meer om vragen? Een deel van de zorgprofessionals stelde dat als de bewoner zelf niet meer om een borrel vraagt, dit niet meer actief moet worden aangeboden. Of bewoners de alcohol missen, konden zij niet met zekerheid zeggen. Wel zagen zij regelmatig dat bewoners vergaten dat zij al een borreltje hadden gehad. *'En als zij één borreltje hebben gehad, weten zij dat niet meer. Dus dan kan je nog een tweede of een derde schenken, maar dat weten zij ook niet meer. Dus waar stop je? Dan is het aan ons en aan de familie om daar een grens in te trekken'*

' (verpleegkundige psychogeriatrische afdeling).

Het komt ook voor dat familie alcohol meeneemt, terwijl de bewoner daar zelf niet meer om vraagt. Een verpleegkundige gaf aan dat ze zulke momenten lastig vindt. Ze wil familiegewoontes niet verstoren, maar twijfelt of de bewoner er nog steeds van geniet. *'Je wilt hun ritueeltje niet verstoren, maar aan de andere kant, wat helpt het hem? Hij heeft misschien net zo lief wat anders. Voor wie sta je dan? Ik snap dat de familie wil vasthouden aan hoe het vroeger was, maar dat is niet meer'* (verpleegkundige psychogeriatrische afdeling).

### **Veiligheid**

Hoewel persoonsgerichte zorg het devies is in de ouderenzorg, dragen zorgprofessionals ook zorg voor een veilige woonomgeving voor alle bewoners. In deze context vonden de meeste zorgprofessionals overlast en hinder voor andere bewoners een gerechtvaardigde reden om een individuele bewoner te begrenzen in zijn alcoholconsumptie. *'Je hebt te maken met meerdere factoren dan alleen de desbetreffende bewoner. Je hebt te maken met hoe degene erop reageert, maar ook met de veiligheid van de mensen daarom heen'* (verpleegkundige psychogeriatrische afdeling).

Onder overlast werd onder meer grensoverschrijdend gedrag zoals schreeuwen, ongeremdheid en agressie verstaan. Voor alle zorgprofessionals waren situaties van onveiligheid reden om in te grijpen. Het was echter niet altijd de bewoner die alcohol gedronken had die voor onveiligheid zorgde. Op de afdeling Dubbelzorg kwam het wel eens voor dat alcoholgebruik tot een handgemeen leidde doordat andere bewoners hierop jaloers waren. Op sommige momenten moest zelfs zorgbeveiliging worden ingeschakeld. Dit riep bij een verpleegkundige de vraag op in hoeverre bewoners eigenlijk rekening met elkaar dienen te houden. *'Er wonen hier ook veel verschillende mensen en ieder staat anders in het leven. Ze zijn hier samen gevoegd en moeten het maar met elkaar kunnen vinden. En zo niet, dan moet je elkaar kunnen laten gaan. Maar als je alcohol hebt genuttigd en de grenzen verdwijnen, dan wordt dat wel lastig'* (verpleegkundige afdeling Dubbelzorg).

Een andere verpleegkundige stelde dat het rekenschap met elkaar houden wel grenzen kent. Dat iemand het lastig vindt dat de ander wel mag drinken, is nog geen overlast. *'Er is ook een bewoner die het niet kan aanzien dat iemand anders gedronken heeft en die daar boos om wordt. Dat is dan zijn eigen probleem vind ik. [...] Het kan niet zo zijn dat die ander zich moet aanpassen, omdat hij niet mag drinken. Dat vind ik niet reëel'* (verpleegkundige afdeling Dubbelzorg).

### **Discussie**

Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat de geïnterviewde bewoners van de somatische afdeling geen morele kwesties ervaren en van mening zijn dat het aan de bewoner is om zelf te bepalen hoeveel alcohol hij of zij wenst te consumeren. Tussen zorgprofessionals bestaan er wel verschillen in opvattingen en worden er diverse morele kwesties ervaren die zijn onderverdeeld in vier waardendomeinen (zie figuur 1).

### **Figuur 1. Waardenschema en morele vragen**



Morele kwesties ontstaan als waarden en normen met elkaar botsen. De vier waardendomeinen waarbinnen morele kwesties naar voren kwamen, laten zien dat verschillende waarden op verschillende momenten én op verschillende manieren op het spel kunnen staan en daarmee contextafhankelijk zijn. De waarden in de verschillende domeinen staan echter niet los van elkaar. Als het gaat om de waarde van respect voor iemands autonomie, kan ook de vraag of de bewoner hiertoe voldoende wilsbekwaam is relevant zijn, dan wel of de zorgmedewerker de bewoner tegen zichzelf dient te beschermen. Als de bewoner verminderd wilsbekwaam is ten aanzien van alcoholconsumptie, dient de zorg zoveel mogelijk in lijn met de wensen van de bewoner te handelen en samen met de vertegenwoordiger te bekijken wat de betekenis van alcohol (nog) is voor die bewoner; oftewel in hoeverre hij of zij geniet van een borrel. Als het gaat om overlast (met als centrale waarde veiligheid), zijn morele vragen: welke mate van overlast is acceptabel, in hoeverre dienen bewoners rekenschap met elkaar te houden? Per concrete situatie kan de morele vraag, en de daarmee samenhangende botsende morele waarden die boven een moreel dilemma hangen, verschillen. Bovendien geldt dat als er richting gekozen is bij een bepaalde kwestie, er een nieuw moreel dilemma (uit een ander waardendomein) kan ontstaan. Ethiek als zoektocht naar wat het goede of juiste is, is dan ook altijd in beweging.<sup>9,14</sup> In elke concrete situatie is het zaak om na te gaan welke morele kwestie op dat moment op de voorgrond staat, om samen te zoeken naar hoe hier goed mee om te kunnen gaan.<sup>21</sup>

Opvallend is dat er nog weinig empirisch onderzoek is gedaan naar morele opvattingen en morele kwesties over het wel of niet begrenzen van alcoholconsumptie in reguliere verpleeghuizen. Een uitzondering hierop is een Amerikaanse studie van Klein & Jess uit 2002.<sup>3</sup> Op basis van 111 telefonisch afgenomen interviews met locatiemanagers concludeerden zij dat beleid en omgang met alcohol in de intramurale ouderenzorg zeer uiteenlopend is en dat er zeer verschillend over gedacht wordt. Johannessen et al.<sup>8</sup> komen met een recente Noorse studie tot vergelijkbare conclusies. Onlangs verscheen een vergelijkende analyse over alcoholconsumptie in de langdurige zorg van Amelia Grossie et al.<sup>22</sup> Zij benadrukken dat alcoholconsumptie in verpleeghuizen moreel complex is. Het overkoepelende dilemma is volgens hen onduidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheid van het verpleeghuis: aan de ene kant is het de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis om de gezondheid en veiligheid van bewoners en medewerkers te waarborgen, aan de andere kant dient het verpleeghuis bewoners een authentieke woonomgeving te bieden. In hun analyse vergelijken zij drie paradigma's (publieke gezondheid, mensenrechten en de juridische kaders) en bepleiten zij dat het beleid ten aanzien van alcoholconsumptie in het verpleeghuis de aspecten van al deze paradigma's meeweegt. In grote lijnen omvat dit aandacht voor de medische risico's, aandacht voor eigen regie van bewoners en aandacht voor een veilige woon- en werkomgeving. Gezien de morele complexiteit raden zij aan hierbij klinische ethische commissies te betrekken.

#### **Beperkingen van het onderzoek**

Beide deelstudies van dit onderzoek om zicht te krijgen op hoe alcoholconsumptie in de praktijk van het verpleeghuis ervaren wordt, waren kwalitatief van aard. Door deelnemers met verschillende perspectieven te interviewen, is een beeld ontstaan van ervaringen en issues die de diverse belanghebbenden ervaren binnen de ouderenzorgorganisatie op het moment van het



onderzoek. Een beperking van dit onderzoek kan zijn dat het alleen binnen één ouderenzorgorganisatie is uitgevoerd. Of de bevindingen herkenbaar zijn voor andere verpleeghuizen is niet met zekerheid te stellen. Een tweede beperking is dat een deel van de belanghebbenden niet in dit onderzoek is geïnccludeerd, zoals naasten of vrijwilligers. Hun perspectief is niet meegenomen in dit onderzoek. Bovendien is maar een kleine groep bewoners gesproken waardoor niet duidelijk is of hun visies representatief zijn.

Ook is een beperking dat morele opvattingen kunnen veranderen. Het is bekend dat de moraal, welke waarden en normen leidend zijn, voortdurend in beweging is.<sup>9,14</sup> Zo is de publieke moraal ten aanzien van roken in de afgelopen decennia enorm veranderd. Ook kan het waardenschema mogelijk nog verder worden aangevuld. Verder onderzoek moet uitwijzen of ouderenzorgorganisaties vergelijkbare morele kwesties ervaren of dat er wellicht nog andere dilemma's naar voren komen met betrekking tot het wel of niet toestaan van alcoholconsumptie. Het herhalen van onderzoek over de tijd kan inzicht geven in hoeverre de opvattingen ten aanzien van het wel of niet begrenzen van alcoholconsumptie door de tijd heen veranderen en of dit minder of andere morele kwesties tot gevolg heeft.

### **Aanbevelingen voor de zorgpraktijk**

Dit onderzoek kan bijdragen aan de bewustwording in de zorgpraktijk dat alcoholconsumptie tot morele vragen kan leiden en dat morele kwesties op verschillende vlakken (domeinen) naar voren kunnen komen. Het waardenschema met morele vragen kan door zorgprofessionals gebruikt worden om nader uit te zoeken wat de precieze kwestie is waar zij in een concrete situatie voor staan (wat staat er op het spel?). Daarbij kan de vraag gesteld worden of de specifieke kwestie betrekking heeft op één van de gevonden morele vragen ofwel dat het een andersoortige kwestie betreft. Bijvoorbeeld de situatie dat een verpleegkundige twijfelt of ze een bewoner nog wel een derde (of vierde) biertje moet geven. Komt de twijfel bij de verpleegkundige voort uit de vraag of ze hier wel of niet moeten begrenzen vanuit zorgplicht (autonomie-vraag), of is de onderliggende vraag of er gezondheidsschade kan ontstaan (kwaliteit van leven-vraag), dan wel dat de bewoner mogelijk ontremd raakt bij meerdere biertjes (veiligheidsvraag), of vraagt de bewoner nog een bier omdat hij vergeten is dat hij er al een aantal op heeft (authenticiteitsvraag)? Door op zoek te gaan naar de specifieke onderliggende morele vraag kunnen impliciete waarden en normen boven tafel komen, zodat deze zorgvuldig gewogen kunnen worden en er gericht naar oplossingen kan worden gezocht. Als instrument kan het waardenschema dan ook gebruikt worden in moreel beraad, waarin het van belang is om te komen tot de juiste onderliggende morele vraag.<sup>21</sup>

De zorgprofessionals formuleerden in dit onderzoek eveneens diverse aanbevelingen over hoe er volgens hen op een betere manier met alcoholconsumptie in het verpleeghuis omgegaan kan worden. In de eerste plaats werd aangegeven dat er nog te weinig gesproken wordt met bewoners en hun naasten over de wensen en mogelijkheden rond alcoholconsumptie in het verpleeghuis. Dit zou een vast onderdeel kunnen worden bij het intakegesprek en de zorgleefplan-besprekingen. Daarin kan ook besproken worden of alcoholvrije dranken een alternatief mogen zijn. Ten tweede geven de zorgprofessionals aan het zinvol te vinden om met elkaar over alcoholconsumptie te spreken. Dit gebeurt vooralsnog te weinig. Door dit onderzoek werd ervaren dat het meerwaarde heeft met elkaar hierover van gedachten te wisselen. Waar grenzen gelegd worden voor alcoholconsumptie zou niet afhankelijk moeten zijn van wie er op dat moment aan het werk is. In lijn hiermee wordt aangegeven dat moreel beraad meer ingezet kan worden om morele kwesties gezamenlijk te bespreken.

### **Dankbetuiging**

Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van afstudeerprojecten vanuit de Hanzehogeschool (deel 1: HBO-V en deel 2: Master Advanced Nursing Practice) in samenwerking met Meriant (Zorggroep Alliade), de afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO) van Zorggroep Alliade en het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) UMCG waar Meriant/Alliade aan deelneemt. De auteurs bedanken alle bewoners en zorgmedewerkers van Meriant (Zorggroep Alliade) voor het deelnemen aan de interviews en focusgroepen. In het bijzonder worden de HBO-V studenten Zillah Harkema en Amber Meulenkamp bedankt voor hun betrokkenheid bij deelstudie 1. Daarnaast worden de begeleiders van de Hanzehogeschool Heleen Frieswijk (deelstudie 1), Siemen van der Meulen (deelstudie 2) en specialist ouderengeneeskunde Coby Tibben bedankt voor hun betrokkenheid bij deelstudie 2.

---

## Auteurs

### **Elleke Landeweer**

Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG (UNO-UMCG), Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland  
ethiek onderzoeker

*Corresponderend auteur:* e-mail [e.g.m.landeweer@umcg.nl](mailto:e.g.m.landeweer@umcg.nl)

### **Helena van Willigenburg- de Wolff**

Afdeling Praktijkgericht Wetenschappelijk Onderzoek (PWO), Zorggroep Alliade, Heerenveen, Nederland  
verpleegkundig specialist

## Literatuurlijst

1. Zorginstituut Nederland. [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en ontwikkelen](#). [geraadpleegd 28-10-2021]
2. van Ingen Schenau J. Drankmisbruik in het verpleeghuis. *Denkbeeld*. 2006;18:17-8.
3. Klein WC, Jess C. One Last Pleasure? Alcohol Use among Elderly People in Nursing Homes. *Health Soc. Work*. 2002;27(3):193-203.
4. White paper: [Ouder worden en alcohol drinken: Kan het kwaad. Het herkennen van problemen en voorkomen van erger](#). 2017 [geraadpleegd: 12-2-2020].
5. Barry KL, Blow FC. Drinking over the Lifespan: Focus on Older Adults. *Alcohol Res*. 2016;38(1):115-20.
6. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am. J. Geriatr. Pharmacother*. 2007;5(1):64-74.
7. Bareham BK, Kaner E, Spencer L, Hanratty B. Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Age Ageing*. 2020;49(3):453-67.
8. Johannessen A, Tevik K, Engedal K, Helvik A. Health professionals' experience of nursing home residents' consumption of alcohol and use of psychotropic drugs. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;38(2):161-74.
9. Walker MU. *Moral Understandings. A Feminist study in Ethics*. second edition ed. New York: Oxford University Press; 2007.
10. van Etten D. <https://www.nursing.nl/verzorgenden-hebben-verantwoordelijkheid-bij-alcoholmisbruik-clienten-1521247w/>: Nursing.nl. 2014. [geraadpleegd: 2014].
11. Rushton CH. Cultivating Moral Resilience. *Am. J. Nurs*. 2017;117:S11-S5.
12. Bauduin D, Kanne M. *Tijd voor Reflectie. Praktische Ethiek in de Psychiatrie en Rehabilitatie*. Amsterdam: SWP; 2009.
13. Landeweer E, Molewijk B, Widdershoven G. Moral improvement through Interactive Research: A Practice Example of Dialogical Empirical Bioethics. In: J I, M D, A C, editors. *Empirical Bioethics Theoretical and Practical Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
14. Bicchieri C. *Norms in the Wild. How to diagnose, measure, and change social norms*. New York: Oxford University Press; 2017.
15. Lindemann H, Verkerk M, Walker MU. *Naturalized Bioethics. Towards Responsible Knowing and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
16. Tronto JC. *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press; 2013.
17. Tronto JC. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge; 1993.
18. Baarda BE, Bakker E, Boullart T, Fischer M, Julsing M, Peters V, et al. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff; 2018.
19. Widdershoven G, Abma T, Molewijk B. Empirical Ethics as Dialogical Practice. *Bioethics*. 2009;23:236-48.
20. Given LM. *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods (Vols. 1-0)*. : Thousand Oaks CA: SAGE Publications; 2008.
21. van Dartel H, Molewijk B. In *Gesprek blijven over Goede Zorg. Overlegmethoden voor Ethiek in de Praktijk*. Amsterdam: Boom; 2014.

22. Grossi A, Holmes A, Joseph E, Ibrahim P. Use of Alcohol in Long Term Care Settings: A Comparative Analysis of Personal Choice, Public Health Advice and the Law. *JAMDA*. 2021;22(1):9-14.