

Module 'Veilig drinken op leeftijd'

Een trainingsmodule voor herkenning en bespreking van riskant drinken en alcoholafhankelijkheid bij ouderen in de eerstelijns gezondheidszorg.

November 2008

Klachtspecifieke risico's van alcoholgebruik bij ouderen

Deze module richt de aandacht op *klachtspecifieke* risico's van alcoholgebruik bij ouderen, waarbij de huisarts op basis van somatische of psychische klachten van patiënten screening en kortdurende interventies uitvoert. Daarnaast wordt ook kort ingegaan op screening en behandeling van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid bij ouderen.

De module bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1 Ouderen, alcohol en gezondheid
- 2 Screening
- 3 Kortdurende interventies
- 4 Alcoholmisbruik en afhankelijkheid

Doelstellingen van de module:

- de deelnemer kan beoordelen, bij welke oudere patiënten het zinvol is te vragen naar het alcoholgebruik;
- de deelnemer kan ontspannen en open naar het drinkpatroon van de patiënt vragen, zonder daarmee de routine van het spreekuur te verstoren.
- de deelnemer kan de ernst van het alcoholgebruik inschatten aan de hand van de individuele situatie en gezondheid van de patiënt;
- de deelnemer kan bij de begeleiding van oudere patiënten met riskant alcoholgebruik bepalen in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt;
- de deelnemer kan op basis van de ernst van het alcoholgebruik en de fase van gedragsverandering beoordelen welke interventie het meest aangewezen is en kan deze interventie ook toepassen.



Inhoudsopgave

Onderdeel 1: Ouderen, alcohol en gezondheid	- 3 -
1.1 Alcoholgebruik bij ouderen en de relatie met gezondheid	- 3 -
1.2 Aanbevolen grenzen voor ouderen	- 4 -
1.3 Rol van de eerstelijndienst	- 4 -
Onderdeel 2: Bespreken	- 5 -
2.1 Aanleidingen voor ter sprake brengen	- 5 -
2.2 Ter sprake brengen	- 8 -
Onderdeel 3: Kortdurende interventies	- 10 -
3.1 Specifieke aandachtspunten in de benadering van ouderen	- 10 -
3.2 Adviesgesprek	- 10 -
3.3 Motiverend gesprek	- 11 -
Onderdeel 4: Alcoholmisbruik en afhankelijkheid	- 14 -
4.1 Screening	- 14 -
4.2 Behandeling door de huisarts	- 14 -
4.3 Doorverwijzen	- 16 -
Referenties	- 17 -

Onderdeel 1: Ouderen, alcohol en gezondheid

1.1 Alcoholgebruik bij ouderen en de relatie met gezondheid

Volgens cijfers van het CBS dronk in 2007 75% van de 65-plussers wel eens alcohol, een stijging van 13% in vergelijking met 1990. Gemiddeld drinken zij ruim een glas alcoholhoudende drank per dag. Acht procent van de ouderen drinkt gemiddeld 3 of meer glazen per dag (CBS, 2008).

Bij ouderen heeft alcoholgebruik meer gevolgen voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid dan bij jongeren en volwassenen het geval is. Een teveel aan alcohol kan bij ouderen leiden tot een diversiteit aan lichamelijke klachten, waaronder maag- en darmproblemen, incontinentie, moeheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen (Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005; NIGZ, 2005). Op geestelijk gebied kunnen er klachten ontstaan zoals concentratieproblemen en vergeetachtigheid. Ook komt onder ouderen veel 'stille' psychosociale problematiek voor: bijna één op die vier ouderen heeft een psychische stoornis. De meest voorkomende psychische problemen onder 60-plussers zijn angststoornissen (10%), dementie (7%) en depressie (2%) (Ott, Breteler, Birkenhäger-Gillesse, van Harskamp, de Koning & Hofman, 1996; Beekman, Deeg, van Tilburg, Schoevers, Smit, Hooijer et al., 1997; Bremmer, Beekman, Deeg, van Balkom, van Dyck & van Tilburg, 1997). Deze stoornissen kunnen enerzijds aanzetten tot overmatig drinken als copingmechanisme en anderzijds versterkt wordt door overmatig drinken (Blow, 2007; Kirchner et al., 2007).

De verhoogde kwetsbaarheid van ouderen voor alcohol maakt dat de standaard grenzen van 2 glazen per dag voor vrouwen en 3 glazen per dag voor mannen te hoog liggen voor veel ouderen. Door een afname van lichaamsvocht met de jaren, een relatieve toename van vet en verminderde werking van lever en nieren, leidt dezelfde hoeveelheid alcohol bij ouderen tot hogere bloedspiegels, lagere tolerantie en snellere intoxicatie en orgaanschade. Om deze reden wordt ouderen aangeraden maximaal 7 glazen alcohol per week te drinken en maximaal 2 tot 3 glazen per gelegenheid (American Geriatrics Society, 2003; Dufour & Fuller, 1995; Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005).

Naast de negatieve gevolgen is er ook bewijs voor positieve effecten van alcohol op de lichamelijke gezondheid. Lichte tot matige alcoholconsumptie (1 glas per dag voor vrouwen boven de 55 jaar en 2 glazen per dag voor mannen boven de 45 jaar) is niet schadelijk voor hart en bloedvaten en heeft zelfs beschermende effecten op hart- en vaatziekten en beroerte (Corrao, Rubbiati, Bagnardi, Zambon & Poikolainen, 2000; Mukamal et al., 2003; NIAAA, 2003; NVVP, 2007). Voor de beschermende effecten is het type alcoholische drank (zoals bier, wijn of sterke drank) niet van belang. Wanneer de aanbevolen hoeveelheden echter worden overschreden, neemt het gezondheidsrisico toe volgens de zogenaamde 'J-vormige curve'. Het gevonden effect is vastgesteld bij het vergelijken van lichte tot matige drinkers (maximaal 75 jaar oud) met personen die geen alcohol drinken. De positieve effecten van lichte tot matige alcoholconsumptie komen het meest tot uitdrukking bij ouderen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (Mukamal et al., 2003). In een Nederlandse studie is daarnaast bewijs gevonden voor een afname van het risico op dementie wanneer 55-plussers één tot drie glazen alcohol per dag drinken (Ruitenbergh, Van Swieten, Witteman, Mehta, Van Duijn, Hofman, et al., 2002).

Al met al is er echter nog te weinig bekend over de precieze relatie tussen alcoholgebruik en hart- en vaatziekten om niet-drinkers aan te raden alcohol te gaan drinken, zeker in het licht

van de elders bewezen schadelijke effecten. Bovendien is het niet duidelijk of de gevonden positieve effecten van een of twee glazen per dag ook op hogere leeftijd aanhouden. Wel is uiteraard van belang – zoals in alle andere gevallen – om te onderkennen dat het levensgeluk meer omvat dan gezondheid alleen en gezondheidseffecten afgewogen moeten worden tegen andere.

1.2 Aanbevolen grenzen voor ouderen

Op basis van de literatuur lijkt een algemeen advies van één glas per dag verantwoord te zijn. Daarnaast geldt de richtlijn van maximaal 7 glazen per week en maximaal 3 glazen per gelegenheid. Maar het lijkt niet nodig om daar *in het algemeen* heel strikt in te zijn. Aangewezen is vooral advies-op-maat, afhankelijk van de gezondheidsklachten van de patiënt en zijn ervaringen met alcohol.

1.3 Rol van de eerstelijns

Ouderen komen met gezondheidsproblemen in veel gevallen als eerste bij de eerstelijnszorg terecht, zoals de huisarts, doktersassistente of praktijkondersteuner. De toename in het gemiddelde aantal contacten met de huisarts is per patiënt sinds 1997 het hoogst onder 75-plussers. In 2005 hadden zij gemiddeld ruim negentien keer per jaar contact (Verheij, Schellevis, Hingstman & De Bakker, 2006). De huisartsenpraktijk staat dan ook dicht bij deze populatie, is vertrouwd en is daardoor een laagdrempelige voorziening voor mensen met overmatig drinkgedrag. De praktijkondersteuner (POH) en de nieuw geïntroduceerde discipline POH GGZ hebben daarnaast meer tijd per patient te besteden dan de huisarts en hebben preventie als onderdeel in het takenpakket. Hierdoor heeft de huisartsenpraktijk meer en betere gelegenheid om riskant alcoholgebruik te bespreken en aan te pakken dan professionals in de tweede lijn (Sim, Hulse & Khong, 2004).

Onderdeel 2: Bespreken

2.1 Aanleidingen voor ter sprake brengen

Er zijn meerdere aanleidingen waarbij geïndiceerd naar het alcoholgebruik van de oudere patiënt gevraagd kan worden. De symptomen van risicovol of schadelijk alcoholgebruik bij ouderen zijn echter niet eenduidig en kunnen gemaskeerd worden door andere gezondheidsproblemen of verward worden met de normale gevolgen van het ouder worden. Ouderen brengen het onderwerp zelf maar zelden ter sprake, voornamelijk omdat ze zich simpelweg niet bewust zijn van een mogelijke samenhang tussen hun klachten en hun drinkgewoonten. Daarnaast komen de eerste signalen van risicovol alcoholgebruik in sommige gevallen niet van de oudere zelf maar uit de omgeving, zoals de partner of de kinderen.

In het Programma voor Individuele Nascholing (PIN) voor problematisch alcoholgebruik (NHG, 2006) en de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (NVVP, 2007) worden meerdere sociale, psychische en lichamelijke problemen genoemd waarbij de rol van alcohol overwogen moet worden door de huisarts. Bij ouderen zijn aanvullend hierop een aantal specifieke risico-indicatoren van belang, namelijk een chronische ziektegeschiedenis en langdurig medicijngebruik.

Chronische ziektegeschiedenis

Bij ouderen met een chronische ziektegeschiedenis kan in het kader van periodieke controles of een leefstijlanamnese specifiek naar het alcoholgebruik worden gevraagd. Het belangrijkste voorbeeld van een chronische aandoening waar dit voor geldt is diabetes.

Medicijngebruik

Uit onderzoek blijkt dat 65-plussers driemaal zoveel geneesmiddelen gebruiken als de gemiddelde Nederlander. Bij 75-plussers is dit zelfs viermaal zo veel. Bovendien worden medicijnen door ouderen overwegend chronisch gebruikt. De gemiddelde 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar (Griens, Tinke & Van der Vaart, 2007).

Frequent gebruik van en verzoek om onder andere kalmeringsmiddelen, antidepressiva en slaapmiddelen is een legitieme aanleiding om naar het alcoholgebruik te vragen. Deze en andere medicijnen worden veel en vaak langdurig aan ouderen voorgeschreven. Van veel medicijnen is bekend dat ze niet goed samengaan met alcoholconsumptie. De combinatie van alcohol met geneesmiddelen kan de afbraak van alcohol in het lichaam vertragen, waardoor de giftige afbraakproducten langer in het lichaam blijven. Dit kan onaangename gevolgen hebben, zoals een warm een rood gezicht, misselijkheid, hoofdpijn, daling van de bloeddruk en hartkloppingen. Tegelijkertijd kan alcohol de afbraak van sommige medicijnen vertragen, wat kan leiden tot een verhoogde plasmaspiegel en overdosering. Bij ouderen met verminderde leverfuncties kunnen deze effecten nog eens versterkt voorkomen. Daarnaast kan alcohol de werking van sommige medicijnen versterken, verzwakken of zelfs opheffen. Ook kunnen de bijwerkingen van het medicijn verergeren. Bij ieder nieuw recept is er aanleiding om te vragen naar het alcoholgebruik (Van Etten, Looyé & Meiberg, geen jaartal).

Voorbeelden van medicijnen die **niet** gebruikt kunnen worden in combinatie met alcohol:

- metronidazol (flagyl)
- analgetica (dextropropoxyfeen)
- antiprotozoica
- bloedsuikerverlagende middelen
- oncolytica (Procarbazine)
- ontwenningmiddelen (Disulfiram)

Voorbeelden van medicijnen die **zeer slecht** te combineren zijn met alcohol:

- psychofarmaca (Rohypnol, Tranxene, Librium, Valium, Mogadon, Seresta, Normison)
- barbituraten en benzodiazepinen
- analgetica (salicyclaten, floctafenine, glafenine)
- anti-epileptica (barbituraten, benzodiazepinen)
- antihistaminica
- antirheumatica (Voltaren, Naprosyne, Indocid, Brufen, Aspirine)
- centrale antihypertensiva
- eetlustremmende middelen
- hoestmiddelen (codeïne)
- maagdarms tabletten (Tagamet, Zantac, Losec)
- antidiarrhoica
- migrainemiddelen (Flunarizine, Lisuride, Pizotifeen)
- parasymphathicolytica
- parkinsonmiddelen
- spierrelaxantia
- sympathicolytica
- vertigomiddelen (Cinnarizine, Flunarizine)

Onderstaand de opsomming van sociale, psychische en lichamelijke klachten die verband kunnen houden met alcoholgebruik, zoals opgenomen in de PIN (NHG, 2006) en de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (NVVP, 2007).

Sociale problemen

Problemen op sociaal-maatschappelijk gebied komen minder voor zodra ouderen een hogere leeftijd bereiken, gepensioneerd raken en meer mensen uit het sociale netwerk verliezen. Toch is het van belang om bij de jonge generatie ouderen alert te zijn op een aantal sociale problemen die een risico-indicator kunnen zijn voor overmatig alcoholgebruik:

- relatieproblemen
- mishandeling
- financiële problemen
- werkproblemen als verzuim en ongevallen

Psychische problemen

- verwardheid
- geheugenverlies en dementie
- stemmingsklachten, depressieve gevoelens
- gedragsstoornissen, eventueel gepaard gaand met agressiviteit en verbaal geweld
- zelfverwaarlozing

Lichamelijke klachten

Veel voorkomende lichamelijke klachten van ouderen waarbij alcoholgebruik een rol kan spelen, zijn:

Algemeen

- moeheid
- malaise
- hyperventilatie
- gewichtsverandering
- frequentere infecties, die bovendien minder goed op behandeling reageren

Maagdarmstelsel

- refluxklachten
- gastritisklachten
- ulcuslijden
- diarree
- palpabele lever
- pancreatitis

Hart en longen

- hypertensie
- cardiomyopathie
- ritmestoornissen
- longinfecties

Zenuwstelsel

- hoofdpijn
- tremoren
- perifere neuropathie
- spierpijnen, -zwakte, en -atrofie
- hyperreflexie
- insulten, epilepsie
- alcoholintoxicatie

Bewegingsstelsel

- jicht
- verhoogde frequentie van valincidenten en fracturen

Urogenitaal stelsel

- seksuele problemen
- verminderde fertiliteit bij mannen
- menstruatiestoornissen

Naast bovenstaande tekenen zijn er een aantal direct waarneembare signalen van overmatig alcoholgebruik en vage indirecte klachten die kunnen wijzen op riskant drinkgedrag.

Direct waarneembare tekenen

- overmatig transpireren
- foetor ('kegel')
- tremoren
- littekens, brandwonden
- spider naevi
- erythemateus en oedemateus gezicht
- conjunctivale roodheid
- erythema palmare
- verhoogde laboratoriumwaarden, zoals MCV of γ GT

Deze tekenen worden vaak alleen bij langdurig zware drinkers gezien, maar kunnen tegelijkertijd een valkuil zijn. Foetor kan ook incidenteel voorkomen of veroorzaakt worden door hoge bloedsuikerwaarden bij diabetici, en de afwezigheid van één van deze tekenen is

geen reden om zwaar alcoholgebruik uit te sluiten. Toch is er in veel gevallen inderdaad sprake van schadelijk alcoholgebruik, dat zonder andere klachten voldoende aanleiding is om het te bespreken. Om weerstand te voorkomen is het echter van belang de patiënt niet expliciet op deze tekenen aan te spreken, maar ze enkel als 'alert' voor de huisarts te gebruiken. Uitgangspunt bij het ter sprake brengen van het alcoholgebruik dient altijd de klacht van de patiënt te zijn.

Vage, indirecte klachten

- veelvuldig spreekuurbezoek
- wisselend en onverklaarbaar klachtenpatroon
- geen of onverwachte reactie op behandeling
- overmatig nicotinegebruik

2.2 Ter sprake brengen

Bij het vermoeden dat de klachten van de patiënt mede veroorzaakt kunnen worden door alcoholgebruik, kan dit op de verschillende wijze ter sprake gebracht worden. In onderstaande voorbeelden wordt de vraag naar alcoholgebruik geïndiceerd gesteld, door deze te relateren aan de klachten of risico's van de patiënt:

'Uw klachten kunnen verband houden met alcoholgebruik. Drinkt u wel eens alcohol?'

'De genezing van uw klachten kan bemoeilijkt worden door het gebruik van alcohol. Drinkt u wel eens alcohol?'

'De werking van uw medicijnen kan beïnvloedt worden door het gebruik van alcohol. Hoe staat het met uw alcoholgebruik?'

Wanneer de patiënt bevestigend antwoord, kunnen de eerste 2 vragen van de Five-Shot test gesteld worden, die informeren naar de frequentie en hoeveelheid van het alcoholgebruik.

1. Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende drank, bijvoorbeeld bier, wijn of een borrel?

2. Hoeveel glazen drinkt u dan als regel?

Voor een vloeiend verloop van het gesprek kan het gemakkelijker zijn om deze vragen niet letterlijk zo te stellen maar om met de patiënt de dag of de week door te nemen.

Start met een open vraag:

Wanneer drinkt u wel eens een glas bier of wijn of een borrel?

Afhankelijk van het antwoord doorvragen:

Drinkt u wel eens bij het eten? [Zo ja: elke dag? En: hoeveel drinkt u dan meestal?]

Drinkt u ook wel eens iets 's avonds voor het slapen gaan?

En 's ochtends?

Aan het einde van het gesprek samen met de patiënt optellen hoeveel glazen per week hij/zij drinkt in een doorsnee week.

Belangrijk hierbij is het doorvragen naar de eenheden die de patiënt noemt, omdat de interpretatie van bijvoorbeeld 'een biertje' kan verschillen. Een flesje of blikje bier bevat bijvoorbeeld evenveel alcohol als 1,5 standaardglas bier; een halve liter bier komt overeen met 2 standaardglazen.

Ouderen die aangeven meer dan 1 glas alcohol per dag te drinken, meer dan 7 glazen per week of meer dan 3 glazen per gelegenheid, voldoen aan de norm voor riskant drinken en kwalificeren voor een kort adviesgesprek door de huisarts (onderdeel 3). Echter dit hangt mede af van de klachten van de patiënt en zijn medicijngebruik.

Patiënten die het moeilijk vinden hun alcoholgebruik in te schatten, kan geadviseerd worden om gedurende een aantal dagen een alcoholdagboekje bij te houden, waarin ze noteren hoeveel alcohol ze drinken, bij welke gelegenheden en met welke frequentie. Bij een volgende afspraak kan dit dagboekje besproken worden.

Onderdeel 3: Kortdurende interventies

3.1 Specifieke aandachtspunten in de benadering van ouderen

De benadering van ouderen vergt specifieke aandachtspunten. Kortdurende interventies gericht op ouderen die onverantwoord omgaan met alcohol moeten daarom rekening houden met de kenmerken van de doelgroep. Dit houdt in dat de inhoud afgestemd dient te worden op de levensfase van de oudere, met daarin aandacht voor de bijbehorende veranderingen, zoals het loslaten van de verantwoordelijkheid voor de kinderen, het overlijden van de partner of andere mensen uit de omgeving, pensionering, vermindering van het aantal sociale contacten en een afnemende gezondheid.

Ouderen hechten veel waarde aan respect. Het opbouwen van een respectvolle en gelijkwaardige relatie met de patiënt is daarom een waardevolle investering. Directe confrontatietechnieken daarentegen worden door ouderen vaak als respectloos opgevat en kunnen de relatie tussen arts en patiënt schaden. Het is belangrijk geen vooroordelen te uiten over het gedrag van de patiënt, maar hem te helpen de risico's van het alcoholgebruik te erkennen en te aanvaarden.

Het drinkgedrag van patiënten bestaat in veel gevallen al langere tijd en is op oudere leeftijd moeilijker te beïnvloeden. Stel daarom haalbare doelen, eventueel stapsgewijs, en neem de tijd om zaken uit te leggen en te laten bezinken. Voorzie in een mogelijkheid om een sessie indien nodig later nog een keer te behandelen.

Voor ouderen is het lastiger – maar zeker niet onmogelijk - om gemotiveerd te zijn tot gedragsverandering, met het oog op de verminderde mogelijkheden in hun levensfase. Daarom is het van belang om de nadruk te leggen op de mogelijkheden die de patiënt nog wel heeft en deze als uitgangspunt te nemen bij het formuleren van doelen. Ook kan de omgeving betrokken worden in het proces van gedragsverandering, zoals de partner of de kinderen. Zij kunnen de patiënt steun bieden wanneer minderen of stoppen moeilijk blijkt te zijn. Bovendien kan de omgeving in sommige gevallen het gedrag van de oudere vergoelijken of in stand houden. Door hun opvattingen over het drinkgedrag van de patiënt te inventariseren en hen actief bij de situatie te betrekken, kunnen zij overtuigd worden van de noodzaak van verandering en hiermee de kans op succes bij de oudere vergroten.

3.2 Adviesgesprek

Ouderen met risicovol alcoholgebruik (meer dan 1 glas alcohol per dag, meer dan 7 glazen per week of meer dan 3 glazen per gelegenheid) kunnen in een kort adviesgesprek geïnformeerd worden over het verband tussen hun drinkgedrag en de klachten waarmee ze op het spreekuur komen.

Hierin worden twee stappen onderscheiden:

1. Op een respectvolle en niet-confronterende manier legt de huisarts uit wat de relatie is tussen het alcoholgebruik van de patiënt en zijn/haar klachten, medicijngebruik of chronische ziektegeschiedenis.

2. Daarna kan een drinkadvies voor de patiënt gegeven worden. Dit advies hangt af van de situatie en de klachten van de patiënt, maar is gebaseerd op de volgende richtlijn:

- maximaal 1 glas per dag;
- maximaal 7 glazen per week;
- maximaal 3 glazen per gelegenheid.

Standaard is het advies aan ouderen met risicovol gebruik om het alcoholgebruik te minderen tot onder de grenzen van de richtlijn of, indien dit lukt, helemaal te stoppen.

Belangrijk hierbij is het maken van een vervolgspraak om na te gaan of het de patiënt lukt de adviezen op te volgen. Ter ondersteuning kan gewezen worden op de mogelijkheid van e-health, zoals de websites www.drinktest.nl en www.minderdrinken.nl.

Indien bij de vervolgspraak blijkt dat het de patiënt niet gelukt is om te minderen of te stoppen, kan vervolgd worden met een motiverend gesprek (onderdeel 3.3).

3.3 Motiverend gesprek

Bij een motiverend gesprek is het de bedoeling dat de patiënt de negatieve gevolgen van het alcoholgebruik zelf gaat inzien, voor- en nadelen van het gedrag tegen elkaar afweegt, zelf argumenten bedenkt om er iets aan te doen en op basis hiervan de beslissing neemt tot minderen of stoppen. De methode is goed bruikbaar bij mensen die ambivalent of onwillig staan tegenover gedragsverandering, waardoor het niet lukt om het alcoholgebruik te minderen of te stoppen.

Er zijn verschillende fasen te onderscheiden in de stadia die een patiënt kan doorlopen om te komen tot gedragsverandering (Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005; NHG, 2006). Deze fasen zijn vergelijkbaar met die bij andere vormen van verslaving, zoals roken. Het is nuttig om na te gaan in welke fase in het proces van gedragsverandering de patiënt zich bevindt, zodat de aanpak van de huisarts hierbij aan kan sluiten. De volgende zes fasen worden onderscheiden:

1. Voor-bewustwording. De patiënt is zich nog niet bewust van het eventueel overmatig alcoholgebruik, laat staan gemotiveerd om te minderen of te stoppen. Geef de patiënt persoonlijke feedback op het alcoholgebruik en de klachten waarmee hij op het spreekuur is gekomen. Communiceer de richtlijn voor verantwoord alcoholgebruik bij ouderen en geef informatie over gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan wanneer deze grenzen worden overschreden. Hiermee kunt u de patiënt over de ongevaarlijkheid van het drinkgedrag aan het twijfelen brengen. Een werkwijze hiervoor is bijvoorbeeld door samen met de patiënt de voor- en nadelen van het drinken op een rijtje te zetten en tegen elkaar af te wegen. Bij de voordelen kan naar alternatieven gezocht worden, zoals 'hoe kan het ook zonder alcohol gezellig zijn?'. U kunt ook wijzen op de mogelijke risico's van alcohol: interactie met medicijnen of chronische aandoeningen, gezondheidsschade en verlies van het rijbewijs. Als de patiënt niet gemotiveerd is tot verandering, laat u het onderwerp rusten tot een volgende gelegenheid.

2. Bewustwording. De patiënt kent de voor- en nadelen van het alcoholgebruik, maar staat nog ambivalent tegenover gedragsverandering. De huisarts kan in deze fase de redenen om niet te minderen of te stoppen met de patiënt bespreken, maar benadrukt hierbij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Voor de effectiviteit van het gesprek is het van belang dat de patiënt inziet dat de keus aan hem (of haar) is om het drinkgedrag te veranderen en niemand anders deze keus voor hem kan en wil maken. Dit kunt u doen door vragen te

stellen als 'wat zou u willen veranderen?' en 'welke hulp heeft u nodig om te kunnen minderen/stoppen?'.

3. Voorbereiding. De patiënt heeft besloten het alcoholgebruik te minderen of te stoppen. Van belang is nu de mentale voorbereiding en de planning en vormgeving van de uitvoering door te nemen met de patiënt. Hierbij hoort ook de bespreking van manieren om de behoefte aan alcohol te weerstaan en een plan voor terugvalpreventie. Neem verschillende opties met de patiënt door waarmee het doel bereikt kan worden. De beschikking over een aantal alternatieven geeft de patiënt de mogelijkheid een benadering te kiezen die hem aanspreekt. Dit kan een positief effect op de motivatie hebben. De patiënt kiest in overleg met de huisarts één van de volgende benaderingen:

- minderen: per direct of geleidelijk over een bepaalde periode. Houdt hierbij de richtlijn voor ouderen als uitgangspunt, maar specificeer de adviezen naar de persoonlijke situatie van de patiënt. Stel bijvoorbeeld voor het alcoholgebruik te minderen naar maximaal 1 glas per dag bij frequente drinkers, of maximaal 3 glazen per gelegenheid bij ouderen die af en toe, maar wel veel alcohol drinken ('binge drinken'). Maak duidelijke afspraken over wanneer nog wel gedronken kan worden, hoeveel en op welke tijdstippen;

- stoppen: onmiddellijk en gedurende een bepaalde periode, om daarna het gebruik van alcohol op een lager niveau te hervatten. Spreek hierbij af hoe om te gaan met een eventuele terugval.

In het algemeen is de kans op terugval bij bewust minder drinken niet groter dan bij acuut volledig stoppen. Minder drinken is makkelijker in het sociale leven in te passen dan volledig stoppen. Houd rekening met de haalbaarheid voor de patiënt en met de ervaringen uit eventuele vorige pogingen. Refereer opnieuw naar de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt door aan te geven dat de keuze om actief aan de slag te gaan met de doelstellingen, bij de patiënt zelf ligt.

4. Actie. De patiënt verandert zijn alcoholgebruik door te minderen of te stoppen. Het bijhouden van een alcoholdagboek kan de verandering ondersteunen. De patiënt houdt hierin de hoeveelheden, tijdstippen en omstandigheden (met wie en waarom) van het alcoholgebruik bij. Een dagboek geeft het drinkpatroon weer, laat zien of gestelde doelen haalbaar zijn en benadrukt de zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Eventuele moeilijkheden kunnen samen met de patiënt met het dagboek geanalyseerd worden.

5. Volhouden. Na de gedragsverandering gaat het om het volhouden van het nieuwe gedrag. Een voorwaarde voor succes is de mate van zelfvertrouwen van de patiënt. Het is van belang hier aandacht aan te besteden door te benadrukken dat de patiënt in staat is de gestelde doelen te realiseren. Een hoog zelfvertrouwen motiveert de patiënt tot het ontwikkelen en uitvoeren van plannen om het alcoholgebruik te stoppen of te minderen. Een goede methode voor het inschatten van de eigen effectiviteit is de patiënt zichzelf een punt te laten geven voor het vertrouwen in het minderen of stoppen. Wanneer de patiënt zichzelf bijvoorbeeld een 6 geeft, kan de huisarts vragen waarom er geen lager cijfer is gegeven, zoals een 5 of een 4. Dit lokt uitspraken uit die het zelfvertrouwen van de patiënt bevestigen. Vervolgens kan gevraagd worden wat de patiënt nodig heeft om van de 6 een 7 te maken. Hiermee kan verandertaal uitgelokt worden.

Voor veel ouderen zullen de gestelde doelen niet in één sessie te bereiken zijn. Maak daarom een aantal vervolgsafspraken, waarin de voortgang met de patiënt wordt besproken. Deze kunnen eventueel telefonisch of door de praktijkondersteuner uitgevoerd worden. Bespreek en noteer de gemaakte afspraken. Bespreek en oefen daarnaast ook eventuele oplossingen voor risicosituaties in het kader van terugvalpreventie. Stel zo nodig de korte termijndoelen bij.

6. Terugval. De patiënt hervat zijn oude alcoholgebruik. U bespreekt de terugval en de oorzaken daarvan, zonder een veroordelende houding aan te nemen. Belangrijk hierbij is het

initiatief bij de patiënt te leggen door naar de eigen verantwoordelijkheid te verwijzen. Eventueel worden doelstellingen opnieuw geformuleerd. Vervolgens kan de cirkel opnieuw doorlopen worden, vanaf fase 1 of 2.

Het is mogelijk dat de doelen niet behaald worden vanwege de aanwezigheid van alcoholproblematiek of afhankelijkheid. Om na te gaan of hier sprake van is, kan de Five-Shot test volledig afgenomen worden, inclusief de vragen over ervaren problemen. Zie hiervoor onderdeel 4 over alcoholmisbruik en afhankelijkheid bij ouderen.

Als alternatief kan er ook voor gekozen worden om direct door te verwijzen naar de verslavingszorg (onderdeel 4.3).

Onderdeel 4: Alcoholmisbruik en afhankelijkheid

4.1 Screening

Wanneer de huisarts vermoedt dat er sprake is van alcoholmisbruik of afhankelijkheid, wordt aanbevolen om, in aanvulling op de eerder behandelde vragen naar frequentie en hoeveelheid van het alcoholgebruik, de overgebleven drie probleemvragen van de Five-Shot test te stellen. Deze vragen kunnen ingeleid worden door te refereren aan het niet behalen van de eerder gestelde doelen tot minderen of stoppen van het alcoholgebruik en de patiënt voor te stellen uit te zoeken welke oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen.

3. *Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maakten over uw drinkgewoonten?*

4. *Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?*

5. *Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?*

Indien de patiënt bevestigend antwoord op één of meerdere vragen, is dit een indicatie voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid.

Soms reageren patiënten negatief op vragen omtrent hun alcoholgebruik. Het wordt gesuggereerd dat dit met name het geval is bij patiënten met een hoge score op screeningsvragen. Wellicht realiseren zij zich dat ze overmatig alcohol drinken en reageren ze hierdoor gevoeliger op het onderwerp.

Laboratoriumonderzoek van bloedsamples geeft geen definitief uitsluitsel over de mate van alcoholgebruik en wordt daarom niet aanbevolen. De sensitiviteit en specificiteit van de beschikbare testen is onvoldoende om problematisch alcoholgebruik aan te kunnen tonen. Hierdoor bieden deze biologische testen geen zekerheid en dienen ze altijd in combinatie met een andere vorm van screening uitgevoerd te worden (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001). Afwijkende laboratoriumwaarden op biologische markers kunnen wel gebruikt worden om vermindering of stoppen van het alcoholgebruik te monitoren. Doordat er relatief snel verandering in de waarden ontstaat wanneer het alcoholgebruik afneemt, is dit een motivatie om door te gaan. Daarnaast kunnen te hoge labwaarden motiveren tot minderen of stoppen wanneer de patiënt geen andere klachten ondervindt van het drinkgedrag.

Voorbeelden van biologische indicatoren voor alcoholmisbruik zijn CDT (koolhydraatdeficiënt transferrine, normaalwaarde < 2,6% bij de AXIS Shield methode), γ GT (gamma glutamyl transpeptidase, normaalwaarde < 50 units/liter voor mannen en < 35 units/liter voor vrouwen) en MCV (mean corpuscular volume, normaalwaarde 80-100 fl.). Hiervan wordt CDT beschouwd als de beste alcoholmarker, hoewel het verschil met de MCV-test klein is (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001; Meerkerk, Njoo, Bongers, Trienekens & Van Oers, 1999).

4.2 Behandeling door de huisarts

Wanneer alcoholmisbruik of afhankelijkheid is vastgesteld, kan in overleg met de patiënt de keuze gemaakt worden voor behandeling door de huisarts zelf (of de praktijkondersteuner of

een consulent) of doorverwijzing naar de verslavingszorg. Zie voor de laatste mogelijkheid onderdeel 4.3.

Behandeling door de huisarts kan bestaan uit motivationele gespreksvoering zoals eerder beschreven, eventueel in combinatie met farmacotherapie om onthoudingsverschijnselen te verminderen of te voorkomen. Deze onthoudingsverschijnselen kunnen bij ouderen langer duren dan bij volwassenen. Bij milde vormen van onthouding, zoals prikkelbaarheid en slaapproblemen, hoeft in veel gevallen geen medicatie voorgeschreven te worden. Bij ernstige vormen van ontwenningsverschijnselen worden benzodiazepinen aanbevolen. Specifiek aandachtspunt bij ouderen is een slecht functionerende lever en de mogelijk sederende werking van langwerkende benzodiazepinen. Een kortwerkende variant als oxazepam heeft daarom de voorkeur. Start met viermaal daags 25 mg en stop de medicatie binnen een week. Verder moet overwogen worden wat de mogelijke effecten zijn voor de werking van andere medicijnen die de patiënt op voorschrift of op eigen initiatief gebruikt (Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005; NVVP, 2007).

Ter ondersteuning van de behandeling van ouderen met alcoholproblematiek is het raadzaam om vitaminesupplementen te geven. Overmatig alcoholgebruik gaat vaak samen met thiaminetekorten, met name bij een onvolledig voedingspatroon. Een dosering van 1-2 maal daags een tablet vitamine B₁ van 100 mg is aanbevolen om een optimale vitamine B₁-spiegel te bereiken. Als de patiënt weer een gezond voedingspatroon volgt, kan de dosis in de loop van de maand worden afgebouwd (Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005).

Ter preventie van terugval kan overwogen worden om acamprosaat en naltrexone voor te schrijven. Deze middelen worden echter door de NHG niet aanbevolen -tenzij in overleg met een verslavingsarts- omdat er geen studies bekend zijn naar de werking bij ouderen (Meerkerk, Aarns, Dijkstra, Weisscher, Njoo & Boomsma, 2005).

Acamprosaat en naltrexone zijn beide veilig en effectief gebleken bij de behandeling van alcoholafhankelijke (volwassen) patiënten. De numbers needed to treat (NNT) voor acamprosaat wat betreft blijvende abstinentie is ongeveer 9; bij naltrexone is de NNT niet eenduidig vanwege verschillende resultaten in effectstudies, die uiteen lopen van 8 tot 20 (NVVP, 2007). Acamprosaat heeft als bijwerking diarree. Andere minder vaak voorkomende bijwerkingen zijn hoofdpijn, duizeligheid en jeuk. Naltrexone heeft onaangename bijwerkingen zoals misselijkheid, hoofdpijn en duizeligheid, waardoor tijdens de behandeling extra aandacht besteedt moet worden aan het motiveren van de patiënt tot inname van het medicijn.

Behandeling met acamprosaat en naltrexone (zie De Jong, Van Hoek & Jongerhuis, 2004)

Acamprosaat (direct na detoxificatie)	Boven de 60 kg	3 dd 2 tabletten van 333 mg
	Onder de 60 kg	2 dd 2 tabletten van 333 mg
Naltrexone (7-10 dagen na detoxificatie, als urine schoon is)	Begindosering	12,5 mg. Treden binnen een uur geen ontwenningsverschijnselen op, dan kan nogmaals 12,5 mg gegeven worden.
	Onderhoudsdosis	50 mg. Vanaf de tweede dag 1 dd 1 Of 3 maal per week: maandag 2, woensdag 2, vrijdag 3

4.3 Doorverwijzen

Wanneer de patiënt na een adviesgesprek en meerdere motiverende gesprekken, eventueel ondersteund met farmacotherapie, niet in staat is gebleken het alcoholgebruik te minderen of stoppen, kan de patiënt doorverwezen worden naar (een consulent van) de verslavingszorg. Voor de motivatie van de patiënt is het van groot belang dit in overleg met de patiënt te beslissen.

De huisarts formuleert samen met de patiënt de hulpvraag en maakt, bij voorkeur in het bijzijn van de patiënt, een eerste afspraak met de verslavingszorg of de consulent. Korte tijd na deze afspraak neemt de huisarts schriftelijk of telefonisch contact op met de patiënt om na te gaan of de verwijzing geslaagd is. Dit alles valt binnen een persoonlijke en ondersteunende benadering, die vooral bij ouderen erg belangrijk is.

Referenties

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, *51*, 206-217.

American Geriatrics Society (2003). *Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults*. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml> (geraadpleegd 23 september 2008).

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T. G., Schoevers, R. A., Smit, J. H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1997). Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *39*, 294-308.

Bremmer, M. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Balkom, A. J. L. M., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (1997). Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *39*, 634-648.

Blow, F. C. (2007). Late-life depression and alcoholism. *Current Psychiatry Reports*, *9*, 14-19.

CBS (2008). *Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl*. <http://statline.cbs.nl> (geraadpleegd 26 augustus 2008).

Corrao, G., Rubbiati, L., Barnardi, V., Zambon, A., & Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, *95*, 1505-1523.

De Jong, C. A. J., Van Hoek, A. F. M., & Jongerhuis, M. (2004). *Richtlijn Detox*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Dufour, M., & Fuller, R. K. (1995). Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine*, *46*, 123-132.

Griens, A. M. G. F., Tinke, J. L., & van der Vaart, R. J. (2007). *Data en feiten 2007*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Kirchner, J. E., Zubritsky, C., Cody, M., Coakley, E., Chen, H., Ware, J. H., et al. (2007). Alcohol consumption among older adults in primary care. *Society of General Internal Medicine*, *22*, 92-97.

Meerkerk, G-J., Aarns, T., Dijkstra, R. H., Weisscher, P., Njoo, K., & Boomsma, L. J. (2005). NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik. *Huisarts en Wetenschap*, *48*, 284-295. Ook te raadplegen via www.nhg.org.

Meerkerk, G-J, Njoo, K. H., Bongers, I. M. B., Trienekens, P., & Van Oers, J. A. M. (1999). Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyl transferase, and mean cell volume in a general practice population. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, *23*, 1052-1059.

Mukamal, K. J., Conigrave, K. M., Mittleman, M. A., Camargo, C. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., et al. (2003). Role of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, *348*, 109-118.

NHG (2006). *Problematisch Alcoholgebruik. Programma voor individuele nascholing*. Utrecht: NHG.

NIAAA (2003). *State of the science report on the effects of moderate drinking*. Bethesda, MD: NIAAA. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ModerateDrinking-03.htm> (geraadpleegd 24 september 2008).

NIGZ (2005). *Factsheet Alcohol en Ouderen*. Woerden: NIGZ.

NVVP (2007). *Concept Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Ott, A., Breteler, M. M. B., Birkenhäger-Gillesse, E. B., van Harskamp, F., de Koning, I., & Hofman, A. (1996). De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 200-205.

Ruitenbergh, A., Van Swieten, J. C., Witteman, J. C. M., Mehta, K. M., Van Duijn, C. M., Hofman, A., et al. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam study. *Lancet*, 359, 281-286.

Sim, M. G., Hulse, G., & Khong, E. (2004). Alcohol and other drug use in later life. *Australian Family Physician*, 33, 820-824.

Van Etten, D., Looyé, M., & Meiberg, W. (geen jaartal). *Ouderen en het gebruik van medicijnen in combinatie met alcohol... Een onderschat probleem!* Zeist: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie.

Verheij, R. A., Schellevis, F. C., Hingstman, L., & de Bakker, D. H. (2006). *Huisartsenzorg: hoe groot is het gebruik en waaruit bestaat het?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2400n20332.html (geraadpleegd 14 augustus 2008).

IVO
Heemraadssingel 194
3021 DM Rotterdam
010-425 33 66; www.ivo.nl

Met medewerking van GGZ Noord- en Midden Limburg, Mondriaan, NHG, Novadic-Kentron/Roder Consult en GGD Rotterdam-Rijnmond.