

# Veilig drinken op leeftijd

Screening en behandeling van alcoholproblematiek  
bij ouderen in de huisartsenpraktijk

**Anneke Risselada**  
**Marloes Kleinjan**  
**Harrie Jansen**

**Veilig drinken op leeftijd. Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk.**

**Colofon**

Drs. Anneke Risselada  
Dr. Marloes Kleinjan  
Dr. Harrie Jansen

Dit is een onderzoek in het kader van het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit geestelijke gezondheidszorg en verslavingsonderzoek (LAK GGZ/VZ). Dit programma is een initiatief van het ministerie van VWS en wordt gecoördineerd en gefinancierd door ZonMw.



Rotterdam, mei 2009



IVO  
Heemraadssingel 194  
3021 DM Rotterdam  
T (010) 425 33 66  
F (010) 276 39 88  
E: [secretariaat@ivo.nl](mailto:secretariaat@ivo.nl)  
W: [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)

# Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Inleiding.....</b>	<b>5</b>
1.1 Achtergrond .....	5
1.2 Doelstelling .....	5
1.3 Leeswijzer.....	6
<b>2 Literatuurstudie naar alcoholproblematiek bij ouderen en de rol van de eerstelijnszorg .....</b>	<b>7</b>
2.1 Methode.....	7
2.2 Terminologie.....	7
2.3 Toename in alcoholconsumptie door ouderen .....	8
2.4 Speciale aandacht voor ouderen nodig.....	9
2.5 Hulpvraag van ouderen neemt toe .....	11
2.6 Gebrekkige signalering door de eerstelijnszorg .....	11
2.7 Screeningsinstrumenten.....	12
2.8 Kortdurende interventies voor ouderen .....	18
<b>3 Methode.....</b>	<b>20</b>
3.1 Ontwikkeling module .....	20
3.2 Implementatie .....	20
3.3 Evaluatie .....	22
<b>4 Resultaten .....</b>	<b>23</b>
4.1 Respons.....	23
4.2 Nulmeting.....	23
4.2.1 Visie op taak van de eerstelijnszorg .....	24
4.2.2 Omgang met alcoholgebruik bij ouderen.....	24
4.2.3 Aanleidingen voor het ter sprake brengen van het alcoholgebruik .....	25
4.3 Follow-up .....	26
4.3.1 Evaluatie deskundigheidsbevordering ‘Veilig drinken op leeftijd’ .....	26
4.3.2 Visie op taak van de eerstelijnszorg.....	27
4.3.3 Omgang met alcoholgebruik bij ouderen.....	27
4.3.4 Aanleidingen voor het ter sprake brengen van het alcoholgebruik .....	28
<b>5 Discussie, conclusie en aanbevelingen.....</b>	<b>30</b>
5.1 Discussie .....	30
5.2 Conclusie .....	33
5.3 Aanbevelingen .....	34
<b>Referenties .....</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage 1: Module ‘Veilig drinken op leeftijd’ .....</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 2: Factsheet ‘Veilig drinken op leeftijd’ .....</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage 3: Nulmeting .....</b>	<b>68</b>
<b>Bijlage 4: Eerste follow-up .....</b>	<b>72</b>
<b>Bijlage 5: Tweede follow-up.....</b>	<b>77</b>
<b>Bijlage 6: Tabellen en figuren .....</b>	<b>79</b>

## Samenvatting

Overmatig alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor een groot aantal gezondheid- en welzijnsproblemen. Vroegtijdige herkenning en interventie in de eerstelijns gezondheidszorg is mogelijk en effectief gebleken, en wordt voor volwassenen geïmplementeerd vanuit het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Bij ouderen zijn er echter een aantal belangrijke aandachtspunten voor de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek die niet gedekt worden door de huidige programma's. Om deze lacune op te vullen heeft het IVO de module 'Veilig drinken op leeftijd' voor eerstelijns gezondheidswerkers ontwikkeld en geïmplementeerd.

De module is gebaseerd op een grondige literatuurstudie naar de prevalentie van alcoholgebruik onder ouderen in Nederland, de specifieke kenmerken van deze doelgroep en de rol van de eerstelijnszorg. De module beschrijft het herkennen en bespreken van riskant drinken en alcoholafhankelijkheid onder ouderen in de eerstelijns gezondheidszorg. Uitgangspunt is een *klachtgerichte* werkwijze, waarbij de eerstelijns gezondheidswerker op basis van somatische of psychische klachten van de patiënt het drinkgedrag bespreekt en de patiënt ondersteunt bij het beperken van het alcoholgebruik.

De module is geïmplementeerd in huisartsenpraktijken in de regio's Rotterdam, Noord-Brabant en Limburg. Hiervoor is samengewerkt met het Partnership Vroegsignalering Alcohol en de regionale instellingen voor de verslavingszorg. De implementatie van de module is gemonitord met een kleinschalig evaluatie onderzoek. Hierbij hebben de deelnemende gezondheidswerkers voorafgaand aan de training een schriftelijke vragenlijst ingevuld die dienst doet als nulmeting. Twee en vier weken na de training zijn de deelnemers telefonisch geïnterviewd over de omgang met (beginnende) alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk. In totaal hebben 37 eerstelijns gezondheidswerkers (praktijkondersteuner, gezondheidswerkers, gezondheidswerkers in opleiding, verslavingsconsulent) deelgenomen aan de evaluatie. Twee weken na de training zijn 32 van hen telefonisch geïnterviewd. Na vier weken hebben 26 deelnemers meegewerkt aan een tweede follow-up interview.

De resultaten van de evaluatie laten zien dat de bewustwording en alertheid van eerstelijns gezondheidswerkers wat betreft alcoholproblematiek bij ouderen op de eerste follow-up is toegenomen. Ook het aantal gezondheidswerkers dat alcoholgebruik bij oudere patiënten aan de orde heeft gesteld en het aantal patiënten waarbij dit is gedaan, is toegenomen na de training. Bij de tweede follow-up neemt dit aantal wat af, maar blijft hoger dan de beginwaarde op de nulmeting. De grenzen die gezondheidswerkers hanteren voor veilig alcoholgebruik bij ouderen, zijn afgenomen na de training maar liggen nog steeds fors hoger dan de richtlijnen uit de module.

Geconcludeerd kan worden dat de deelnemende gezondheidswerkers het signaleergedrag in positieve zin hebben veranderd, maar dat dit op langere termijn afneemt. Aanbevolen wordt om meer aandacht te besteden aan de grenzen voor veilig drinkgedrag bij ouderen en aan bewustwording van en alertheid op de problematiek op de lange termijn. Mogelijkheden hiervoor zijn het onderwerp onder de aandacht houden via vaktijdschriften voor professionals in de eerstelijnszorg, via websites van huisartsenverenigingen en verslavingszorginstellingen of door het organiseren van verdiepingsbijeenkomsten, waarin de nadruk ligt op het toepassen van de signalering- en interventievaardigheden uit de module.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Ongeveer 10% van de Nederlanders drinkt meer dan goed is voor de gezondheid en/of raakt door alcoholgebruik in psychische of sociale problemen. Naast een groot aantal lichamelijke gezondheidsproblemen zoals diabetes en hart- en vaatziekten (Poppelier, van de Wiel & van de Mheen, 2002) zijn alcoholafhankelijkheid, depressiviteit, relatieproblemen, huiselijk geweld, verkeersongevallen, vandalisme en arbeidsverzuim problemen die mede door overmatig alcoholgebruik kunnen worden veroorzaakt. Tot voor kort heeft alcoholproblematiek bij ouderen weinig aandacht gekregen. Uit recent onderzoek blijkt echter dat overmatige alcoholconsumptie ook bij ouderen een toenemend gezondheidsprobleem is (NIGZ, 2005) en dat een toenemend aantal ouderen hulp zoekt voor problemen met alcohol (Stichting IVZ, 2007).

Om de schade door overmatige alcoholconsumptie zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken is vroegtijdige herkenning en interventie van groot belang. Bovendien zijn er effectieve eenvoudige interventies beschikbaar die in de eerstelijns gezondheidszorg kunnen worden toegepast (Anderson, 2003; Anderson, Laurant, Kaner, Wensing & Grol, 2004). Het belangrijkste knelpunt is om gezondheidswerkers en andere gezondheidsverleners in de eerstelijnszorg te trainen in de herkenning van alcoholproblematiek en te motiveren tot het uitvoeren van kortdurende interventies en/of doorverwijzing naar de verslavingszorg.

In het kader van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA) wordt de standaard Probleematisch Alcoholgebruik van het Nederlands Gezondheidsverleners Genootschap (NHG) aangeboden aan gezondheidsverleners voor herkenning en interventie van alcoholproblematiek bij volwassenen. Daarvoor worden enerzijds gezondheidsverleners en praktijkondersteuners getraind en anderzijds consultatierelaties ontwikkeld vanuit de verslavingszorg (Kersten, de Jong, Kuik, Koole & Aalders, 2007). Deze training en consultatie zijn echter beperkt tot volwassenen onder 65 jaar. Gezien de specifieke levensfase, leefsituatie en gezondheidsproblematiek van ouderen, de omvang van directe en indirecte alcoholproblematiek, en de bewezen effectiviteit van actieve herkenning en kortdurende interventies voor preventie en oplossing van alcoholproblematiek, is specifieke aandacht voor ouderen noodzakelijk en potentieel effectief (Anderson, 2003; Anderson, Laurant, Kaner, Wensing & Grol, 2004; Stichting IVZ, 2005). Het is daarom van belang om parallel en ter aanvulling op de producten van het PVA aangepaste richtlijnen voor ouderen te implementeren.

## 1.2 Doelstelling

Het einddoel van het project is verbetering van de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in Nederlandse huisartsenpraktijken. Tussendoel is het vergroten van de vaardigheden van Nederlandse gezondheidsverleners in de opsporing en behandeling dan wel effectieve doorverwijzing van ouderen met alcoholproblematiek.

### **1.3 Leeswijzer**

Dit rapport is als volgt opgebouwd: hoofdstuk 2 beschrijft een literatuurstudie naar alcoholproblematiek bij ouderen en de rol van de eerstelijnszorg. In hoofdstuk 3 komt de ontwikkeling van de module 'Veilig drinken op leeftijd' aan de orde en wordt de methode van evaluatie geschetst. Hoofdstuk 4 geeft de uitkomsten van de interviews met gezondheidswerkers weer. De resultaten worden in hoofdstuk 5 bediscussieerd, waarna conclusies worden getrokken en aanbevelingen gedaan.

## **2 Literatuurstudie naar alcoholproblematiek bij ouderen en de rol van de eerstelijnszorg**

### **2.1 Methode**

Het project is gestart met een literatuurstudie naar de prevalentie van alcoholgebruik onder ouderen in Nederland, de specifieke kenmerken van deze doelgroep en de rol van de eerstelijnszorg. Aanvullend is een beknopte inventarisatie gemaakt van bestaande instrumenten en interventies voor herkenning en vroegbehandeling van overmatig alcoholgebruik bij ouderen.

Voor de literatuurstudie is gezocht naar artikelen gepubliceerd vanaf 2002 in de wetenschappelijke databases PubMed/Medline, PsycINFO en Cochrane. Hierbij is gebruik gemaakt van (combinaties van) de volgende trefwoorden: general practitioner, primary care, screening, brief intervention, alcohol, late life problem drinking, negative life events, lifestyle, elderly, older adults, CAGE, MAST-G, ARPS, AUDIT, FAST. Dit leverde in totaal ruim 1500 hits op, waarna verder is geselecteerd op relevantie aan de hand van de titel en het abstract. Hier kwamen 70 artikelen uit naar voren, waarvan de full text is opgevraagd. De referentielijsten van deze studies zijn bekeken op nieuwe bronnen.

### **2.2 Terminologie**

In de literatuur worden diverse termen gebruikt voor de aanduiding van patronen van alcoholconsumptie die een negatief effect (kunnen) hebben op de gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn onverantwoord alcoholgebruik, overmatig drinken, problematisch gebruik, riskant gebruik, schadelijk gebruik en excessief gebruik. De verschillen in terminologie hangen samen met de verschillen in soorten problemen die men op het oog heeft, namelijk somatische gezondheidsproblemen, psychische problemen, sociaal-maatschappelijke problematiek en/of verslavingsproblemen (afhankelijkheid).

Wanneer het gaat om gezondheidsrisico's is primair van belang of mensen teveel drinken in relatie tot hun lichamelijke conditie en leefsituatie, met andere woorden: drinken zij zoveel dat hun gezondheid daardoor gevaar loopt op korte of lange termijn. Als dat in lichte mate het geval is spreekt men van riskant (of geregeld of overmatig) drinken en als het in hoge mate het geval is, heet het schadelijk (of zwaar of excessief) drinken (NVVP, 2007; Verdurmen, Monshouwer, Van Dorsselaer & De Graaf, 2003). Voor volwassen mannen begint riskant drinken bij een consumptie van meer dan 21 glazen alcohol per week en schadelijk drinken bij meer dan 50 glazen. Voor volwassen vrouwen is dat respectievelijk 14 en 35 glazen. Riskant alcoholgebruik komt in de Nederlandse populatie onder ruim 10% van de bevolking van 18 tot 65 jaar voor; bij mannen (14-15%) meer dan bij vrouwen (6-12%). Het percentage schadelijke drinkers onder mannen is 2,4%, bij vrouwen is dit 0,8% (CBS, 2005; NVVP, 2007; Verdurmen, Monshouwer, Van Dorsselaer & De Graaf, 2003).

Naast het onderscheidt tussen riskant en schadelijk drinken, wordt in de literatuur ook regelmatig gesproken over 'binge drinken': het drinken van grote hoeveelheden alcohol in korte tijd, afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Dit is met name

populair onder jongeren en jongvolwassenen. Een veelgebruikte definitie voor binge drinken is op minstens 1 dag in de week 6 of meer glazen alcohol drinken. Volgens deze omschrijving heeft ruim 10% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder ervaring met binge drinken. Ook hier blijkt dat dit vaker voorkomt bij mannen (18%) dan bij vrouwen (4%) (CBS, 2005).

Men spreekt van problematisch alcoholgebruik of probleemdrinken wanneer het drinken negatieve gevolgen heeft voor het psychisch en sociaal functioneren. Daarbij speelt de hoeveelheid geconsumeerde alcohol ook een rol, maar die is hierin niet doorslaggevend. De drempelwaarde die voor het drankgebruik wordt aangehouden is gebaseerd op onderzoek van Garretsen (1982, 1983), Knibbe (1982, 1984) en Bongers (1998): minimaal 21 dagen per maand 4 of 5 glazen drinken en/of minimaal 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol drinken. Geschat wordt dat ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 16 tot 70 jaar betiteld kan worden als een zogenoemde 'probleemdrinker' (Van Dijk & Knibbe, 2005).

Gezondheidsproblemen als gevolg van onverantwoord alcoholgebruik kunnen zich op verschillende gebieden voordoen en zowel chronisch als acuut van aard zijn. Uit onderzoek is gebleken dat alcoholgebruik samenhangt met ongeveer 60 verschillende aandoeningen (Anderson, Gual & Colom, 2005). Overmatig drinken verhoogt het risico op ernstige gezondheidsschade, zoals hart- en vaatziekten, levercirrose, diverse soorten kanker, aandoeningen aan het zenuwstelsel en een verhoogd risico op ongevallen. Daarnaast verhoogt het de risico's op psychische klachten, zoals angststoornissen en depressie (Alati, Lawlor, Najman, Williams, Bor & Callaghan, 2005; Anderson & Baumberg, 2006; Verdurmen, Monshouwer & Van Dorsselaer, 2003) en veroorzaakt het relatieproblemen, werkverzuim, problemen met politie en justitie en andere sociaal-maatschappelijke problemen (Poppelier, van de Wiel & van de Mheen, 2002; Anderson, 2003).

### **2.3 Toename in alcoholconsumptie door ouderen**

Naast de aandacht voor overmatig alcoholgebruik onder jongeren, groeit in Nederland langzaam het besef dat alcoholgebruik onder ouderen steeds meer voorkomt. 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 alcohol per dag. Acht procent van de ouderen drinkt gemiddeld 3 of meer glazen per dag (CBS, 2008). Tevens is bekend dat bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen gemiddeld meer alcohol drinken dan zelfstandig wonende ouderen (Buijssen, Van Oosten & Jansen op de Haar, 1996; Johnson, 2000). In de literatuur over alcoholgebruik bij ouderen worden twee soorten excessieve drinkers onderscheiden: de early-onset drinkers ('overlevenden') en de late-onset drinkers ('reactieve drinkers') (Johnson, 2000). Overlevenden vertonen hun hele volwassen leven al problematisch drinkgedrag en zijn hier, ondanks alle gezondheidsrisico's, oud mee geworden. Het gaat hierbij om ruim 60% van de drinkende ouderen. Reactieve drinkers zijn ouderen die hun heil zoeken in alcohol naar aanleiding van een heftige gebeurtenis in het leven, zoals verlies of beëindiging van een baan (pensionering), verhuizing, of het overlijden van een partner of vriend.

Om een beeld te schetsen van de oudere met alcoholafhankelijkheid kan gekeken worden naar cijfers van de ambulante verslavingszorg (Stichting IVZ, 2007). Het merendeel van de 55-plussers met een alcoholgerelateerde hulpvraag is autochtoon (94%) en heeft eigen woonruimte (89%). De gemiddelde leeftijd waarop hulp gezocht wordt is 61 jaar. Eén derde van de hulpvragers werkt en één vijfde heeft een hogere



opleiding en thuiswonende kinderen. Opvallend is het hoge aantal vrouwen in de groep oudere hulpvragers. Dit aantal is absoluut en relatief sneller toegenomen dan het aantal mannen. In 2006 was één op de drie (31%) hulpvragers boven de 55 jaar vrouw, een verdubbeling ten opzichte van 1997. De groei van het aantal mannen ouder dan 55 jaar bedroeg in 10 jaar tijd 'slechts' 64%. Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor de invloed van de vergrijzing (Stichting IVZ, 2007). In de internationale literatuur wordt ook melding gemaakt van het toenemend aantal oudere vrouwen met alcoholproblematiek (Blow, 2000; Boyle & Davis, 2006) en de gevolgen hiervan voor screening en behandeling (Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2007). Hier komen we in paragraaf 2.8 over kortdurende interventies op terug.

Er is een aantal verschillen aan te wijzen in de kenmerken van alcoholafhankelijkheid tussen ouderen (55+) en volwassenen of jongeren die aangemeld zijn bij de ambulante verslavingszorg. De frequentie van het alcoholgebruik is bij ouderen gemiddeld hoger dan bij mensen jonger dan 55 jaar. Volgens cijfers van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem dronk in 2006 75% van de 55-plussers dagelijks alcohol tegenover 68% van de mensen jonger dan 55 jaar. Ook kampt de groep ouderen gemiddeld langer met alcoholgerelateerde problemen voordat zij zich aanmelden voor hulp. Bijna 80% van de ouderen loopt langer dan 5 jaar met de problematiek rond voordat zij hulp zoekt bij de ambulante verslavingszorg. Bij 55-minners ligt dit ongeveer 10% lager. Er zijn ook kenmerken waarop ouderen gunstiger scores dan jongere mensen met alcoholproblematiek. Bij ouderen is minder vaak (10%) sprake van een secundaire verslaving dan bij personen jonger dan 55 jaar (32%). Wanneer dit wel zo is, gaat het in de meeste gevallen om medicijngebruik. Verder zijn ouderen met alcoholproblematiek minder vaak in aanraking geweest met justitie (32% voor 55-plussers en 36% voor 55-minners) en zijn zij minder vaak opgenomen voor psychiatrische hulp (30% voor 55+ en 55% voor 55-) (Stichting IVZ, 2007).

## **2.4 Speciale aandacht voor ouderen nodig**

Ouderen zijn een risicogroep voor riskant en schadelijk alcoholgebruik die extra aandacht verdient. 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. Voor ouderen wordt aanbevolen niet meer dan 7 glazen alcohol per week te drinken en niet meer dan 2 tot 3 glazen per gelegenheid (American Geriatrics Society, 2003; Dufour & Fuller, 1995; NHG, 2006).

Daarnaast hebben ouderen gemiddeld meer en langduriger gezondheidsproblemen dan volwassenen op jongere leeftijd. De totale ziektelast in 2003 was het hoogst bij 65-plussers (47%) in vergelijking met volwassenen (44%) en kinderen en jongeren (9%). Wanneer wordt gecorrigeerd voor het effect van de bevolkingsopbouw, zijn de verschillen nog groter (Hoeymans, Gommer & Poos 2006).

Als gevolg van deze gezondheidsproblemen gebruiken 65-plussers driemaal zoveel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij 75-plussers is dit zelfs viermaal zo veel. Bovendien worden medicijnen door ouderen overwegend chronisch gebruikt. De meest gebruikte middelen bij ouderen zijn medicijnen voor een hoge bloeddruk, bloedverdunningsmiddelen en slaapmiddelen. De gemiddelde 65-plusser gebruikt dagelijks drie

verschillende geneesmiddelen naast elkaar (Griens, Tinke & Van der Vaart, 2007). Van veel medicijnen is bekend dat ze niet goed samengaan met alcoholconsumptie, wat in sterkere mate geldt voor combinaties van medicijnen.

Naast chronisch medicijngebruik en alcoholconsumptie is bij ouderen op andere punten vaak sprake van een ongezonde leefstijl, zoals roken, ongezond eten en tekort aan beweging (Van den Berg Jeths, Timmermans, Hoeymans & Woittiez, 2004). Deze leefstijlproblematiek speelt vaak een rol bij veel voorkomende gezondheidsklachten als diabetes, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en overgewicht.

De gevolgen van een teveel aan alcohol worden bij ouderen in eerste instantie zichtbaar op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Alcoholgerelateerde problemen op crimineel of werkgerelateerd gebied komen bij ouderen zelden voor, wat de herkenning kan bemoeilijken. Riskant en schadelijk alcoholgebruik kan bij ouderen leiden tot een diversiteit aan lichamelijke klachten, zoals maag- en darmproblemen, incontinentie, moeheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen (NIGZ, 2005). 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%) (Bremmer, Beekman, Deeg, van Balkom, van Dyck & van Tilburg, 1997), dementie (7%) (Ott, Breteler, Birkenhäger-Gillesse, van Harskamp, de Koning & Hofman, 1996) en depressie (2%) (Beekman, Deeg, van Tilburg, Schoevers, Smit, Hooijer et al., 1997). Deze stoornissen kunnen enerzijds aanzetten tot schadelijk drinken als copingmechanisme en anderzijds versterkt worden door overmatig drinken (Blow, 2007; Kirchner et al., 2007).

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 de gezondheid en heeft zelfs beschermende effecten op hart- en vaatziekten en beroerte (Mukamal et al., 2003; NIAAA, 2003). Hierbij is het type alcoholische drank (zoals bier, wijn of sterke drank) niet van belang. Het gevonden effect is vastgesteld bij het vergelijken van lichte tot matige drinkers (maximaal 75 jaar oud) met personen die weinig tot 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). Er is echter nog te weinig bekend over de precieze relatie tussen alcoholgebruik en coronaire hartziekten om niet-drinkers aan te raden alcohol te gaan drinken, zeker in het licht van de bewezen schadelijke effecten van alcohol (Agarwal, 2002; Goldberg, 2003).

De aanbeveling tot lichte of matige alcoholconsumptie voor drinkende volwassenen van 45 jaar of ouder staat in contrast met de norm voor veilig alcoholgebruik bij ouderen van de NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) en de American Geriatrics Society, die ouderen adviseren niet meer dan 1 alcoholische consumptie per dag en niet meer dan 2 à 3 consumpties bij speciale gelegenheden te drinken (American Geriatrics Society, 2003; Dufour & Fuller, 1995). Beide richtlijnen komen voort uit onderzoeken onder verschillende populaties waarbinnen verschillende definities van alcoholgebruik en ouderen gehanteerd werden. Daarnaast zijn de resultaten nog niet allemaal onomstotelijk aangetoond. Hoewel alle gevonden verbanden van belang kunnen zijn en gerespecteerd dienen te worden, is

terughoudendheid in de interpretatie van de resultaten aanbevolen en staat de specifieke situatie van de individuele patiënt voorop.

## **2.5 Hulpvraag van ouderen neemt toe**

Tussen 1997 en 2006 laat de hulpvraag van mensen met alcoholproblematiek bij verslavingszorginstellingen met een stijging van 45% een duidelijke toename zien (Stichting IVZ, 2007). Onder ouderen boven de 55 jaar was de toename in het aantal hulpvragen in de ambulante verslavingszorg in deze periode zelfs 114%. Bijna tweederde van deze stijging vond plaats in de laatste 5 jaar. De toename in hulpvraag van 55-plussers kan voor een deel worden toegeschreven aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Als hiervoor gecorrigeerd wordt, blijft een autonome groei over van 78%. Daarnaast is de toename een gevolg van de extra inspanningen van de ambulante verslavingszorg om alcoholcliënten te bereiken: in 2006 had circa 22% van de oudere hulpvragers niet eerder hulp gezocht voor hun alcoholprobleem (Stichting IVZ, 2007).

Echter, ouderen komen met gezondheidsproblemen in veel gevallen als eerste bij de huisarts terecht. De toename in het gemiddeld 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 met de huisarts (Verheij, Schellevis, Hingstman & De Bakker, 2006). De huisarts staat dicht bij de populatie, is vertrouwd en is daardoor een laagdrempelige voorziening voor mensen die overmatig drinken. Hierdoor hebben gezondheidswerkers een betere mogelijkheid om riskant en schadelijk alcoholgebruik van ouderen aan te pakken dan andere professionals in de gezondheidszorg (Sim 2004).

## **2.6 Gebrekkige signalering door de eerstelijnszorg**

Hoewel uit cijfers blijkt dat alcoholgebruik bij ouderen vaker voorkomt dan gedacht, wordt het niet tot nauwelijks gesignaleerd door de eerstelijnszorg. Dit komt enerzijds doordat symptomen van riskant en schadelijk alcoholgebruik niet eenduidig zijn en gemaskeerd kunnen worden door andere gezondheidsproblemen (Beullens & Aertgeerts, 2004; O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003). Daarnaast kunnen de signalen verward worden met de normale gevolgen van het ouder worden (Letizia & Reinbolz, 2005). Ook brengen ouderen het onderwerp zelf maar zelden ter sprake, voornamelijk omdat ze simpelweg geen verband tussen hun klachten en het drinkgedrag leggen. Daarbij komt dat een deel van de ouderen (de zogenaamde 'reactieve drinkers') pas op latere leeftijd alcoholproblemen ontwikkelen. Het gebrek aan eerdere indicaties van alcoholproblematiek binnen deze groep maakt het voor de arts lastiger om de problematiek te signaleren (Barrick & Connors, 2002).

Aan de andere kant brengen gezondheidswerkers het onderwerp alcoholgebruik niet graag ter sprake om de relatie met de patiënt niet te schaden (Aalto & Seppä, 2004). Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten het over het algemeen niet erg vinden wanneer de huisarts naar het alcoholgebruik vraagt of hier met een laboratoriumtest meer informatie over wil inwinnen. Ook staan veel patiënten open voor advies van hun huisarts over hun alcoholgebruik (Aalto & Seppä, 2004; Johansson, Bendtsen & Akerlind, 2005; Miller, Thomas & Mallin, 2006). Verder zijn gezondheidswerkers niet altijd bekend met interventies die ze de patiënt aan kunnen bieden, hebben ze gebrek aan tijd of vaardigheden om de interventie goed uit te kunnen voeren, of ze zijn niet overtuigd van de effectiviteit ervan (Beich, Gannik & Malterud, 2002; Kaner,

Heather, Brodie, Lock & McAvoy, 2001). Er is echter aangetoond dat kortdurende interventies door de huisarts leiden tot een afname in alcoholgebruik bij mensen met beginnende alcoholproblematiek (Anderson, 2003; Kaner et al., 2007), ook bij ouderen (Fleming, Manwell, Barry, et al., 1999).

Uit cijfers van de ambulante verslavingszorg blijkt niettemin dat eerstelijns professionals belangrijke verwijzers zijn voor personen ouder dan 55 jaar (Stichting IVZ, 2007). Bijna 40% van de 55-plus cliënten met alcoholproblematiek in 2006 is doorverwezen vanaf de eerstelijns gezondheidszorg.

In verschillende internationale studies zijn belemmerende en bevorderende factoren geïnterpreteerd die betrekking hebben op de motivatie van gezondheidswerkers om actief bij te dragen aan de vroegherkenning, behandeling en doorverwijzing van patiënten met riskant of schadelijk alcoholgebruik. Factoren die de bereidwilligheid van gezondheidswerkers en andere eerstelijns werkers op dit vlak beïnvloeden, zijn onder andere de ervaren eigen effectiviteit in screening en behandeling, de beschikbaarheid van hanteerbare screenings- en behandelingsmaterialen, het vertrouwen in de effecten van behandeling of doorverwijzing door de huisarts, de gevoeligheid van het onderwerp, de beschikbare tijd binnen het consult en de hoogte van de vergoeding voor de huisarts (Aira, Kauhanen, Larivaara & Rautio, 2003; Johansson, Akerlind & Bendtsen, 2005; Holmqvist, Bendtsen, Spak, Rommelsjö, Geirsson & Nilsen, 2008; Koopman, Parry, Myers, & Reagon, 2008).

Daarnaast lijkt er onder gezondheidswerkers een stereotype beeld van de zware alcoholgebruiker te bestaan die veel tijdsinvestering vraagt qua behandeling, waarvan de effecten slechts matig zijn en waarbij terugval een veel voorkomend probleem is. Wanneer het echter gaat om vroegherkenning van ontverantwoord alcoholgebruik, waarbij (nog) geen sprake is van alcoholafhankelijkheid, kan met een korte interventie goede resultaten behaald worden (Anderson, 2003; Bien, Miller & Tonigan, 1993; Kaner et al., 2007). Door gezondheidswerkers naar deze drinkpatronen te laten kijken vanuit het perspectief van een risicovolle *leefstijl*, zoals bij roken en ongezonde voeding ook steeds meer en succesvoller wordt gedaan, kan de terughoudendheid van gezondheidswerkers ten aanzien van vroege ontdekking en behandeling van patiënten met riskant alcoholgebruik wellicht verminderd worden.

## 2.7 Screeningsinstrumenten

Er zijn inmiddels verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar voor het vroegtijdig herkennen van overmatig alcoholgebruik en afhankelijkheid.

### **CAGE**

De CAGE (Ewing, 1984) bestaat uit vier items die alcoholmisbruik en -afhankelijkheid meten. De kernwoorden van de items zijn verwerkt in het acroniem. De vragen kunnen ingebed worden in het gesprek met de patiënt of apart worden gesteld:

1. Heeft u wel eens het gevoel gehad uw alcoholgebruik te moeten minderen? (*Cut down*)
2. Heeft u zich wel eens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw alcoholgebruik? (*Annoyed*)
3. Heeft u zich wel eens schuldig gevoeld over uw alcoholgebruik? (*Guilty*)
4. Heeft u wel eens 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (*Eye-opener*)

De score is gelijk aan het aantal bevestigende antwoorden en loopt van 0 tot 4. Het cut-off punt als indicatie voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid ligt bij twee bevestigende antwoorden, hoewel sommige onderzoekers een score van één aanraden (Berks & McCormick, 2008). Omdat de CAGE geen diagnostisch instrument is, betekent een score van 2 of hoger niet meer dan een indicatie voor alcoholgebruiksmisbruik, waarbij verdere onderzoeken gerechtvaardigd zijn.

De CAGE is één van de oudste alcohol screeningsinstrumenten, met een goede betrouwbaarheid. In een review van 10 studies met algemene klinische populaties werd bij een cut-off score van 2 een sensitiviteit<sup>1</sup> van 71% en een specificiteit<sup>2</sup> van 91% gevonden (Aertgeerts, Buntinx & Kester, 2004).

De pluspunten van de CAGE zijn de validiteit en het feit dat het instrument eenvoudig en snel is af te nemen. Hoewel het instrument daarom nog steeds veel gebruikt wordt in de vroegherkenning van problematische drinkers, wordt het ook bekritiseerd vanwege het ontbreken van items die de frequentie en de mate van alcoholgebruik meten. Hierdoor kan beginnende alcoholproblematiek, die vaak alleen nog bestaat uit overmatig drinkgedrag, niet herkend worden met deze test. Daarnaast leggen de vragen teveel nadruk op psychologische reacties op het drinken van alcohol. Vanwege de ambigue emotionele termen in de (van oorsprong Engelse) items, kan vertaling van de vragen problemen opleveren, wat de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument negatief kan beïnvloeden.

In een review van screeningsinstrumenten naar alcoholgebruik bij ouderen blijkt de CAGE wisselende resultaten te geven. Uit de 7 geïnccludeerde studies in de review van Beullens & Aertgeerts uit 2004 blijkt de CAGE de beste keus voor het screenen van ouderen in de eerstelijnszorg, vergeleken met de MAST en de AUDIT. Ook in een andere review komt de CAGE als beste van deze drie screeners naar voren (Conigliaro, Kreamer & McNeil, 2000), met de opmerking dat de cut-off score naar 1 verlaagd dient te worden om beter aan te sluiten bij de doelgroep. In de resultaten van O'Connell, Chin, Hamilton, Cunningham, Walsh, Coackley et al. (2004) varieert de sensitiviteit van 17% tot 98% in 13 studies; de specificiteit schommelt tussen 48% en 100%. Wanneer de cut-off score van 2 naar 1 wordt verlaagd, neemt de sensitiviteit toe, maar de specificiteit af.

## **AUDIT**

De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) is ontwikkeld door de World Health Organization in een internationale multi-locatie trial (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993). Met de AUDIT kan naast probleemdrinken ook risicovol en schadelijk drinkgedrag gemeten worden. De test bestaat in de oorspronkelijke vorm uit 10 items, waarmee drie domeinen van alcoholmisbruik worden gemeten: consumptie, afhankelijkheid en alcoholgerelateerde problemen. De items worden gescoord op een 0-4 schaal, waarna het totaal de uiteindelijke score geeft. Een score van 8 of hoger wordt als cut-off gezien om risicovol alcoholgebruik te identificeren.

De AUDIT is over het algemeen een betrouwbaar screeningsinstrument en geschikt voor verschillende populaties, waaronder eerstelijnszorg patiënten. Over het algemeen is de AUDIT effectiever in het opsporen van personen met beginnende alcoholproblematiek dan de CAGE en de MAST. In een review van de AUDIT in acht

---

<sup>1</sup> De sensitiviteit van een test geeft aan welk percentage van de personen met een bepaalde ziekte (in dit geval alcoholproblematiek) terecht door de test als ziek geclassificeerd worden. Wanneer alle zieke personen door de test als 'ziek' worden aangeduid is de sensitiviteit 100%.

<sup>2</sup> De specificiteit van een test geeft aan welk percentage van een groep personen zonder de ziekte terecht als niet-ziek geclassificeerd wordt. Wanneer uitsluitend gezonde personen als 'niet-ziek' aangemerkt worden, is de specificiteit 100%.

studies in de eerstelijnszorg varieert de sensitiviteit van 31% tot 89% en de specificiteit van 83% tot 96% (Berner, Kriston, Bentele & Härter, 2007). In een Engelse studie naar de effectiviteit van de AUDIT in de eerstelijnszorg, werd een hoge sensitiviteit en specificiteit (beide 92%) gevonden (Coulton et al., 2006).

De verkorte versie van de AUDIT, de AUDIT-C, is ontwikkeld omdat de AUDIT in de praktijk van de gezondheidszorg te lang bleek om af te nemen (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998). De AUDIT-C bevat alleen de drie items die consumptie meten. De sensitiviteit (90%-98%) is over het algemeen beter dan de specificiteit (45%-60%). In een studie naar de effectiviteit van de AUDIT-C in de eerstelijnszorg bleek deze even goed te scoren als de volledige AUDIT en beter dan de CAGE-vragenlijst (Bradley, DeBenedetti, Volk, Williams, Frank & Kivlahan, 2007).

Gegevens over de effectiviteit van de volledige AUDIT als screeningsinstrument voor alcoholmisbruik bij ouderen zijn tegenstrijdig. In drie studies onder oudere patiënten in Duitsland wordt de sensitiviteit gerapporteerd van 55% tot 83%; de gepoolde specificiteit van deze studies is 96% (Berner, Kriston, Bentele & Härter, 2007). Gomez, Conde, Santana, Jorrín, Serrano en Medine (2006) vonden op de AUDIT (cut-off  $\geq 8$ ) bij ouderen een sensitiviteit van 67% en specificiteit van 95% voor risicovol alcoholgebruik. Zij testten ook de AUDIT-C (cut-off  $\geq 3$ ) op deze doelgroep en vonden een sensitiviteit van 100% en een specificiteit van 81%. In een studie van Philpot et al (2003) kwam de AUDIT bij ouderen met een betere sensitiviteit (75%) en specificiteit (97%) naar voren dan de CAGE. Ook Berks en McCormick (2008) concluderen in hun review dat de AUDIT en AUDIT-C betere resultaten geven bij 60-plussers dan de CAGE en de verschillende versies van de MAST. Beullens en Aertgeerts (2004) concluderen in hun review echter dat de AUDIT niet geschikt is voor de screening van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bij ouderen. Ouderen kunnen in vergelijking met volwassenen minder frequent en minder veel alcohol drinken en toch onder invloed raken. Screeningsinstrumenten zoals de AUDIT, die gevormd worden door items waarmee onder andere frequentie en hoeveelheid van het alcoholgebruik wordt gemeten, zijn hierdoor minder geschikt voor oudere mensen. Bovendien laat de AUDIT een lage sensitiviteit van 33%-59% bij deze doelgroep zien (Beullens & Aertgeerts, 2004).

### **Five-Shot test**

De Five-Shot test bestaat uit vijf korte vragen over de mate van het alcoholgebruik en eventuele problemen die daarbij ervaren worden (Seppä, Lepistö & Sillanaukee, 1998). De test dient om zowel beginnende als verder gevorderde alcoholproblematiek te herkennen. De twee vragen naar alcoholconsumptie zijn ontleend aan de AUDIT, de overige drie vragen zijn overgenomen uit de CAGE, waarmee een korte test is gevormd die gebruikt kan worden in de drukke eerstelijnszorg.

1. Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?
2. Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?
3. Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken 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?

De vragen naar alcoholgebruik hebben vijf antwoordcategorieën die worden gescoord van 0 tot 2; de vragen naar problemen worden dichotoom gescoord van 0 tot 1. De maximum score is 7. De cut-off score voor beginnende alcoholproblematiek ligt op 2,5 en is een indicatie voor verder onderzoek. De Five-Shot test heeft bij deze

cut-off score een hoge sensitiviteit (96%) en een redelijke specificiteit (76%) (Seppä, Lepistö & Sillanaukee, 1998). In een vergelijkend onderzoek van screeningsinstrumenten bij een huisartsenpopulatie bleek de Five-Shot vragenlijst voor zowel mannen als vrouwen de beste optie te zijn, vergeleken met de CAGE en verschillende versies van de AUDIT (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001). Er zijn geen studies bekend waarin de effectiviteit van de Five-Shot vragenlijst bij ouderen onderzocht wordt.

### **FAST**

De FAST (Fast Alcohol Screening Test) is ontwikkeld om te kunnen voldoen aan de eisen die aan screeningsinstrumenten worden gesteld in settings waar snel gewerkt moet worden, zoals de eerstelijnszorg (Hodgson, Alwyn, John, Thom & Smith, 2002). Het is in wezen een verkorte versie van de AUDIT die bestaat uit twee stappen. De eerste stap is een filtervraag, verschillend voor mannen en vrouwen:

1. Hoe vaak drinkt u acht of meer glazen (voor mannen) of zes of meer glazen (voor vrouwen) alcohol bij één gelegenheid?

De vijf antwoordmogelijkheden zijn 'nooit', 'minder dan één keer per maand', 'één keer per maand', 'één keer per week', en 'dagelijks of bijna dagelijks'. Bij het antwoord 'nooit' is er geen sprake van risicovol alcoholgebruik en kan de screening stoppen. Bij de antwoorden 'wekelijks' of '(bijna) dagelijks' is er waarschijnlijk sprake van risicovol drinkgedrag en is een (kortdurende) interventie aanbevolen. Ook in deze gevallen stopt de screening bij de eerste vraag. Bij de antwoorden 'minder dan maandelijks' en 'maandelijks' is er nog onvoldoende duidelijkheid en is de volgende stap noodzakelijk. Deze bestaat uit drie vragen over problemen ten gevolge van alcoholgebruik:

2. Hoe vaak in het afgelopen jaar kon u zich niet herinneren wat er de avond tevoren was gebeurd, omdat u alcohol gedronken had?
3. Hoe vaak in het afgelopen jaar kon u niet doen wat normaal van u verwacht wordt, omdat u alcohol gedronken had?
4. Heeft in het afgelopen jaar een familielid, een vriend, een arts of een andere hulpverlener zich wel eens bezorgd geuit over uw drankgebruik of voorgesteld om te minderen?

Als uit het antwoord op één van deze vragen blijkt dat de betreffende situatie zich in het afgelopen jaar heeft voorgedaan, is dit een aanwijzing dat er toch sprake kan zijn van risicovol alcoholgebruik.

Het kost gemiddeld 12 seconden om de FAST af te nemen, omdat bij veel mensen slechts één vraag gesteld hoeft te worden: in meer dan de helft van de gevallen worden mensen met de eerste vraag correct geclassificeerd als risicovol of niet-risicovol drinker. De sensitiviteit (91%-93%) en specificiteit (88%-93%) zijn hoog, vergeleken met de AUDIT als gouden standaard (Hodgson, Alwyn, John, Thom & Smith, 2002; Hodgson et al., 2003).

Er zijn tot op heden geen resultaten bekend van studies naar de effectiviteit van de FAST bij ouderen.

### **MAST**

De MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) bevatte oorspronkelijk 25 items om alcoholmisbruik en -afhankelijkheid te meten (Selzer, 1971). Na verdere ontwikkeling van de vragenlijst werd een item over stoppen met drinken verwijderd, waardoor er 24 items overbleven. De items behandelen alcoholgerelateerde belemmeringen, hulpzoekgedrag en herkenning van een alcoholprobleem. De items worden verschillend gescoord met 1, 2 of 5 punten. De maximale score is 53; de

grenswaarde voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid volgens DSM-III criteria ligt bij een score van 13. De MAST meet alcoholproblematiek over het hele leven, zonder onderscheid te maken tussen vroegere en huidige problemen in het drinkgedrag. Dit kan een belangrijk nadeel zijn wanneer personen positief worden gescreend die hun alcoholproblemen inmiddels weer in de hand hebben.

De sensitiviteit van de MAST varieert van 84% tot 100%; de specificiteit ligt tussen 87% en 95% (USPSTF, 1996). Bij een sample mannelijke ouderen lagen sensitiviteit en specificiteit eveneens hoog, namelijk 91% en 84% (Hirata, Almeida, Funari & Klein, 2001). Er zijn twee verkorte versies van de MAST ontwikkeld: de short MAST (S-MAST) die bestaat uit 13 items (Selzer, Vinokur & Van Rooijen, 1975) en de brief MAST (B-MAST (Pokorny, Miller & Kaplan, 1972). De B-MAST bestaat uit 10 items en scoort minder goed op sensitiviteit (66%-78%) en specificiteit (80%) in vergelijking met de originele MAST (USPSTF, 1996). De lage betrouwbaarheid van de brief MAST wordt geweten aan de vragen in deze verkorte versie die voornamelijk over zware alcoholproblematiek gaan. Hierdoor is de B-MAST niet gevoelig voor zware drinkers die nog geen ernstige problemen als gevolg van hun alcoholgebruik hebben ontwikkeld.

Voor de doelgroep ouderen is een specifieke versie van de MAST ontwikkeld, de MAST-Geriatric version (MAST-G) (Blow, Brower, Schulenberg, Demo-Dananberg, Young & Beresford, 1992). Ook deze lijst bestaat uit 24-items, maar ditmaal is de scoring dichotoom (ja/nee). De items houden rekening met leeftijdsgerelateerde verschillen in signalen van alcoholmisbruik. De MAST-G heeft verschillende resultaten in sensitiviteit en specificiteit, waarschijnlijk door culturele verschillen binnen populaties. In een populatie van Amerikaanse 50-plus veteranen behaalde de MAST-G een sensitiviteit van 93% en een specificiteit van 65% (Joseph, Ganzini & Atkinson, 1995). Een vergelijkende studie tussen MAST-G, CAGE en AUDIT onder mannelijke Amerikaanse veteranen kwam tot de conclusie dat de MAST-G en CAGE met een sensitiviteit van respectievelijk 70% en 63% een specificiteit van respectievelijk 81% en 82% een betere betrouwbaarheid hebben dan de AUDIT (sensitiviteit 33%, specificiteit 91%). Echter, vanwege de lengte van de MAST-G raden de auteurs de CAGE aan voor deze specifieke doelgroep (Morton, Jones & Manganaro, 1996). In een meer recente review van O'Connell et al. uit 2004 komt de MAST-G als laag-sensitief naar voren. De specificiteit is volgens de resultaten uit de review beter, maar deze neemt af wanneer de cut-off scores worden verlaagd. In een andere review wordt de MAST-G onder de doelgroep ouderen beter getest dan de volledige MAST (Beullens & Aertgeerts, 2004).

Een verkorte versie van de MAST-G met 10 items wordt de Short MAST-G (S-MAST-G) genoemd. Bij een cut-off score van 2 gaf deze een sensitiviteit van 48% en een specificiteit van 100% bij oudere drinkers (Bersci, Brickner & Dhanonjoy, 1993).

### **ARPS**

De ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) is een screeningsinstrument dat speciaal is ontwikkeld om alcoholgebruik bij ouderen te meten (Fink et al., 2002). De ARPS legt de nadruk op het verband tussen alcoholconsumptie en kenmerken uit de levensfase van ouderen, zoals een afnemende gezondheid, medicijngebruik en verminderd functioneren in het dagelijks leven. Hier besteden eerder ontwikkelde screeningsinstrumenten zoals de CAGE, de MAST en de MAST-G geen aandacht aan. Met de ARPS kan alcoholproblematiek onder ouderen ook bij lagere consumpties van alcohol herkend worden. Dit is van belang omdat kleine hoeveelheden alcohol voor ouderen al grote gevolgen kunnen hebben.



De vragenlijst bestaat uit 18 items over de volgende onderwerpen: somatische en psychiatrische aandoeningen, roken, medicijngebruik, lichamelijk functioneren, alcoholgebruik, alcoholmisbruik en –afhankelijkheid en rijden onder invloed. Het invullen van de lijst duurt ongeveer 10 minuten en kan individueel of met hulp van familie. De antwoorden op de vragen kunnen ingevoerd worden in een computerprogramma, wat vervolgens berekend of de patiënt voldoet aan de criteria voor verantwoord, risicovol of schadelijk alcoholgebruik. Deze criteria zijn gebaseerd op de definities geformuleerd door een panel van experts (Moore et al., 1999; Oishi et al., 2001). Ten slotte geeft de computer een persoonlijk drinkadvies op basis van de antwoorden van de patiënt. Dit wordt ook wel de Computerized-ARPS (CARPS) genoemd. In een evaluatie waarbij de CARPS door de huisarts als interventie werd gebruikt bij de screening en voorlichting van oudere patiënten, bleek het percentage schadelijke drinkers na 12 maanden in de interventiegroep sterker te zijn gedaald dan in de groep met standaard zorg (Fink, Elliott, Tsai & Beck, 2005).

De ARPS heeft een sensitiviteit van 82%-93% en een specificiteit van 66%-82% in het opsporen van risicovol en schadelijk drinkgedrag onder ouderen (Moore, Beck, Babor, Hays & Reuben, 2002; Moore, Hays, Reuben & Beck, 2000). Hoewel de ARPS volgens Berks en McCormick (2008) met de gehanteerde definities voor risicovol en schadelijk drinken beter aansluit bij de levensfase van ouderen, hebben de AUDIT en AUDIT-C volgens de auteurs vanwege de korte invulduur en praktische toepasbaarheid toch de voorkeur.

De APRS is vergelijkbaar met de CAGE en S-MAST in het identificeren van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid. Het screeningsinstrument is eveneens vergelijkbaar met de AUDIT in het herkennen van risicovolle en schadelijke drinkers. Daarnaast spoort de ARPS ook risicovolle en schadelijke oudere drinkers op die niet door de CAGE, de S-MAST of de AUDIT ontdekt worden (Fink et al., 2002; Moore, Beck, Babor, Hays & Reuben, 2002). Dit is te verklaren door de toevoeging van items in de APRS die de effecten van alcoholgebruik op ziekte, medicatie en het algemeen functioneren meten.

De ARPS is nog niet uitgebreid getoetst in grote studies. De screener is bijvoorbeeld nog niet vergeleken met de MAST-G of andere screeningsinstrumenten, al dan niet gericht op ouderen. In de vragenlijst wordt het gebruik van medicatie gemeten, maar met de huidige snelle ontwikkelingen in de farmacologie zijn de medicijnen die opgenomen zijn in de screener niet meer up-to-date. Dit kan de toepassing van de resultaten van onderzoek naar de APRS beperken. Ten slotte zijn de invulduur van 10 minuten en computergestuurde analyse een nadeel voor het gebruik van de screener in de eerstelijnszorg.

### **Biologische markers**

Naast screeningsinstrumenten kan ook laboratoriumonderzoek van bloedsamples behulpzaam zijn bij het opsporen van alcoholproblematiek. Hiervoor zijn een aantal biologische markers beschikbaar, zoals GGT (gamma glutamyl transpeptidase), AST (aspartaat aminotransferase), ALT (alanine aminotransferase), MCV (mean corpuscular volume) en CDT (carbohydraat deficiënt transferine). CDT is de nieuwste en beste geteste alcohol marker, hoewel het verschil met de MCV-test klein is (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001; Meerkerk, Njoo, Bongers, Trienekens & Van Oers, 1999). De sensitiviteit en specificiteit van al deze biologische indicatoren zijn echter onvoldoende. Bij een positieve uitslag op één van de indicatoren bestaat de mogelijkheid dat er geen sprake is van overmatig alcoholgebruik en bij een negatieve uitslag kan niet uitgesloten worden dat er toch sprake is van overmatig alcoholgebruik. Hierdoor bieden biologische testen geen zekerheid en dienen ze altijd in combinatie met een andere vorm van screening uitgevoerd te worden (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001).

## 2.8 Kortdurende interventies voor ouderen

Bekend is dat kortdurende interventies in de eerstelijnszorg effectief zijn in het terugdringen van alcoholgebruik onder volwassenen die overmatig drinken. In vergelijking met de controlegroep neemt het alcoholgebruik op de korte termijn in de interventiegroep met gemiddeld 10% tot 16% af. Vooral bij beginnende alcoholproblematiek lijken korte interventies uiterst effectief te zijn (Anderson, 2003; Bien, Miller & Tonigan, 1993; Kaner et al., 2007). Ook ouderen lijken goed te reageren op kortdurende interventies (Blow & Barry, 2002). In verschillende studies is gebleken dat ouderen hun risicovolle of schadelijke alcoholconsumptie significant kunnen verlagen als zij persoonlijke informatie en voorlichting over hun drinkgedrag en gezondheid krijgen van de huisarts (Fink, Elliott, Tsai & Beck, 2005; Mundt, French, Roebuck, Manwell & Barry, 2005).

Korte interventies bestaan in veel gevallen uit een vorm van counseling in maximaal vijf sessies, waarbij cliënt en hulpverlener een einddoel hebben afgesproken waar naartoe gewerkt wordt. Dit kan variëren van complete abstinentie of minderen van het alcoholgebruik tot het veranderen van drinkpatronen. Follow-up na afloop van de sessies is van cruciaal belang voor de effectiviteit van de interventie. Interventies op het gebied van alcoholgebruik worden vaak uitgevoerd door gezondheidswerkers die niet gespecialiseerd zijn in verslavingsproblematiek, maar zijn goed uitvoerbaar doordat ze over het algemeen uit een aantal standaard effectieve elementen zijn opgebouwd. Deze elementen staan bekend als het acroniem FRAMES: feedback, responsibility, advice, menu of strategies, empathy en self-efficacy (Miller & Sanchez, 1993). De nadruk ligt op het geven van *feedback* die betrekking heeft op het alcoholgebruik van de patiënt en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen. Voor de effectiviteit van kortdurende interventies is het van belang dat de patiënt inziet dat de keus aan zichzelf is om het drinkgedrag te veranderen (*responsibility*) en actief aan de slag gaat met de *adviezen* van de hulpverlener. Deze adviezen betreffen verschillende opties waarop dit doel bereikt kan worden (*menu of strategies*). Door meerdere alternatieven aan te bieden waarmee het alcoholgebruik aangepast kan worden, is de kans groter dat er een benadering tussen zit die de patiënt aanspreekt. Ten slotte zijn de mate van *empathie* die getoond wordt door de hulpverlener en de ervaren *eigen effectiviteit* van de patiënt mede bepalend voor het succes van de interventie.

Naast deze FRAMES elementen is er nog maar weinig bekend over andere factoren die bijdragen aan het positieve effect van kortdurende interventies. Interventies die langer duren, lijken niet per definitie gepaard te gaan met een grotere afname van het alcoholgebruik (Kaner et al., 2007). Voor het geven van advies is vijf tot tien minuten bijvoorbeeld al voldoende. Daarnaast is er discussie over de werkzaamheid van korte interventies voor mannen en vrouwen. Eerder werd gedacht dat deze bij beide groepen even effectief zijn (Anderson, 2003), maar in recente literatuur wordt gesuggereerd dat het effect van kortdurende interventies bij mannen langer aanhoudt dan bij vrouwen (Kaner et al., 2007). Dit kan erop wijzen dat er specifieke interventies of follow-up inspanningen nodig zijn voor vrouwen. Ook bij oudere vrouwen is dit een relevant aandachtspunt. Oudere vrouwen krijgen met andere veranderingen in hun leven te maken dan mannen, zoals de menopauze en het 'lege nest' syndroom. Hier moet bij de invulling van interventies rekening mee gehouden worden. Er zijn echter nog maar weinig kortdurende interventies ontwikkeld die specifiek gericht zijn op oudere vrouwen (Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2007).

Kortdurende interventies gericht op ouderen die onverantwoord omgaan met alcohol moeten rekening houden met de specifieke kenmerken van de doelgroep. Dit houdt

in dat de inhoud afgestemd dient te worden op de levensfase, met daarin aandacht voor de bijbehorende veranderingen, zoals het loslaten van de verantwoordelijkheid voor de kinderen, het overlijden van partner of andere mensen uit de omgeving, pensionering, minder sociale contacten en een afnemende gezondheid. Ook bij de uitvoering van de interventie dient rekening gehouden te worden met de leeftijd van de patiënt. Belangrijk hierbij is het tonen van respect en het vermijden van confrontatiebenaderingen. Directe confrontatietechnieken worden door ouderen vaak als respectloos opgevat en kunnen de relatie tussen hulpverlener en patiënt schaden. Technieken die wel aansluiten bij de levensfase van ouderen zijn onder andere persoonlijke benadering en ondersteuning, respectvolle houding, een aangepast tempo en het leggen van de nadruk op het opbouwen van een relatie met de patiënt (Blow, Walton, Chermack, Mudd & Brower, 2000; Sattar, Petty & Burke, 2003; Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2007).

## 3 Methode

### 3.1 Ontwikkeling module

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie is de module ‘Veilig drinken op leeftijd’ ontwikkeld. De volledige module is terug te vinden in Bijlage 1. De inhoud van de module is in samenwerking met verschillende partijen tot stand gekomen, te weten GGZ Noord- en Midden Limburg, Mondriaan, NHG, Novadic-Kentron/Roder Consult en GGD Rotterdam-Rijnmond.

De module beschrijft het herkennen en bespreken van riskant drinken en alcoholafhankelijkheid onder ouderen in de eerstelijns gezondheidszorg. Uitgangspunt van de module is een *klachtgerichte* werkwijze, waarbij de gezondheidswerker op basis van somatische of psychische klachten van de patiënt het alcoholgebruik bespreekt en de patiënt ondersteuning biedt bij het minderen met drinken. De module is opgesplitst in vier onderdelen, die achtereenvolgens ingaan op (1) alcoholgebruik bij ouderen en de relatie met gezondheid, (2) het bespreken van het alcoholgebruik met de oudere patiënt, (3) het toepassen van verschillende kortdurende interventies en (4) alcoholmisbruik en –afhankelijkheid. In de module voor ouderen is extra aandacht besteed aan specifieke aangrijpingspunten, motivatieprikkelers en ondersteuningswijzen relevant voor deze doelgroep.

### 3.2 Implementatie

In overleg met de werkgroep “Eerste Lijn” van het PVA zijn drie regio’s geselecteerd voor implementatie van de module, te weten Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond, Bouman GGZ, ROS ZorgImpuls), Noord-Brabant (Novadic-Kentron, Roder Consult) en Limburg (Mondriaan, GGZ Noord- en Midden Limburg). In deze drie regio’s hebben de genoemde instellingen, die al samenwerkten in het kader van het PVA, kenbaar gemaakt geïnteresseerd te zijn om naast de implementatie voor volwassenen ook de herkenning en behandeling van alcoholproblematiek voor ouderen te implementeren. Bij de implementatie is zoveel mogelijk de systematiek van de externe pilot gevolgd, zoals beschreven in het Masterprotocol Resultaten Scoren (Jansen & Snoek, 2007).

De implementatie van de module heeft achtereenvolgens in de regio’s Limburg, Rotterdam en Noord-Brabant plaatsgevonden. Hiervoor is in overleg met de samenwerkingspartners een verkorte versie (factsheet, zie Bijlage 2) van de module opgesteld, om mogelijke overlap tussen de module en de bestaande trainingen van de betreffende instellingen te voorkomen. Het gaat hierbij met name om overlap in onderdelen over bespreking van het alcoholgebruik met behulp van screeningsinstrumenten (Five-Shot test), het toepassen van kortdurende interventies (motiverende gespreksvoering) en behandeling met farmacotherapie. Deze factsheet is uitgedeeld aan de deelnemers via de algemene reader van de training. Aan de hand van een zestal Powerpoint sheets is de inhoud van de factsheet in de groep besproken en gerelateerd aan een casus van een oudere patiënte die op het speekuur komt met onduidelijke klachten.

### *Regio Rotterdam e.o.*

De GGD Rotterdam-Rijnmond coördineert de projectgroep “Aanpakken Probleemdrinken vanuit de eerstelijnszorg in Rotterdam”. Het IVO neemt deel aan deze projectgroep. In het plan van aanpak worden verschillende risicogroepen genoemd, waaronder ouderen. Voor de implementatie van de module is bij de risicogroep ouderen aangehaakt.

Voor gezondheidswerkers in de regio Rotterdam is de factsheet geïmplementeerd tijdens een deskundigheidsbevordering op een georganiseerde wintersportreis van stichting Koel (regionale ondersteuningsstructuur Zuid-Holland Zuid). Gedurende deze reis is een vaststaand nascholingsprogramma aangeboden aan de gezondheidswerkers. Een ervaren trainer van Parnassia Bavo Groep verzorgde de training over vroegsignalering van overmatig alcoholgebruik en heeft de factsheet ‘Veilig drinken op leeftijd’ hierbij besproken. Dit onderdeel is ondersteund met Powerpoint sheets en casuïstiekbespreking. In totaal hebben twaalf gezondheidswerkers van zestien verschillende praktijken deelgenomen aan de nascholing over alcoholgebruik.

### *Regio Noord-Brabant*

De regionale instelling voor verslavingszorg Novadic-Kentron heeft een consulentennetwerk dat heel Noord-Brabant dekt met de contacten in de eerstelijnszorg. De verslavingsconsulent ontvangt wekelijks een aantal patiënten in de huisartsenpraktijk die door de huisarts zijn doorverwezen. De ervaring daar bevestigt het belang van speciale aandacht voor ouderen gezien de specifieke levensfase, leefsituatie en gezondheidsproblematiek van deze groep.

Gedurende de projectperiode werd het consulenten netwerk van Novadic-Kentron overgedragen op het dochterbedrijf Roder Consult. Door deze reorganisatie heeft de implementatie van de factsheet vertraging opgelopen, waardoor deze uiteindelijk in één huisartsenpraktijk in de regio Noord-Brabant bij 3 gezondheidswerkers is geïmplementeerd. Werving van extra huisartsenpraktijken was binnen de gestelde projectperiode niet haalbaar.

De implementatie van de factsheet in Noord-Brabant is op een andere manier vormgegeven dan in de overige twee regio's. Omdat er voor de betreffende praktijk geen deskundigheidsbevordering ingepland was om bij aan te sluiten, heeft de vaste consulent van de huisartsenpraktijk de factsheet in een extra overleg met de gezondheidswerkers besproken. Hierbij is geen gebruik gemaakt van de ondersteunende Powerpoint sheets. De onderzoeker was bij het overleg aanwezig. Alle onderdelen van de factsheet zijn op een gestructureerde manier aan bod gekomen, waarbij ruim gelegenheid was tot het stellen van vragen en er meerdere malen discussie ontstond tussen de gezondheidswerkers met betrekking tot hun omgang met alcoholgebruik onder ouderen.

### *Regio Limburg*

GGZ-instelling Mondriaan is samen met GGZ Noord- en Midden Limburg betrokken in het PVA voor de provincie Limburg. In aansluiting hierop is de factsheet tijdens 4 reeds geplande deskundigheidsbevorderingen voor een totaal van 9 gezondheidswerkers, 1 praktijkondersteuner en 11 gezondheidswerkers in opleiding uit 16 verschillende praktijken behandeld. Tijdens deze bijeenkomsten is de factsheet geïmplementeerd door een ervaren trainer van Mondriaan. Bij drie bijeenkomsten is de implementatie ondersteund met Powerpoint sheets en een casus over een oudere patiënt.

### 3.3 Evaluatie

De implementatie van de module 'Veilig drinken op leeftijd' is gevolgd met een kleinschalig evaluatieonderzoek. Tijdens de deskundigheidsbevordering is, voorafgaand aan het bespreken van de factsheet, een nulmeting uitgevoerd onder alle deelnemende gezondheidswerkers met betrekking tot het bespreken van het drinkgedrag en het bieden van ondersteuning bij de beperking van het alcoholgebruik bij ouderen. Ook de verslavingsconsulent van de huisartsenpraktijk in Noord-Brabant heeft deelgenomen aan de evaluatie. Via een schriftelijke vragenlijst is informatie ingewonnen over de visie van de gezondheidswerker op de eigen rol in het herkennen van riskant alcoholgebruik bij ouderen, de grenzen die de zij hanteren met betrekking tot veilig alcoholgebruik bij ouderen, de aanleidingen om het alcoholgebruik bij oudere patiënten ter sprake te brengen en de drinkadviezen die hierbij worden uitgebracht. De vragenlijst van de nulmeting is opgenomen in Bijlage 3. De verslavingsconsulent heeft een aangepaste versie van deze vragenlijst ingevuld, om te kunnen meten of de training heeft geleid tot een verandering in het aantal of soort doorverwijzingen van de gezondheidswerkers.

Na de deskundigheidsbevordering is twee maal een telefonisch vervolginterview afgenomen, te weten 2 weken en 4 weken na het volgen van de training. Bij één groep uit Limburg heeft de 4-weken follow-up tijdens een bijeenkomst in de huisartsenpraktijk plaatsgevonden onder leiding van de onderzoeker.

In de vervolginterviews (zie Bijlage 4 en 5) is een selectie van de vragen uit de nulmeting opnieuw aan bod gekomen, namelijk de visie van de gezondheidswerker op de eigen rol in herkenning van riskant alcoholgebruik bij ouderen, het aantal oudere patiënten waarbij de gezondheidswerker het alcoholgebruik ter sprake heeft gebracht, de grenzen die de gezondheidswerker hanteert met betrekking tot veilig alcoholgebruik bij ouderen, de aanleidingen om het alcoholgebruik bij oudere patiënten ter sprake te brengen en de drinkadviezen die hierbij worden uitgebracht. Daarnaast is in het eerste vervolg interview het onderdeel Alcohol & ouderen uit de training geëvalueerd.

De resultaten van de drie metingen zijn geanalyseerd door alle beschikbare informatie per regio te ordenen en samen te vatten (zie hoofdstuk 4). Vervolgens zijn de resultaten van de drie regio's met elkaar vergeleken. Vanwege de kleine sample ( $N \leq 37$ ) zijn de verschillen tussen nulmeting en follow-up niet getoetst op significantie. De conclusies en aanbevelingen die hieruit volgen, worden beschreven in hoofdstuk 5.

## 4 Resultaten

### 4.1 Respons

#### *Rotterdam*

Zeventien gezondheidswerkers hebben tijdens de nascholingsreis deelgenomen aan de deskundigheidsbevordering gericht op het herkennen van overmatig alcoholgebruik. Twaalf van hen hebben, voorafgaand aan de start van het onderdeel Alcohol & ouderen, de nulmeting ingevuld en hebben hiermee toestemming gegeven voor de telefonische follow-up contacten. Deze 12 gezondheidswerkers zijn afkomstig uit 11 verschillende praktijken. Tijdens de eerste follow-up ronde, vanaf 2 weken na de nascholingsreis, zijn 9 gezondheidswerkers geïnterviewd. Bij de tweede follow-up ronde, vanaf 4 weken na de training, zijn 6 van deze 9 gezondheidswerkers bereikt.

#### *Noord-Brabant*

Drie gezondheidswerkers uit één huisartsenpraktijk en de vaste verslavingsconsulent hebben de nulmeting ingevuld voorafgaand aan de bespreking van de factsheet. Alle gezondheidswerkers en de consulent zijn 2 weken na het overleg telefonisch geïnterviewd voor de eerste follow-up. Na 4 weken hebben de gezondheidswerkers en de consulent wederom allemaal meegewerkt aan het follow-up moment.

#### *Limburg*

In totaal hebben 9 gezondheidswerkers, 1 praktijkondersteuner en 11 gezondheidswerkers in opleiding gezondheidswerkers in opleiding (haio's) van zestien verschillende praktijken aan de implementatie van de factsheet meegewerkt. Alle deelnemers hebben de nulmeting ingevuld voordat de bespreking van de factsheet aan de orde kwam. Bij negentien deelnemers (7 gezondheidswerkers, 1 praktijkondersteuner en 11 haio's) is vanaf 2 weken na de training de eerste follow-up afgenomen. Vanaf 4 weken na de training zijn 16 van deze 19 deelnemers (6 gezondheidswerkers, 1 praktijkondersteuner en 9 haio's) voor het tweede follow-up moment geïnterviewd.

De achtergrondgegevens van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1 en Tabel 2 in Bijlage 6.

Bij alle gezondheidswerkers in de verschillende regio's was gebrek aan tijd de belangrijkste reden om af te zien van deelname aan de nulmeting of de follow-up momenten. Bij 4 gezondheidswerkers kon in verband met drukte in de praktijk en de naderende einddatum van het project geen afspraak meer gemaakt worden voor het laatste follow-up moment. Eén haio was ten tijde van de tweede follow-up niet meer werkzaam in de betreffende huisartsenpraktijk.

### 4.2 Nulmeting

De resultaten van de nulmeting worden per onderwerp en voor alle regio's gezamenlijk beschreven. Opvallende verschillen tussen de regio's worden besproken. De resultaten zijn afkomstig van 36 deelnemers (zie Tabel 3 in Bijlage 6). Voor de verslavingsconsulent zijn alleen de resultaten van onderwerpen die relevant zijn voor de werkzaamheden van de consulent beschreven.

#### 4.2.1 Visie op taak van de eerstelijnszorg

Alle gezondheidswerkers zijn het erover eens dat zij een taak hebben in het herkennen van mogelijk overmatig alcoholgebruik door oudere patiënten. Volgens de gezondheidswerkers kan alcoholgebruik zowel als oorzaak of verklaring een rol spelen bij lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Daarnaast kan het gezondheidsklachten maskeren of de prognose ervan negatief beïnvloeden. Ook interacties tussen medicatie en alcohol kunnen gevaarlijk zijn. Eén van de gezondheidswerkers geeft aan dat het drinken van alcohol ook positieve effecten op het leven van ouderen kan hebben. De praktijkondersteuner geeft aan dat alcohol de levenswijze beïnvloedt en het om deze reden bij het diabetes spreekuur en COPD controles (chronische bronchitis en longemfyseem) controles standaard ter sprake komt. De verslavingsconsulent ziet het belang van het bespreken van het alcoholgebruik bij oudere cliënten vanwege de verborgen problematiek in een vergeten groep met ernstige klachten.

De eerstelijnszorg ziet jaarlijks een groot deel van de oudere populatie, maar riskant drinkgedrag van oudere patiënten blijft volgens een aantal gezondheidswerkers een onderbelicht probleem. Ouderen zullen het onderwerp niet snel zelf ter sprake brengen uit onwetendheid, ontkenning of schaamte. De huisarts geldt voor oudere patiënten vaak als een laagdrempelige vertrouwenspersoon, wat kan leiden tot hogere therapietrouw.

Van alle 36 deelnemers uit de verschillende regio's geven 12 personen aan actief gebruik te maken van de NHG-standaard 'Problematisch Alcoholgebruik'. De standaard wordt door hen gebruikt als naslagwerk, bijvoorbeeld met betrekking tot laboratoriumtesten en medicatie bij stoppen met alcohol, of als richtlijn die handvatten biedt bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik.

De overige 23 deelnemers maken geen gebruik van de standaard omdat het bestaan of inhoud ervan onvoldoende bij hen bekend is, omdat ze meer op gevoel en ervaring werken of omdat problematisch alcoholgebruik lastig herkenbaar is (één haio heeft deze vraag niet ingevuld). Eén gezondheidswerker geeft aan momenteel niet met de standaard te werken, maar het op korte termijn met het praktijkteam te willen bespreken.

#### 4.2.2 Omgang met alcoholgebruik bij ouderen

De gezondheidswerkers verschillen van mening over de grenzen voor veilig alcoholgebruik bij oudere mensen (Figuur 1, Bijlage 6). Voor oudere mannen lopen de gehanteerde richtlijnen van gezondheidswerkers uiteen van een maximum van 3 tot 28 glazen<sup>3</sup> alcohol per week. De gemiddelde grens van de deelnemers ligt op maximaal 14.7 glazen per week ( $SD^4 = 5.39$ ). De mediaan<sup>5</sup> ligt op 14 glazen.

Voor oudere vrouwen variëren de gehanteerde richtlijnen van gezondheidswerkers van maximaal 2 tot 18 glazen per week, met een gemiddelde van maximaal 10.5 glazen per week ( $SD = 4.01$ ). Hier ligt de mediaan op 10 glazen per week. De meeste gezondheidswerkers uit Limburg adviseren oudere vrouwen niet meer dan 10 tot 15 glazen per week te drinken, terwijl de grootste groep gezondheidswerkers uit Noord-Brabant en Rotterdam zegt een drinkadvies van maximaal 10 glazen per week te geven.

---

<sup>3</sup> Hiermee worden standaardglazen bedoeld. Eén standaardglas alcohol bevat ongeveer 10 gram ethanol.

<sup>4</sup> SD = standaarddeviatie.

<sup>5</sup> De mediaan beschrijft het midden van de verdeling.



Eén van de gezondheidswerkers maakt onderscheid tussen patiënten jonger dan 75 jaar (wekelijks maximaal 20 glazen voor mannen en 15 glazen voor vrouwen) en patiënten van 75 jaar en ouder (wekelijks maximaal 10 glazen voor mannen en 7 voor vrouwen). De praktijkondersteuner legt de grens voor oudere mannen op niet meer dan 21 glazen per week en voor oudere vrouwen op niet meer dan 14 glazen per week. De verslavingsconsulent adviseert mannelijke cliënten van 65 jaar of ouder niet meer dan 14 glazen per week te drinken en vrouwelijke cliënten niet meer dan 7 glazen per week.

Ook over het aantal overmatige oudere drinkers in de huisartsenpraktijk verschillen de inschattingen (Figuur 2, Bijlage 6). Het aantal ouderen in de praktijken dat volgens de hiervoor genoemde grenzen van gezondheidswerkers riskant drinkgedrag vertoont, ligt tussen de 2 en 30%, met uitschieters naar 50% en 60%. De gezondheidswerkers schatten het aantal gemiddeld op 15% (mediaan = 10%). Drie gezondheidswerkers, de praktijkondersteuner en de verslavingsconsulent hebben deze vraag niet beantwoord.

In de twee weken voorafgaand aan de deskundigheidsbevordering hebben 20 gezondheidswerkers met 1 tot 3 oudere patiënten gesproken over het alcoholgebruik (Figuur 3, Bijlage 6). Dit betekent dat iets minder dan de helft van de gezondheidswerkers het alcoholgebruik van oudere patiënten niet ter sprake heeft gebracht. De praktijkondersteuner zegt het alcoholgebruik standaard bij iedere patiënt te bespreken als onderdeel van het consult. De verslavingsconsulent heeft met één oudere cliënt gesproken over het drinkgedrag.

#### **4.2.3 Aanleidingen voor het ter sprake brengen van het alcoholgebruik**

De gezondheidswerkers bespreken het alcoholgebruik met de patiënt op basis van lichamelijke of psychosociale klachten of medicijngebruik. Geen van de gezondheidswerkers bespreekt het alcoholgebruik alleen als de patiënt er zelf over begint. De verslavingsconsulent krijgt patiënten met lichamelijke of psychosociale klachten doorverwezen van de huisarts. Volgens de gezondheidswerkers is het bij 1 tot 20% van de oudere patiënten in de praktijk nodig om het alcoholgebruik ter sprake te brengen (gemiddelde = 9%, mediaan = 10%; Figuur 2, Bijlage 6)). Voor één huisarts en zes haio's is medicijngebruik geen reden om gebruik van alcohol ter sprake te brengen. Drie gezondheidswerkers hebben de vraag naar medicijngebruik niet ingevuld.

Voorbeelden van lichamelijke klachten die door de deelnemers als aanleiding voor een gesprek over het drinkgedrag genoemd worden zijn maag- en darmklachten, onverklaarbare moeheid, gewichtproblemen, geelzucht/leverfunctiestoornissen, afwijkende laboratoriumuitslagen, gewrichtsklachten/jicht, alcoholgeur, vage klachten, valneigingen/incidenten, urineklachten bij mannen, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, diabetes, afwijkende vochtinhouding (transpireren/uitdroging), tremoren, frequente infecties en signalen vanuit de omgeving (partner, kinderen, centrale huisartsenpost). Het drinkadvies voor een oudere met deze klachten is volgens de gezondheidswerkers niet meer dan 0 tot 3 glazen per dag, waaraan een aantal gezondheidswerkers toevoegt dat er niet dagelijks gedronken dient te worden. Zeven gezondheidswerkers liggen met het drinkadvies in lijn met de grenzen voor veilig alcoholgebruik zoals beschreven in de module (maximaal 1 glas per dag).

Aanleidingen voor een gesprek die door gezondheidswerkers op psychosociaal gebied genoemd worden zijn angst, agressie, eenzaamheid/rouw, depressieve gevoelens/neerslachtigheid, stress, slaapproblemen, prikkelbaarheid/nervositeit,

geheugenverlies, relatieproblemen en signalen uit de omgeving. Hier wordt door een aantal haio's ook verslaving als aanleiding genoemd. In al deze gevallen wordt door de deelnemers een drinkadvies van 0 tot 3 glazen per dag gegeven. Bij dertien gezondheidswerkers is het drinkadvies in lijn met de richtlijn uit de module (maximaal 1 glas per dag).

Er worden door de gezondheidswerkers verschillende medicijnen genoemd waarbij alcoholgebruik ter sprake kan worden gebracht. Het gaat hierbij om antibiotica, medicatie voor suikerziekte, medicatie voor maagklachten, antidepressiva, antipsychotica, kalmeringsmiddelen, ontstekingsremmers en middelen bij de behandeling van alcoholisme (acamprosaat/Campral, disulfiram/Refusal of diazepam/Valium). Als regel geven de gezondheidswerkers bij deze klachten het advies aan ouderen om niet meer dan 0 tot 4 glazen per dag te drinken. Eén gezondheidswerker vult hierbij aan dat er op maximaal 3 dagen per week gedronken kan worden. Een totaal van vijf gezondheidswerkers geven het advies aan ouderen om bij dit medicijngebruik de alcohol te laten staan.

De praktijkondersteuner behandelt het alcoholgebruik standaard bij ieder consult en daarnaast bij eenzaamheid of depressieve gevoelens van de patiënt. Het drinkadvies van de praktijkondersteuner is in al deze gevallen maximaal 2 glazen per dag. De verslavingsconsulent bespreekt het alcoholgebruik naar aanleiding van vergelijkbare lichamelijke en psychosociale klachten en medicijngebruik als de gezondheidswerkers. Het drinkadvies van de consulent is in deze gevallen beperkt tot zeer beperkt alcoholgebruik. Wanneer iemand zich hier moeilijk aan kan houden en vaak terugvalt, is abstinentie een beter alternatief.

### **4.3 Follow-up**

Respectievelijk twee en vier weken na de deskundigheidsbevordering zijn telefonische follow-up interviews afgenomen bij de deelnemers. De resultaten worden per onderwerp gelijktijdig voor de drie regio's en twee follow-up momenten beschreven, tenzij er duidelijke verschillen tussen de regio's of follow-ups zijn aan te geven. Aan het eerste follow-up moment hebben 31 deelnemers en de verslavingsconsulent meegewerkt. Bij de tweede follow-up zijn 25 deelnemers en de verslavingsconsulent geïnterviewd. De resultaten van de deelnemers zijn opgenomen in Tabel 3 in Bijlage 6.

#### **4.3.1 Evaluatie deskundigheidsbevordering 'Veilig drinken op leeftijd'**

Het onderdeel 'Veilig drinken op leeftijd' wordt door de gezondheidswerkers over het algemeen goed gewaardeerd. De training is volgens de deelnemers informatief en een eye opener wat betreft de kwetsbaarheid van ouderen voor alcohol, de lagere grenzen voor alcoholgebruik bij ouderen vergeleken met de richtlijnen voor volwassenen en de onderschatting van de problematiek in de eerstelijnszorg. De aandacht voor alertheid en het ter sprake brengen van riskant alcoholgebruik bij de oudere populatie vormt een waardevolle toevoeging op de andere onderdelen van de deskundigheidsbevordering. De deelnemers uit Rotterdam uitten veel lof voor de trainer die volgens hen veel goede voorbeelden gebruikte en discussie tussen de deelnemers stimuleerde.

Verbeterpunten aan de training zijn ook genoemd. Eén huisarts uit Rotterdam vond dat de training te weinig inging op specifieke signalen waarop gelet kan worden bij het signaleren van overmatig alcoholgebruik. Een andere huisarts uit Rotterdam was

van mening dat er juist teveel aandacht ging naar het signaleren van de problematiek, waardoor de mogelijke behandelingen onvoldoende aan bod kwamen. Bij een aantal gezondheidswerkers uit de regio Limburg werd het onderdeel Alcohol & ouderen tijdens een terugkomdag van de deskundigheidsbevordering behandeld. Deze gezondheidswerkers geven aan dat het verschil in drinkadvies en gevoeligheid voor alcohol tussen ouderen en volwassenen beter in de eerste sessie aan bod kan komen.

Ook werd niet bij elke trainingsbijeenkomsten in de regio Limburg een casus behandeld. Verschillende gezondheidswerkers hebben aangegeven in het vervolg graag een rollenspel met een oudere patiënt te willen doen, om te kunnen oefenen met de gespreksvoering.

Volgens meerdere deelnemers uit de verschillende regio's is het onderdeel Alcohol & ouderen in de trainingen te beknopt ter sprake gekomen. Hier had meer tijd aan besteed mogen worden. Andere suggesties die genoemd zijn betreffen het inkorten van de overige onderwerpen van de training of het organiseren van een vervolgentraining specifiek gericht op alcoholgebruik bij ouderen.

Het bespreken van het alcoholgebruik naar aanleiding van de klachten die genoemd worden in de factsheet, is volgens een gezondheidswerker praktisch gezien niet haalbaar in verband met de beperkte tijd per consult. Daarnaast vreest deze gezondheidswerker voor de vertrouwensband met de patiënt wanneer onterecht naar het alcoholgebruik wordt gevraagd.

#### **4.3.2 Visie op taak van de eerstelijnszorg**

De visie op de taak van de eerstelijnszorg is bij de meeste deelnemers niet veranderd naar aanleiding van de deskundigheidsbevordering. Tijdens het eerste en tweede follow-up moment is het grootste deel van de gezondheidswerkers nog steeds van mening dat bij de bespreking van het alcoholgebruik bij oudere patiënten een rol voor de eerstelijnszorg is weggelegd. De meest genoemde argumenten hiervoor zijn de verborgen problematiek/hoge incidentie onder ouderen en het feit dat veel klachten aan riskant alcoholgebruik gerelateerd kunnen zijn. De meerderheid van de gezondheidswerkers geeft in lijn hiermee aan dat zij het drinkgedrag alleen ter sprake brengen wanneer dit relevant is in verband met de klachten van de patiënt. Eén gezondheidswerker zegt zelden tot nooit naar alcoholgebruik te vragen, maar voegt hieraan toe dit eigenlijk wel te moeten doen naar aanleiding van de training.

#### **4.3.3 Omgang met alcoholgebruik bij ouderen**

Het gemiddelde drinkadvies wordt twee weken na de training lager gelegd, namelijk op maximaal 12.8 glazen per week voor oudere mannen (SD = 4.70) en maximaal 9.1 glazen per week voor oudere vrouwen (SD = 4.05). Bij de nulmeting lagen deze aantallen op niet meer dan 14.7 glazen voor oudere mannen (SD = 5.39) en niet meer dan 10.5 glas voor oudere vrouwen (SD = 4.01). De mediaan van de drinkadviezen is voor mannen hetzelfde gebleven (14 glazen) en voor vrouwen gedaald van 10 glazen naar 7 glazen (Figuur 1, Bijlage 6).

Meerdere gezondheidswerkers benadrukken naast deze adviezen het belang van een aantal alcoholvrije dagen per week. De verschillen in drinkadvies voor oudere vrouwen tussen de regio Limburg en de regio's Noord-Brabant/Rotterdam zijn afgenomen in vergelijking met de resultaten van de nulmeting. Opvallend is dat zes gezondheidswerkers uit de regio's Rotterdam en Limburg bij de follow-up de grens voor veilig drinken bijna twee maal hoger leggen in vergelijking met de nulmeting. De door de gezondheidswerkers gerapporteerde grenzen voor veilig alcoholgebruik zijn

na de training echter vergelijkbaar met de grenzen die bij de nulmeting zijn gerapporteerd. De drinkadviezen van de gezondheidswerkers variëren voor oudere mannen van maximaal 5 tot 28 glazen per week en voor oudere vrouwen van maximaal 3.5 tot 21 glazen per week.

De gezondheidswerkers schatten in de periode na de training in dat er tussen de 2 en 50% van de ouderen meer drinken dan de grenzen voor veilig alcoholgebruik op hogere leeftijd, waarbij de gemiddelde schatting op 17% ligt (mediaan = 15%; Figuur 2, Bijlage 6). Hierbij verwachten veel gezondheidswerkers dat de werkelijke aantallen hoger liggen. Vijf gezondheidswerkers zeggen geen goede inschatting te kunnen maken.

Twee weken na de deskundigheidsbevordering hebben 25 van de 31 deelnemers (81%) met één of meerdere oudere patiënten gesproken over hun alcoholgebruik (Figuur 3, Bijlage 6). Dit is een stijging ten opzichte van de nulmeting, toen 20 van de 36 deelnemers (56%) aangaven hier met een oudere over gesproken te hebben. Vier weken na de training hebben 16 van de 25 deelnemers (64%) het alcoholgebruik bij één tot drie oudere patiënten ter sprake gebracht. Tien van hen hebben een vervolgspraak met de patiënt gemaakt om het alcoholgebruik te monitoren. Eén huisarts heeft de patiënt doorverwezen naar de regionale instelling voor verslavingszorg, een ander heeft twee patiënten geattendeerd op de website 'alcoholdebaas.nl'. De deelnemers die na de training niet met (meer) ouderen in gesprek zijn gegaan over het drinkgedrag, schrijven dit allemaal toe aan het aanbod van patiënten.

Het gemiddeld aantal patiënten waarbij een gezondheidswerker in de twee weken voorafgaand aan de meting het drinkgedrag ter sprake heeft gebracht is ook gestegen, van 1 in de nulmeting naar 3 bij de eerste follow-up (Figuur 3, Bijlage 6). De mediaan steeg van 1 naar 2. Bij de tweede follow-up, vier weken na de training, geven gezondheidswerkers aan gemiddeld 1 patiënt te hebben gesproken over het alcoholgebruik (mediaan = 1). Eén van de gezondheidswerkers geeft bij het tweede follow-up interview aan dat zij na de training nog bewust bezig was met alcoholgebruik onder ouderen, maar dat dit inmiddels weer wat is afgezaakt en ze minder alert is geworden.

Veel gezondheidswerkers geven aan dat het volgen van de training een bepaalde bewustwording en alertheid met zich mee heeft gebracht, waardoor ze vaker geneigd zijn om bij vermoedens het alcoholgebruik te bespreken en hierbij ook het aantal eenheden te noteren. Een aantal gezondheidswerkers geeft bijvoorbeeld aan na de training standaard, of in het kader van de bloeddrukcontroles, te vragen naar het alcoholgebruik van oudere patiënten. Dit is vergelijkbaar met het inventariseren van rookgedrag. Met deze gegevens kan de patiënt tijdig doorverwezen worden wanneer de consumptie onverantwoord hoog is.

De praktijkondersteuner vraagt standaard aan alle patiënten of ze alcohol drinken, maar heeft dit na de training uitgebreid met een vraag naar de precieze aantallen per dag. De verslavingsconsulent heeft na de training niet méér doorverwijzingen van de gezondheidswerkers gehad dan voorheen.

#### **4.3.4 Aanleidingen voor het ter sprake brengen van het alcoholgebruik**

Op een paar uitzondering na geven alle gezondheidswerkers bij de follow-up aan het alcoholgebruik bij oudere patiënten te bespreken op basis van voorgeschreven medicatie en lichamelijke of psychosociale signalen. Zes gezondheidswerkers uit de

regio Limburg zeggen alcohol (bijna) niet of te weinig ter sprake te brengen bij deze signalen. Eén van hen geeft aan voornamelijk op aanleidingen vanuit de omgeving of andere zorgprofessionals te reageren.

Het percentage oudere patiënten waarbij het volgens de gezondheidswerkers nodig is om naar het drinkpatroon te vragen ligt tussen de 2 en 100%. Gemiddeld vinden de gezondheidswerkers dat het bij 40% van alle oudere patiënten belangrijk is het drinkgedrag ter sprake te brengen (mediaan = 25%; Figuur 2, Bijlage 6), maar veel van hen geven aan dat hun inschatting waarschijnlijk te laag is vergeleken met de werkelijkheid. Vijf gezondheidswerkers en de praktijkondersteuner geven aan dat bij iedere oudere patiënt het alcoholgebruik besproken zou moeten worden.

De drinkadviezen van de gezondheidswerkers bij lichamelijke en psychosociale klachten en medicijngebruik zijn over het algemeen vergelijkbaar tussen nulmeting en follow-up, namelijk 0 tot 3 glazen per dag. Twaalf gezondheidswerkers geven bij lichamelijke klachten een drinkadvies dat overeenkomt met de grenzen voor veilig alcoholgebruik bij ouderen zoals opgenomen in de module (maximaal 1 glas per dag). Bij psychosociale klachten gaat het om 15 gezondheidswerkers. Achttien gezondheidswerkers geven bij medicijngebruik aan ouderen het advies om geen alcohol te drinken. Sommige gezondheidswerkers geven aan dat er een aantal alcoholvrije dagen per week moeten zijn of dat de grens verder verlaagd dient te worden wanneer de klachten verergeren. Een enkeling zegt dat de consumptie bij speciale gelegenheden hoger mag liggen. Veel gezondheidswerkers zeggen de grenzen aan te passen aan de specifieke omstandigheden van de patiënt, door bijvoorbeeld eerst langzaam af te bouwen als de oudere gewend is veel te drinken. Dit wordt gezien als een vorm van zorg op maat. Als regel wordt in ieder geval geadviseerd om gezien de klachten het alcoholgebruik te minderen tot de norm, maar liefst lager.

Twaalf gezondheidswerkers hebben bij follow-up hun drinkadviezen bijgesteld tot abstinentie, voornamelijk bij het voorschrijven van medicijnen. In het geval van medicijngebruik zijn de meeste gezondheidswerkers van mening dat het absoluut niet samengaat met alcohol. Toch zijn er nog vier gezondheidswerkers die aangeven het alcoholgebruik zelden of nooit te bespreken bij het voorschrijven van medicijnen, of alleen wanneer de patiënt hier zelf naar vraagt.

De specifieke typen lichamelijke/psychosociale klachten en medicijnen die de gezondheidswerkers bij de follow-up noemen als aanleiding om de patiënt naar het drinkgedrag te vragen, komen voor een groot deel overeen met de signalen die genoemd zijn tijdens de nulmeting. Nieuwe klachten/signalen die bij de follow-up naar voren komen zijn tintelingen in het lichaam/vage klachten van het zenuwstelsel, vitaminedeficiëntie, prostaatklachten bij mannen, neusbloedingen, hoofdpijn, overbelasting/overspannenheid/burn out, gebruik van pijnstillers, frequent spreekuurbezoek, problematiek op algemene levensgebieden zoals schulden of huisvestingsproblemen en verwaarlozing.

## 5 Discussie, conclusie en aanbevelingen

### 5.1 Discussie

Deze rapportage beschrijft de ontwikkeling en implementatie van een module voor gezondheidswerkers waarmee overmatig alcoholgebruik bij oudere patiënten gesignaleerd en aangepakt kan worden. De module is ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek naar de prevalentie van alcoholgebruik onder ouderen, aandachtspunten bij de omgang met deze doelgroep en beschikbare instrumenten en interventies voor herkenning en vroegbehandeling.

Implementatie van de module heeft in huisartsenpraktijken in de regio's Rotterdam, Noord-Brabant en Limburg plaatsgevonden. Hierbij is gebruik gemaakt van een verkorte versie van de module (een factsheet), ondersteund met Powerpoint sheets en een casus. De factsheet is opgenomen in bijeenkomsten van deskundigheidsbevordering voor gezondheidswerkers gericht op problematisch alcoholgebruik in de algemene bevolking. Om de implementatie te evalueren hebben deelnemende gezondheidswerkers voorafgaand aan de deskundigheidsbevordering een vragenlijst ingevuld. Twee en vier weken na de training zijn zij wederom bevraagd middels een telefonisch interview. Op basis van deze drie metingen kunnen uitspraken gedaan worden over de inhoud en uitvoering van de module in de verschillende regio's.

#### *Visie op taak van de eerstelijnszorg*

De gezondheidswerkers uit de verschillende regio's zien preventie van riskant drinkgedrag bij ouderen als een onderdeel van het takenpakket van de eerstelijnszorg. De deskundigheidsbevordering heeft volgens de deelnemers voor meer bewustwording en alertheid met betrekking tot dit onderwerp gezorgd. Zij geven aan het drinkgedrag ter sprake te brengen wanneer dit relevant is in verband met de klachten van de patiënt, dus op de klachtgerichte wijze die in de training aan bod is gekomen.

Echter, slechts een derde van de deelnemers geeft aan actief gebruik te maken van de NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik. In deze standaard worden richtlijnen gegeven voor diagnostiek en beleid bij patiënten met problematisch alcoholgebruik. In de standaard wordt ook aandacht besteedt aan de risicogroep ouderen. Het is dan ook opvallend dat de gezondheidswerkers binnen het huidige onderzoek unaniem aangeven belang te hechten aan de rol van de eerstelijnszorg in de herkenning van problematisch drinkgedrag, terwijl de meerderheid aangeeft geen gebruik te maken van de standaard die de uitvoering van deze taak kan faciliteren.

#### *Grenzen voor veilig drinkgedrag*

De grenzen die de deelnemers rapporteren voor veilig drinkgedrag bij ouderen lopen erg uiteen. Bij de nulmeting werden door de gezondheidswerkers voor mannen richtlijnen gegeven van 3 tot maximaal 28 glazen per week en voor vrouwen van 2 tot maximaal 18 glazen per week. Deze grenzen zijn zelfs hoger dan de standaard drinkadviezen voor volwassenen, namelijk de internationaal geaccepteerde grenzen van maximaal 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen per week voor vrouwen. Het is zorgelijk dat de gezondheidswerkers uit de verschillende regio's voorafgaand aan de training zeer slecht op de hoogte waren van de veilige grenswaarde voor ouderen, namelijk een maximum van 7 glazen per week (1 glas per dag). Deze richtlijn is in de deskundigheidsbevordering gecommuniceerd. Bij de follow-up momenten is de range in grenzen voor verantwoord alcoholgebruik bij

ouderen niet veranderd. Daarnaast blijkt een aantal gezondheidswerkers de grens voor veilig drinken na de training bijna verdubbeld te hebben ten opzichte van de nulmeting. De mediaan van de drinkadviezen is voor mannen niet veranderd ten opzichte van de nulmeting, bij vrouwen is de mediaan wel afgenomen. Ook het gemiddelde drinkadvies is licht afgenomen. Desondanks liggen de gemiddelden met maximaal 13 glazen per week voor oudere mannen en maximaal 9 glazen per week voor oudere vrouwen nog steeds hoog in vergelijking met de richtlijn uit de training. In een eventueel vervolgtraject met betrekking tot de implementatie van de module zal daarom extra aandacht besteedt moeten worden aan de risico's van overmatig alcoholgebruik voor ouderen en de bijbehorende richtlijn voor veilig drinkgedrag.

#### *Prevalentie in de praktijk*

De bewustwording van de deelnemers van de prevalentie van riskant drinkgedrag onder ouderen en de noodzaak om hier actief op te signaleren lijken te zijn toegenomen naar aanleiding van de training. Dit blijkt uit het gemiddelde percentage en de mediaan van het percentage ouderen waarbij het drinkgedrag aan de orde gesteld zou moeten worden en van het geschatte aantal overmatige oudere drinkers in de praktijk. Alle cijfers zijn tussen nulmeting en follow-up gestegen. Bovendien verwachten veel gezondheidswerkers dat de aantallen in werkelijkheid nog hoger zullen liggen.

De bovengrens van het percentage ouderen waarbij het alcoholgebruik ter sprake gebracht zou moeten worden, ligt een stuk hoger dan de bovengrens van het aantal oudere patiënten dat volgens de deelnemers daadwerkelijk riskant alcoholgebruik vertoond. Dit geldt zowel voor de nulmeting als voor de follow-up. Een aantal gezondheidswerkers is na de deskundigheidsbevordering zelfs van mening dat het drinkgedrag standaard bij iedere oudere patiënt besproken zou moeten worden. Dit is in lijn met de visie van de deelnemers, waarbinnen zij herkenning en preventie van alcoholproblematiek bij ouderen een rol toedelen in het takenpakket van de eerstelijnszorg. Het opnemen van een standaard vraag over alcoholgebruik kan gezondheidswerkers stimuleren om over de heersende drempel heen te stappen en tijdig in te kunnen grijpen. Tegelijkertijd kan een dergelijke vraag patiënten stimuleren om eerder signalen af te geven wanneer het gebruik problematisch wordt. Bovendien is het een ingang om ouderen op de hoogte te stellen van de risico's die (te)veel alcohol op hoge leeftijd met zich meebrengt en ontstaat er een beter beeld van de problematiek waar ouderen mee kampen.

#### *Signalering en doorverwijzing*

Twee weken na de deskundigheidsbevordering rapporteren meer gezondheidswerkers dat zij het alcoholgebruik bij oudere patiënten aan de orde hebben gesteld dan bij de nulmeting. Vier weken na de training is dit iets afgenomen, maar het aantal gezondheidswerkers wat het alcoholgebruik bespreekt met oudere patiënten ligt dan nog altijd hoger dan tijdens de nulmeting. Dit impliceert dat het merendeel van de gezondheidswerkers het gedrag heeft veranderd na de training. Eerder bleek al dat de bewustwording van de omvang en de relevantie van het probleem naar aanleiding van de training was toegenomen.

Ook het gemiddeld aantal ouderen en de mediaan van het aantal ouderen waarbij de deelnemers het drinkgedrag hebben besproken, zijn bij de eerste follow-up gestegen ten opzichte van de nulmeting. Vier weken na de training zijn de aantallen echter weer afgenomen tot het beginniveau. Dit geeft aan dat de training voor een kortdurende toename in het aantal gesprekken over alcoholgebruik met oudere patiënten heeft geleid. De alertheid op het signaleren van alcoholgebruik bij ouderen over de lange termijn zou daarom meer gestimuleerd moeten worden, bijvoorbeeld door het onderwerp onder de aandacht te brengen in vaktijdschriften voor

professionals in de eerstelijnszorg, via websites van huisartsenverenigingen en verslavingszorginstellingen of door het organiseren van verdiepingsbijeenkomsten waarin de nadruk ligt op het toepassen van de signalering- en interventievaardigheden uit de module.

Het overgrote deel van de gezondheidswerkers geeft aan de bespreking van het alcoholgebruik met een oudere patiënt te hebben opgevolgd met een doorverwijzing naar de verslavingszorg of naar een website, of met een tweede gesprek. Het monitoren van het alcoholgebruik bij de groep die riskant drinkt is van groot belang om vroegbehandeling of doorverwijzing tijdig en effectief in te kunnen zetten. Naast de extra aandacht voor het stimuleren van de signalering van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk, is het dus ook noodzakelijk om gezondheidswerkers een duidelijk en up-to-date overzicht te geven van de lokale, regionale en landelijke mogelijkheden voor behandeling en doorverwijzing. Deze informatie kan in de vorm van een, liefst digitale, sociale kaart worden opgenomen. Deze sociale kaart geeft gezondheidswerkers handvatten om patiënten zoveel mogelijk te begeleiden in het zoeken van hulp en zich te richten op het verlagen van de drempel om in contact te komen met de juiste instanties.

#### *Patiëntgerichte benadering*

Het uitgangspunt van de module en factsheet 'Veilig drinken op leeftijd' is een patiëntgerichte benadering van alcoholgebruik bij ouderen. Hierbij bespreekt de gezondheidswerker het drinkgedrag wanneer dit op basis van de klachten van de patiënt relevant lijkt. Dit geeft de gezondheidswerker een gegronde reden om naar het alcoholgebruik te informeren en het voorkomt dat de patiënt zich aangevallen of terechtgewezen voelt. In de module wordt een opsomming van lichamelijke en psychosociale klachten gegeven waarbij alcoholgebruik een rol kan spelen. Er is ook een lijst met medicatie opgenomen die niet of zeer slecht te combineren is met alcohol.

Uit de nulmeting blijkt dat de deelnemers voorafgaand aan de deskundigheidsbevordering voor een groot deel al op de hoogte waren van de mogelijke relatie tussen deze klachten/medicijnen en overmatig alcoholgebruik. Ook bij de follow-up momenten worden deze aanleidingen gerapporteerd, aangevuld met klachten/signalen die tijdens de training zijn besproken. Dit geeft aan dat de specifieke risico-indicatoren die voor ouderen van belang zijn, namelijk een chronische ziektegeschiedenis en langdurig of meervoudig medicijngebruik, bij de gezondheidswerkers bekend zijn en worden toegepast om riskant alcoholgebruik bij de oudere populatie te signaleren.

Uit de inventarisatie van de drinkadviezen die gezondheidswerkers op de nulmeting geven, blijkt dat voor zowel lichamelijke, psychosociale als medicamenteuze signalen slechts een minderheid van de gezondheidswerkers een drinkadvies geeft dat overeenkomt met de richtlijnen zoals beschreven in de module (maximaal 1 glas per dag, liefst geen alcohol bij medicijngebruik). Bij de follow-up is het aantal gezondheidswerkers dat drinkadviezen geeft die in overeenstemming zijn met de richtlijnen toegenomen. Voornamelijk wanneer er sprake is van medicijngebruik zijn er meer gezondheidswerkers die de richtlijn volgen met het geven van drinkadvies. Daarnaast is medicijngebruik de meest genoemde aanleiding om abstinentie te adviseren. Een aantal gezondheidswerkers vindt medicijngebruik echter geen aanleiding om de patiënt proactief naar het alcoholgebruik te vragen. Veel gezondheidswerkers tekenen hierbij aan dat zij het drinkadvies aanpassen aan de persoonlijke situatie van de patiënt. Dit kan gezien worden als advies-op-maat, zoals ook in de module wordt aanbevolen, waarbij het advies afhankelijk van de



gezondheidsklachten van de patiënt en zijn ervaringen met alcohol wordt vormgegeven.

### *Beperkingen*

Het huidige evaluatie onderzoek kent een aantal beperkingen. Een eerste beperking is het lage aantal deelnemers in de regio Noord-Brabant. In deze regio heeft één huisartsenpraktijk met drie gezondheidswerkers en een verslavingsconsulent aan het onderzoek deelgenomen. Deze lage respons kan toegeschreven worden aan de vertraging die tijdens de opstartperiode is ontstaan als gevolg van een reorganisatie bij de regionale verslavingszorginstelling.

Daarnaast was er bij de twee follow-up momenten sprake van uitval van deelnemers. Aan de nulmeting hebben 37 gezondheidswerkers (inclusief de verslavingsconsulent) deelgenomen. Bij het eerste follow-up moment twee weken na de training zijn 32 personen (86%) opnieuw geïnterviewd. Vier weken na de training hebben 26 van hen (81%) meegewerkt aan het tweede follow-up moment. Deze uitval heeft mogelijk geleid tot een overschatting van de positieve effecten van de module, doordat gezondheidswerkers die het onderwerp belangrijk vinden wellicht meer geneigd zijn de richtlijnen op te volgen en deel te nemen aan de follow-up. Toch is een respons van meer dan 80% op de follow-up metingen bevredigend te noemen.

Een andere beperking betreft de verschillen in de implementatie tussen de drie regio's. Voor een succesvolle implementatie binnen de relatief korte looptijd van het project, is aangehaakt bij reeds bestaande en geplande vormen van deskundigheidsbevorderingen voor gezondheidswerkers. Deze trainingen waren allemaal gericht op het vergroten van de kennis en vaardigheden van de deelnemers met betrekking tot signalering en behandeling van problematisch alcoholgebruik bij volwassenen. De factsheet 'Veilig drinken op leeftijd' die zich richt op de problematiek bij ouderen is hieraan toegevoegd. Bij alle trainingen is gebruik gemaakt van deze factsheet, maar de inhoud van de factsheet is niet bij iedere training ondersteund met een PowerPoint presentatie en/of een casus over een oudere patiënt. Daarnaast is er binnen de regio's gebruik gemaakt van verschillende trainers en zijn er zowel binnen als tussen de regio's verschillen in duur van de trainingsbijeenkomsten. Ondanks deze diversiteit in implementatie zijn er geen opvallende verschillen in resultaten tussen de regio's geconstateerd.

## **5.2 Conclusie**

De resultaten van de evaluatie laten zien dat de bewustwording en alertheid van gezondheidswerkers wat betreft alcoholproblematiek bij ouderen op de eerste follow-up is toegenomen. Na de training schatten de deelnemers aan de training het percentage riskante oudere drinkers in hun praktijk hoger. Ook het aantal gezondheidswerkers dat alcoholgebruik bij oudere patiënten aan de orde heeft gesteld en het aantal patiënten waarbij dit is gedaan, is gestegen na de training. Bij de tweede follow-up neemt dit aantal licht af, maar blijft hoger dan de beginwaarde op de nulmeting. De grenzen die gezondheidswerkers hanteren voor veilig alcoholgebruik bij ouderen zijn afgenomen na de training, maar liggen nog altijd fors hoger dan de richtlijn uit de module.

Geconcludeerd kan worden dat de deelnemende gezondheidswerkers zich meer bewust zijn geworden van de problematiek en het signaleergedrag in positieve zin hebben veranderd, maar dat dit op langere termijn iets afneemt. Aanbevolen wordt om in een herziene versie van de trainingsmodule meer aandacht te besteden aan

de risico's van overmatig alcoholgebruik en de grenzen voor veilig drinkgedrag bij ouderen, alsmede aan bewustwording van en alertheid op de problematiek op de lange termijn.

### 5.3 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusie van het onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan voor het ontwikkelen en implementeren van een trainingsmodule gericht op het stimuleren van signalering en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen door gezondheidswerkers:

1. De motivatie van gezondheidswerkers in het ter sprake brengen van het alcoholgebruik en het ingrijpen in de leefstijl van ouderen is een noodzakelijke voorwaarde om de implementatie te laten slagen. Dit kan gestimuleerd worden door het belang en de effectiviteit van het bespreken van het drinkgedrag van de patiënt en het bieden van ondersteuning bij de beperking van het alcoholgebruik in de training te benadrukken;
2. Aanbevolen wordt om tijdens de training gebruik te maken van praktische voorbeelden, casuïstiekbespreking en/of rollenspelen en interactie. Deze onderdelen worden door de deelnemers hoog gewaardeerd;
3. Het onderdeel alcohol & ouderen moet uitgebreider aan bod komen binnen de bestaande trainingen over problematisch alcoholgebruik of in een aparte vervolgtraining worden aangeboden;
4. De NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik is onvoldoende bekend en wordt te weinig toegepast in de huisartsenpraktijk. Om gezondheidswerkers te stimuleren het alcoholgebruik bij oudere patiënten vaker ter sprake te brengen en hen te ondersteunen bij het minderen van het drinkgedrag moet het gebruik van deze standaard meer aangemoedigd worden door beroepsverenigingen;
5. De veilige grenzen voor alcoholgebruik bij ouderen en de aanleidingen waarbij de eerstelijns gezondheidswerker naar het alcoholgebruik zou moeten informeren, zijn nog onvoldoende bekend. Hier moet in een herziening van de module de nadruk op gelegd worden;
6. De module heeft geleid tot een verandering in het signaleergedrag van gezondheidswerkers op de korte termijn. Om de alertheid van gezondheidswerkers ook op de lange termijn te blijven stimuleren, moet de aandacht van gezondheidswerkers voor deze problematiek regelmatig geprikkeld en vastgehouden worden. Mogelijkheden hiervoor zijn het onderwerp onder de aandacht houden via vaktijdschriften voor professionals in de eerstelijnszorg, via websites van huisartsenverenigingen en verslavingszorginstellingen of door het organiseren van verdiepingsbijeenkomsten waarin de nadruk ligt op het toepassen van de signalering- en interventievaardigheden uit de module;
7. Het is aan te bevelen de module uit te breiden met een sociale kaart van hulpverleningsinstanties waar de eerstelijnszorg gebruik van kan maken bij de behandeling of doorverwijzing van oudere patiënten met (beginnende) alcoholproblematiek;
8. Het verdient aanbeveling een landelijke prevalentie studie te starten naar overmatig alcoholgebruik bij ouderen, aangezien hier in Nederland geen recente cijfers over bekend zijn.

## Referenties

- Aalto, M., & Seppä, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 532-535.
- 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.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., & Kester, A. (2004). The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 30-39.
- Agarwal, D. P. (2002). Cardioprotective effects of light-moderate consumption of alcohol: a review of putative mechanisms. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 409-415.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., & Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20, 270-275.
- Alati, R., Lawlor, D. A., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & O'Callaghan, M. (2005). Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University study of pregnancy and its outcomes. *Addiction*, 100, 643-651.
- 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).
- Anderson, P. (2003). *The risk of alcohol. What general practice can do [Proefschrift]*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 191-199.
- Barrick, C., & Connors, G. J. (2002). Relapse prevention and maintaining abstinence in older adults with alcohol-use disorders. *Drugs and Aging*, 19, 583-594.
- 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.

- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*, 325.
- Berks, J., & McCormick, R. (2008). Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 1-14.
- Berner, M. M., Kriston, L., Bentele, M., & Härter, M. (2007). The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 461-473.
- Bersci, S. J., Brickner, P. W., & Dhanonjoy, C. S. (1993). Alcohol use and abuse in the frail, homebound elderly: a clinical analysis of 103 persons. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 139-149.
- Beullens, J., & Aertgeerts, B. (2004). Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging and Mental Health*, 8, 76-82.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Blow, F. C. (2000). Treatment of older women with alcohol problems: meeting the challenge for a special population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1257-1266.
- Blow, F. C. (2007). Late-life depression and alcoholism. *Current Psychiatry Reports*, 9, 14-19.
- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research & Health*, 26, 308-315.
- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, K. J., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test: Geriatric version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 176.
- Blow, F. C., Walton, M. A., Chermack, S. T., Mudd, S. A., Brower, K. J. (2000). Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 67-75.
- Bongers, I. M. B. (1998). *Problem drinking among the general population: a public health issue?* Rotterdam: Erasmus University.
- Boyle, A. R., & Davis, H. (2006). Early screening and assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical implications. *Journal of Addictions Nursing*, 17, 95-103.
- Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1208-1217.
- 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.

- Buijssen, H., Van Oosten, N., & Jansen op de Haar, M. (1996). *Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak*. Baarn: Intro Ouderenzorg.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C). *Archives of Internal Medicine*, *158*, 1789-1795.
- CBS (2005). Permanent Onderzoek Leefsituatie, module Gezondheid en Welzijn. <http://statline.cbs.nl> (geraadpleegd 26 augustus 2008).
- CBS (2008). Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl. <http://statline.cbs.nl> (geraadpleegd 26 augustus 2008).
- Conigliaro, J., Kreamer, K., & McNeil, M. (2000). Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *13*, 106-114.
- Coulton, S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland, J. M., Parrot, S., et al. (2006). Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *British Medical Journal*, *332*, 511-517.
- Dufour, M., & Fuller, R. K. (1995). Alcohol in the elderly. *Annual Review of Medicine*, *46*, 123-132.
- Epstein, E. E., Fischer-Elber, K., & Al-Otaiba, Z. (2007). Women, aging, and alcohol use disorders. *Journal of Women & Aging*, *19*, 31-48.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, *252*, 1905-1907.
- Fink, A., Elliott, M. N., Tsai, M., & Beck, J. C. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*, 1937-1943.
- Fink, A., Tsai, M. C., Hays, R. D., Moore, A. A., Morton, S. C., Spritzer, K., et al. (2002). Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *34*, 55-78.
- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., et al. (1999). Brief physician advice reduced drinking in older adults. *Journal of Family Practice*, *48*, 378-384.
- Garretsen, H. F. L. (1982). *Probleemdrinken: onderzoek in Rotterdam. Basisgegevens voor een alcoholbeleid*. Rotterdam: GG&GD Rotterdam.
- Garretsen, H. F. L. (1983). *Probleemdrinken: prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden. Theoretische overwegingen en onderzoek in Rotterdam*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Goldberg, I. J. (2003). To drink or not to drink? Editorial. *New England Journal of Medicine*, *348*, 163-164.
- Gomez, A., Conde, A., Santana, J. M., Jorrín, A., Serrano, I. M., & Medina, R. (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging and Mental Health*, *10*, 558-561.

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

Hirata, E. S., Almeida, O. P., Funari, R. R., & Klein, E. L. (2001). Validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) for the detection of alcohol-related problems among male geriatric outpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 30-34.

Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B., & Smith, A. (2002). The FAST alcohol screening test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 61-66.

Hodgson, R. J., John, B., Abbasi, T., Hodgson, R. C., Waller, S., Thom, B., et al. (2003). Fast screening for alcohol misuse. *Addictive Behaviors*, 28, 1453-1463.

Hoeymans, N., Gommer, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2006). *Welke verschillen zijn er tussen leeftijdsgroepen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.  
[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1674n18840.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1674n18840.html) (geraadpleegd 26 augustus 2008).

Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjö, A., Geirsson, M., & Nilsen, P. (2008). Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addictive Behaviors*, 33, 301-314.

Jansen, H. A. M., & Snoek, A. (2007). *Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Johansson, K., Akerlind, I., & Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol intervention? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 30, 1049-1053.

Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, 15, 615-620.

Johnson, I. (2000). Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 575-581.

Joseph, C. L., Ganzini, L., & Atkinson, R. M. (1995). Screening for alcohol use disorders in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 368-373.

Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Pienaar, E. D. E. D., Campbell, F., Schlesinger, C., et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

Kaner, E. F. S., Heather, N., Brodie, J., Lock, C. A., & McAvoy, B. R. (2001). Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *British Journal of General Practice*, 51, 822-827.

- Kersten, G. C. M., de Jong, C. A. J., Kuik, M., Koole, S. K., & Aalders, J. W. M. (2007). *Alcohol? Geen probleem, dokter! Verslag van het SIGNAAL-project (SIGNAAlering, motivering, begeleiding en verwijzing bij Alcoholproblematiek in de gezondheidswerkerspaktijk)*. Nijmegen: NISPA.
- 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.
- Knibbe, R. A. (1982). *Probleemdrinken in Limburg*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Knibbe, R. A. (1984). *Van gangbaar tot problematisch alcoholgebruik*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Koopman, F. A., Parry, C. D., Myers, B., & Reagon, G. (2008). Addressing alcohol problems in primary care settings: a study of the general medical practitioners in Cape Town, South Africa. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*, 298-302.
- Letizia, M., & Reinbolz, M. (2005). Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing, 26*, 176-183.
- 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.
- Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, P. M., Thomas, S. E., & Mallin, R. (2006). Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol and Alcoholism, 41*, 306-310.
- Moore, A. A., Beck, J. C., Babor, T. F., Hays, R. D., & Reuben, D. B. (2002). Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 316-324.
- Moore, A. A., Hays, R. D., Reuben, D. B., & Beck, J. C. (2000). Using a criterion standard to validate a screening measure to identify harmful and hazardous drinking in older persons. *Aging Clinical and Experimental Research, 2*, 221-227.
- Moore, A. A., Morton, S. C., Beck, J. C., Hays, R. D., Oishi, S. M., Partridge, J. M., et al. (1999). A new paradigm for alcohol use in older persons. *Medical Care, 37*, 165-179.
- Morton, J. L., Jones, T. V., & Manganaro, M. A. (1996). Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. *American Journal of Medicine, 101*, 153-159.
- 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.

Mundt, M. P., French, M. T., Roebuck, M. C., Manwell, L. B., & Barry, K. L. (2005). Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 389-394.

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.

O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.

O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Cunningham, C., Walsh, J. B., Coakley, D., et al. (2004). A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1074-1086.

Oishi, S., Morton, S., Moore, A. A., Beck, J. C., Spritzer, K. L., Partridge, J. M., et al. (2001). Using data to enhance the expert panel process: rating indications of alcohol-related problems in older adults. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17, 125-136.

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.

Philpot, M., Pearson, N., Petratou, V., Dayanandan, R., Silverman, M., & Marshall, J. (2003). Screening for problem drinking in older people: a comparison of CAGE and AUDIT. *Aging & Mental Health*, 7, 171-175.

Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.

Poppelier, A., van de Wiel, A., & van de Mheen, D. (2002). *Overdaad schaadt. Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: IVO.

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.

Sattar, S. P., Petty, F., & Burke, W. J. (2003). Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 743-761.



- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). The development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88, 791-804.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Selzer, M. L., Vinokur, A., & van Rooijen, L. (1975). A self administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Seppä, K., Lepistö, J., & Sillanaukee, P. (1998). Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1788-1791.
- Sim, M. G., Hulse, G., & Khong, E. (2004). Alcohol and other drug use in later life. *Australian Family Physician*, 33, 820-824.
- Stichting IVZ (2007). *Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland (1997-2006)*. Houten: Stichting IVZ.
- Van den Berg Jeths, A., Timmermans, J., Hoeymans, N., & Woittiez, I. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven/Den Haag: RIVM.
- Van Dijck, D., & Knibbe, R. A. (2005). *De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een bevolkingsonderzoek*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., & van Dorsselaer, S. (2003). *Bovenmatig drinken in Nederland: uitkomsten van de 'Netherlands mental health and incidence study' [Nemesis]*. Utrecht: Bureau NDM.
- Verheij, R. A., Schellevis, F. C., Hingstman, L., & de Bakker, D. H. (2006). *Gezondheidswerkerszorg: 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](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2400n20332.html) (geraadpleegd 14 augustus 2008).
- USPSTF, US Preventive Services Task Force. (1996). Screening for problem drinking. In: *Guide to clinical preventive services, 2<sup>nd</sup> ed.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

## Bijlage 1: Module 'Veilig drinken op leeftijd'

### 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 Bespreken
- 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

<b>Onderdeel 1: Ouderen, alcohol en gezondheid</b> .....	<b>44</b>
1.1 Alcoholgebruik bij ouderen en de relatie met gezondheid .....	44
1.2 Aanbevolen grenzen voor ouderen .....	45
1.3 Rol van de eerstelijns .....	45
<b>Onderdeel 2: Bespreken</b> .....	<b>46</b>
2.1 Aanleidingen voor ter sprake brengen .....	46
2.2 Ter sprake brengen .....	49
<b>Onderdeel 3: Kortdurende interventies</b> .....	<b>51</b>
3.1 Specifieke aandachtspunten in de benadering van ouderen .....	51
3.2 Adviesgesprek .....	51
3.3 Motiverend gesprek .....	52
<b>Onderdeel 4: Alcoholmisbruik en afhankelijkheid</b> .....	<b>55</b>
4.1 Screening .....	55
4.2 Behandeling door de huisarts .....	56
4.3 Doorverwijzen .....	57
<b>Referenties</b> .....	<b>58</b>

## 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 eerstelijnszorg**

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 patiënt 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 en 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)
- maagdarmlabletten (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
- menstratiestoornissen

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  $\gamma$ 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 in een doorsnee week drinkt.

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](http://www.drinktest.nl) en [www.minderdrinken.nl](http://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 vervolgafspraken, 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),  $\gamma$ 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 ontwenningverschijnselen 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 B<sub>1</sub> van 100 mg is aanbevolen om een optimale vitamine B<sub>1</sub>-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)*

<b>Acamprosaat</b> (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
<b>Naltrexone</b> (7-10 dagen na detoxificatie, als urine schoon is)	Begindosering	12,5 mg. Treden binnen een uur geen ontwenningverschijnselen 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 behorende bij Bijlage 1

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](http://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). *Gezondheidswerkerszorg: 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](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](http://www.ivo.nl)

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

## **Bijlage 2: Factsheet ‘Veilig drinken op leeftijd’**

### **Veilig drinken op leeftijd**

*November 2008*

In het kader van de landelijke implementatie van vroegtijdige herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik, onder auspiciën van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), is in de afgelopen jaren een aantal handleidingen en ander trainingsmateriaal ontwikkeld voor gezondheidswerkers en andere werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg (zie onder andere NHG, 2006; Kersten, Laurant, Smolders, Wensing & De Jong, 2008). Deze richten zich op de algemene populatie van volwassenen waarbij weinig aandacht wordt besteed aan de factor leeftijd / levensfase. Bij ouderen zijn er echter specifieke omstandigheden die vragen om een aangepaste benadering van het alcoholgebruik, zowel wat betreft de definitie van veilige grenzen als wat betreft de aanwijzingen voor mogelijk risico en de benadering van de betreffende patiënten. Om deze reden is het belangrijk dat naast of binnen de bestaande handleidingen speciale aandacht wordt besteedt aan herkenning en behandeling van riskant alcoholgebruik bij ouderen in eerstelijns praktijken.

In dit document worden ouderen gedefinieerd als volwassenen van 65 jaar of ouder, maar hierbij moet opgemerkt worden dat leeftijd slechts een relatief getal is. Zaken als lichamelijke en geestelijke conditie, mate van mobiliteit en ervaren stressvolle gebeurtenissen zoals het overlijden van dierbaren zijn vaak een betere indicatie van de levensfase van een persoon dan puur het getal van de leeftijd. Het is van belang om hier in de omgang met ‘de oudere patiënt’ rekening mee te houden.

### **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.

## **2 Aanbevolen grenzen voor ouderen**

Op basis van de literatuur lijkt een drinkadvies van één glas per dag voor ouderen 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.

## **3 Rol van de huisarts**

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 patiënt 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).

#### **4 Klachtgerichte screening op alcoholgebruik bij ouderen**

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)
- antiprotozoïca
- 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)
- maagdarmpillen (Tagamet, Zantac, Losec)
- anti-diarrhoïca
- migraine-middelen (Flunarizine, Lisuride, Pizotifeen)
- parasymphatholytica
- parkinsonmiddelen
- spierrelaxantia
- sympthatholytica
- 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
- menstratiestoornissen

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  $\gamma$ 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

## **5 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.

## Referenties behorende bij Bijlage 2

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.

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.

Kersten, T., Laurant, M., Smolders, M., Wensing, M., & De Jong, C. (2008). *Handleiding Alcoholconsultatie. Ondersteuning van gezondheidswerkers bij vroegsignalering en begeleiding van problematisch alcoholgebruik*. Utrecht: Partnership Vroegsignalering Alcohol.

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](http://www.nhg.org).

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 demencie en demencie 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). *Gezondheidswerkerszorg: 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](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](http://www.ivo.nl)

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

## Bijlage 3: Nulmeting

### Ouderen en alcohol

Deze vragenlijst inventariseert de visie van gezondheidswerkers en hun praktijk met betrekking tot het alcoholgebruik van ouderen. Ouderen worden in deze vragenlijst gedefinieerd als volwassenen van 65 jaar en ouder.

Op deze eerste pagina kunt u uw naam en de naam van uw praktijk invullen. Deze pagina wordt na ontvangst van de rest van de vragenlijst gescheiden, zodat uw antwoorden anoniem worden verwerkt.

Datum: .....

Naam: .....

Naam praktijk: .....

Vestigingsplaats praktijk: .....

Functie in praktijk: .....

Telefoonnummer: .....

Bereikbaarheid (dagen/tijden): .....



### Achtergrond huisarts

1. Geslacht: 0 Man  
              0 Vrouw

2. Leeftijd: ..... jaar

3. Hoeveel jaren ervaring heeft u als huisarts? ..... jaar

4. Hoeveel uur patiëntcontact heeft u per week?

*Zowel spreekuur als huisbezoek als andere directe patiëntcontacten.*

.....  
.....

### Ouderen in de huisartspraktijk

5. Hoeveel patiënten in de leeftijd van 65 jaar of ouder ziet u per week op het spreekuur of bij huisbezoek?

Ik zie per week ongeveer ..... patiënten van 65 jaar of ouder.

### Visie op taak van de huisarts

6. Vindt u dat u als huisarts een taak heeft in het herkennen van mogelijk overmatig alcoholgebruik door patiënten van 65 jaar en ouder?

0 Ja, want

.....  
.....

0 Nee, want

.....  
.....

0 Anders, namelijk

.....  
.....

## Huidige praktijk met betrekking tot het alcoholgebruik door ouderen

7. Waar ligt voor u de grens tussen 'normaal' en 'overmatig' alcoholgebruik bij oudere mannen en vrouwen?

Bij oudere mannen: 'normaal' is maximaal ..... glazen per week

Bij oudere vrouwen: 'normaal' is maximaal ..... glazen per week

8. Hoeveel van uw oudere patiënten drinken naar uw inschatting meer dan 'normaal'?

Ongeveer ..... (aantal) op de 100 oudere patiënten in mijn praktijk drinkt meer dan 'normaal'.

9. Heeft u in de afgelopen twee weken wel eens met een oudere patiënt gesproken over zijn/haar alcoholgebruik?

0 Nee

0 Ja, met ..... (aantal) oudere patiënt(en)

10. Wat zijn voor u de aanleidingen om bij oudere patiënten hun alcoholgebruik te bespreken?

10a. Ik bespreek het alcoholgebruik alleen als de patiënt er zelf over begint.

10b. Lichamelijke signalen/klachten, namelijk

.....  
.....

Als u naar aanleiding van lichamelijke signalen/klachten het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

10c. Psychosociale signalen/klachten, namelijk

.....  
.....

Als u naar aanleiding van psychosociale signalen/klachten het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

**10d.** Het voorschrijven van bepaalde **medicijnen**, namelijk

.....  
.....

Als u bij het voorschrijven van deze medicatie het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

**11.** Bij hoeveel van alle oudere patiënten in uw praktijk is het naar uw inschatting nodig om het alcoholgebruik te bespreken?

Bij ongeveer ..... op de 100 oudere patiënten is het nodig om het alcoholgebruik te bespreken.

### **Tot slot**

**12.** Maakt u actief gebruik van de NHG-standaard 'problematisch alcoholgebruik'?

0 Ja, want

.....  
.....

0 Nee, want

.....  
.....

**13.** Hoeveel drinkt u zelf?

Ik drink gemiddeld ..... glazen alcoholhoudende drank per week.

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

## Bijlage 4: Eerste follow-up

### Ouderen en alcohol

Goedemorgen/middag,

Mijn naam is [*naam interviewer*] van onderzoeksbureau IVO. Enkele weken geleden [*zo mogelijk nauwkeuriger aangeven: datum*] heeft u een training gevolgd van [*naam trainer*] over het herkennen en behandelen van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk. In die training werd ook gesproken over alcoholgebruik bij ouderen. Daarbij heeft u ook een korte vragenlijst ingevuld en is u verteld dat u op twee latere momenten telefonisch benaderd zou worden voor vervolginterviews.

Ik bel u nu voor het **eerste** vervolginterview. Dit gaat over uw **beleving van de training** en over uw **praktijkervaring met alcoholgebruik bij oudere patiënten**. Dit zal ongeveer **15 minuten** duren. Heeft u daar nu tijd voor?

*Ja → doorgaan met interview.*

*Nee → afspraak maken voor ander moment.*

De vragen komen deels overeen vragen uit de lijst die u tijdens de training heeft ingevuld. Met 'ouderen' bedoelen we volwassenen van 65 jaar en ouder.

*Onderstaande punten in te vullen door interviewer.*

Datum: .....

Naam: .....

Naam praktijk: .....

Vestigingsplaats praktijk: .....

Naam interviewer: .....



**Evaluatie onderdeel Alcohol & ouderen**

1. Herinnert u zich nog wat in de training is gezegd over alcoholgebruik bij ouderen?

0 Ja, namelijk

.....  
.....

0 Nee

2. Hoe beoordeelt u het onderdeel van de training over alcoholgebruik bij ouderen?  
Wat vond u er goed aan?

.....  
.....

3. Wat vond u minder goed aan het onderdeel over alcohol bij ouderen?

.....  
.....

4. Vond u – al met al - het onderdeel alcohol&ouderen een nuttige toevoeging aan de training?

0 Ja, want

.....  
.....

0 Nee, want

.....  
.....

**De volgende vragen gaan over uw praktijkervaring met het alcoholgebruik bij ouderen**

**5.** Hoeveel patiënten in de leeftijd van 65 jaar of ouder ziet u per week op het spreekuur of bij huisbezoek?

Ik zie per week ongeveer ..... patiënten van 65 jaar of ouder.

**6.** Vindt u dat het belangrijk is om aan patiënten van 65 jaar of ouder naar hun alcoholgebruik te vragen?

0 Ja, want

.....  
.....

0 Nee, want

.....  
.....

0 Anders, namelijk :

.....  
.....

**7.** Waar ligt voor u als regel de grens tussen 'veilig' en 'riskant of schadelijk' alcoholgebruik bij oudere mannen en vrouwen?

Bij oudere mannen: 'veilig' is maximaal ..... glazen per week

Bij oudere vrouwen: 'veilig' is maximaal ..... glazen per week

**8.** Hoeveel van uw oudere patiënten drinken naar uw inschatting meer dan goed is voor hun gezondheid?

Ongeveer ..... (aantal) op de 100 oudere patiënten in mijn praktijk drinkt meer dan goed is voor de gezondheid.

**9.** Heeft u in de afgelopen twee weken wel eens met een oudere patiënt gesproken over zijn/haar alcoholgebruik?

0 Nee

0 Ja, met ..... (aantal) oudere patiënt(en)

Is dat meer of minder dan voorheen? .....

**10a.** Tot slot volgen nu nog enkele vragen over de aanleidingen om bij oudere patiënten hun alcoholgebruik te bespreken.

Ik noem vier mogelijke aanleidingen om het alcoholgebruik te bespreken.  
Wilt u telkens aangeven of dit voor u geldt?

- Ik bespreek het alcoholgebruik alleen als de patiënt er zelf over begint
- Ik bespreek het alcoholgebruik bij bepaalde lichamelijke klachten
- Ik bespreek het alcoholgebruik bij bepaalde psychosociale klachten
- Ik bespreek het alcoholgebruik bij het voorschrijven van bepaalde medicijnen

*Vervolg vragen (voor zover van toepassing)*

**10b.** Bij welke **lichamelijke** signalen/klachten bespreekt u het alcoholgebruik?

.....  
.....

Als u naar aanleiding van lichamelijke signalen/klachten het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

**10c.** Bij welke **psychische of sociale** signalen/klachten bespreekt u het alcoholgebruik?

.....  
.....

Als u naar aanleiding van psychosociale signalen/klachten het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

**10d..** Bij welke **medicijnen** bespreekt u het alcoholgebruik?

.....  
.....

Als u bij het voorschrijven van deze medicatie het alcoholgebruik bespreekt, wat is dan als regel uw advies voor wat iemand van 65 jaar of ouder veilig kan drinken?

Als regel geef ik in dat geval het advies om niet meer dan ..... glazen per .....(week of dag) te drinken.

**11.** Bij hoeveel van alle oudere patiënten in uw praktijk is het naar uw inschatting nodig om het alcoholgebruik te bespreken?

Bij ongeveer ..... op de 100 oudere patiënten is het nodig om het alcoholgebruik te bespreken.

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

## Bijlage 5: Tweede follow-up

### Ouderen en alcohol – 2<sup>e</sup> follow-up huisarts

Goedemorgen/middag,

Mijn naam is *[naam interviewer]* van onderzoeksbureau IVO. Enkele weken geleden *[zo mogelijk nauwkeuriger aangeven: datum]* heeft u een training gevolgd van *[naam trainer]* over het herkennen en behandelen van problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk.

Op *[datum]* heb ik u gebeld voor een eerste interview over deze training en over de manier waarop u omgaat met alcoholgebruik bij oudere patiënten in uw praktijk.

Ik bel u nu voor het **tweede** vervolginterview. Dit gaat over **uw praktijkervaring met alcoholgebruik bij oudere patiënten sinds het vorige gesprek**. Dit zal ongeveer **10 minuten** duren. Heeft u daar nu tijd voor?

*Ja → doorgaan met interview.*

*Nee → afspraak maken voor ander moment.*

De vragen komen deels overeen vragen in het vorige interview

*Onderstaande punten in te vullen door interviewer.*

Datum: .....

Naam: .....

Naam praktijk: .....

Vestigingsplaats praktijk: .....

Naam interviewer: .....

**1a.** Heeft u in de afgelopen twee weken wel eens met een oudere patiënt (65+) gesproken over zijn/haar alcoholgebruik?

0 Nee

0 Ja, met ..... (aantal) oudere patiënt(en)

Vorige keer vertelde U dat u in de twee weken daarvóór ..... [*aantal noemen*] patiënten gesproken had over hun alcoholgebruik.

Klopt het dat dit **deze twee weken** ... [*meer / minder / ongeveer hetzelfde*] geworden [*of: gebleven*] is?

**1b.** Indien van toepassing doorvragen  
Waarom zijn het er nu [meer of minder] dan vorige keer?

**1c.** Zo nodig nog verder doorvragen

Bijvoorbeeld:

- bent u als huisarts alerter (/minder alert) op alcoholgebruik bij oudere patiënten
- komen er meer oudere patiënten op het spreekuur met klachten die gerelateerd kunnen worden aan hun alcoholgebruik
- is uw visie op alcoholgebruik bij ouderen veranderd en zo ja, hoe (bijv met betrekking tot de grenswaarden voor veilig drinken bij ouderen)
- is uw omgang met oudere patiënten veranderd en zo ja, hoe
- toeval
- andere redenen

*Indien ja op vraag 1:*

**2.** Heeft u ook vervolgsafspraken gemaakt met een of meer oudere patiënten om het alcoholgebruik te monitoren?

0 Ja, namelijk

.....  
.....

0 Nee, want

.....  
.....

0 Anders, namelijk

.....  
.....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

## Bijlage 6: Tabellen en figuren

Tabel 1. *Demografische gegevens in gemiddelde en (standaarddeviatie).*

	<b>Rotterdam</b> <b>N = 12</b>	<b>Noord-Brabant</b> <b>N = 3</b>	<b>Limburg</b> <b>N = 21</b>	<b>Totaal</b> <b>N = 36</b>
Geslacht	2 vrouwen 10 mannen	3 vrouwen 1 man	14 vrouwen 7 mannen	19 vrouwen 18 mannen
Leeftijd in jaren (SD)	48.8 (6.43)	37.0 (2.65)	37.2 (11.57)	41.0 (10.98)
Ervaring als huisarts in jaren (SD)	16.9 (8.66)	7.3 (4.73)	8.9 (11.12)	11.4 (10.54)

SD = standaarddeviatie.

\* Eén huisarts heeft deze vraag niet ingevuld.

Tabel 2. *Patiëntencontacten per week in gemiddelde en (standaarddeviatie).*

	<b>Rotterdam</b> <b>N = 12</b>	<b>Noord-Brabant</b> <b>N = 3</b>	<b>Limburg</b> <b>N = 21</b>	<b>Totaal</b> <b>N = 36</b>
<i>Nulmeting</i>				
Uren patiëntencontact (SD)	33.5** (6.49)	21.7 (2.89)	29.1 (6.66)	29.8** (7.02)
Aantal contacten met patiënten ≥ 65 jaar (SD)	53.4* (30.42)	28.3 (12.58)	31.0* (14.83)	38.0** (23.11)
<i>Eerste follow-up</i>				
Aantal contacten met patiënten ≥ 65 jaar (SD)	41.3*** (26.13)	31.7 (14.43)	38.7*** (22.04)	38.8**** (22.25)

SD = standaarddeviatie.

\* Eén huisarts heeft deze vraag niet ingevuld.

\*\* Twee gezondheidswerkers hebben deze vraag niet ingevuld.

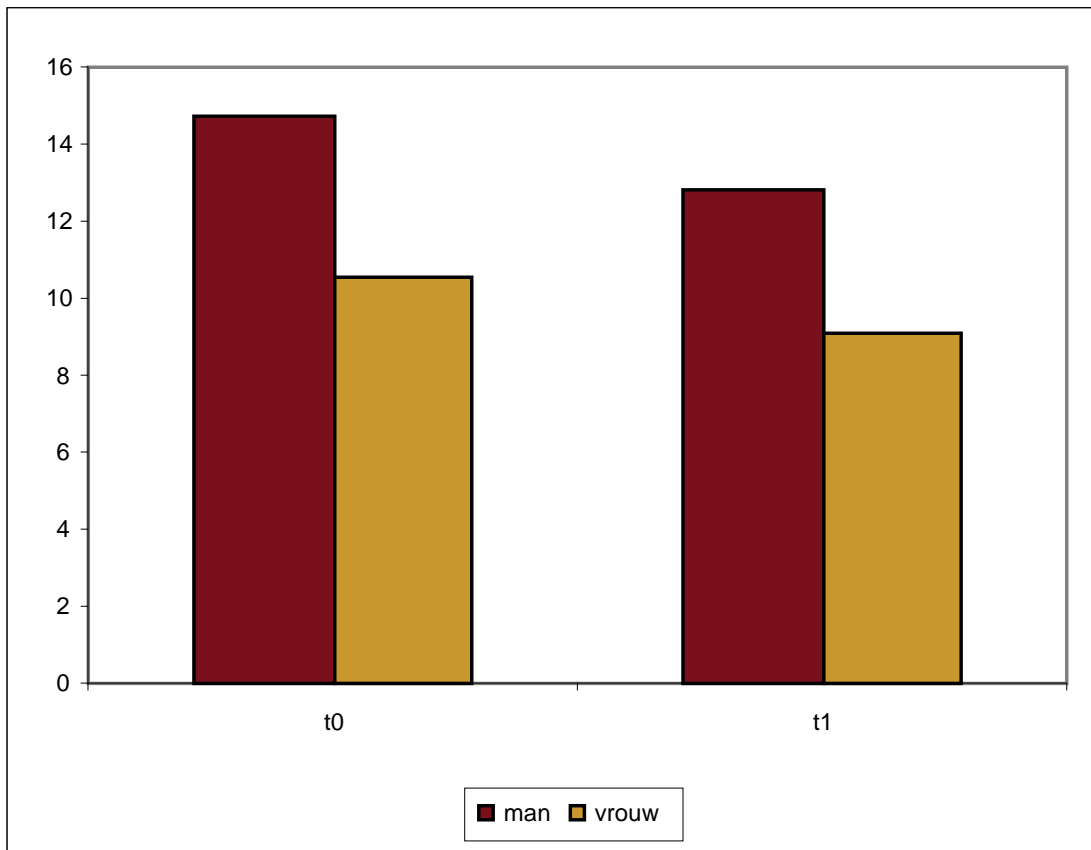
\*\*\* Drie gezondheidswerkers hebben deze vraag niet ingevuld.

\*\*\*\* Zes gezondheidswerkers hebben deze vraag niet ingevuld.

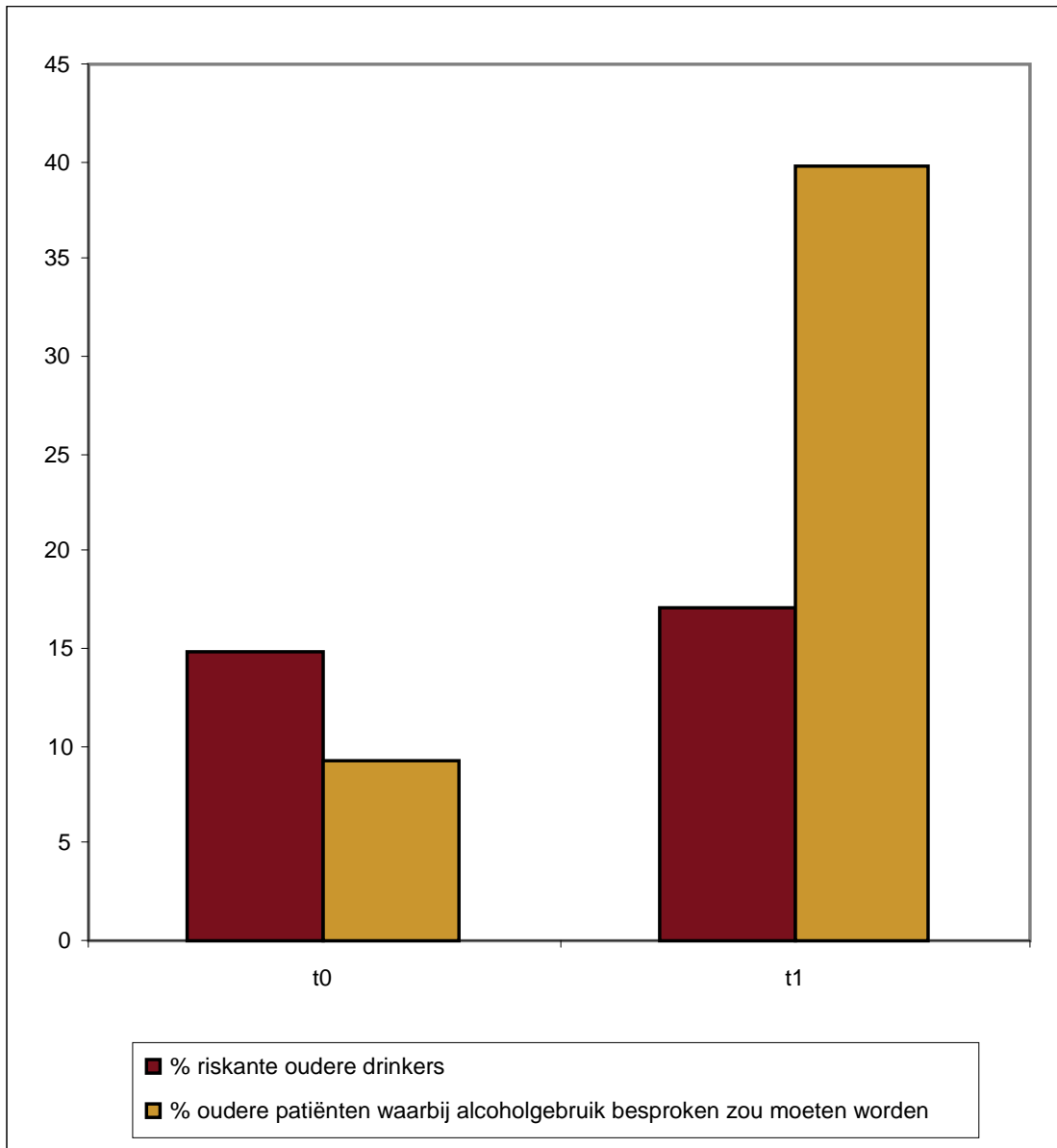
Tabel 3. Resultaten per meetmoment.

	<b>N</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Standaard- deviatie</b>	<b>Mediaan</b>
<i>Nulmeting</i>				
Grenzen voor veilig alcoholgebruik				
Mannen	36	14.7	5.39	14.0
Vrouwen	35	10.5	4.01	10.0
Aantal oudere patiënten met riskant drinkgedrag	32	14.8	13.13	10.0
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik is besproken	36	0.9	1.04	1.0
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik ter sprake zou moeten worden gebracht	30	9.2	4.88	10.0
<i>Eerste follow-up</i>				
Grenzen voor veilig alcoholgebruik				
Mannen	31	12.8	4.70	14.0
Vrouwen	31	9.1	4.05	7.0
Aantal oudere patiënten met riskant drinkgedrag	27	17.1	11.62	15.0
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik is besproken	31	2.8	2.62	2.0
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik ter sprake zou moeten worden gebracht	28	39.7	35.62	25.0
<i>Tweede follow-up</i>				
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik is besproken	25	1.1	0.98	1.0
Aantal oudere patiënten waarbij het alcoholgebruik ter sprake zou moeten worden gebracht	15	0.7	0.49	1.0

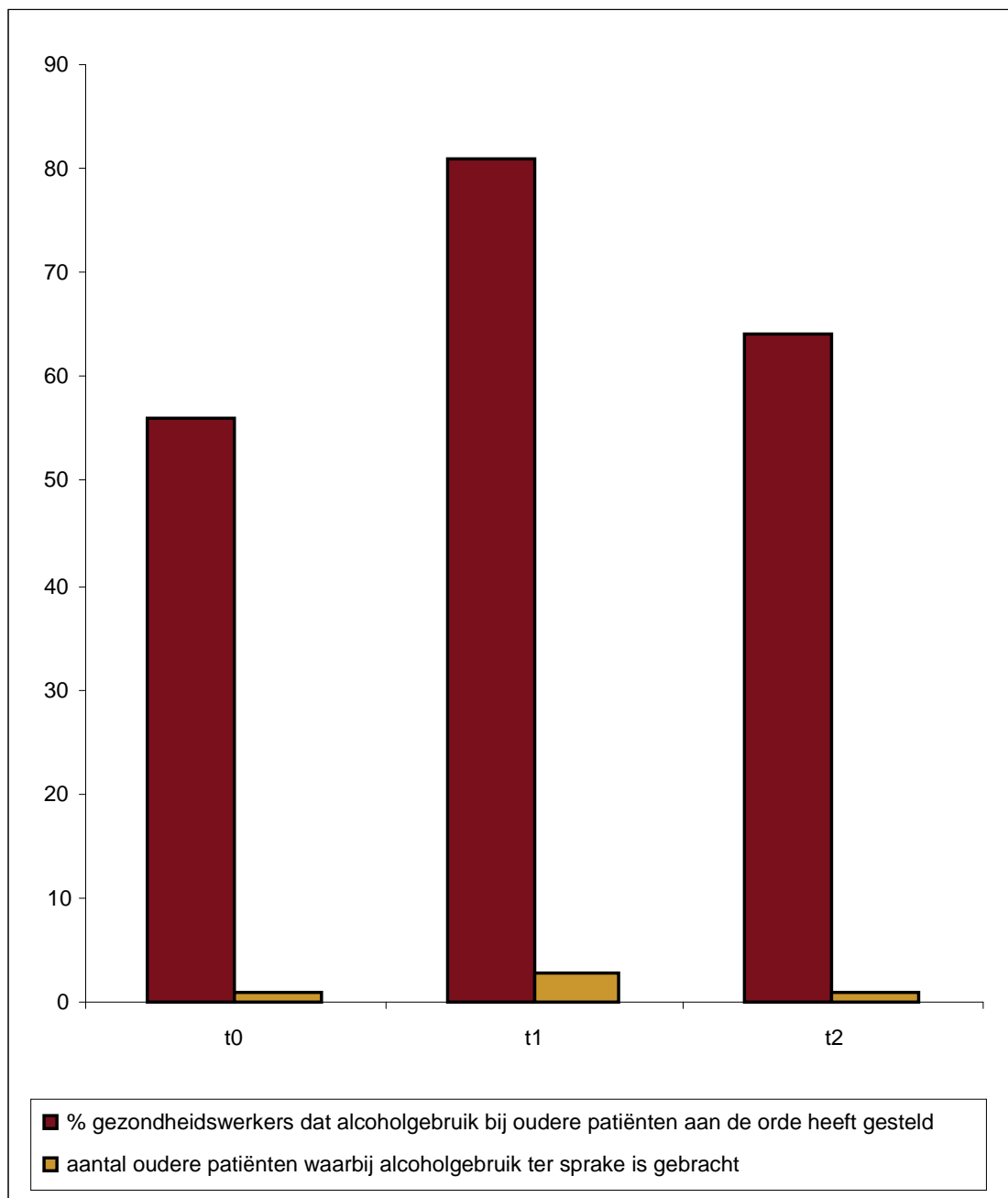




Figuur 1. *Maximum aantal glazen per week dat deelnemers hanteren voor veilig alcoholgebruik bij ouderen, in gemiddelden.*



Figuur 2. *Bewustwording en alertheid van de deelnemers op alcoholproblematiek bij ouderen, in gemiddelde percentages.*



Figuur 3. *Bespreken van alcoholgebruik bij oudere patiënten, in gemiddelde percentages/aantallen.*