Problematisch alcoholgebruik bij ouderen: een kwalitatieve studie in de eerste lijn

Laure-Ann Quenon, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Mirko Petrovic, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Nu ik mijn masterproef aan het vervolledigen ben, komt ook spontaan de gedachte aan bepaalde personen die mij doorheen dit hele werk gesteund hebben.

Ten eerste zou ik graag Prof. Petrovic en Dr. Declercq bedanken om op te treden als promotor en co-promotor, voor hun begeleiding, steun en advies.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider Dr. Liesbeth Deraeve bedanken voor haar begeleiding en steun gedurende het hele traject van de masterproef, en ook om gedurende de voorbije twee jaar een fantastische praktijkopleider te zijn!
Ook mijn collega Dr. Veerle Piessens wil ik bedanken voor de extra visie die ik gekregen heb, de waardevolle begeleiding bij de masterproef, en het aansporen tot kritisch denken.
Dank aan al mijn collega's van het WGC Nieuw Gent, voor hun luisterend oor en grote steun.
Niet te vergeten zijn ook alle mensen die hebben deelgenomen aan deze masterproef.

Tot slot zou ik mijn man, Thomas, extra in de verf willen zetten. Bedankt voor je enorme steun en hulp voor deze thesis, zelfs op momenten dat je er geen tijd voor had, stond je altijd paraat om mij te helpen, dankjewel!

Abstract

Problematisch alcoholgebruik bij ouderen: een kwalitatieve studie in de eerste lijn

Huisarts-in-opleiding: Laure-Ann Quenon (Universiteit Gent)

Promotor: Prof. dr. Mirko Petrovic (Universiteit Gent)

Co-Promotor: Dr. Tom Declercq (Universiteit Gent)

Praktijkopleider: Dr. Liesbeth Deraeve

Context: De maatschappelijke context rond problematisch alcoholgebruik bij ouderen is duidelijk: de maatschappij vergrijst steeds meer, alcohol is sociaal aanvaard en wordt dagelijks geconsumeerd, en toch blijkt het niet altijd evident om probleemsituaties op te sporen en aan te pakken. Mijn medische ervaring leert dat veel artsen hierover ook geen duidelijke visie hebben, en dit is de rechtstreekse aanleiding voor deze masterproef.

Onderzoeksvraag: Wat is de kennis, visie, en aanpak van gezondheidsmedewerkers in de eerste lijn ten aanzien van problematisch alcoholgebruik bij ouderen?

Methode: Een literatuurstudie werd in eerste instantie uitgevoerd, om de huidige kennis over het onderwerp in kaart te brengen. Vervolgens werd een kwalitatieve studie opgezet: de bevindingen van de literatuur werd vergeleken met de ervaring van enkele experts in de 2de lijn, en nadien getoetst aan de visie van huisartsen en een thuisverpleegkundige. Dit gebeurde enerzijds via open verkennende gesprekken, en anderzijds door semi-gestructureerde interviews.

Resultaten: In de literatuur wordt gesproken van een opkomend probleem: de laatste jaren is er een gestage toename van alcoholconsumptie en hulpvragen in de ambulante verslavingszorg bij de oudere leeftijdsgroepen, terwijl deze topic in de eerste lijn momenteel niet als een maatschappelijk probleem wordt ervaren. Huisartsen hebben geen eenduidige manier om ermee om te gaan, in belangrijke mate vanwege een gebrek aan specifieke richtlijnen. In deze masterproef werd de wetenschappelijke literatuur samengebracht met de lokale noden en ervaringen bij gezondheidswerkers in eerste- en tweedelijn.

Conclusies: We kunnen concluderen dat er een noodzaak bestaat aan Belgische richtlijnen binnen de eerste lijn, om het problematisch alcoholgebruik bij ouderen op een evidence-based manier te benaderen. Om een dergelijke richtlijn succesvol in de praktijk te kunnen implementeren, moeten er binnen de huidige zorg een aantal cruciale punten veranderen. Enerzijds hebben zorgverleners van de eerste lijn nood aan een beter besef en meer specifieke kennis over deze problematiek. Anderzijds moeten de verwijsmogelijkheden naar de tweede lijn toe worden uitgebreid met leeftijdsspecifieke behandelingsmogelijkheden, met de focus zowel op het medisch aspect als op de sociale re-integratie zonder alcohol.

Contact: laureann.quenon@ugent.be

ICPC code: A23 Probleem met alcoholgebruik, A99 voorlichting advies en controle bij alcoholmisbruik, P15.05 Problematisch alcoholgebruik

Inhoudstafel

1. Inleiding ..... - 1 -

1.1. Keuze van het onderwerp en relevantie voor de huisarts ..... - 1 -

1.2. Stand van de literatuur ..... - 1 -

1.3. Kernproblemen en doelstelling van deze thesis ..... - 2 -

2. Methode ..... - 3 -

2.1. Literatuurstudie ..... - 3 -

2.2. Interviews ..... - 3 -

3. Literatuuronderzoek ..... - 5 -

3.1. Problematisch alcoholgebruik ..... - 5 -

3.2. Kwantificatie van de problematiek ..... - 6 -

3.3. Schade door alcohol bij ouderen ..... - 11 -

3.4. Opsporen van problematisch alcoholgebruik bij ouderen ..... - 13 -

3.5. Screening ..... - 15 -

3.6. Factoren die problematisch alcoholgebruik in de hand werken – risicofactoren ..... - 17 -

3.7. Gevolgen en klachten die kunnen optreden bij problematisch alcoholgebruik ..... - 19 -

3.8. Huidige richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik in België en andere landen ..... - 21 -

3.9. Therapeutische aanpak van problematisch alcoholgebruik ..... - 23 -

4. Resultaten interviews ..... - 29 -

4.1. Interview tweede lijn ..... - 29 -

4.2. Interview eerste lijn ..... - 34 -

5. Discussie ..... - 41 -

5.1. Samenvatting tweede lijn ..... - 41 -

5.2. Samenvatting eerste lijn ..... - 42 -

5.3. Interviews versus literatuur: verschillen en samenhang ..... - 42 -

6. Besluit ..... - 47 -

7. Referenties ..... - 48 -

8. Appendix ..... - 50 -

1. Inleiding

1.1. Keuze van het onderwerp en relevantie voor de huisarts

Het thema van deze thesis intrigeert mij al enige tijd. Op mijn allereerste stage in de huisartsgeneeskunde kwam het onderwerp van problematisch alcoholgebruik bij ouderen al meermaals aan bod. De huisarts in kwestie was gevestigd in een stad en had enkele patiënten waarbij hij een alcoholprobleem vermoedde. Zelf had hij echter geen idee hoe hij daar het best zou mee omgaan, en vroeg mij hoe ik dit zou aanpakken. Een jaar later volgde ik opnieuw stage, deze keer in een landelijke duopraktijk, waar beide artsen de opmerking gaven dat er toch wat oudere patiënten waren met een vermoedelijk problematisch alcoholgebruik. Op elk van mijn huisartsenstages werd het probleem besproken, en meestal was er geen visie over de aanpak van het probleem. In mijn eerste jaar HAIO stond ik voor dezelfde moeilijkheid. Ik stond op het punt om te vertrekken naar één van mijn eerste huisbezoeken, een oudere dame die gevallen was, toen een collega mij vroeg om na te gaan er misschien een alcoholprobleem zou kunnen aanwezig zijn. Ik stond in dezelfde positie als die artsen tijdens mijn stage, en wist niet hoe ik hier het best mee moest omgaan. Wegens een gebrek aan richtlijnen en het uitblijven van antwoorden na een korte zoekactie, besloot ik dat het onderwerp voldoende interessant was om in de diepte te bestuderen in kader van mijn thesis.

De literatuur beschrijft dat het vaak de zorgverleners uit de eerste lijn zijn die in contact komen met de problematiek van problematisch alcoholgebruik bij ouderen (1, 2). De huisarts heeft niet alleen een sleutelrol in het vroegtijdig identificeren van problematisch alcoholgebruik, maar ook in de behandeling, en indien nodig in het verwijzen van de patiënten naar gespecialiseerde zorgverlening. Hij zorgt immersvoor een laagdrempelige zorg, is snel beschikbaar, en heeft in de loop der jaren een sterke vertrouwensrelatie opgebouwd met zijn patiënten (3).

1.2. Stand van de literatuur

De laatste jaren is er een gestage toename van de alcoholconsumptie en hulpvragen in de ambulante verslavingszorg bij de oudere leeftijdsgroepen. Dit probleem zal in de eerste helft van deze eeuw wellicht verhogen. Dit komt enerzijds door de hogere levensverwachting en de stijging van het aantal ouderen, en anderzijds wegens het ouder worden van de ‘baby-boomers’, een generatie die meer alcohol verbruikt dan alle voorgaande generaties (4-7). Wat verstaan wordt onder problematisch alcoholgebruik wordt verder uiteengezet in sectie 3.1. Er worden twee categorieën van problematische drinkers onderscheiden, het grootste deel zijn de zogenaamde ‘early onset’ drinkers, en een kleiner deel ‘late onset’ drinkers (6-8). Hoewel ouderen gemiddeld minder drinken in absolute hoeveelheden, hebben ze toch meer kans om in het ziekenhuis opgenomen te worden (5, 7, 9). Ouderen zijn dan ook kwetsbaarder voor de effecten van alcohol. Dit komt door metabolische veranderingen in het lichaam, chronische ziekten, en geneesmiddeleninname met mogelijke interactie met alcohol (4, 5, 10, 11),

verder uitgediept in sectie 3.3. Problematisch alcoholgebruik wordt bij ouderen regelmatig onderschat, en door de artsen niet vaak aangekaart (5, 10). Alcoholgebruik bij deze doelgroep is meestal verscholen en ouderen ontkennen het probleem wegens schaamte (7, 12). De presentatie van het probleem is bovendien vaak atypisch of gemaskeerd door medische en/of psychiatrische comorbiditeit (3, 13). Er wordt gesproken van een 'stille problematiek' (8).

Algemeen is er in de literatuur nog steeds geen gouden standaard gevonden voor het definiëren van problematisch alcoholgebruik bij ouderen (14). In België ontbreken specifieke richtlijnen rond problematisch alcoholgebruik en ouderen. De richtlijn 'problematisch alcoholgebruik' van de Domus Medica is voor volwassen vanaf 18 jaar, inclusief de 65-plussers. Er worden geen specifieke grenswaarden voor ouderen vastgelegd. Wel wordt beschreven dat "65-plussers bij voorkeur minder drinken dan wat als aanvaardbaar wordt beschouwd voor volwassenen" (3).

Verschillende onderzoeken tonen de doeltreffendheid van zowel psycho-sociale als farmacologische behandelingen bij alcoholverslaving aan (13). Op dit moment worden ouderen vaak enkel behandeld voor de problemen veroorzaakt door alcohol, eerder dan voor het alcoholprobleem zelf (4), hoewel ze evenveel voordeel hebben van therapie als jongeren. Huisartsen hebben een belangrijke rol om de problemen te identificeren, te behandelen, en ouderen te verwijzen. Een multidimensionele aanpak (m.a.w. zowel op psychologisch, gedragsmatig als farmacologisch vlak) is van cruciaal belang om onthouding te handhaven (7, 10).

Om alcoholgerelateerde problemen bij ouderen te beperken zijn de volgende stappen enkele voorbeelden om tot een betere zorg te komen: het verstrekken van informatie, het verhogen van de kennis en vaardigheden bij zorgverleners, het oprichten van leeftijdsspecifieke en gespecialiseerde centra (15).

1.3. Kernproblemen en doelstelling van deze thesis

Bij de start van deze thesis werd geen concrete informatie gevonden omtrent problematisch alcoholgebruik ouderen. Pas na een uitvoerige literatuurstudie blijkt er meer te bestaan dan verwacht, maar geen gouden standaard om problematisch alcoholgebruik bij ouderen te definiëren, noch specifieke richtlijnen voor de aanpak. Dit is binnen de huidige "evidence-based medicine" een leemte.

Tevens bestaan er veel hiaten in de kennis van de problematiek bij de eerstelijns werknemers, zowel op het gebied van behandelingen, als rond de mogelijkheden tot doorverwijzing. Op maatschappelijk niveau zijn er maatregelen nodig, opdat er een beter erkenning en adequate aanpak van de problematiek zou komen.

Het doel van deze thesis is om een breed inzicht te geven in de problematiek van problematisch alcoholgebruik bij ouderen, voornamelijk aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie. Tevens is het de bedoeling om aan te tonen dat er een probleem bestaat dat op dit moment onderschat wordt. Finaal zou dit werk kunnen dienen als een aanzet tot meer gespecialiseerde richtlijnen voor alcohol en ouderen.

2. Methode

2.1. Literatuurstudie

De literatuurstudie werd uitgevoerd volgens de watervalanalyse. Deze analyse is gebeurd aan de hand van de CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine) website om systematisch de verscheidene evidence-based bronnen te kunnen raadplegen.

1. Eerst werden guidelines gezocht, o.a. bij Domus Medica, NHG, en Amerikaanse richtlijnen. Vier guidelines werden gevonden, maar geen enkele die specifiek de aanpak voor problematisch alcoholgebruik bij ouderen beschrijft.
2. Het aantal systematische reviews over dit onderwerp bleek ook beperkt: er werden er vijf gevonden.
3. Twee van de besproken artikels komen uit Evidence Based tijdschriften.
4. De primaire bronnen bleken de voornaamste bron van informatie, met 14 artikels, o.a. uit British Medical Journal, Journal of General Internal Medicine en Annual Review of Medicine. De resterende artikels werden gevonden via referenties van de bovenstaande, waaronder verscheidene kwalitatieve studies, een boek, en factsheets uit diverse landen.

Over België was er weinig literatuur te vinden, waardoor evidentie uit andere landen moest gezocht worden. Via 'Evidence search' van de National Institute for Healt and Care Excellence (NICE) werd de meerderheid van de literatuur gevonden. Ook de Tripdatabase heeft geleid tot enkele van de besproken artikels, evenals specifieke zoekacties via Pubmed. Algemeen werden de volgende zoektermen (MeSH terms) gebruikt: "alcohol drinking", "alcohol", "consumption", "aged", "elderly", "primary health care", "primary care". Deze werden op geschikte wijze via 'AND' en 'OR' operatoren gecombineerd tot specifieke zoekacties. In totaal werden een 50-tal artikels gevonden: hoofdzakelijk in het Engels, maar ook Nederlands en Franse, gedateerd van 1995 tot op heden. Na deze door te nemen, werden uiteindelijk 36 artikels weerhouden, op basis van onder andere hun relevantie naar het onderwerp, publicatiedatum en evidentie.

2.2. Interviews

De opzet van deze thesis was de visie van de huisarts te bestuderen betreffende problematisch alcoholgebruik bij ouderen.

De eerste stap om deze informatie te bekomen, was het bevragen van een aantal experts binnen de verslavingszorg en/of ouderenzorg.

Om tot de juiste personen te komen, heb ik beroep gedaan op de huisartsen in mijn directe omgeving (praktijkopleider en co-promotor) en hoofdzakelijk op "het netwerkpunt". Dit project van het PAKT, (het netwerk van zorgverleners en zorgverlenende instellingen uit de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen) richt zich naar hulp- en dienstverleners en heeft onder andere als doel zorgverleners mee te helpen in algemene of casusspecifieke vragen omtrent het GGZ-aanbod in deze regio. Zij konden mij meerdere van hun contacten doorgeven, net als de lijst van alle deelnemers uit het Netwerk Ouderen

Geestelijke Gezondheidszorg Groot Gent (NOGGGG). Dit netwerk richt zich tot ouderen (vanaf 60 jaar) met psychische problemen die woonachtig zijn in de regio Groot Gent. Een specifiek centrum voor ouderen met alcoholproblematiek is niet gevonden, maar aan de hand van deze lijst werden verscheidene mails gestuurd naar leden van het NOGGGG. Van degene die reageerden werd een doelgerichte selectie uitgevoerd om tot informatierijke respondenten te komen, met elk hun eigen specialiteit. Deze experten werden via open verkennende interviews bevraagd.
De interviews werden schriftelijk opgenomen en nadien uitgeschreven op een schematische manier. Vervolgens werd de verkregen informatie geanalyseerd. Binnen de gesprekken met de tweede lijn werden een aantal thema's gevonden:

- Wordt alcohol bij ouderen aanzien als een probleem?
- Hoe gaan huisartsen om met problematisch alcoholgebruik bij ouderen?
- Alcohol bij ouderen in de maatschappij, nu en later.

Deze thema's werden gebruikt als basis om een vragenlijst op te stellen voor de eerste lijn.

De tweede stap bestond erin de eerste lijn te interviewen volgens een semigestructureerde manier. Twee huisartsen met een verschillende achtergrond werden geïnterviewd, een oudere arts met veel kennis in het onderwerp en een jongere arts zonder specifieke voorkennis. Er werd tevens een thuisverpleegkundige geïnterviewd, om een ander perspectief te krijgen van de zorg binnen de eerste lijn. Zij had geen voorkennis omtrent ouderen en alcohol. Er werd specifiek gekozen om ook deelnemers zonder voorkennis te includeren, zodat mogelijke hiaten konden naar voor komen, en om de huidige visie te horen van niet-experten.
Vervolgens werden de interviews van de eerste lijn via een thematische analyse bestudeerd en deze resultaten werden geplaatst tegenover de gesprekken met de tweede lijn.
Tenslotte werd een systematische vergelijking gemaakt tussen alle gesprekken, en de resultaten van de literatuurstudie.

3. Literatuuronderzoek

3.1. Problematisch alcoholgebruik

Een precieze definitie voor ‘problematisch alcoholgebruik bij ouderen’ is niet evident. Een eerste moeilijkheid blijkt al om het begrip ‘ouderen’ te definiëren. Binnen de geriatrie ligt de grens voor ouderen op 75 jaar en moet er rekening gehouden worden met het profiel van de patiënt. In de literatuur rond problematisch alcoholgebruik is er daarentegen een grote verscheidenheid, die bovendien kan variëren naargelang de klinische context. De meerderheid van de artikels stellen hun grenswaarde op 65 jaar. Deze grens werd dan ook gekozen als onderzoekspopulatie (16).

Ten tweede is problematisch alcoholgebruik een complex gegeven, waarbij niet alleen de hoeveelheid gebruikte alcohol een rol speelt, maar ook de individuele gevoeligheid, de mate, duur, en wijze van het alcoholgebruik, de eventueel aanwezige psychiatrische problematiek, en directe en indirecte omgevingsfactoren. Alcoholgebruik kan schade berokkenen zowel op psychologisch, lichamelijk, als op sociaal vlak. Het drinken van alcohol in een verkeerde situatie of op een verkeerd moment wordt als problematisch alcoholgebruik beschouwd (3, 7).

Merk ook op dat er een fundamenteel verschil is tussen ‘occasioneel overmatig alcoholgebruik’ en ‘langdurig overmatig alcoholgebruik’. Tot de eerste groep horen personen die de aanbevolen grenswaarden overschrijden, maar geen alcoholgerelateerde problemen vertonen. De tweede groep omvat personen die de aanbevolen grenswaarden overschrijden en bovendien al gezondheidsproblemen hebben op fysiek, psychisch of sociaal vlak als gevolg van chronisch alcoholgebruik (3).

Om te bepalen hoe problematisch alcoholgebruik is, is het nodig om een standaard af te bakenen. Een zogenaamd standaardglas bevat altijd dezelfde hoeveelheid alcohol onafhankelijk van de grootte van het glas of het soort alcohol (Figuur 1). De hoeveelheid verschilt wel van land tot land, en in de privésfeer worden ook vaker grotere glazen geschonken. In Europa bevat een standaardglas gemiddeld 10 g (of 12.7 ml) pure alcohol. In de Verenigde Staten bevat een standaardglas 1,5 keer de hoeveelheid alcohol van een standaardglas in Europa (17).



Figuur 1: Het standaardglas alcohol per soort alcoholhoudende drank (17).

De DSM-IV (diagnostic and statistical manual) beschrijft twee verschillende aandoeningen: alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, met specifieke criteria voor elk. In 2013 kwam de DSM-5 uit. Deze gebruikt de term ‘stoornis in alcoholgebruik’ en integreert deze twee diagnoses. Deze worden geclassificeerd volgens een lichte, matige, of ernstige stoornis. Een stoornis in het gebruik van

alcohol wordt gedefinieerd als een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, waarbij minstens 2 criteria uit de DSM-5 lijst voorkomen in een periode van een jaar (Appendix I) (18).

Om problematische drinkers bij ouderen te onderscheiden, wordt de volgende classificatie gehanteerd:

- 'early onset drinkers' zijn ouderen die hun hele leven al problematisch drinken en die er nooit in geslaagd zijn om dit probleem onder controle te krijgen. Zij worden ook survivors genoemd vanwege het ontsnappen aan een vroegtijdige dood en het overleven tot op oudere leeftijd.
- 'late onset drinkers' zijn mensen die gestart zijn met drinken op latere leeftijd. Enerzijds kan dit het gevolg zijn van een heftige of traumatische gebeurtenis zoals het verlies van partners, vrienden of mobiliteit, en door toenemende eenzaamheid. Anderzijds is er ook een groep ouderen die goed bemiddeld is en nog actief, maar waar alcohol een belangrijke plaats heeft in het dagelijks levenspatroon. Bij de start van het pensioen vallen de grenzen vaak weg, en wordt er ook wel gesproken van het 'eeuwige weekend'.

Sommige studies noemen nog een derde categorie van gelegenheidsdrinkers. Dit zijn mensen die van tijd tot tijd alcohol drinken en bij sommige gelegenheden in overdaad ('binge') drinken, wat hen ook in de problemen kan brengen (6-8, 19). 'Binge drinken' is een vorm van excessief drinken op één gelegenheid, die voornamelijk bij jongeren voorkomt. Er bestaan verschillende definities over binge drinken maar conform internationale richtlijnen opteert de Vereniging voor Alcohol- en andere Drug-problemen (VAD) voor de volgende: de consumptie van 6 of meer standaardglazen voor mannen en 4 of meer standaardglazen voor vrouwen, in een periode van 2 uur (17).

Ongeveer 1/3 van de problematische alcoholgebruikers bij ouderen zijn 'late onset' drinkers, het grootste deel (2/3) zijn 'early onset' drinkers. Algemeen wordt verouderen geassocieerd met een aantal overgangsperiodes met veel veranderingen in het leven. Die kunnen leiden tot alcoholproblemen, en tot een toename van alcoholproblemen in de early onset groep (7).

3.2. Kwantificatie van de problematiek

Studies tonen aan dat het verbruik van alcohol meestal vermindert met de leeftijd en dat het percentage niet-drinkers verhoogt. Onduidelijk is of dit gerelateerd is aan een cohorteffect, of dat echt leeftijdsgebonden is. Deze afname is vermoedelijk gekoppeld aan veranderingen in attitude en levensomstandigheden op middelbare leeftijd en bij ouderen, maar ook een slechtere gezondheid speelt een rol (5, 19).

Hoewel 65-plussers in tegenstelling tot jongeren minder drinken en minder vaak de aanbevolen hoeveelheden zullen overschrijden, hebben ze meer kans om opgenomen te worden in het ziekenhuis bij alcoholgerelateerde problemen. De meest significante stijging in alcoholgerelateerde opnames was de laatste jaren te zien bij ouderen. Alcoholgerelateerde sterfte is het hoogst in de leeftijdscategorie van 55-74 jaar (5, 7, 9).

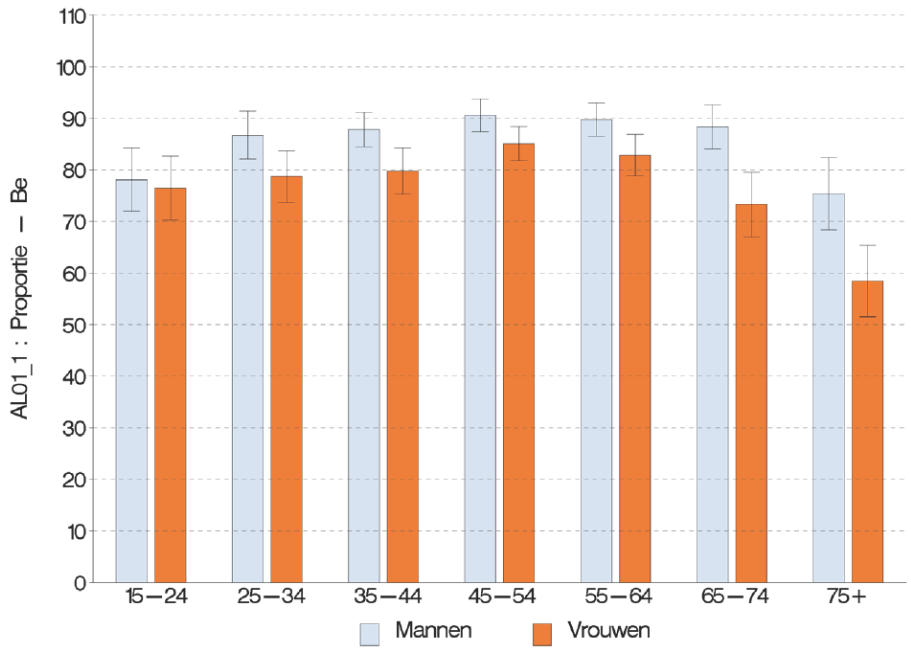
De laatste jaren is er een gestage toename van alcoholconsumptie bij de oudere leeftijdsgroepen. Demografische gegevens en verscheidene studies beschrijven dat alcoholproblemen bij ouderen in de eerste helft van deze eeuw frequenter zullen voorkomen. Enerzijds stijgt de levensverwachting en neemt het aantal ouderen toe, anderzijds worden de 'baby boomers' ouder. De standaarden van deze generatie inzake het verbruik van alcohol liggen hoger dan die van alle vorige generaties. De reden hiervoor is wellicht dat de populatie geboren na de tweede wereldoorlog in een tijdperk is grootgebracht waarin alcohol meer betaalbaar, beschikbaar, en sociaal aanvaardbaar werd. Hierdoor zouden ze meer kans hebben om de gewoonte van het drinken te behouden (4-7, 19).

Patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis of in een woonzorgcentrum (WZC) zijn vaker patiënten die chronisch drinken. Het is moeilijk om het probleem aan te pakken bij bewoners die zware drinkers zijn, omdat ze vaak hun hele leven al overmatig gedronken hebben (8, 13).

3.2.1. Epidemiologie

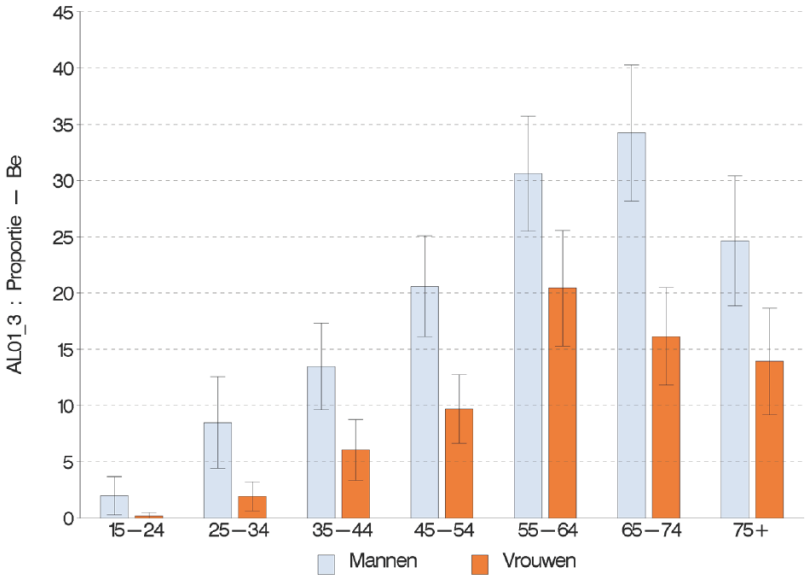
In 2013 werd in België een vijfde gezondheidsenquête georganiseerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP). Hieronder wordt een selectie van de gegevens beschreven.

- Alcoholgebruik komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Dubbel zoveel vrouwen (17%) als mannen (9%) zijn levenslang geheelonthouder. Deze curve toont dat 77% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar drinken, 88% van de volwassenen tussen 45 en 54 jaar, om daarna af te nemen tot 65% bij personen van 75 jaar en ouder (Figuur 2) (20).



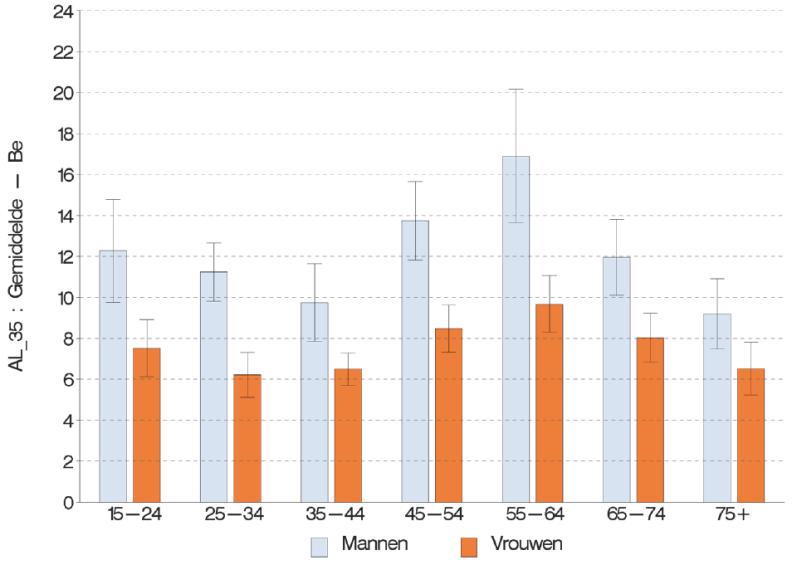
Figuur 2: Percentage van de bevolking dat alcohol gebruikte in de afgelopen 12 maanden (20)

- Dagelijks drinken neemt significant toe met de leeftijd. Dit percentage neemt gradueel toe om 25% te bereiken in de leeftijdsgroep 55-75 jaar. Dagelijks alcoholgebruik komt bij mannen vaker voor dan bij vrouwen, en daalt pas vanaf 75 jaar, terwijl dit bij vrouwen vanaf 65 jaar het geval is. (Figuur 3).



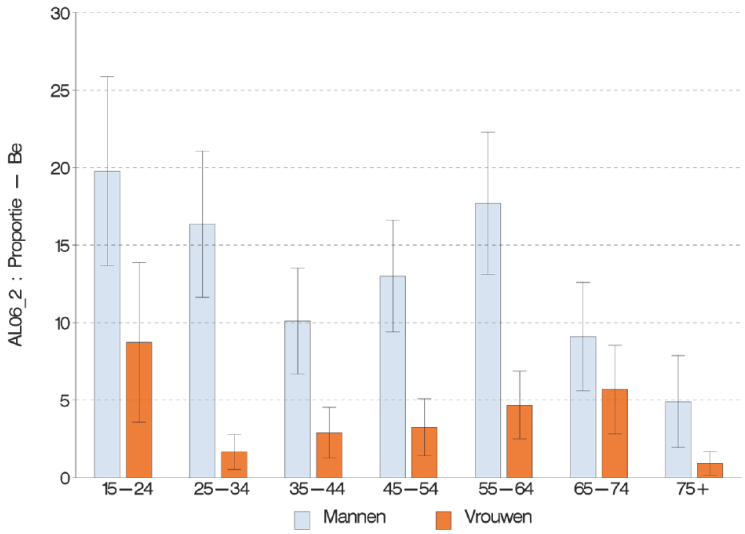
Figuur 3: Percentage van de bevolking ouder dan 15 jaar dat dagelijks alcohol gebruikt, volgens geslacht en leeftijd (20).

- Het gemiddeld aantal alcoholische consumpties bij wekelijkse drinkers is 8 tot 14 glazen per week, naargelang de leeftijd. Het percentage wekelijkse drinkers met een overmatig alcoholgebruik is vrij hoog bij jongeren van 15-24 jaar en personen in de leeftijdsgroep van 44-64 jaar (Figuur 4) (20).



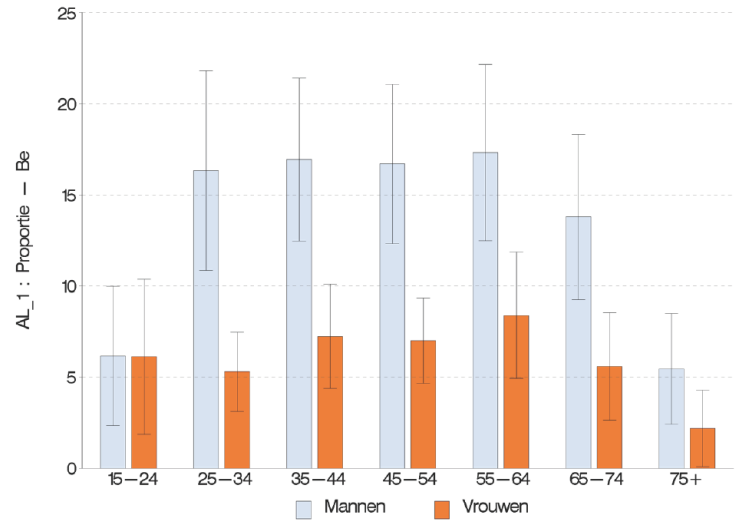
Figuur 4: Gemiddeld aantal glazen alcohol per week bij wekelijkse gebruikers vanaf 15 jaar, volgens geslacht en leeftijd (20).

- Wekelijks 6 of meer glazen alcohol drinken bij dezelfde gelegenheid daalt in frequentie met de leeftijd, behalve in de leeftijdsgroep 65-74 jaar. Het is ook in deze leeftijdsgroep dat het dagelijks drinken van 6 of meer glazen alcohol bij dezelfde gelegenheid voorkomt (Figuur 5) (20).



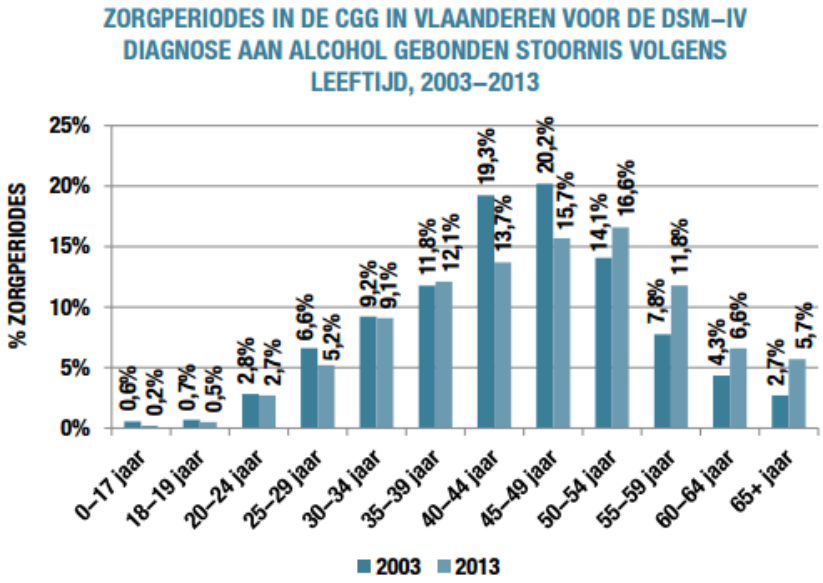
Figuur 5: Percentage van de bevolking ouder dan 15 jaar dat wekelijks 6 of meer glazen alcohol drinkt bij dezelfde gelegenheid, volgens geslacht en leeftijd (20).

- Problematisch alcoholgebruik komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen en dit verschil is significant na correctie van de leeftijd (8, 13, 20). Problemen die te maken hebben met alcohol variëren met de leeftijd: problematisch alcoholgebruik bij mannen komt vooral voor in de arbeidsactieve leeftijd, bij vrouwen wordt dit vooral gerapporteerd in de leeftijdsgroep 55-64 jaar. De problematiek daalt tot 4% bij 75-plussers (Figuur 6) (20).



Figuur 6: Percentage van de bevolking ouder dan 15 jaar met problematisch alcoholgebruik, volgens geslacht en leeftijd (20).

In België steeg het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag in de periode tussen 2004 en 2013 met 61%. (Figuur 7). Daarbij zijn het vooral de zogenoemde 'baby boomers' die bijdragen tot deze sterke stijging (9).



Figuur 7: Zorgperiodes in de CGG in Vlaanderen voor de DSM-IV. Diagnose aan alcohol gebonden stoornis volgens leeftijd 2003-2013 (9).

In een cross-sectionele studie bestudeerden Van Hoeck et al. de gegevens van de Belgische gezondheidsenquête van 2001 en 2004. Een steekproef van 4825 thuiswonende 65-plussers werd in de studie opgenomen. Algemeen waren 50,4% van deze steekproef niet-drinkers of slechts occasionele drinkers, 29,1% matige drinkers, 10,4% risicodrinkers, 4,6% zware drinkers, en 5,5% drinkers met een problematisch alcoholgebruik. Hoewel alcoholverbruik daalt met de leeftijd bleven 23,1% van de 85-plussers matige tot risicodrinkers (1).

3.2.2. Geografische verschillen

In Nederland signaleert Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) een duidelijke toename van het aantal 55-plussers dat hulp vraagt wegens alcoholproblemen. Zo is in tien jaar het aantal hulpvragen in de ambulante verslavingszorg met bijna 70% gestegen. De frequentie van het alcoholgebruik is bij ouderen gemiddeld hoger dan bij jongeren, en zij drinken ook vaker dagelijks. Het aantal zwaar drinkende ouderen, die minstens één keer per week zes of meer glazen dronken, nam tussen 2003 en 2008 toe van 3% naar 5%. Daarnaast is gebleken dat ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen meer alcohol gebruiken dan zelfstandig wonende ouderen (8, 17, 21).

In Finland is het gebruik van alcohol na de pensioenleeftijd de afgelopen jaren veel frequenter geworden. Dienstverleners zijn bezorgd omdat het alcoholprobleem bij de ouderen groeit. Karlsson et al. toont aan dat in de leeftijdsgroep 65-84 jarigen het aandeel geheelonthouders is afgenomen, terwijl

de wekelijkse consumptie van alcohol veel frequenter is geworden. Ook bevestigt deze studie dat de fractie van matige tot zware drinkers de afgelopen twee decennia is toegenomen (22, 23).

In het Verenigd Koninkrijk is het aandeel van ouderen (60-plussers) die meer drinken dan de aanbevolen richtlijnen nog steeds aanzienlijk lager dan het gemiddelde. De huidige generatie ouderen zijn wel grotere drinkers dan voorgaande generaties. Al ligt het aantal alcoholconsumpties lager bij ouderen, ze drinken veel frequenter dan andere leeftijdsgroepen en worden vaker opgenomen in het ziekenhuis met alcoholgerelateerde problemen, in tegenstelling tot jongeren. Ook de aan alcohol gerelateerde sterftecijfers zijn hoger bij ouderen (19).
Een studie binnen de eerste lijn in Duitsland toonde aan dat de helft van thuiswonende 75-plussers geheelonthouders zijn, 6.5% zijn problematische alcoholgebruikers, en de overigen zijn matige drinkers. Mannen drinken significant meer (24).

In de Verenigde Staten is problematisch alcoholgebruik bij ouderen een groeiend probleem voor de volksgezondheid, voornamelijk bij eerstelijnspatiënten. In een studie van 24863 patiënten bleken 70% van de ouderen geheelonthouders, 4.1% risicodrinkers, en 4.5% zware drinkers volgens de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) guidelines met hun specifieke grenswaarden (beschreven in hoofdstuk 3.8.3) (25).

Het is belangrijk om bij dit overzicht op te merken dat elk land eigen richtlijnen hanteert om problematisch alcoholgebruik te definiëren. Die zijn uiteraard bepalend voor de resultaten. Zo blijken, uit de Belgische studie van Van Hoeck et al., 20.5% van de ouderen in overmaat te drinken volgens de NIAAA guidelines. Terwijl 4,7% volgens de CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty en Eye-opener) vragenlijst een problematisch alcoholgebruik heeft. In Amerikaanse en Britse studies wordt problematisch alcoholgebruik gerapporteerd bij respectievelijk 8% en 15% van de ouderen (1).

3.3. Schade door alcohol bij ouderen

Ouderen zijn kwetsbaarder voor de effecten van alcohol door metabolische veranderingen in het lichaam, chronische ziekten en geneesmiddeleninname met mogelijks interactie met alcohol. Veel ouderen hebben één of meerdere chronische ziekten. Hoe ouder men wordt, hoe groter de kans op een ziekte of aandoening. Niet alleen leeftijd, maar ook geslacht speelt een rol, evenals levensstijl, psychische gezondheid, fysieke omgeving en sociaal-economische status (4, 5, 10, 11).

3.3.1. <u>Pathofysiologie</u>

Bij ouderen vermindert de hoeveelheid vrij lichaamsvocht en is er een relatieve toename aan vet. Dat resulteert in een verminderd distributievolume en een hogere alcoholconcentratie in het bloed. Daardoor leidt in vergelijking met jongeren eenzelfde hoeveelheid alcohol tot hogere bloedspiegels,

lagere tolerantie en snellere intoxicatie met orgaanschade. Hierdoor worden ouderen eerder dronken en kan een kleine hoeveelheid alcohol soms al schadelijke gevolgen hebben. En er zijn nog andere redenen waarom het lichaam op oudere leeftijd slechter alcohol verdraagt (8, 13):

- De lever en nierenfunctie is bij ouderen verminderd. De afbraak kan gedaald zijn door inname van hepatotoxische medicatie en bovendien is de activiteit van alcoholdehydrogenase, het enzym verantwoordelijk voor het afbreken van alcohol, ook significant gedaald bij ouderen (8, 13, 17, 26).
- Vanwege een verhoogde doorlaatbaarheid van de bloedhersenbarrière is het centraal zenuwstelsel bij ouderen gevoeliger voor de effecten van alcohol. Ook is er een verlies aan neuronen in bepaalde delen van de hersenen, wat leidt tot een verminderde cognitie en motorische vaardigheden. Alcoholinname heeft hierop nog een bijkomend effect (13, 17).

Regelmatig drinken en het cumulatief effect ervan eist dan ook een zware tol van het lichaam: chronisch alcoholmisbruik is geassocieerd met weefselbeschadiging ter hoogte van verschillende organen, een grotere gevoeligheid voor het ontstaan van alcoholische leverziekte en een toenemend risico op borstkanker bij post-menopauzale vrouwen.

Alcoholontwenning bij ouderen gaat ook gepaard met een hogere incidentie van medische en neurologische complicaties dan bij jongeren (10, 19).

3.3.2. Medicatie

Alcohol-geneesmiddelinteracties vormen een reële bedreiging voor de oudere populatie (13). Een grote meerderheid van de ouderen neemt regelmatig of dagelijks medicatie (1). Het combineren van alcohol en geneesmiddelen is riskant. Alcohol kan de werking van sommige types geneesmiddelen versterken of inhiberen, waardoor het effect van het geneesmiddel sterker of zwakker zal worden. Door een vertraagde afbraak van geneesmiddelen, blijven deze langer in het lichaam en wordt het risico op overdosering groter. Omgekeerd kunnen medicijnen de afbraak van alcohol vertragen waardoor giftige afbraakstoffen van alcohol langer in het lichaam aanwezig blijven (17). Het risico voor bijwerkingen van medicatie en alcoholinname is vaker gerelateerd aan de interactie met de medicatie, dan aan de hoeveelheid alcohol op zich. Mogelijke gevolgen van een gelijktijdige inname kunnen van uiteenlopende aard zijn (5).

Enkele voorbeelden van geneesmiddel-alcoholinteracties:

- Bij ouderen kan alcohol de hypotensieve werking van nitraten versterken en daardoor het valrisico verhogen (5).
- Vele analgetica, voornamelijk NSAID'S, omvatten een potentieel risico voor maagbloedingen, dit wordt versterkt door alcoholgebruik (5).
- Het metabolisme van warfarine wordt beïnvloed door alcohol: regelmatige zware consumpties remmen het anticoagulatief effect, terwijl grote onregelmatige dosissen kunnen tot overmatige anticoagulatie leiden (5).

- De combinatie van alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen kan leiden tot sufheid, trage reacties, onscherp zien en verhoogd risico op vallen (17).

3.4. Opsporen van problematisch alcoholgebruik bij ouderen

Problematisch alcoholgebruik bij ouderen wordt regelmatig onderschat (5, 10). Alcoholgebruik bij deze doelgroep is meestal verscholen omdat het binnenskamers blijft en weinig overlast tot gevolg heeft. De ouderen zelf hebben vaak de neiging om het overmatig alcoholgebruik te ontkennen wegens schaamte. Zorgverleners zijn minder geneigd om aandacht te hebben voor deze problematiek bij ouderen en zullen daarom ook niet selectief screenen. In vele gevallen presenteert de stoornis zich ook anders dan bij jongere drinkers (7, 12), namelijk atypisch of gemaskeerd door medische en/of psychiatrische comorbiditeit waardoor de problemen dan eerder gekaderd worden binnen deze context (3, 13). Deze fysieke en psychische co-morbiditeiten maken de detectie nog moeilijker (12). De patiënt heeft meer kans om niet-specifieke symptomen te vertonen zoals vallen, incontinentie, en malnutritie, eerder dan leverproblemen (5, 6).

Ongeveer 2/3 van de alcoholproblemen binnen de oudere populatie worden niet ontdekt, en daarom blijft deze problematiek sterk onderschat (1, 2). Men spreekt van een stille problematiek die nog grotendeels in kaart moet worden gebracht met het oog op een betere voorlichting en zorgverlening (8). Vaak zijn het de zorgverleners uit de eerste lijn en WZC die in contact komen met deze stille problematiek (1, 2).

3.4.1. <u>Signalen herkennen bij de patiëntenpopulatie</u>

Vaak wordt een alcoholprobleem bij ouderen slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals. De omgeving is toegeeflijker of twijfelt om de alcoholproblematiek aan te kaarten, de ouderen zelf ontkennen het probleem (2, 8). Voor de huisarts is de herkenning moeilijk omdat ouderen vaak met een grote verscheidenheid aan klachten op consultatie komen, die kunnen opgevat worden als symptomen van andere aandoeningen. Desoriëntatie en vergeetachtigheid worden bijvoorbeeld vaak aanzien als symptomen van het verouderingsproces of van dementie; hetzelfde geldt voor valincidenten (8, 13).

Problemen met alcohol manifesteren zich in de dagelijkse praktijk vooral via indirecte signalen (18). Er is een grote verscheidenheid aan aandoeningen die aanleiding geven voor het opsporen van een mogelijke alcoholproblematiek (10).

- cognitieve problemen, ziekte van Alzheimer, verwaarloosde zelfzorg, acute verwardheid, tremor, slechte motorische coördinatie (10, 21)
- verslechtering van chronische ziekte: hypertensie, diabetes mellitus, osteoporose, macrocytaire anemie, hypercholesterolemie, gastritis, ziekte van Parkinson, hartfalen, aspiratiepneumonie en jicht (10)

- het ontstaan van gastro-intestinale symptomen (onverklaarbaar braken, veranderd eetpatroon, ondervoeding, leverfunctiestoornissen) (7, 10)
- urine- of fecale incontinentie, (10)
- toevallige onderkoeling en uitdroging, klachten van een droge mond of wazig zicht (7)
- orthostatische hypotensie, frequent vallen, (pre)syncope (10)
- verlaagd of verhoogd farmacologisch effect van chronische medicatie (10)
- ontstaan of verslechtering van psychische problemen zoals angst, of sociale problemen (10, 21)
- slaapproblemen of het veelvuldig gebruik van en vraag naar kalmeringsmiddelen en/of slaappillen
- vaak consulteren met wisselend en onduidelijk klachtenpatroon zonder duidelijke verklaring (3)

Verder kan de huisarts letten op een aantal directe symptomen zoals zichtbare huidafwijkingen, persoonlijke hygiëne of alcoholfoetor, al dan niet gemaskeerd met parfum of pepermunt (21).

3.4.2. Vaststellen of het alcoholgebruik problematisch is en een diagnose stellen

Bij deze indirecte signalen gaat de huisarts een mogelijk alcoholgebruik na. De diagnose kan niet enkel gebaseerd worden op de hoeveelheid ingenomen alcohol (18). De diagnose van alcoholmisbruik steunt op een multidimensionele evaluatie van de patiënt. Die houdt een psycho-sociale anamnese en hetereo-anamnese in, met daarbij een klinisch onderzoek (10, 13).

In 2011 beschrijft de DM richtlijn het gebruik van de AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification) om problematisch alcoholgebruik op te sporen (3). Caputo et al. beschrijven andere sceeningstesten zoals de verkorte en geriatrische versie van de Michigan alcoholism screening test (SMAST-G) (Appendix III) (10). Algemeen hebben screeningstesten bij ouderen een lagere sensitiviteit dan bij jongeren (4, 10). Deze screeningstesten worden verder besproken in hoofdstuk 3.5.
De NHG standaard van 2014 gebruikt geen dergelijke screeningstesten. Daarbij is de anamnese gericht op de signalering en exploratie van het alcoholgebruik (met behulp van motiverende gespreksvoering). De ernst van de alcoholproblematiek moet ingeschat worden: de frequentie en het aantal innamen moet worden bevraagd, evenals de impact van het alcoholgebruik op het leven en het functioneren van de patiënt (18, 27).
Bloedonderzoek wordt in de NHG-standaard en Domus Medica niet geadviseerd, maar indien dit toch gebeurd is, kan het wel dienen als hulp bij de diagnose of om het probleem bespreekbaar te maken (3, 18). Suggestieve laboratoriumbevindingen zijn macrocytaire anemie, hyperuricemie, gestegen GGT en transaminasen, een verlenging van de APTT, evenals hypercholesterolemie, hypoglycemie, trombopenie, gedaald ureum, gestegen MCV en een lage foliumzuurspiegel (2, 13). Sommige studies hebben aangetoond dat de sensitiviteit van MCV of GGT hoger ligt bij ouderen dan bij jongere populaties om alcoholmisbruik te ontdekken (10).
De DSM-5 wordt gebruikt om de diagnose ‘stoornis in alcoholgebruik’ vast te stellen (18). Hoewel de DSM-5 een bredere visie voorziet dan de DSM-IV, zijn er ook nadelen en moeilijkheden verbonden

aan dit instrument. Ouderen zullen minder snel aan de criteria voldoen omdat ze bijvoorbeeld gepensioneerd zijn, en daardoor sociaal geïsoleerd. Ook zijn er andere factoren dan diegene die opgesomd worden die bij hen tot problematisch alcoholgebruik kunnen leiden. Zoals voordien reeds aangebracht, hebben ouderen ook minder alcohol nodig om tot dezelfde nadelige effecten te komen (2, 16).

3.4.3. Kennis bij de zorgverleners

Het gebrek aan kennis en besef van de problematiek maakt dat sommige ouderen niet de juiste behandeling krijgen en dat de problematiek vaak ondergediagnosticeerd blijft (7). Zorgverleners blijken minder ouderen te verwijzen voor specialistische behandelingen en blijken terughoudend om hun alcoholgebruik expliciet te bevragen. Dit komt omdat ze zich niet op hun gemak voelen om dit te bevragen, of omdat er een misvatting is dat een alcoholprobleem niet zo een groot probleem is bij ouderen en dat het eenvoudig op te sporen valt (1, 4).

In de eerste lijn is het cruciaal dat huisartsen beschikken over de kennis en vaardigheden om alcoholproblemen bespreekbaar te maken en deze te signaleren. Huisartsen die al langer hun beroep uitoefenen of een training hebben gevolgd, blijken alcoholgebruik vaker ter sprake te brengen dan huisartsen voor wie dit niet geldt (21).

3.5. Screening

De meeste bestaande screeningstesten om alcoholmisbruik te detecteren zijn niet geschikt voor ouderen (1). Sommige screeningstesten zijn ook nooit uitgebreid onderzocht geweest bij ouderen (2). Alle screeningtesten die gebruikt worden bij ouderen willen riskant en problematisch gebruik detecteren, maar tot op heden zijn er geen testen die een onderscheid maken tussen symptomen die passen bij het ‘normaal ouder worden’ en symptomen geassocieerd met alcoholmisbruik. Ook zijn er geen testen die aangepast zijn voor ouderen met cognitieve stoornissen (16).

Om een screeningstest te selecteren voor ouderen moeten verscheidene parameters beschouwd worden, zoals de sensitiviteit, specificiteit, het gebruiksgemak, en in welke mate patiënten deze test zullen aanvaarden. Ook moet de prevalentie van stoornissen in alcoholgebruik in rekening worden gebracht, evenals de klinische karakteristieken van de populatie (28).

De ideale screeningstest voor ouderen moet uitgebreid zijn en de volgende aspecten omvatten: lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale activiteiten, relaties, de fysieke omgeving, het vermogen om alledaagse activiteiten te beoefenen, en de zin voor verantwoordelijkheid voor zichzelf en ten aanzien van alcohol (7).

3.5.1. Screeningstesten bij ouderen

Domus Medica (DM) suggereert de AUDIT te gebruiken bij 65-plussers, vanuit een pragmatisch oogpunt (Appendix IV). Andere specifiek ontwikkelde vragenlijsten zoals MAST-G, SMAST-G,

ARPS (Alcohol-Related Problems Survey) en CAGE zijn beter geschikt voor ouderen maar moeilijker haalbaar volgens DM (3).

De AUDIT is een screeningstest ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie voor gebruik in de eerste lijn, gericht op volwassenen van alle leeftijden, om gezondheidsrisico's met betrekking tot alcohol te detecteren. Hoewel de AUDIT aanvaardbare psychometrische eigenschappen aantoont in de algemene populatie, is zijn prestatie bij ouderen van mindere kwaliteit. De grenswaarde voor gevaarlijk alcoholgebruik ligt op 8 punten of meer, maar bij ouderen zou een score van 6 of 7 sensitiever zijn (16). Verdere psychometrische evaluaties bij ouderen zijn noodzakelijk voordat de AUDIT op een grotere schaal wordt geïmplementeerd (29). De AUDIT 5 is een verkorte versie, die bij ouderen met een psychiatrische aandoening nuttiger blijkt te zijn dan de CAGE (2, 28).

De Michigan Alcoholism Screening Instrument – Geriatric Version (MAST-G) (Appendix IV) is een screeningstest ontworpen om de oorzaken en gevolgen van alcoholproblemen bij ouderen aan te pakken (30). De SMAST-G is de verkorte versie van de MAST-G en volgens de 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHSA), de eerste keuze om problematisch alcoholgebruik te screenen. De score op deze test kan een handige aanzet zijn om een discussie aan te gaan met de patiënt om zijn alcoholgebruik te verminderen. Indien nodig kan de patiënt doorverwezen worden voor verdere opvolging (16).

De CAGE vragenlijst is een korte screeningstest van 4 vragen die frequent gebruikt wordt, waarbij 2 positieve antwoorden de grenswaarde is voor een vermoedelijk alcoholprobleem (Appendix V). De Cage heeft een goede specificiteit en sensitiviteit, maar is gevalideerd voor jongeren en personen van middelbare leeftijd (28). Deze test maakt geen onderscheid tussen leeftijdsgerelateerde criteria voor problematisch drinken en maakt ook geen onderscheid tussen problemen in het verleden of het heden (2, 28). Zijn prestatie voor ouderen is variabel (28). De CAGE65+ werd ontwikkeld voor 65 plussers, waarbij een mogelijk alcoholprobleem wordt gedefinieerd vanaf 1 positief antwoord (1).

De ARPS, ontwikkeld in 2002, blijkt beter te zijn bij ouderen met medische comorbiditeit, maar de tijdsduur om de test af te leggen is een duidelijk nadeel (12). De test bestaat uit 60 vragen en geeft een grenswaarde rekening houdend met de comorbiditeit, de medicatie-inname en de functionele status (31). Drie categorieën worden onderscheiden: niet-gevaarlijk, gevaarlijk en schadelijk drinken (32). De verkorte versie: shARPS werd ontwikkeld en zou de snelheid van identificatie van problematische drinkers verbeteren (2). Beide versies blijken beter te presteren dan de AUDIT en de SMAST-G bij ouderen. De sensitiviteit is hoog, maar de specificiteit is lager. (16)

De huidige literatuur stelt dat de ARPS en zijn verkorte versie de meest geschikte screeningstesten zijn voor ouderen gevolgd door de SMAST-G en de AUDIT (7). Ondanks deze aanbevelingen moeten screeningstesten een aanvulling zijn en kunnen ze geen grondige klinische evaluatie vervangen (28).

3.5.2. Wel of niet screenen?

Vanuit die vaststelling is het aangewezen om aan te stippen dat er in een recente Engelse studie een alternatieve manier van werken wordt beschreven. Er zou best afgestapt worden van de standaard gestructureerde vraag-en-antwoord screening. De informatie wordt beter op meerdere momenten verzameld, en op een informele manier, eenmaal de relatie voldoende sterk is (7).

Domus Medica vraagt te screenen bij signalen die wijzen op problematisch alcoholgebruik en ter gelegenheid van een algemeen gezondheidsonderzoek (3). Het thema 'alcoholgebruik' zou moeten geïntegreerd worden in reguliere controle-afspraken voor somatische aandoeningen zoals diabetes mellitus, hypertensie, of andere cardiovasculaire aandoeningen. Dit zou ook aan bod moeten komen bij thema's zoals angst, depressie, eenzaamheid, moeheid, valpreventie, medicatie, en geheugenproblemen (21). Ook de NHG-Standaard raadt aan om alcoholgebruik na te vragen bij een aantal risicofactoren die bij ouderen een hoge prevalentie hebben, zoals bv. depressie, overgangsklachten, angst en dementie (21). De American Geriatric Society adviseert alle ouderen jaarlijks te vragen naar hun alcoholgebruik (10).

In sectie 3.4.1 wordt een verscheidenheid aan klachten opgesomd waarbij de huisarts aandacht zou moeten hebben om op deze manier via case finding een mogelijke stoornis in alcoholgebruik te ontdekken, eerder dan via systematische screening. Uit onderzoek blijkt dat patiënten het niet erg vinden als huisartsen hun alcoholgebruik navragen, ze blijken zelfs open te staan voor advies (21).

3.6. Factoren die problematisch alcoholgebruik in de hand werken – risicofactoren

De risico's van alcoholgebruik zijn verbonden aan een samenspel van factoren. Deze zijn afhankelijk van de persoon die drinkt (bv. leeftijd, vetgehalte), welk middel ingenomen wordt (soort drank en hoeveelheid) en in welke situatie (bv. alcohol in een verkeerssituatie) (17). Hieronder worden een aantal factoren opgelijst die overmatig alcoholgebruik op oudere leeftijd in de hand kunnen werken. Deze zijn geaggregeerd uit de studies (7, 8, 10, 18, 19)

a) Psycho-sociaal

- Sterfgeval van een naaste
- Verlies van vrienden en sociaal statuut
- Verlies van activiteiten na op pensioenstelling
- Eenzaamheid en sociaal isolement
- Ingrijpende negatieve gebeurtenissen
- Verminderd vermogen om te functioneren
- Familieconflicten
- Verminderd zelfvertrouwen
- Zorg voor zieke partner of andere familieleden
- Relationele problemen
- Verlies van onafhankelijkheid

b) Fysieke situatie en gezondheid

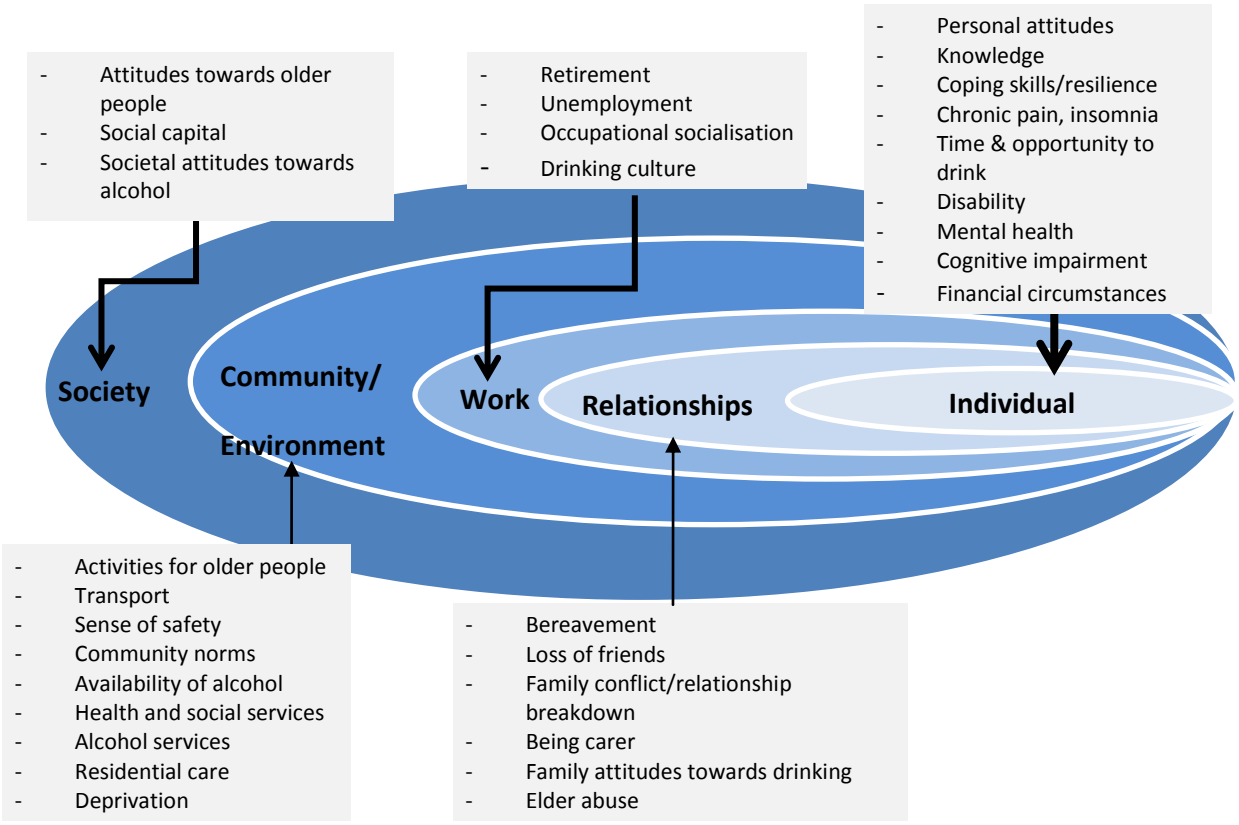
- Geslacht (mannen meer dan vrouwen)
- Leeftijdsgebonden fysieke beperkingen
- Chronische pijn
- Slapeloosheid
- Verminderde mobiliteit
- Cognitieve stoornissen
- Vroeger bekend met alcoholgebruik
- Positieve familieanamnese

c) Praktisch

- Hulp nodig bij ADL (activiteiten van het dagelijkse leven)
- Verminderde zelfredzaamheid
- Verhuis naar een WZC
- Financiële problemen

Hierbij valt op te merken dat sociale isolament zowel een gevolg als een symptoom van problematisch gebruik kan zijn bij sommige ouderen. Zij hebben op zich al veel meer risico om sociaal geïsoleerd te zijn, in tegenstelling tot jongeren (7). Andere studies tonen evenwel aan dat alcoholverbruik bijzonder hoog is bij ouderen die samenleven of deel uitmaken van een hogere socio-economische groep (1). Zo werd aangetoond dat participatie in sociale activiteiten, goedkeuring van drinken door vrienden en voldoende financiële middelen leiden tot een grotere kans op risicovol gebruik. Over het algemeen drinken blanken, katholieken en niet-religieuzen aanzienlijk meer dan ander etnische groepen of religies (33). Ook belangrijk om aan te halen: herval bij ouderen heeft ook andere oorzaken en risicofactoren dan jongeren. Dit kan komen door depressie, interpersoonlijke conflicten, eenzaamheid en belangrijke levensgebeurtenissen (7, 10).

In figuur 8 worden de invloeden van alcoholmisbruik getoond op verschillende niveaus, vertrekkend vanuit het individu met persoonlijke aanleg (bv. geestelijke gezondheid) en individuele situatie (bv. financieel). Daarna wordt gekeken vanuit relationeel oogpunt, door problemen met de naasten (sterfgeval, relatieproblemen). Ook de professionele situatie kan aanleiding geven tot drinken (bv. verandering van levenssituatie door op pensioen te gaan). Een vierde invloed kan komen vanuit de omgeving (bv. beschikbaarheid van alcohol). Als breedste niveau heeft ook de maatschappij invloed op alcoholmisbruik, dit door de houding van de maatschappij tegenover alcohol en anderzijds door de houding naar ouderen toe (15).



Figuur 8: Invloed van alcoholmisbruik op verscheidene niveaus: individueel tot maatschappelijk (15).

3.7. Gevolgen en klachten die kunnen optreden bij problematisch alcoholgebruik

Stoornissen in alcoholgebruik bij ouderen zijn veel voorkomend en worden geassocieerd met een significante morbiditeit (28).

3.7.1. <u>Negatieve gevolgen</u>

Bij ouderen kunnen verschillende lichamelijke en psychische klachten optreden als gevolg van overmatig alcoholgebruik (8). Hieronder wordt een systematisch en beknopt overzicht gegeven van de negatieve gevolgen, met aanduiding van de relevante bronnen voor een meer diepgaande bespreking:

- Neurologische problemen, desoriëntatie en vergeetachtigheid (8, 18). Bij het ouder worden is er een toegenomen verlies aan neuronen in basale ganglia en de hippocampus, het reticulair activatiesysteem en de neocortex. Dit verlies resulteert in een verminderde cognitie en een afname van motorische vaardigheden, wat dan verder kan leiden tot vallen of verwardheid. Zelfs een geringe alcoholinname oefent een bijkomende invloed uit op dit proces (13, 17). Bij ouderen met een problematisch alcoholgebruik is de prevalentie van dementie vijf maal hoger dan bij geheelonthouders. Ook presenteert 25% van de oudere patiënten met dementie een stoornis in alcoholgebruik. In ernstige gevallen kan het Wernicke Korsakoff-syndroom ontstaan (10).
- Het verouderingsproces beïnvloedt de slaap. Alcoholgebruik heeft hier een bijkomend effect op, zodat alle kwalitatief hoogstaande slaap verdwijnt (8, 13).

- Hart en vaatziekten: alcohol kan verhoogde bloeddruk en hartfalen tot gevolg hebben, er is ook een groter risico op cerebrovasculaire accidenten (8, 10, 18).
- Longaandoeningen zoals het acuut respiratory distress syndrome (ARDS) of slaapgerelateerde ademhalingsproblemen komen voor onder invloed van alcohol. Ze kunnen leiden tot luchtwegobstructie, hypoxemie, hypercapnie, of slaapapnoe (17).
- Gastro-intestinale problemen: alcoholgebruik beïnvloedt de spijsvertering, wat kan leiden tot malnutritie. In dat geval ontstaat een gebrek aan vitamines en mineralen zoals thiamine en foliumzuur, evenals een verminderde eetlust (8, 13, 17). Een ander mogelijk gevolg is overgewicht, waarbij een vermeerdering van de buikomtrek wordt opgemerkt (18). Acute en chronische gastritis, leverstoornissen zoals levercirrose, Barret oesophagus en pancreatitis zijn ernstige gevolgen van alcoholmisbruik (10).
- Endocrinologische problemen: gestoorde glucosetolerantie, verhoogde cortisol en ACTH en pseudo cushing kunnen voorkomen (10).
- Ook een toename van urogenitale problemen zoals incontinentie kunnen aan chronisch alcoholgebruik worden toegeschreven (8, 18).
- Ouderen lopen al een verhoogd risico om te vallen en alcoholgebruik kan de kans op een val nog vele malen vergroten. Vallen is de zesde doodsoorzaak bij mensen boven de 65 jaar. Bijna één derde van de 65-plussers die nog thuis wonen, valt elk jaar. Ongeveer de helft daarvan valt elk jaar herhaaldelijk (8, 13). Letsels na een val kunnen schadelijke gevolgen hebben (10, 18). Ook het aantal ongevallen met motorvoertuigen verhoogt bij drinkende ouderen (17).
- Alcohol geeft een verhoogde kans op botfracturen, vanwege een verminderde botmineraaldichtheid en grotere kans op letstel na een val vanwege acute verwardheid of orthostatische hypotensie. Ook hebben ouderen met alcoholmisbruik een verminderde ruimtelijke oriëntatie en last van ataxie, evenals distale sensomotorische neuropathie en myopathie (8, 10).
- Alcoholinteractie met geneesmiddelen zorgt voor een toenemend effect van sommige geneesmiddelen, en bij chronisch alcoholmisbruik ook voor een snellere turnover van medicatie, waardoor hogere dosissen van sommige geneesmiddelen noodzakelijk zijn (13).
- Alcohol kan op directe wijze het imuunrespons onderdrukken (10). Het verbruik van meer dan 4g alcohol per dag vormt een risicofactor voor het ontstaan van maligniteiten in verschillende organen: orofarynx, larynx, slokdarm, lever, colon-rectum en borst (10, 18).
- Psychologische problemen zoals angst, prikkelbaarheid, somberheid, en depressie kunnen ontstaan of verslechteren door het gebruik van alcohol (8, 10). Zelfdoding komt vaker voor bij ouderen met een alcoholproblematiek (7, 30).
- Alcoholproblemen leiden tot verscheidene sociale problemen: ouderen zijn minder tevreden met hun leven, isoleren zich, scheiden, hebben minder sociale steun van de omgeving, en zijn kwetsbaarder voor ouderenmisbruik (7).

3.7.2. Positieve effecten

In verscheidene bronnen in de literatuur worden de voordelen van een matige alcoholconsumptie besproken, al blijft het nut van het innemen van kleine hoeveelheden alcohol wel omstreden (13). In een lage concentratie zou alcohol de eetlust stimuleren door het bevorderen van de darmtransit. Een cardioprotectief effect wordt tevens besproken (13). Risicovolle gebruikers en geheelonthouders hebben een slechtere fysieke en mentale gezondheid in tegenstelling tot gematigde gebruikers (33). Een matige alcoholinname op oudere leeftijd zou een gunstig effect hebben op het sterfterisico, en draagt bij tot een aantal psychologische voordelen, mogelijks door een betere stemming, het vergemakkelijken van sociale contacten, en door verminderde stress (4). Review-studies overwegen ook het beschermend effect van matig alcoholgebruik bij ouderen tegenover cognitieve achteruitgang en dementie.

Deze bevindingen moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden wegens een grote verscheidenheid in studies, met elk andere methodologie en een gebrek aan gestandaardiseerde definities. Ook is het mogelijk dat ouderen die matig drinken gezonder leven, zowel op fysiek, nutritioneel, en mentaal vlak. Er zijn meer studies nodig om dit patroon bij ouderen te identificeren en naar alle waarschijnlijkheid gaat hier nooit een echt eenduidig antwoord op kunnen worden gegeven (34, 35).

3.8. Huidige richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik in België en andere landen

3.8.1. Richtlijn problematisch alcoholgebruik in België

Domus Medica heeft geen specifieke richtlijnen voor alcohol en ouderen, wel een algemene richtlijn omtrent problematisch alcoholgebruik. Deze richtlijn stelt voor om de AUDIT af te leggen bij signalen die wijzen op problematisch alcoholgebruik en ter gelegenheid van een algemeen gezondheidsonderzoek. Laboratoriumonderzoek is niet geïndiceerd om problematisch alcoholgebruik op te sporen. De 3 eerste vragen van de AUDIT worden gesteld bij verdachte signalen. Indien de score bij mannen jonger dan 65 jaar 5 of hoger bedraagt en bij vrouwen en 65-plussers een score vanaf 4, worden de resterende vragen gesteld.

Afhankelijk van de score bestaan er 3 classificaties: aanvaardbaar alcoholgebruik, problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid. Bij de eerste groep (score 0-7) worden de patiënten aangemoedigd om hun ‘aanvaardbaar’ alcoholgebruik niet te veranderen. Bij problematisch alcoholgebruik (score 8-19) moet een kort advies (zie hoofdstuk 3.9.1) gegeven worden. Bij alcoholafhankelijkheid (score van 20 of meer) moet de patiënt doorverwezen worden voor gespecialiseerde zorgverlening.

Aanvaardbare hoeveelheden alcohol bij volwassenen zijn:

- Mannen: ≤ 21 standaardglazen per week en nooit meer dan 5 glazen per keer.
- Vrouwen: ≤ 14 standaardglazen per week en nooit meer dan 3 glazen per keer.
- Voor mannen én vrouwen minimum 2 alcoholvrije dagen per week.
- Alcoholverbruik wat meer beperken bij 65 plussers.

Opvolging na kort advies:

Bij beperkt problematisch alcoholgebruik wordt het kort advies herhaald bij nieuwe signalen. Bij ernstiger problematisch alcoholgebruik moet een vervolggesprek binnen 6 maanden worden gepland. Doorverwijzing is noodzakelijk bij het falen van het kort advies, bij psychiatrische of lichamelijke comorbiditeit, of door de keuze van de patiënt of de arts (3).

De Verenging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) stelt een specifiekere richtlijn voor alcoholgebruik bij ouderen. De richtlijn beschrijft geen 'veilige' of 'risicoloze' grenzen:

- Ouderen worden geadviseerd bij voorkeur minder te drinken dan volgens de richtlijn voor volwassenen.
- Ook moet er extra gelet worden op de combinatie van alcohol en medicatie. Er wordt advies gegeven om de bijsluiter te controleren en bij twijfel een arts of apotheker te raadplegen (17).

3.8.2. Richtlijn problematisch alcoholgebruik in Nederland

De NHG-standaard adviseert de huisarts om te peilen naar problematisch alcoholgebruik bij indirecte signalen. Tijdens de anamnese worden vier onderdelen onderscheiden: signalering, exploratie van alcoholgebruik, nagaan van de functie van het alcoholgebruik en inschatting van de ernst, en tenslotte bekijken of er motivatie is voor verandering van het drinkgedrag.

Bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik meet de huisarts de bloeddruk en let hij op tekenen van ondervoeding. Verder onderzoek is enkel nodig als daar aanleiding voor is. Aanvullende onderzoeken zoals routinematig laboratoriumonderzoek worden niet aanbevolen.

Indien de patiënt voldoet aan de DSM-5 criteria stelt de huisarts de diagnose 'stoornis in het gebruik van alcohol' en bepaalt hij de ernst op basis van het aantal criteria waaraan voldaan wordt. Vaak voldoen de patiënten niet aan deze criteria en moet er nagegaan worden wat de functie is van de alcohol en hoe ernstig de situatie is. De behandelingsmogelijkheden door de huisarts zijn voorlichting, ondersteunde gesprekken, behandeling via het internet, vitaminesuppletie, medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen, of verwijzing naar een verslavingsinstelling (18).

Algemeen wordt verantwoord alcoholgebruik voor volwassenen in Nederland gedefinieerd als (18):

- gemiddeld 2 eenheden alcohol per dag voor mannen,
- gemiddeld 1 eenheid per dag voor vrouwen
- voor ouderen niet meer dan 1 eenheid alcohol per dag.

3.8.3. Richtlijn problematisch alcoholgebruik bij ouderen in de Verenigde Staten

De National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) in de Verenigde Staten hanteert de volgende richtlijnen specifiek voor ouderen, de standaardglazen zijn volgens de Amerikaanse richtlijn de volgende (14):

- niet meer dan gemiddeld 1 standaard glas per dag of 7 glazen per week
- niet meer dan 2 standaard glazen op eender welke dag
- voor oudere vrouwen zou de grens lager moeten zijn dan 1 standaard glas

Volgens de NIAAA worden de volgende 3 categorieën onderscheiden:

- geheelonthouder of abstinentie
- matig alcohol gebruik: mannen 1-3 glazen per dag en vrouwen 1-2 glazen per dag
- risicovol alcoholgebruik: mannen meer dan 3 glazen per dag en vrouwen meer dan 2 glazen per dag (33).

3.9. Therapeutische aanpak van problematisch alcoholgebruik

Als een alcoholprobleem ontdekt wordt, wat moet er dan gebeuren? Verscheidene onderzoeken tonen de doeltreffendheid aan van zowel psycho-sociale als farmacologische behandelingen bij alcoholverslaving (13). Ouderen hebben een grotere therapietrouw dan jongeren, en hebben er minstens evenveel voordeel van. Op dit moment echter worden ouderen nog vaak enkel behandeld voor de problemen veroorzaakt door alcohol, eerder dan voor het alcoholprobleem zelf (4). Een goede band opbouwen is heel belangrijk, in het bijzonder bij ouderen. Zorgverleners hebben een belangrijke rol om ouderen te verwijzen naar specifieke hulpdiensten voor alcohol (7). Leeftijdsspecifieke behandelingen zouden de outcome en compliance van therapie verbeteren (4).

3.9.1. Psychosociale aanpak

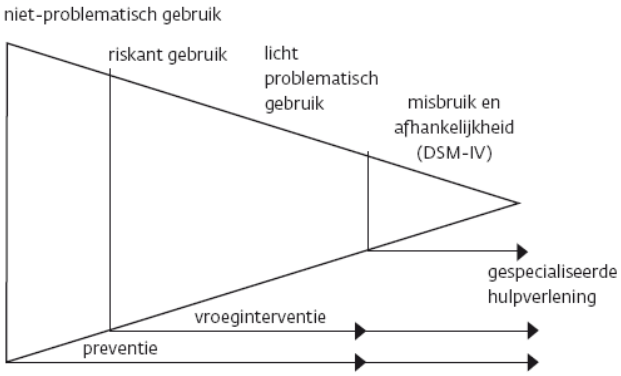
In de eerste lijn zijn er meerdere mogelijkheden om de alcoholproblematiek bespreekbaar te maken en te begeleiden. Hierbij heeft de huisarts een belangrijke rol. Er bestaan richtlijnen voor het begeleiden van patiënten met een alcoholproblematiek, maar daarbinnen worden geen specifieke richtlijnen voor ouderen beschreven (21). Hieronder wordt een samenvatting gegeven van belangrijke aspecten uit verscheidene artikels. Deze omvat algemene delen afkomstig uit richtlijnen en specifiekere behandelingen afkomstig uit primaire bronnen of kwalitatieve studies.

Belangrijk bij de behandeling van alcoholproblematiek is om een adequaat steunsysteem te hebben in de thuissituatie. Cruciaal voor de aanpak van problematisch alcoholgebruik bij ouderen in de huisartsenpraktijk is dat de huisarts beschikt over voldoende kennis en vaardigheden en dat de toegang voor de doelgroep laagdrempelig moet zijn. Zo blijken huisartsen die langer in dienst zijn of een specifieke opleiding hebben gehad, alcoholgebruik vaker ter sprake te brengen (21).
Bij 65-plussers is de effectiviteit van vroegtijdige signalering en kortdurende interventies voor korte

termijn duidelijk aangetoond, maar over de langere termijn is er onvoldoende gekend (5, 21). Bij vroegtijdige signalering is het advies van de huisarts om te minderen zinvol. Zo blijkt dat het alcoholgebruik met 10-16% vermindert, en na vier korte gesprekken kan dat oplopen tot wel 25% (21). Zoals beschreven in de DM leiden kortdurende interventies door de huisarts bij ouderen met beginnende alcoholproblemen tot een afname van het alcoholgebruik (4, 21). Het effect van deze interventies is vergelijkbaar, zowel bij matige als bij zware drinkers (21).

Noteborn et al. beschrijven de interventiemogelijkheden in de vorm van stepped care bij middelengebruik. De huisarts kan riskant en licht problematisch gebruik doorgaans zelf behandelen. Bij een langdurige of complexere verslavingsproblematiek moet de patiënt doorverwezen worden (21).

Figuur Het interventiespectrum van Mrazek en Haggerty[42]



Figuur 9: Het interventiespectrum: het diagram van Mrazek en Haggerty (21).

Het zogenaamd ‘kort advies’, zoals beschreven in de richtlijn van DM, is een kort gestructureerd adviesgesprek dat slechts enkele minuten duurt en feedback en informatie omvat omtrent het alcoholgebruik, zoals de aanvaardbare hoeveelheden, persoonlijke risico’s en de noodzaak tot verandering (3).

Korte interventies zijn sessies van 20 à 30 minuten waarin duidelijk en gestructureerd advies wordt gegeven op maat van de patiënt over zijn verantwoordelijkheid, met als bedoeling zijn gewoonten te veranderen. Korte interventies bevatten de elementen van het kort advies. Daarnaast wordt ook het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van de patiënt in kaart gebracht, evenals de impact van het alcoholgebruik op de relatie met de omgeving. Ook de motivatie van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen, worden bekeken. Tevens worden advies en opties gegeven voor gedragsverandering. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van het zelfvertrouwen van de patiënt in zijn slaagkansen om te verminderen (3).

Veel studies maken geen onderscheid tussen het kort advies of een korte interventie. De DM richtlijn raadt aan een korte interventie te plannen indien vastgesteld wordt dat het alcoholgebruik ongewijzigd blijft, indien het overmatig drinken al lang bezig is, of als de patiënt zelf om hulp vraagt. Deze techniek is weggelegd voor huisartsen met voldoende ervaring en zij die zich hierin bekwaamd hebben

(3). De NHG richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' beveelt aan om iedere patiënt met een vastgesteld alcoholprobleem een korte interventie aan te bieden (3).

In een studie verricht in de Verenigde Staten worden bij 65-plussers de volgende grenswaarden gehanteerd voor een korte interventie of een verwijzing (2). (Figuur 10)

Term	Definition	Recommended intervention for patients age ≥65
Heavy drinking	>1 drink/day	Brief alcohol intervention
Hazardous use	>3 drinks in 1 sitting or >7 drinks/ week; places patient at risk for adverse consequences	Brief alcohol intervention
Harmful use	Greater than hazardous use, with evidence of negative physical or psychological consequences	Brief alcohol intervention
Abuse	Signs of increasing use or decreasing functioning, including engaging in fewer activities, preoccupation with substance, continued use despite adverse consequences	Brief interventions (advise to cut down, educate regarding deleterious effects, and consider referral to substance abuse specialist for evaluation)
Dependence	Clear interference with daily function (such as increased falls, otherwise unexplained cognitive impairment); unsuccessful quit attempts; continued use despite adverse consequences	Refer to substance abuse specialist for treatment, including detoxification and age-specific rehabilitation program

Figuur 10: Spectrum van stoornissen in alcoholgebruik met aanbevolen interventie, studie VS (2) .

Ook in het Verenigd Koninkrijk wordt geadviseerd dat ouderen die boven de aanbevolen hoeveelheden drinken een korte interventie moeten krijgen als er geen sprake is van afhankelijkheid. Alcoholafhankelijke ouderen moeten verwezen worden naar gespecialiseerde centra voor verdere evaluatie en behandeling (7).

Een aantal andere interventies die succesvol bleken bij het behandelen van oudere patiënten zijn: familiale interventies, motiverende gespreksvoeringen, cognitieve gedragstherapie en zelfhulpgroepen. (3, 7, 10, 15).

De Institute of Alcohol Studies (IAS) in het Verenigd Konikrijk is van mening dat behandeling en begeleiding van ouderen moet afgestemd zijn op de evaluatie en behoeften van elk individuele patiënt en op de beschikbare behandelingen en diensten (7). De nadruk moet liggen op sociale activiteiten zoals dagcentra en clubs waarbij niet gedronken wordt, en deze moeten passen in de situatie waarin de patiënt op dat moment leeft en binnen zijn sociaal netwerk (19). Cognitieve gedragstherapie houdt onder andere in dat ouderen opnieuw de vaardigheden aanleren die nodig zijn om een sociaal netwerk op te bouwen en om zelfmanagement te gebruiken om depressie, verdriet, en eenzaamheid te overwinnen (4).

Wadd et al. bespreken in een kwalitatieve studie van 2011, een 3-stappen benadering voor een leeftijdsspecifieke aanpak bij ouderen (4):

- De spanningen die bestaan bij het ouder worden moeten worden geïdentificeerd en aangepakt.
- Een nauwkeurige diagnose moet worden gesteld om andere factoren uit te sluiten die invloed kunnen hebben op de uitkomst van de behandeling. Een depressie komt vaak samen voor met de alcoholverslaving en moet behandeld worden in een geïntegreerd behandelplan samen met het alcoholprobleem.
- Oudere mensen moeten aangemoedigd worden om activiteiten en interesses te vinden en een nieuwe sociale omgeving te vormen die hen kan steunen. Familieleden en andere zorgverleners moeten hierbij worden betrokken, en leeftijdspecifieke steungroepen en behandelprogramma's moeten worden gebruikt (4). De grootste motiverende factor voor ouderen om een behandeling te zoeken, is de zorg van de familieleden en vrienden. Hulp krijgen van familie en vrienden leidt tot een vermindering van de alcoholgerelateerde problemen. Een familiegeoriënteerde aanpak kan het best de behoeften van de ouderen tegemoetkomen, maar dit moet wel gebeuren met toestemming van de patiënt (7). De doeltreffendheid van een psychosociale behandeling via psycho-educatie en follow-up via praatgroepen en interviews zijn het meest succesvol als de patiënt in contact wordt gebracht met leeftijdsgenoten met een gelijkaardige problematiek (13).

3.9.2. <u>Farmacologische aanpak</u>

Zoals hierboven vermeld, is de doeltreffendheid van zowel de psycho-sociale als de farmacologische behandeling bij alcoholverslaving aangetoond (13). De farmacologische behandeling omvat, volgens een primaire bron en een artikel uit een psychiatrisch evidence based tijdschrift, de volgende mogelijkheden, (2, 36):

- Naltrexon, een opiaat antagonist, is de eerste medicatie die overwegen wordt bij alcoholafhankelijkheid van oudere patiënten. Extra voorzichtigheid is noodzakelijk bij patiënten met leverlijden en is niet aangewezen bij patiënten met ernstige leverziekten. Er wordt aanbevolen om de leverfunctie elke 3 tot 6 maand te controleren (2). Naltrexone werkt in op het endogene endorfine-systeem, waardoor zowel het plezier van het drinken als het verlangen om te drinken, verminderen (36).
- Acamprosaat (Campral) is een glutamaterg geneesmiddel, in de VS goedgekeurd voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid bij volwassenen. Het kan een alternatief zijn voor patiënten die naltrexon niet kunnen verdragen.
- Disulfiram (Antabuse) wordt zelden gebruikt bij ouderen vanwege het potentiële risico op hypotensie en cardiovasculaire bijwerkingen (2).

De effecten van therapie voor alcoholontwenning bij ouderen werden nog niet uitgebreid onderzocht in een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep. Echter, om het risico op sedatie te vermijden wordt aangeraden om intermediair werkende benzodiazepines te geven, zoals lorazepam of oxazepam 1-2 mg oraal, intramusculair (IM) of intraveneus (IV), elke 4 uur op de eerste dag. Nadien moet de dosis worden gereduceerd tot 50% op dag 2 en 3. Bij alcoholontwenning zijn ouderen gevoelig voor

het ontstaan van bepaalde complicaties, zoals onder andere het Syndroom van Wernicke, acute verwardheid en geheugenverlies als gevolg van verminderde spiegels van magnesium in het serum. Daarom zou in aanvulling magnesium moeten worden gegeven en intramusculaire of intraveneuze thiamine gedurende 3 tot 5 dagen (10).
In geval van delirium tremens wordt 30 à 60 mg diazepam per dag IV toegediend samen met magnesium, thiamine, en indien nodig elektrolyten (10).

3.9.3. Zinvol of niet?

Onderzoek toont aan dat zorgverleners in de gezondheidszorg vaak de verkeerde opvatting hebben dat ouderen te oud zijn om iets nieuws te leren, zeker als het gaat om verandering in het gedrag. Door een dergelijke houding krijgen de ouderen niet de kans om op een juiste manier behandeld te worden (2). Daarbij komt dat de behandeling effectiever blijkt naarmate de problematiek in een eerder stadium wordt herkend (18). Het is dan ook van cruciaal belang dat de ouderen worden behandeld om herval te voorkomen. Uit studies blijkt dat de resultaten hiervoor vergelijkbaar zijn en in sommige gevallen zelfs beter dan bij jongere patiënten. Het doel van de behandeling is: de motivatie hoog houden, de houding tegenover het herstel veranderen en de kans op herval verminderen (10).
Studies tonen aan dat het vooral de 'late onset' en gelegenheidsdrinkers zijn die de grootste kans hebben om hun alcoholprobleem te beheersen, indien ze toegang hebben tot een geschikte zorg (19). De grote verscheidenheid in deze groep vereist wel dat de behandeling wordt afgestemd aan de individuele noden van de patiënt (7). Sommige studies tonen aan dat leeftijdspecifieke programma's voor ouderen de onthouding significant verbeteren en dit op een termijn van 6 tot 12 maanden, in vergelijking met gemengde leeftijdsgroepen (2). Het mogelijk omkeerbare karakter van de morbiditeit geassocieerd door de alcohol, is een duidelijk argument om ouderen tot therapie te motiveren (13).

3.9.4. Multidimensionele aanpak

Een multidimensionele aanpak, met inbegrip van sociaal-gedragsmatige, psychologische en farmacologische behandelingen, is van cruciaal belang bij het behandelen en handhaven van onthouding bij probleemdrinkende ouderen (10). Wadd *et al* stellen volgende interventies voor om de alcoholgerelateerde problemen bij ouderen boven de 50 jaar te beperken. Het doel is de populatie te beïnvloeden en te informeren door:

- Informatie en advies te verstrekken om het bewustzijn te verhogen en het stigma aan te pakken. Dit kan bijvoorbeeld via lokale voorlichtingscampagnes, een telefonische hulplijn en een webpagina (15, 24)
- De weerstand van de oudere te verhogen door bv. programma's op te zetten met sociale activiteiten, en door ondersteunende netwerken op te bouwen (15).
- De kennis en vaardigheden van zorgverleners te verhogen. Dit kan gebeuren door bijscholing van mantelzorgers en eerstelijnwerkers om hen aan te leren alcoholproblemen te identificeren en hoe

ze er best op reageren. Ook de kennis van gespecialiseerde zorgverlening moet worden aangepakt door hen te leren omgaan met de behoeften van de oudere en deze te behandelen (15).

- Bestaande alcoholproblemen behandelen en de schade te beperken bij mensen die niet willen of niet in staat zijn om te stoppen. Hiertoe dient een passende behandeling te worden gegeven, aangepast aan de leeftijd, en kunnen zelfhulpgroepen worden georganiseerd, ook met leeftijdsgenoten (15).

Ook in de WZC moeten specifieke richtlijnen bestaan. Een alcoholverbod is geen oplossing; er kan beter gefocust worden op een alcohol matigingsbeleid met als uitgangspunten preventie en gezondheid. Dit kan dan opgenomen worden als onderdeel van het algemene gezondheidsbeleid van het WZC (8).

3.9.5. Conclusie

Een gouden standaard voor het definiëren van stoornissen in alcoholgebruik bij ouderen, bestaat niet (16). De huisarts speelt in deze problematiek een belangrijke rol. Samenvattend kan gesteld worden dat de alertheid voor alcoholproblemen bij ouderen getraind moet worden, dat milde vormen in de praktijk kunnen behandeld worden en dat een langdurige of complexe problematiek naar de tweede lijn moet doorverwezen worden. Een goede samenwerking en kennis van de bestaande verwijsmogelijkheden is hierbij noodzakelijk (21). Al is de doorverwijsgids van de VAD een goede leidraad voor verwijzingen binnen België (http://www.ida-nl.be/doorverwijsgids.aspx), ze toont ook aan dat er geen gespecialiseerde centra zijn voor ouderen (3). Een lacune, want ouderen hebben een gerichte behandeling nodig die leeftijdsspecifiek is en gespecialiseerde centra zouden moeten bestaan (2, 7).

4. Resultaten interviews

4.1. Interview tweede lijn

Binnen de tweede lijn werden drie interviews afgelegd. Dit waren open verkennende gesprekken bij experten uit de tweede lijn, geselecteerd vanwege hun relatie met het NOGGGG en hun uiteenlopende kennis in ouderenproblematiek en/of verslavingszorg. Deze 3 deelnemers worden in de resultaten verwezen via de letters A, B, en C:

A: hoofdverpleegkundige in een ontwenningskliniek

B: Psycholoog gespecialiseerd in ambulante ouderenzorg en teamleider

C: Psycholoog gespecialiseerd in de verslavingzorg, meer bepaald in de preventie rond middelenproblematiek.

Tijdens de analyse van de interviews werden 8 thema's geïdentificeerd:

1. Omvang van het probleem in de ogen van de deelnemers
2. Wanneer kan er gesproken worden van een probleem?
3. Moeilijkheden om patiënten te herkennen – stille problematiek
4. Risicofactoren – kwetsbaarheid
5. Hoe moeten huisartsen hiermee omgaan, hoe stellen ze een diagnose?
6. Therapeutische mogelijkheden
7. Hoe moet het volgens de deelnemers verder in de huidige zorg?
8. Welke zijn de verwijsmogelijkheden

4.1.1. <u>Omvang van het probleem in de ogen van de deelnnemers</u>

Op de vraag of er een duidelijk probleem is met alcohol en ouderen, is het antwoord unaniem bevestigend. Alle deelnemers maken een onderscheid tussen ouderen geboren in de jaren '60 en echte senioren (80-plussers) die slechts bij uitzondering problematische drinkers zijn. Twee deelnemers verduidelijken dat mensen geboren rond de jaren '60 in een cultuur zijn opgevoed waar veel werd gedronken en waarbij alcohol sterk geassocieerd werd met vrije tijd. Eén deelnemer merkt zelfs op dat jongeren sinds de jaren 2000 minder drinken dan jongeren geboren in de jaren '60. Een andere deelnemer maakt de vaststelling dat het aandeel verslaafde vrouwen de laatste jaren stijgt, ook door de emancipatie uit de jaren '60.

A: "*Ja, er is een problematisch alcoholgebruik bij ouderen, het wordt beschreven in de media en er is een groeiend besef bij de VAD. Er kunnen twee groepen onderscheiden worden: mensen die al jaren drinken (10-15jaar), en een kleinere groep 70-plussers die problematisch drinken.*

Algemeen zijn er meer mannen dan vrouwen verslaafd, maar het aandeel vrouwen is de laatste jaren gestegen. Dit komt door de emancipatie van de vrouwen, geboren rond de jaren 60. Zij zijn rapper verslaafd, hun drankcarrière is korter maar niet minder ernstig. Deze gaat vaker gepaard

met depressie, eetproblematiek, of misbruik. Bij mannen ligt de drank typisch aan de oorzaak van een aantal problemen, zoals impulscontrole, agressie, of anti-sociaal gedrag."

B: *"Het blijkt moeilijk om concreet te zeggen hoeveel en welke ouderen het meest vatbaar zijn, maar er moet een onderscheid worden gemaakt tussen de echte senioren (80-plussers) en de aankomende ouderen, de medioren, van boven de 50."*

C: *"Ja er is een probleem. Juist na de oorlog werd weinig gedronken, maar mensen geboren tussen de jaren '60 tot '90, zijn geboren in een cultuur waar veel werd gedronken, en met een sterke associatie tussen alcohol en vrije tijd. Tijdens het werk zijn ze actief en moet alcohol beperkt worden, maar eens op pensioen zijn er geen grenzen meer. 80-plussers vertonen op dit moment geen probleem: zij zijn opgevoed in een tijd waarin een fles wijn eerder uitzonderlijk was. Algemeen is alcohol nu beter beschikbaar: er is tijd en geld, waarom er dus niet van profiteren? De geschiedenis evolueert wel, zo drinken jongeren sinds 2000 minder drank dan vroeger."*

4.1.2. Wanneer kan er gesproken worden van een probleem?

Twee van de deelnemers merken op dat het probleem afhankelijk is van de functie van alcohol in het alledaagse leven. Als alcohol nodig is om te functioneren dan is er een probleem. Eén deelnemer specifieert dat het probleem afhankelijk is van wie drinkt, en in welke situatie. Ouderen die simultaan geneesmiddelen innemen zijn bijzonder kwetsbaar. Algemeen concludeert hij dat het probleem moeilijk definieerbaar is, en dat er daarom nood is aan normering.

B: *"Als het alledaagse leven niet meer normaal kan verlopen en alcohol nodig is om te functioneren."*

C: *"Het probleem is afhankelijk van wie drinkt, in welke situatie, met welke middel, en wat de functie van het drinken is. Indien er geen alcoholvrije dagen meer zijn, is er een fysiek probleem. Als patiënten simultaan geneesmiddelen nemen, is er sprake van een bijzondere kwetsbaarheid. Het is niet gemakkelijk om het probleem algemeen te definiëren, daarom is het belangrijk de problematiek te normeren."*

4.1.3. Moeilijkheden om patiënten te herkennen – stille problematiek

Twee deelnemers beschrijven de schaamte omtrent alcohol, vooral bij ouderen. Eén van hen voegt eraan toe dat problematische alcoholgebruikers niet op openbare plekken drinken, maar dit verbergen. Dit maakt het moeilijk om het probleem te ontdekken.

A: *"Problematische alcoholgebruikers gaan typisch niet op café, ze zijn eenzaam. Ze gaan bijvoorbeeld eerder alcohol kopen aan een automaat, zo moeten ze niemand om hulp vragen."*

B: *"Omtrent alcohol is er veel schaamte, zeker bij ouderen, wat het nog moeilijker maakt het probleem te ontdekken."*

4.1.4. Risicofactoren – kwetsbaarheid

Risicofactoren op problematisch drinken die meermaal aan bod zijn gekomen tijdens de interviews, zijn eenzaamheid, omgaan met afscheid en verlies, de verhoogde kwetsbaarheid door chronische ziekten, en het gevaar tijdens bepaalde transitiemomenten in het leven, zoals het pensioen. Eén deelnemer duidt ook aan dat ouderen vaak geen klankbord meer hebben om ze te doen stoppen, wat het verbergen ook makkelijker maakt. Twee van de deelnemers maken een onderscheid tussen chronische gebruikers en nieuwe drinkers door een traumatische gebeurtenis. Eén deelnemer merkt op dat de risicofactoren verschillen naargelang de leeftijd: enerzijds zijn er de recent gepensioneerden, en anderzijds de hoogbejaarden die veel moeten omgaan met afscheid en eenzaamheid.

A: "Patiënten boven de 60 die opgenomen worden, zijn bijvoorbeeld net op pensioen en de draad kwijtgeraakt."

B: "In de prevalentiecijfers verschijnt eenzaamheid als belangrijke risicofactor voor problematisch alcoholgebruik: porto is lekkerder dan coping, het wordt je beste vriend. Ouderen zijn ook extra kwetsbaar, omdat ze vaak in aanraking komen met verlies: rouw en emotionele coping. Ze hebben ook geen klankbord meer om ze te doen stoppen en het is gemakkelijk om het probleem te verbergen. Ook zijn ze fysiologisch veel kwetsbaarder door chronische ziekten zoals, Diabetes Mellitus, verhoogde bloedruk, etc.

Er kunnen twee risicogroepen worden onderscheiden: enerzijds chronische gebruikers die hun hele leven lang al verslaafd zijn, en anderzijds nieuwe drinkers door een traumatische gebeurtenis."

C: "Risicofactoren verschillen naargelang de leeftijd:

- *Recent gepensioneerden zijn een grote risicogroep vanwege het meemaken van een transitiemoment in hun leven. Er zijn geen grenzen meer om niet te drinken, dus het drinken kan gewoon doorgaan.*
- *Hoogbejaarden moeten veel omgaan met afscheid wat ook een groot risico is om problematisch te gebruiken, hoewel ze beter leren omgaan met verlies dan jongeren. Vaak hebben mensen uit deze groep ook te maken met opkomende chronische ziekten en zijn ze eenzaam. Dit is een groep die niet vaak gezien wordt bij de experts; zorgverleners zullen 'out-reachend' moeten werken om deze groep te kunnen bereiken.*

Ouderen die plots en zonder voorgeschiedenis problematische drinkers worden, hebben vaak te maken met uitzonderlijke omstandigheden, zoals rouw, cva, trauma. Elk transitiemoment is cruciaal."

4.1.5. Hoe moeten huisartsen hiermee omgaan, hoe stellen ze een diagnose?

De huisarts wordt door de zorgverleners als een belangrijke schakel gezien om het probleem te bespreken, vanwege hun breed mandaat. Het is de huisarts die op zijn gevoel moet afgaan en moet

zoeken naar indicaties van disfunctie of verstoring van het evenwicht. In de ogen van alle zorgverleners zijn er voldoende aangrijpingspunten voor de huisarts om alcoholgebruik te bespreken. Alle deelnemers raden aan om tijdens een intake gesprek of preventief onderzoek ook alcohol te bevragen. Twee deelnemers stellen screenen voor om er als huisarts mee om te gaan, de derde deelnemer kan geen eenduidig antwoord geven omtrent al dan niet screenen, maar vindt het cruciaal om het als arts ter sprake te brengen tijdens transitiemomenten, of als er indicaties zijn. Dergelijke indicaties worden door twee deelnemers verder besproken, o.a. gestoorde levertesten, een onverzorgd uiterlijk, en hoge bloeddruk. Twee screeningstesten die aan bod komen zijn de MAST-G en de 5-shot question. Eén deelnemer raadt aan om bij vermoedens het problematisch alcoholgebruik vlakaf te bevragen, een andere benadrukt dat de arts zich niet mag focussen op het alcoholgebruik. Het probleem moet aangebracht worden zonder de patiënt verplichtingen te geven.

A: "*Huisartsen hebben vaak aanleidingen om de patiënten te screenen of om over de mogelijke problematiek te spreken, zoals: gestoorde levertesten, klachten zoals slapeloosheid of een gebrek aan eetlust, een onverzorgd uiterlijk.*

Best zou de huisarts dan vlakuit moeten vragen: 'verbruik je alcohol?'

- *bij de huisarts kan het ook bevraagd worden tijdens het eerste contact: het intakegesprek of*
- *als de familie een vermoeden heeft, kan de huisarts hen vragen de patiënt te motiveren om tot bij de huisarts te komen en erover te spreken.*

Als huisarts moet je je grenzen kennen, en als de patiënt teveel aandacht vraagt of teveel komt, moet je hem verwijzen naar gespecialiseerde hulp. Belangrijk voor de huisarts is ook goed de sociale kaart te kennen zoals: CGG eclips, SOS nuchterheid, AA, het Sint Camillus (psychiatrisch ziekenhuis in SDW) ambulant programma, en de behandelingsmogelijkheden zoals Antabuse bij de gemotiveerden."

B: "Er zijn enkele manieren hoe de huisarts hier ambulant mee kan omgaan:

Er is de '5 shot question' om te screenen, of via www.alcoholp.be, maar dit is niet zo handig voor ouderen.Als huisarts is het afwegingsproces belangrijk: 'wat maakt dat ze die keuze gaan maken of niet.' Ze moeten op hun gevoel afgaan. Ouderen hebben algemeen minder veerkracht om op terug te vallen en het is vaak enkel de arts die er soms iets op zegt."

C: "Als arts moet je er kunnen over spreken: wie zou het anders kunnen? De arts mag zich daarbij niet focussen op alcohol, en de patiënt niet de indruk geven, wanneer hij erover spreekt, dat die dan ook moet stoppen. De bedoeling is iets aan te brengen zonder suggesties of verplichtingen te geven aan de patiënt om te veranderen. Zo kan je er als huisarts bijvoorbeeld mee omgaan:

- *Preventief navragen, bij algemene ouderdomsklachten die slepend zijn, of bij het navragen van de beweging, eten,.. Typisch hebben 80-plussers al veel gebreken, dit is ook een insteek om erover te praten, en een kans om te demoraliseren.*

- *Het is moeilijk een eenduidig antwoord te geven om wel of niet te screenen. Het is alvast cruciaal dat de arts dit tijdens transitiemomenten ter sprake brengt, of als er bepaalde indicaties zijn, zoals overgewicht, hoge bloeddruk, of tijdens een prostaatonderzoek. Volgens een presentatie van de VAD is de MAST-g een goede screeningstest.*

De arts moet als eerstelijnshulpverlener eerst kijken vanuit zijn of haar breed mandaat, en zoeken naar indicaties van disfunctie of verstoring van het evenwicht."

4.1.6.Therapeutische mogelijkheden

Twee deelnemers beschrijven therapeutische mogelijkheden. Beiden raden aan om de patiënt te behandelen vanuit een meta-positie. Eén deelnemer benadrukt dat een patiënt pas kan behandeld worden als die er zelfs iets aan wil doen, en dat er gewerkt moet worden met de cirkel van Prochaska en DiClemente. Therapeutische mogelijkheden die besproken worden, zijn motiverende gespreksvoering, psycho-educatie, en het behandelen vanuit effecten.

B: *"Attitude om patiënten te behandelen: "even achteruit leunen". Als arts kan je niet alles oplossen, er zijn pas manieren om te behandelen als patiënt er zelf iets wil aan doen:*
- *de huisarts moet een band opbouwen met de patiënt en kijken in welk deel van de cirkel van Prochaska en DiClemente hij zich bevindt, door eenmaal maal te vragen 'zie je het zitten om te verminderen met drinken?' Hiervoor moet motiverende gespreksvoering worden gebruikt.*
- *Een band opbouwen met een patiënt duurt jaren en vaak moet de cirkel 3 tot 10 keer doorlopen worden. De patiënt mag niet geconfronteerd worden, dit is pas in fase 2."*

C: *"De rol van de huisarts is onder andere om uitleg te geven: psycho-educatie. Om de patiënt te behandelen is het gemakkelijker om vanuit effecten te spreken eerder dan over de alcohol zelf: "Waarom doen ze het (zijn er irritaties, rouwt de patiënt), wat is de functionaliteit (wat lever het u vandaag op als u drinkt), wat ervaren ze"?*

Patiënten moeten best behandeld worden door gebruik te maken van een meta-positie: het probleem bekijken enerzijds van op de scene en anderzijds van op het balkon:
- *Scene: het alledaagse leven van de patiënt waar de huisarts meestal ook deel van uitmaakt.*
- *Balkon: de huisarts bekijkt het probleem van bovenuit. In de tweede lijn blijft men vaak op het balkon, een huisarts zou ook dit perspectief kunnen innemen."*

4.1.7.Hoe moet het volgens de deelnemers verder in de huidige zorg?

Alle deelnemers bespreken het belang van het taboe van problematisch alcoholgebruik bij ouderen te doorbreken. Eén van hen wijst aan dat er nood is aan specifieke verslavingszorg voor ouderen en een andere benadrukt de nood aan normering van alcoholgebruik bij ouderen en het belang van competenties te delen, zowel bij de tweede als de eerste lijn.

A: *"Er is een verschil is in alcoholgebruik ten opzichte van jongeren, een nadeel bij ouderen dat er nooit over gesproken wordt: de problematiek is taboe. Dit moet doorbroken worden."*

B: *"Er is een lacune voor verslavingzorg voor ouderen, op dit moment is de psychogeriatrie een gespecialiseerde zorg voor ouderen, het NOGGGG omvat alle actoren uit de ouderenzorg. Maar, hoewel de maatschappij hier niet happig op is, er is nood aan specifieke verslavingszorg voor ouderen. Wat vaststaat, is dat het taboe in de toekomst moet worden doorbroken."*

C: *" Competentie delen: inclusie van WZC, 1e lijn,… Niet alles aan professionelen overlaten. Weerstandsverlagende gesprekstechnieken gebruiken en oudere collega's in beweging brengen. Mensen zelf laten spreken in de media, per WZC, per netwerk, en op info avonden. Er is nood aan normering, dit aan de hand van literatuur en experten om te valideren wat normaal alcoholgebruik is bij ouderen: wat aanvaarden we nog?"*

4.1.8. Welke zijn de verwijsmogelijkheden

Twee deelnemers bespreken mogelijke verwijsmogelijkheden om ouderen met problematisch alcoholgebruik te begeleiden. Mogelijkheden van ambulante zorg van ouderen zijn CGG ouderenzorg, en meer specifiek voor verslavingszorg, zelfhulpgroepen zoals AA en SOS nuchterheid. Ouderen kunnen terecht in pyschiatrische ziekenhuizen en o.a. in Sint-Camillus. Geen enkele deelnemer kan een voorbeeld geven van specifieke verslavingszorg voor ouderen.

A: *"Belangrijk is goed de sociale kaart te kennen van de regio en te weten welke behandelingen worden gegeven, met hun voor en nadelen. In Sint-Camillus kunnen mensen terecht die een langdurige geschiedenis hebben in een alcohol- en/of medicatieafhankelijkheid. De behandeling verloopt in groepsverband en er wordt samengewerkt met de familie of dichtst betrokkenen. Nazorg is heel belangrijk, bv. via zelfhulpgroepen zoals SOS nuchterheid of AA."*

B: *"CGG ouderenzorg is de ambulante zorg voor 60-plussers die thuis wonen of in een WZC, en waarbij alles wordt opgevolgd van verslaving tot depressie. Aan de hand van kortdurende therapieën worden de patiënten geholpen. Een behandelplan wordt opgesteld en opgevolgd via teamgesprekken. Psychiatrische ziekenhuizen bestaan ook en zorgen nu ook voor nazorg."*

4.2. Interview eerste lijn

Er werden drie semi-gestructureerde interviews afgelegd bij zorgverleners uit de eerste lijn. De selectie van de zorgverleners was doelgericht: er werd een huisarts gekozen met een uitgebreide kennis in de problematiek, om een visie te hebben van een expert binnen de eerste lijn. Anderzijds werd gekozen om twee zorgverleners te ondervragen met minder voorkennis, zoals de meerderheid van de zorgverleners binnen de eerste lijn. Hierbij werd gekozen om een thuisverpleegkundige en een huisarts te ondervragen, om meer uiteen lopende ervaringen te kunnen vastleggen. In onderstaande tekst wordt naar hen verwezen met de letters A, B, en C:

A: Oudere huisarts met uitgebreide kennis in de alcoholproblematiek.

B: Jongere huisarts zonder voorkennis

C: Thuisverpleegkundige zonder voorkennis.

Tijdens de analyse van de interviews werden 7 thema's geïdentificeerd:

1. Is alcoholgebruik binnen de oudere populatie een probleem?
2. Hoe gaan huisartsen om met een vermoedelijke alcoholproblematiek bij ouderen?
3. Is het zinvol om te screenen?
4. Vanaf wanneer kan er van een probleem gesproken worden of de diagnose vastgelegd worden? Zijn er alarmerende of geruststellende signalen?
5. Waar ligt de grens van problematisch alcoholgebruik, wie moet deze grens vaststellen?
6. Wat is de verantwoordelijkheid van de huisarts bij patiënten met een gekend problematisch alcoholgebruik?
7. Hoe groot is dit probleem op maatschappelijk niveau, en zal het verergeren?

4.2.1. Is alcoholgebruik binnen de oudere populatie een probleem?

Alle deelnemers komen overeen dat er bij ouderen alcohol verbruikt wordt, maar dat een problematisch alcoholgebruik slechts zelden voorkomt. Twee deelnemers merken hierbij wel op dat dit misschien een blinde vlek is. De derde deelnemer verduidelijkt dat het probleem vaak niet wordt gevonden omdat ouderen weinig het huis uit komen en er weinig sociale controle is. Hij maakt ook een onderscheid tussen 80-plussers die zelden problematisch drinken en ouderen rond hun 65 jaar die regelmatig alcohol consumeren, voornamelijk vanaf het moment van hun pensioen.

A: *"Gebruik is zeker, maar een probleem komt slechts bij sommigen voor. Alcohol is een zalige drugs: er is geen piekeffect, je kan er vaak nemen, het geeft een relaxerend effect, en het is goedkoop. Algemeen kunnen mensen het lang volhouden zonder echt problemen te hebben.*
Ouderen tussen 55-75 jaar consumeren regelmatig alcohol, zeker vanaf het moment van hun pensioen, vanwege het wegvallen van het patroon van werk- en weekenddagen. Bij 80-plussers neemt het probleem af, omdat ze er minder goed tegen kunnen of door meer controle in het WZC. Het is een probleem dat vaak niet wordt gevonden: ouderen komen weinig het huis uit, er is weinig sociale controle, en er is het excuus dat er bij een goede gastvrijheid alcohol moet zijn."

B: *"Er is gebruik van alcohol binnen de oudere populatie, maar er is zeker niet altijd sprake van een probleem. Algemeen zijn problematische drinkers patiënten die al vroeger dronken, en er zijn er maar weinig die op latere leeftijd beginnen te drinken. Dit is misschien wel een blinde vlek, omdat je het als arts niet weet."*

C: *"Dat ouderen drinken is zeker, maar gebaseerd op de alledaagse feiten blijken er geen problemen te zijn, toch niet in de thuissituatie.*

De patiënten die op dit moment gekend zijn met een alcoholmisbruik, zijn gekend omdat de toestand zodanig geëscaleerd is. Bij anderen is er geen vermoeden, wat misschien een blinde vlek is. Hun reden om te drinken is anders dan bij jongeren, bv. uit verveling of eenzaamheid."

4.2.2. Hoe gaan huisartsen om met een vermoedelijke alcoholproblematiek bij ouderen?

Alle drie de deelnemers vinden dat het de rol is van de huisarts om problematisch alcoholgebruik te bevragen en op te sporen. De twee huisartsen vinden dat er meerdere ingangspoorten zijn om dit te bevragen, bv. bij een intakegesprek, of bij een nieuwe diagnose of opvolgcontact van o.a. diabetes of overgewicht. De manier van bevragen moet op een juiste manier gebeuren: alcoholgebruik wordt aanvaard, alcoholmisbruik is taboe. Daarom is het belangrijk geen detective te spelen en open vragen te stellen. Er moet worden nagegaan wat de functie is van alcohol, en of het drinken ook een probleem vormt voor de patiënt.

Eén van de deelnemende huisartsen bespreekt het belang van informatie mee te geven aan de patiënt, de consequenties van alcohol uit te leggen, en bij patiënten in de ontkenningsfase, de situatie te problematiseren. Pas bij een probleembesef kan de patiënt behandeld worden. Er moet dan een stappenplan worden uitgebouwd, en de behandeling gebeurt aan de hand van ervaring en met behulp van gedragswetenschappen.

Beide huisartsen merken op dat er weinig mogelijkheden zijn om ouderen met problematisch alcoholgebruik door te verwijzen.

Aanvullend beschrijft de derde deelnemer dat thuisverpleegkundigen het probleem moeten signaleren aan de huisarts. Het is de taak van de huisarts om te luisteren naar verschillende bronnen, zoals thuiszorg en familie die vaker de patiënt zien, hij moet de omkadering goed kennen en het probleem behandelen. Ook worden teamvergaderingen aangehaald als een belangrijk element in de behandeling.

A: "De rol van de huisarts is de patiënt regelmatig te bevragen in niet-verdachte omstandigheden. Bij iedereen zijn er veel ingangspoorten, bv. tijdens een intake, bij medicatiewijzigingen, een nieuwe diagnose, slaapproblemen, of bij overgangsmomenten zoals pensionering.

Bij een vermoeden mag je de patiënt er niet direct op aanspreken, en zeker geen detective spelen.

- *Je moet eerder de consequenties ervan uitleggen, zo valt het minder op door bv. te zeggen "je lichaam kan hier niet tegen".*
- *Informatie meegeven: "wat goed is voor het lichaam": 2 alcoholvrije dagen, maximum 14 consumpties per week. Ouderen laten beseffen dat alcohol een drug is, en uitleggen dat: bv. een glaasje wijn zoals in het Zuiden mag, maar dat er dan ook water op tafel moet gezet worden.*
- *Navragen wanneer ze de controle verliezen (meestal is dit na het 3e of 4e glas)*

Indien je een vermoeden hebt van teveel gebruik, is het belangrijk te bekijken of dit ook een probleem is voor de patiënt. Indien die ontkent, kan je de situatie problematiseren. Wat de patiënt

hiermee doet is zijn verantwoordelijkheid. Als de patiënt in de ontkenningsfase zit, dat moet de huisarts wachten. Dit sluit niet uit dat je het af en toe kan bevragen of problematiseren.

Pas als er een probleembesef is, kan er naar de volgende stap worden gegaan: als een patiënt voelt dat je zijn alcohol wilt afnemen, dan moet er iets tegenover staan. Het is aan de patiënt om dit te ontdekken en af te tasten.

De eerste stap van behandeling is tot gecontroleerd gebruik te komen en een stappenplan op te bouwen. Indien dit niet lukt, moet de patiënt eventueel doorverwezen worden. Het nadeel is dat er weinig psychiatrie is voor ouderen.

Een huisarts moet met problematisch alcoholgebruik omgaan via ervaring en met behulp van gedragswetenschappen, o.a. door attitudevorming, en positionering (balkon versus scene)."

B: *"Het is belangrijk als huisarts dat je op een juiste manier je vragen te stelt. Alcoholgebruik wordt aanvaard, alcoholmisbruik is taboe.*

- *Bij nieuwe oudere patiënten kan het alcoholverbruik bevraagd worden tijdens een systematische intake. Als er inderdaad meermaals per week gedronken wordt, moet worden nagegaan welke de functie is van de alcohol: eerder sociaal of als troost. Op dat moment kan ook mandaat worden gevraagd om er later nog eens over te spreken.*
- *Bij gekende patiënten kan het alcoholverbruik bevraagd worden als er een opvolgcontact is voor bv. diabetes of overgewicht. Dit is een aangrijpingspunt om het te bespreken, net als bij alcoholgerelateerde klachten zoals bijvoorbeeld duizeligheid. Op dat moment moet een open vraag gesteld worden: 'zou het kunnen met alcohol te maken hebben?' Anderzijds mag het bij duidelijke symptomen rechtuit gezegd worden: 'ik denk dat je gedronken hebt'.*

Voor verwijzing is er groot verschil qua drinkers: er zijn enerzijds Bourgondiërs die op restaurant gaan en eerder nood hebben aan CGT, en anderzijds zijn er de eenzame drinkers die vooral nood hebben aan gesprekken. Het is niet makkelijk om patiënten door te verwijzen, wegens gebrek aan kennis van de mogelijkheden. Eventueel naar CGG ouderen."

C: *"Omgaan met de problematiek als verpleegster is anders dan als huisarts en de problematiek is niet makkelijk omdat alcohol sociaal aanvaard wordt. 'Wie zijn wij als verpleegkundigen om te zeggen dat er teveel gedronken wordt.'*

Het probleem signaleren aan de huisarts is voor ons wel een belangrijke taak. Het is dan ook een belangrijke functie van de huisarts om te luisteren naar bronnen die informatie hebben: verpleging, thuiszorg, en familie. Vaak is de thuiszorg goed op de hoogte van de problematiek, ze merken vaker zaken op. Ze gaan bijvoorbeeld samen winkelen met de patiënt, en blijven gemiddeld 4u per week aanwezig. Een huisarts moet goed de omkadering rondom de patiënt kennen.

De huisarts kan met alcoholproblematiek bij ouderen op verschillende manieren omgaan:

- *Als de signalen komen van externe bronnen, kan dit aan de patiënt op eenzelfde manier worden aangebracht, bv. door te laten weten dat de familie bezorgd is.*

- *Een manier om het probleem verder te behandelen is door een teamvergadering te organiseren met alle zorgverleners en mantelzorgers, waarbij de huisarts als buffer dient. Patiënten vinden dit meestal niet leuk, maar nadien kunnen de verzorgers de patiënt wel op een adequate manier steunen. Indien een patiënt hulp weigert, moeten we dit respecteren, hij heeft zijn rechten en vrijheid."*

4.2.3. Is het volgens u zinvol om iedereen te screenen?

Alle bevraagden staan op dezelfde lijn wat betreft screenen: iedereen screenen is niet zinvol. Case finding wordt aangehaald als nuttig alternatief.

A: "Mochten we systematisch screenen, dan zouden we regelmatig problemen tegenkomen, zeker bij dagelijkse gebruikers. Er moet géén screening gebeuren: de testen zijn ontwikkeld voor methodologisch onderzoek, waardoor er in een reële setting veel vals positieven zijn, maar er moet wel aan case finding worden gedaan."

B: "Het is niet zinvol om te screenen, maar het is wel zinvol om het er bij iedereen ooit eens over gehad te hebben, en om aan te tonen dat het een thema is dat mag worden besproken. Dit is voor de huisarts niet moeilijk om te bevragen, maar het is voor de arts wel onduidelijk hoe de patiënt hiermee omgaat."

C: "Screenen is niet zinvol. Het sensibiliseren van specifieke doelgroepen, bv. via een seniorentijdschrift, is wel nuttig."

4.2.4. Vanaf wanneer kan er van een probleem gesproken worden of de diagnose vastgelegd worden? Zijn er alarmerende of geruststellende signalen?

Beide huisartsen hanteren niet de DSM criteria. Alcoholgebruik wordt bij de ene beschreven als een probleem, als het een te dominante plaats inneemt in het leven van de patiënt of als er schade is aan het lichaam. De andere beschrijft dat dit eerder een aanvoelen is, afhankelijk van de risicofactoren. De derde deelnemer haalt aan dat verhalen van verschillende verzorgers moeten gecombineerd worden om een diagnose te stellen. Eén deelnemer beschrijft verscheidene alarmerende signalen, zowel fysiek-psychische als sociale. Een goede sociale omkadering en goed staan in de maatschappij zijn geruststellend signalen.

A: "De diagnose stel ik niet aan de hand van de DSM V. Een probleem bestaat als alcohol een te dominante plaats inneemt in het leven van de patiënt of als er schade is aan het lichaam.
Er moet gekeken worden naar de verschillende levenssferen van de patiënt. Wanneer komt alcohol aan bod? Als er nog sommige levenssferen zijn zonder alcohol, dan is het probleem niet te groot maar blijft het wel een aandachtspunt. Hoe prominenter de alcohol in het leven van de patiënt aanwezig is, hoe groter het probleem. Als alcohol alles overstijgt, bijvoorbeeld als er geen alcoholvrije dagen meer zijn, en er geen controle meer is, dan is er een probleem."

B: *"Om een diagnose te stellen, zitten de DSM criteria niet in mijn hoofd, het is eerder aanvoelen. Indien de problematiek duidelijk is, kan dit ook in het elektronisch medisch dossier worden geschreven mits toestemming van de patiënt. Indien onduidelijk, kan het als een risicofactor worden genoteerd, om er in een opvolgcontact aandacht voor te hebben. Risicofactoren voor problematisch gebruik zijn eenzaamheid, verdriet, rouw, vermindering van de zelfredzaamheid, of als er geen hobby's meer zijn en alcohol een troost wordt.*

Alarmerende signalen zijn: Fysieke problemen (vallen, gestoorde leverwaarden, maag- en darmklachten, of andere), psychisch problemen (moeilijk te herkennen) en sociale (bij vermoeden van de familie).

Er zijn ook geruststellende signalen: als er open communicatie is, of de patiënt een grote afkeer heeft door zijn voorgeschiedenis (door vader geslaan, ooit in café gewerkt). Dit kan anderzijds ook een valkuil zijn. Geruststellend is wel al er sociaal een goede omkadering is."

C: *"Het is moeilijk te definiëren wanneer er van een probleem gesproken wordt. Als een verpleegster elke ochtend 15 minuten langskomt, kan er geen diagnose gesteld worden. Vaak verdoezelt een patiënt het probleem ook, en staan de flessen wijn of bierblikjes tegen 's morgens al lang bij de vuilnis. Typisch moeten de verhalen van de verschillende verzorgers worden gecombineerd worden om een vermoeden te bevestigen of een diagnose te stellen. In ieder geval zal een patiënt vaak al een heel lange weg hebben afgelegd vooraleer er een diagnose wordt gesteld bij de psycholoog of psychiater.*

Alarmerende signalen: de veiligheid komt in het gedrang.

Geruststellende signalen: de patiënt staat goed in de maatschappij, heeft een netwerk, en kan in zijn alledaags leven normaal functioneren. Hij heeft een doel in het leven."

4.2.5. <u>Waar ligt de grens van problematisch alcoholgebruik, wie moet deze grens vaststellen</u>

Eén van de deelnemers beschrijft dat richtlijnen grenzen moeten bepalen en merkt daarbij op dat de huidige richtlijnen voor ouderen hoog liggen. Volgens een andere is de huisarts verantwoordelijk om aan de alarmbel te trekken.

B: *"Richtlijnen moet bepalen waar de grenzen liggen. Als ik uitleg geef aan een patiënt zouden de grenzen zo besproken worden: 3 eenheden per dag voor mannen, 2 eenheden voor vrouwen met minstens 1 alcoholvrije dag per week. Het nadeel is dat dit veel is voor kwetsbare groepen en ook ouderen."*

C: *"Grenzen moeten gesteld worden als de toestand escaleert of als de gezondheid in het gedrang komt. Alle zorgverleners moeten alert zijn, maar het is de huisarts die de medische verantwoordelijkheid heeft om aan de alarmbel te trekken. De huisarts is verantwoordelijk voor het buikgevoel en om een degelijke omkadering voor de patiënt voorzien. Een moeilijkheid hierbij is dat de patiënt moet openstaan voor hulp."*

4.2.6. Wat is de verantwoordelijkheid van de huisarts bij patiënten met een gekend problematisch alcoholgebruik?

Twee deelnemers duiden aan dat de patiënt verantwoordelijk blijft voor zichzelf, en dat dit hem ook moet worden duidelijk gemaakt. Er wordt er wel op gewezen dat het de verantwoordelijkheid is van de huisarts om advies te geven en om duidelijke grenzen vast te leggen. Eén deelnemer voegt hieraan toe dat het belangrijk is dit in het elektronisch medisch dossier te schrijven.

A: *"Je mag je als huisarts niet verantwoordelijk voelen voor alles wat de patiënt doet, anders word je als huisarts krampachtig. Je kan informatie en hulp aanbieden, maar de patiënt blijft verantwoordelijk voor zichzelf, en dit moet ook aan hem worden duidelijk gemaakt. Als er risico's zijn, moeten er ook duidelijke grenzen uitgelegd worden en moet dit in het EMD genoteerd worden."*

B: *"Als je weet dat er een probleem is, dan ben je verantwoordelijk om advies te geven: welke zijn de beschikbare hulpmiddelen, en wat zijn de risico's."*

C: *"De verantwoordelijkheid blijft bij de patiënt. Quote van een patiënt: 'de grootste straf die ze mij kunnen geven is mijn alcohol wegnemen'."*

4.2.7. Hoe groot is dit probleem op maatschappelijk niveau, en zal het verergeren?

Twee deelnemers weten niet hoe groot het probleem is, en ze twijfelen er ook aan of het probleem zal verslechteren, in tegenstelling tot de derde deelnemer die duidelijk een probleem ziet aankomen vanwege de ouderen geboren in de jaren '60. Deze deelnemer merkt ook op dat de jongeren van nu minder drinken dat 20 jaar geleden. Alcoholconsumptie is afhankelijk van de toegankelijkheid: vroeger had België een biercultuur, nu wordt er bier en wijn gedronken.

A: *"Mensen geboren in de jaren '60 zijn geboren in een drinkcultuur. Er werd toen meer gedronken dan nu, en zij gaan daardoor op een andere manier om met alcohol. Jongeren drinken minder alcohol dan 20 jaar geleden, ze worden veel strenger opgevoed. Alcoholconsumptie is ook afhankelijk van de toegankelijkheid: vroeger hadden we een biercultuur in België, maar nu is er bier, wijn, en aperitief."*

B: *"Ik denk dat het probleem groot is, omdat alcohol zodanig ingeburgerd is: er wordt gedronken bij gelegenheden, tijdens eten, ontspanning. Sommigen beseffen ook niet dat ze kwetsbaarder zijn.*
Het is niet zo zeker of het probleem zal verslechteren: vroeger was er zelfs geen bewustzijn, nu is er toch een groter bewustzijn door vele mediacampagnes."

C: *"Professioneel gezien heb ik geen idee hoe groot dit probleem is, en ook niet of het probleem zal verslechteren of wat er moet veranderen. In de zorg merken we wel dat er een verschuiving is van patiënten en dat er bijvoorbeeld vaker Antabuse moet worden gegeven."*

5. Discussie

In deze discussie worden een aantal beschouwingen op de interviews uit de eerste en tweede lijn gegeven, gevolgd door een bespreking van de verschillen en samenhang met de literatuur. Dit laatste wordt meer in detail besproken, waarbij de structuur van de literatuurstudie wordt hernomen. De resultaten van de interviews moeten worden gezien in het juiste licht: het zijn uitspraken van een heel beperkt aantal bevraagden. Hoewel de uitspraken heel informatief zijn, zijn ze niet noodzakelijk representatief voor de situatie binnen de eerste of de tweede lijn, en het is niet de bedoeling ze als dusdanig voor te stellen.

5.1. Samenvatting tweede lijn

In de tweede lijn ondervinden alle deelnemers dat problematisch alcoholgebruik wel degelijk optreedt binnen de populatie ouderen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ouderen geboren in de jaren ‘60, en 80-plussers die zelden problematisch drinken. Ouderen geboren in de jaren ‘60 zijn in een cultuur opgevoed waar veel werd gedronken en waarbij alcohol sterk geassocieerd werd met vrije tijd.
Alcoholgebruik wordt als problematisch aanzien als het alledaagse leven niet meer normaal kan verlopen, en alcohol nodig is om te functioneren. Ouderen zijn een kwetsbare groep die vaak geneesmiddelen innemen. In combinatie met alcohol maakt dit hen bijzonder kwetsbaar. Er is nood aan normering om het probleem duidelijk in kaart te kunnen brengen.
Het probleem is vaak moeilijk te herkennen omdat er veel schaamte bestaat bij ouderen. De aangebrachte risicofactoren op problematisch drinken omvatten eenzaamheid, omgaan met afscheid en verlies, de verhoogde kwetsbaarheid door chronische ziekten, en het gevaar tijdens bepaalde transitiemomenten in het leven, zoals het pensioen. Belangrijk is een onderscheid te maken tussen chronische gebruikers en nieuwe drinkers die meestal beginnen drinken na een traumatische gebeurtenis.
De huisarts wordt aanzien als een belangrijke schakel om het probleem te bespreken. Het is de huisarts die op zijn gevoel moet afgaan en moet zoeken naar indicaties van disfunctie of verstoring van het evenwicht. In de ogen van alle deelnemers zijn er voldoende aangrijpingspunten voor de huisarts om alcoholgebruik te bespreken. Alle deelnemers raden aan om tijdens een intake gesprek of preventief onderzoek het gebruikt van alcohol te bevragen. Ook wordt screening voorgesteld om gevallen van problematisch alcoholgebruik op te sporen.
Therapeutische stappen kunnen pas worden gezet als de patiënt bereid is om behandeld te worden. Ze raden aan de patiënt te behandelen vanuit een meta-positie. Andere besproken therapiemogelijkheden zijn motiverende gespreksvoering, psycho-educatie, en het behandelen vanuit effecten. Elke deelnemer kon de betekenis van zijn dienst uitleggen, maar geen enkele kon een voorbeeld geven van een specifieke verslavingszorg voor ouderen. Het staat vast dat er nood is aan specifieke verslavingzorg voor ouderen, en dat het taboe moet worden doorbroken.

5.2. Samenvatting eerste lijn

Alle bevraagden uit de eerste lijn komen overeen dat er alcohol verbruikt wordt bij ouderen, maar dat problematisch alcoholgebruik slechts zelden voorkomt. Misschien komt dit door een blinde vlek, of blijft het probleem verborgen omdat ouderen weinig sociale omkadering hebben. Met uitzondering van de expert in de eerste lijn, vinden de bevraagden dat problematisch alcoholgebruik bij ouderen geen opkomend maatschappelijk probleem is.

Allen stellen vast dat het de rol is van de huisarts om problematisch alcoholgebruik te bevragen en op te sporen. De huisartsen vinden dat er meerdere ingangspoorten zijn om dit te bevragen, bv. bij een intakegesprek, een nieuwe diagnose, of een opvolgcontact van o.a. diabetes of overgewicht. De manier van bevragen moet op een juiste manier gebeuren: alcoholgebruik wordt aanvaard, alcoholmisbruik is taboe. Daarom is het belangrijk geen detective te spelen en open vragen te stellen. De patiënt moet worden geïnformeerd, en indien een patiënt in de ontkenningsfase zit, moet de situatie worden geproblematiseerd. Pas bij probleembesef kan de patiënt behandeld worden. Er moet een stappenplan moet worden uitgebouwd, en de behandeling gebeurt aan de hand van ervaring en met behulp van gedragswetenschappen. Een belangrijke taak van de thuisverpleegkundige is het probleem te signaleren aan de huisarts. Hierbij wordt ook aangehaald dat teamvergaderingen een belangrijk element van de behandeling vormen. Er wordt wel aangehaald dat er sowieso weinig mogelijkheden zijn om ouderen met problematisch alcoholgebruik door te verwijzen.

Wat betreft screening staan alle eerstelijns zorgverleners op dezelfde lijn: screenen is niet zinvol. De ondervraagde huisartsen gebruiken geen DSM criteria om een diagnose te stellen. Alcoholgebruik wordt beschreven als een probleem, wanneer het een te dominante plaats inneemt in het leven van de patiënt, of als er schade is aan het lichaam. Als huisarts moet je dit aanvoelen, afhankelijk van bepaalde risicofactoren. Een goede sociale en maatschappelijke omkadering wordt aanzien als een geruststellend signaal.

Volgens één van de bevraagde huisartsen zijn het richtlijnen die moeten bepalen waar de grenzen liggen. De huidige grenzen voor ouderen liggen wel te hoog. Uiteindelijk blijft de patiënt verantwoordelijk voor zichzelf, en dit moet hem worden duidelijk gemaakt. De huisarts is er om advies te geven en om duidelijke grenzen vast te leggen. Dit moet altijd in het elektronisch medisch dossier worden beschreven.

5.3. Interviews versus literatuur: verschillen en samenhang

5.3.1. Omvang van het probleem

De laatste jaren is er een gestage toename van alcoholconsumptie bij de oudere leeftijdsgroepen. Verscheidene studies beschrijven dat het voorkomen van alcoholproblemen bij ouderen in de eerste helft van deze eeuw zal verhogen, door de stijging van het aantal ouderen, en anderzijds wegens het ouder worden van de ‘babyboomers’, een generatie met hogere standaarden in het verbruik van

alcohol. Er worden twee categorieën van problematische drinkers onderscheiden, het grootste deel omvat de zogenaamde 'early onset' drinkers, en een kleiner deel 'late onset' drinkers.
Het grootste verschil tussen de eerste en tweede lijn is, dat binnen de tweede lijn problematisch alcoholgebruik wordt aanzien als een huidig en ook opkomend probleem in de maatschappij. In de eerste lijn wordt het gebruik van alcohol door ouderen niet ontkend, maar problematisch alcoholgebruik bij ouderen wordt aanzien als zelden voorkomend, en ook maatschappelijk wordt er geen opkomend probleem verwacht. Hierbij moet opgemerkt worden dat de tweede lijn werkt binnen een populatie met een groot aantal problematische drinkers, in tegenstelling tot de eerste lijn, waarbij oudere problematische alcoholgebruikers maar een kleine minderheid vormen.

5.3.2. Demografie

In de Belgische gezondheidsenquête van 2013 wordt geconcludeerd dat alcoholgebruik bij ouderen vermindert, maar dat dagelijks alcoholgebruik significant toeneemt met de leeftijd. Een belangrijke opmerking hierop is, dat de grens van problematisch gebruik gebaseerd is op 14 consumpties per week voor vrouwen en 21 voor mannen. Conform de richtlijnen van de Domus Medica (65-plussers moeten minder drinken dan volwassenen) kunnen we concluderen dat het aandeel problematische gebruikers aanzienlijk zou stijgen binnen deze groep, indien aangepaste richtlijnen zouden gehanteerd worden. De gegevens van deze gezondheidsenquête zouden op dit punt moeten worden herbekeken.
Wellicht zouden we nog steeds concluderen dat de problematiek bij ouderen lager ligt dan bij jongeren, maar het zou zorgverleners een realistischer zicht geven op het probleem.
Tijdens de interviews heeft de meerderheid van de deelnemers hier geen mening over gegeven, 1 expert en 1 huisarts brachten aan dat het probleem groter is bij mannen dan bij vrouwen, en afzwakt met stijgende leeftijd.

5.3.3. Opsporen en diagnose stellen

Een topic die frequent in de literatuur terugkomt, is dat zorgverleners de problematiek vaak miskennen. Een reden hiervoor is dat de presentatie van deze problematiek vaak atypisch is en dat de ouderen deze verbergen. Zorgverleners die frequent contact hebben met de patiënt, hebben soms geen besef dat er een probleem is, ofwel gaan ze ervan uit dat het probleem eenvoudig op te sporen valt. Huisartsen worden, zowel in de eerste als de tweede lijn, aanzien als een belangrijke schakel om het problematisch alcoholgebruik te bevragen en op te sporen. Alle deelnemers uit de eerste lijn gaven als reflectie dat problematisch alcoholgebruik niet gemakkelijk wordt gedetecteerd, en dat het een blinde vlek zou kunnen zijn. Ook in de tweede lijn spreekt men van een 'stille problematiek'. De tweede lijn zou de huisarts aanraden om vaker te screenen, in tegenstelling tot de eerste lijn waarin screenen als weinig zinvol wordt gezien, en case finding wordt naar voor geschoven. Beiden lijnen gaan akkoord dat er voldoende aangrijpingspunten zijn om een mogelijk probleem te bespreken.

Screeningstesten zijn ook in de literatuur al jarenlang een punt van discussie. Hoewel deze nooit uitgebreid onderzocht zijn geweest bij ouderen, hebben al deze testen tot doel riskant en problematisch gebruik te detecteren. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de symptomen die passen bij normaal ouder worden, en deze die geassocieerd zijn met problematisch alcoholmisbruik. De twee voornaamste testen voor ouderen die uit te literatuur naar voren komen, zijn de ARPS en de SMAST-G. In de literatuur wordt ook de vraag gesteld of er wel degelijk nog moet gescreend worden, er wordt beschreven dat er best afgestapt wordt van de standaard geschreven vraag-en-antwoord screening. De informatie kan best worden bekomen op meerdere momenten en op een informele manier, eenmaal de arts-patiënt relatie voldoende sterk is. Ook de algemene richtlijnen besluiten dat er niet systematisch gescreend moet worden, maar dat case finding moet gebeuren. Dit sluit aan bij het aanvoelen van de eerste lijn.

Hoe de diagnose kan worden gesteld, wordt niet eenduidig beschreven in de literatuur. De DSM-5 criteria bestaan om de diagnose van stoornis in alcoholgebruik te stellen, maar hier wordt opnieuw tegen ingebracht dat ouderen minder snel aan deze criteria voldoen. De ondervraagde huisartsen blijken geen gebruik te maken van de DSM criteria. De ene huisarts gaat op het gevoel af en kijkt naar de alarmerende signalen, de andere bekijkt de functie van alcohol in het leven van de patiënt.

5.3.4. Risicofactoren

Risicofactoren zijn bij ouderen verschillend dan bij jongeren, en als huisarts is het belangrijk deze te kennen. De risicofactoren die besproken werden in de gesprekken met de eerste en tweede lijn zijn veel beperkter dan wat er in de literatuur te vinden is. In de literatuur wordt opgemerkt dat problematisch alcoholgebruik ook hoog is bij ouderen die samenleven of uit hogere socio-economische klassen komen, naast alle andere risicofactoren zoals verlies, eenzaamheid, en isolement. Dit is een punt dat extra aandacht verdient, want de zorgverleners uit de eerste lijn zien een goede sociale omkadering, mensen die een netwerk hebben of goed staan in de maatschappij, als een geruststellend signaal. Men moet er dus op bedacht zijn dat een uitgebreid sociaal netwerk en voldoende activiteiten en financiële middelen niet noodzakelijk een geruststellende factor is voor wat betreft problematisch alcoholgebruik.

5.3.5. Gevolgen

Zowel bij jongeren als bij ouderen kan alcohol tot schadelijke gevolgen leiden, maar ouderen hebben meer kans op klachten vanwege hun grotere kwetsbaarheid. Dit is een reden te meer om voldoende aandacht te hebben voor de problematiek. Een discussie die in de literatuur wordt gevoerd, tegenstrijdig met het voorgaande, zijn de positieve effecten van alcohol. Hierbij moet wel gezegd worden dat de betreffende artikels handelen over matige drinkers, nooit over problematische gebruikers. Hierin wordt geconcludeerd dat er wellicht nooit een eenduidig antwoord zal gegeven worden op de vraag of matig alcoholverbruik bij ouderen leidt tot een gezonder leven.

5.3.6. Behandelingen

Verscheidene onderzoeken tonen de doeltreffendheid van zowel psycho-sociale als farmacologische behandelingen bij alcoholverslaving aan. Op dit moment worden ouderen echter nog vaak enkel behandeld voor de problemen veroorzaakt door alcohol, eerder dan voor het alcoholprobleem zelf.

Over farmacologische behandelingen is er tijdens de interviews niet gesproken, wellicht omdat er binnen de tweede lijn geen arts werd geïnterviewd, en omdat huisartsen deze medicatie bij ouderen nooit op zelfstandige basis zouden opstarten.

In de eerste lijn beschrijven de zorgverleners elk op hun eigen manier hoe een patiënt moet behandeld worden. Alle ondervraagden zijn het er unaniem mee eens dat de patiënt verantwoordelijk blijft voor zichzelf. Eenmaal de patiënt hulp aanvaardt, is het belangrijk 'even achteruit te leunen' of een meta-positie in te nemen. De familie speelt een belangrijke rol, en ook teamvergaderingen kunnen belangrijk zijn.

In de literatuur bestaan er voor behandelingen weinig of geen specifieke richtlijnen voor ouderen. Effectieve therapieën voor problematisch alcoholgebruik zijn het zogenaamd kort advies, en kortdurende interventies. Naast deze interventies zijn familiale interventies, motiverende gespreksvoering, CGT, en zelfhulpgroepen succesvolle therapieën. Technieken die aan bod komen in de gesrpekken van de tweede lijn zijn o.a. het gebruik van gedragswetenschappen (attitudevorming en positionering), psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, en behandeling vanuit effecten.

In de literatuur wordt beschreven dat bij ouderen de nadruk moet liggen op sociale activiteiten zoals dagcentra of clubs zonder alcohol. CGT houdt in dat hun sociaal netwerk weer wordt opgebouwd, en zelfmanagement wordt gebruikt om depressies en verdriet te overwinnen. Hiernaast wordt de noodzaak voor een leeftijdsspecifieke aanpak bij ouderen aangebracht. Leeftijdsspecifieke steungroepen en behandelprogramma's moeten worden gebruikt en zijn het meest succesvol. Een opmerking van de meeste zorgverleners tijdens de interviews, is dat er weinig mogelijkheden zijn om ouderen met problematisch alcoholgebruik door te verwijzen.

Algemeen kan men zich de vraag stellen of het nog zinvol is om ouderen te behandelen. Dit onderwerp werd niet besproken tijdens de interviews, maar de literatuur beschrijft dat zorgverleners vaak een verkeerde houding hebben ten opzicht van het behandelen van ouderen, in de ideologie dat ze toch niet meer kunnen veranderen: "gun ze toch hun borreltje". Het tegendeel wordt bewezen door verscheidene bronnen, waarbij wordt aangetoond dat ouderen een grotere therapietrouw hebben naar behandeling toe dan jongeren, en bovendien hebben ze er minstens evenveel voordeel van.

5.3.7. Richtlijnen binnen de eerste lijn

Een eenduidige definitie voor problematisch alcoholgebruik bij ouderen is nog steeds niet gevonden, en de gehanteerde leeftijdsgrens voor ouderen is sterk variabel binnen de literatuur. Dit werd ook duidelijk tijdens de interviews: de deelnemers uit de tweede lijn maakten een onderscheid in ouderen

volgens verschillende categorieën, typisch medioren en senioren, maar de leeftijdsgrens voor deze groepen verschillen over de deelnemers.

Voor ouderen wordt in de Belgische richtlijnen enkel beschreven dat alcoholverbruik bij 65-plussers moet beperkt worden in vergelijking met de standaardhoeveelheden. De VAD voegt hier aan toe dat ouderen extra moeten letten op de combinatie medicatie en alcohol. Dergelijke richtlijnen zijn onvoldoende om op te steunen in de dagelijkse praktijk. In de VS bestaan wel specifieke richtlijnen voor ouderen en deze worden in veel studies en in andere landen ook als standaard aangenomen, maar we moeten hier ook letten op de details. Richtlijnen uit de VS moeten aangepast worden aan Europese normen: 1 standaardglas in de VS = 1.5 standaardglas in Europa. Binnen deze masterproef werd er geen informatie gevonden over alcoholgebruik en ouderen in gebieden buiten de Westerse wereld.

Algemeen kan besloten worden dat er in België een nood is aan richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik bij ouderen. Deze richtlijnen zouden zich moeten focussen op ouderen – hun kwetsbaarheden en hun lichamelijke en geestelijke gezondheid, evenals hun sociale omkadering. Specifieke aandachtspunten en behandelingsmethoden zouden hierin moeten verwerkt worden. De nood aan richtlijnen kwam ook tijdens de interviews aanbod, zowel in de eerste als tweede lijn.

5.3.8. Toekomst

Huisartsen worden, zowel in de eerste als de tweede lijn, aanzien als een belangrijke schakel om het problematisch alcoholgebruik aan te pakken. Het is dan ook cruciaal dat ze beschikken over voldoende kennis om de problematiek te herkennen en te behandelen. Anderzijds lopen zorgverleners tegen een aantal problemen aan om patiënten met een verslavingsproblematiek te behandelen.

In de literatuur zijn experten het erover eens dat een multidimensionele aanpak noodzakelijk is voor het behandelen van ouderen, maar dat daarvoor sommige zaken moeten veranderen in de huidige zorg. Voor een betere zorg zou de populatie beïnvloed en geïnformeerd moeten worden. Ook zou de kennis moeten worden verhoogd bij de zorgverleners en de nadruk moet worden gelegd op het gericht behandelen van ouderen met behulp van geïntegreerde behandelprogramma's, leeftijdsspecifieke activiteiten, en centra zonder alcohol. Binnen de interviews onderstreepte één expert ook de noodzaak van deze veranderingen. De meeste bevraagden bevestigden dat in België de verwijsmogelijkheden voor ouderen in gespecialiseerde verslavingscentra beperkt zijn.

6. Besluit

Deze thesis heeft via een kwalitatief onderzoek bij zorgverleners in de eerste en tweede lijn, en via een grondige studie van de literatuur, de volgende vraag bestudeerd: “wat is de kennis, visie, en aanpak van gezondheidsmedewerkers in de eerste lijn ten aanzien van problematisch alcoholgebruik bij ouderen?”.

De bevraagden, zowel in de eerste als tweede lijn, zien de rol van de huisarts in deze problematiek als essentieel. Hij is cruciaal om het probleem te bevragen en op te sporen.

Resultaten in de literatuur en de bevraagden van de tweede lijn beschrijven een gestage toename van alcoholconsumptie bij ouderen en verwachten ook een verdere toename van de problematiek de komende jaren. De bevraagden van de eerste lijn erkennen dat alcohol gebruikt wordt binnen de oudere populatie, maar zien zelden dat alcoholgebruik problematisch is, en ook op maatschappelijk niveau verwachten ze geen opkomend probleem.

De literatuur geeft aan dat er bij veel zorgverleners een gebrek aan kennis bestaat rond deze problematiek, en dat ouderen hierdoor niet de meest adequate behandelingen krijgen. Binnen de eerste en tweede lijn hebben de bevraagde zorgverleners hun eigen aanpak, maar ze erkennen dat er nood is aan een meer gerichte benadering, en duiden de nood aan van specifieke richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik bij ouderen.

Een moeilijkheid die ervaren wordt bij de bevraagde zorgverleners is het gebrek aan specifieke verwijsmogelijkheden voor ouderen binnen de verslavingszorg.

Voor een betere zorg in de toekomst zijn de volgende punten cruciaal: het taboe moet doorbroken worden, gerichte zorg moet wordt uitgebouwd voor verslavingszorg bij ouderen, en de kennis bij zorgverleners moet worden uitgebreid. Het opstellen van specifieke richtlijnen voor problematisch alcoholgebruik bij ouderen kan hier een belangrijke rol bij spelen.

Algemeen geeft deze masterproef een breed overzicht van de bestaande literatuur en een vrij beperkte visie van het standpunt van de zorgverleners. Deze studie kan de kennis rond deze problematiek bij huisartsen verrijken.

Om de gebreken op lokaal niveau beter in kaart te brengen zal het noodzakelijk zijn om een grotere groep zorgverleners meer in de diepte te ondervragen, en om een gerichte leidraad te hebben voor huisartsen moet een richtlijn opgesteld worden. De opgestelde literatuurstudie kan dienen als startpunt voor een dergelijk onderzoek.

7. Referenties

1. Hoeck S, Van Hal G. Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics2013.
2. Drew SM, Wilkins KM, Trevisan LA. Managing medication and alcohol misuse by your older patients. Current Psychiatry. 2010;9(2):21.
3. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011;40(5):S137-S50.
4. Wadd S, Forrester D. Alcohol problems in old age. The British Society of Gerontology. 2011.
5. Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication—a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? International Journal of Geriatric Psychiatry. 2005;20(7):680-5.
6. Johnson I. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000;15(7):575-81.
7. Wadd S, Lapworth K, Sullivan M, Forrester D, Galvani S. Working with older drinkers. London: Alcohol Research UK. 2011.
8. Huige J, van Boxtel T. Alcohol en ouderen: NIGZ-Alcoholvoorlichting; 2005.
9. De Donder E. Factsheet alcohol. Brussel: VAD. 2014.
10. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. Experimental Gerontology. 2012;47(6):411-6.
11. Health N, Council MR. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia Canberra; 2009.
12. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people–redefining an age old problem in old age. BMJ. 2003;327(7416):664-7.
13. De Wilde K, Petrovic M, Michielsen W. Alcoholmisbruik bij de oudere. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2006;63:25-9.
14. Dufour M, Fuller R. Alcohol in the elderly. Annu Rev Med. 1995;46:123 - 32.
15. Wadd S. Reducing alcohol related harm in older people: a public health approach (Powerpoint presentation): Substance Misuse & Ageing Research Team, University of Bedfordshire; 2014.
16. Svanberg J, Withall A, Draper B, Bowden S. Alcohol and the Adult Brain: Psychology Press; 2014.
17. Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik & definitie bingedrinken. In: VAD, editor.2009.
18. Boomsma L, Drost I, Larsen I, Luijkx J, Meerkerk G, Valken N, et al. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening).
19. IAS Factsheet: Older people and alcohol. London: Institute of Alcohol Studies; 2013.
20. Gisle L. Alcoholgebruik. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014.
21. Noteborn M, Sanderson R, Zwanikken H, Deckers K, van Alphen S. Alcoholproblematiek bij ouderen. Huisarts en wetenschap. 2013;56(5):214-8.

22. Karlsson T, Mäkelä P, Österberg E, Tigerstedt C. A new alcohol environment: Trends in alcohol consumption, harms and policy. Finland 1990–2010. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2010;27(5):497-513.
23. Immonen S. Perspectives on alcohol consumption in older adults [Doctoral Thesis]. Helsinki2012.
24. Weyerer S, Schäufele M, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, Haller F, et al. At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;24(12):1376-85.
25. Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(1):92-7.
26. Wadd S, Galvani S. Working with Older People with Alcohol Problems: Insight from Specialist Substance Misuse Professionals and their Service Users. Social Work Education. 2014 2014/07/04;33(5):656-69.
27. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. In: Wiersma T, Boukes FS, Geijer RMM, Goudswaard AN, editors. NHG-Standaarden 2009: Bohn Stafleu van Loghum; 2009. p. 538-57.
28. O'Connell H, Chin A-V, Hamilton F, Cunningham C, Walsh JB, Coakley D, et al. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2004;19(11):1074-86.
29. Kallmen H, Wennberg P, Ramstedt M, Hallgren M. The psychometric properties of the AUDIT: a survey from a random sample of elderly Swedish adults. BMC Public Health. 2014;14(1):672.
30. Wadd S, Papadopoulos C. Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. BMC Research Notes. 2014;7(1):741.
31. Fink A. Alcohol related problem survey. 2002; Available from: http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/AlcoholUseSurveyforOlderAdults.pdf.
32. Fink A, Tsai M, Hays R, Moore A, Morton S, Spritzer K, et al. Comparing the alcohol-related problems survey (ARPS) to traditional alcohol screening measures in elderly outpatients. Arch Gerontol Geriatr. 2002;34:55 - 78.
33. Aartsen M, Comijs H, Van Tilburg T. Ouderen en verslaving: Een overzichtstudie. Amsterdam: Vrije Universiteit. Rapport uitgebracht aan ZonMW; 2010.
34. Kim JW, Lee DY, Lee BC, Jung MH, Kim H, Choi YS, et al. Alcohol and Cognition in the Elderly: A Review. Psychiatry Investigation. 2012 Mar;9(1):8-16.
35. Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. Age and ageing. 2008;37(5):505-12.
36. Rogers J, Wiese B. Geriatric drinkers: Evaluation and treatment for alcohol overuse. bcmj. 2011;5:7.
37. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care: World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2001.

8. Appendix

Appendix I: DSM-5-criteria 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (18)

Een stoornis in het gebruik van alcohol is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
    - Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
    - Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Onthoudingsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
    - Het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol.
    - Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Appendix II: SMAST-G (10)

When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?

After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?

Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?

Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?

Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?

Do you drink to take your mind off your problems?

Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?

Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?

Have you ever made rules to manage your drinking?

When you feel lonely, does having a drink help?

YES (1) NO (0)

TOTAL S-MAST-G SCORE (0-10) _____

Scoring: 2 or more “yes” responses indicative of alcohol problem.

Appendix III: AUDIT test

The Alcohol Use Disorders Identification Test. (37)

Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					Total	

Appendix IV: Michigan Alcoholism Screening Test - Geriatric Version (MAST-G) (38)

1. After drinking have you ever noticed an increase in your heart rate or beating in your chest?

2. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?

3. Does alcohol make you sleepy so that you often fall asleep in your chair?

4. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?

5. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?

6. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?

7. Do you have rules for yourself that you won't drink before a certain time of the day?

8. Have you lost interest in hobbies or activities you used to enjoy?

9. When you wake up in the morning, do you ever have trouble remembering part of the night before?

10. Does having a drink help you sleep?

11. Do you hide your alcohol bottles from family members?

12. After a social gathering, have you ever felt embarrassed because you drank too much?

13. Have you ever been concerned that drinking might be harmful to your health?

14. Do you like to end an evening with a night cap?

15. Did you find your drinking increased after someone close to you died?

16. In general, would you prefer to have a few drinks at home rather than go out to social events?

17. Are you drinking more now than in the past?

18. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?

19. Do you drink to take your mind off your problems?

20. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?

21. Do you sometimes drive when you have had too much to drink?

22. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?

23. Have you ever made rules to manage your drinking?

24. When you feel lonely does having a drink help?

Scoring: 5 or more "yes" responses indicative of alcohol problem

Appendix V: CAGE test (39)

The questionnaire asks the following questions:

1. Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking?
2. Have people Annoyed you by criticizing your drinking?
3. Have you ever felt Guilty about drinking?
4. Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

Two "yes" responses indicate that the possibility of alcoholism should be investigated further.

Universitair Ziekenhuis Gent
Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT
COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Inwendige Ziekten & Geriatrie
Kliniekgebouw 2 - 1e verdieping
Prof. dr. Mirko PETROVIC
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0397	02-feb-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Problematisch alcoholgebruik bij de ouderen: een kwalitatieve studie binnen de eerste lijn. MAnaMA Laure-Ann Quenon.

Belgisch Registratienummer: B670201420830

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (volledig ontv. 3/04/2014)
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 28/10/2014 (ontv. 29/10/2014) opmerkingen EC dd. 11/04/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier fase 1 en fase 2 (aangepaste versie ontv. 02/02/2015)
* Interviewguide fase 2 (aangepaste versie ontv. 02/02/2015)

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. M. PETROVIC ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 2/02/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/02/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 2/02/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/02/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/02/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/02/2015

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0397	02-feb-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0397

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. J. KAUFMAN

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be