



Addendum Ouderen en verslaving

Bij het CGT-protocol voor
problematisch middelengebruik
en gokken

Rob H.L.M. Bovens

© 2018 Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort

Alle rechten voorbehouden.

Auteur

Mr. dr. R.H.L.M. Bovens
Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn
School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University



Geraadpleegde deskundigen

Julia van den Berg (Brijder/Parnassia)
Dick van Etten (Arkin Basis GGZ)
Roelof Risselada (VNN)
Annie van der Kooij (GGZ Centraal)
Daniëlle Schoonbrood (Arkin)
Stan van de Ven (GGZ Breburg)
Rob Kok (Brijder/Parnassia)
Maaïke Dijkstra (Parnassia/Bavogroep)
Susanne Weingart (Trimbos-instituut)
Henk-Willem Altena (Tactus)

Vormgeving

Inktwerk, De Meern

Uitgave

Stichting Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving in samenwerking met Perspectief Uitgevers.



Stichting Resultaten Scoren, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort
www.resultatenscoren.nl
info@resultatenscoren.nl



Perspectief Uitgevers, Korte Nieuwstraat 6 R, 3512 NM Utrecht
www.zorg-perspectief.nl | www.perspectiefuitgevers.nl
info@perspectiefuitgevers.nl

Verschenen

Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken [tweede druk]
ISBN 978 94 92121 080

Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren
ISBN 978 94 92121 233

Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren
ISBN 978 94 92121 240

(H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg
ISBN 978 94 92121 226

Handleiding CGT-J Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik, gokken en gamen bij jongeren
ISBN 978 94 92121 318

Handleiding CGT+ cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
ISBN 978 94 92121 172

Werkboek CGT+
ISBN 978 94 92121 196 [set van twee exemplaren]

Handleiding 1 korte individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 004

Werkboek 1 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 097 [set van vier exemplaren]

Handleiding 2 individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken [tweede druk]
ISBN 978 94 92121 028

Werkboek 2 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 103 [set van vier exemplaren]

Handleiding 3 korte groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 042

Werkboek 3 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 110 [set van vier exemplaren]

Handleiding 4 groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 066

Werkboek 4 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 127 [set van vier exemplaren]

Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 134

Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 141

Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 165 [set van drie exemplaren]

1 Inleiding

Aanleiding is de vraag of met de komst van het handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken (Schippers, Smeerdijk & Merkx, 2014) er behoefte bestond aan een afzonderlijk protocol voor de doelgroep ouderen (55-plus), dan wel kon worden volstaan met een addendum bij de vier protocollen voor volwassenen. Dit mede in de wetenschap dat er meer signalen komen, dat vooral het gebruik van het middel alcohol bij steeds meer ouderen leidt tot gezondheids- en verslavingsproblemen.

Bij de landelijke werkgroep ouderen en alcohol binnen de verslavingszorg en in de stuurgroep Resultaten Scoren (opdrachtgever) leefde de overtuiging dat gekozen kon worden voor een addendum bij de groeps- en individuele protocollen voor volwassenen, en dus niet voor een afzonderlijk protocol voor deze leeftijdsgroep. Dit is anders dan bij de doelgroep jongeren, waarbij sprake is van een aparte Richtlijn CGT Jeugd. Daarmee wordt ook het advies gevolgd, dat een landelijke expertgroep in 2013 aan de stichting Resultaten Scoren formuleerde (Bovens, Weingart & Van Etten, 2013).

In 2010 is door Breburg GGZ en Novadic Kentron een afzonderlijke groepsversie leefstijl geschreven (Duine et al, 2010).

Dit document en het nieuwe handboek zijn als vertrekpunt gekozen voor dit addendum.

Waar in dit addendum over ouderen wordt gesproken is als leeftijdsgrens gekozen voor 55-plus. Dit sluit aan bij het eerder aangehaalde advies (Bovens, Weingart & Van Etten, 2013). De opstellers kunnen zich voorstellen dat in de praktijk de nadruk zal liggen op de doelgroep 60 jaar en ouder.

2 Prevalentie

Prevalentie verslaving bij ouderen: alcohol

Ouderen met verslavingsproblematiek als afzonderlijke doelgroep komen begin deze eeuw in de belangstelling, vooral in relatie tot het middel alcohol. Startpunt was min of meer een themamiddag rondom dit onderwerp, georganiseerd door de campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' september 2004 bij het NIGZ (Leerdam, 2004; Huige & Van Bortel, 2005). Aan de hand van de LADIS-cijfers van de stichting IVZ werd geconstateerd dat in 10 jaar tijd het aantal 55-plussers met alcoholproblematiek in de verslavingszorg meer dan verdubbeld was. Sindsdien werden jaarlijks factsheets uitgebracht, waaruit bleek dat deze trend zich nog lang doorzette (zie o.a. Bovens et al, 2014). In 2015 waren er volgens het Landelijk Alcohol en drugs informatiesysteem (LADIS, online dashboard SIVZ) **8.282** 55-plussers primair voor alcoholproblematiek in zorg, ruim **28%** van de totale alcohol-clientèle. In 2006 was dit nog **20%**.

Volgens LADIS is **31.2%** van de 55-plussers met alcoholproblematiek in 2015 een vrouw, onder 55 jaar is dit **26.5%**. Tien jaar eerder was dit niet anders (**31.2%** resp. **25.9%**).

Uit een recent onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt, dat in de algemene bevolking in de groep 55-70 jaar bij **21,2%** sprake is van matig alcoholgebruik (vrouwen > 7 glazen en < 15 glazen, mannen > 7 glazen en < 22 glazen) en bij **6,7%** van de 55-70-jarigen sprake is van overmatig alcoholgebruik (vrouwen > 14 glazen p/week, mannen > 21 glazen p/week)¹. Bij 23-54 jarigen is dit resp. **13,7%** en **3,8%**. Het percentage 55-plussers dat minimaal maandelijks binge drinkt is **13,1%** (Veerbeek, Heijkants & Willemse, 2017) .

Prevalentie verslaving bij ouderen: overige middelen

Wat betreft drugsgebruik werd in een adviesrapport, geschreven door het Trimbos-instituut in opdracht van de stichting Resultaten Scoren in 2013 al geconstateerd, dat vooral de populatie opiaatverslaafden in Nederland in een snel tempo vergrijsst en daalt. Het beeld is sinds het verschijnen van dit advies niet gewijzigd: uit het dashboard van LADIS is wat betreft opiaten bij 55-plussers sinds 2012 jaarlijks een toename te zien van ca. 10%, slechts een vijfde hiervan betreft echter nieuwe inschrijvingen. Het merendeel is dus te wijten aan vergrijzing. Ook verslaving aan andere harddrugs komt onder 55-plussers weinig voor. Wel zien we een opvallende stijging van de cannabisproblematiek in deze leeftijdscategorie. Sinds 2012 is deze met ca. 50% toegenomen waarbij de nieuwkomers jaarlijks ca. 25% deel uitmaken van de totale populatie 55-plussers met cannabisproblematiek.

Naast alcohol en drugs kampt een stabiel aantal van ca. 200 55-plussers in het LADIS-bestand met medicijnverslaving (jaarlijks een derde nieuwe cliënten) en bijna 250 met gokproblemen (eveneens een derde nieuwe cliënten).

Ook de combinatie van alcohol en geneesmiddelenverslaving treedt bij 55-plussers in de verslaving veelvuldig op: uit een panelonderzoek vanuit het Nationaal Ouderenfonds onder 1900 panelleden blijkt 44% van de overmatig drinkende vrouwen en 25% van de overmatig drinkende mannen in deze leeftijd slaapmiddelen, sedativa of pijnstillers te gebruiken (Veerbeek, Heijkants & Willemse, 2017)².

¹ Uit deze cijfers blijkt, dat in de groep 55-70 jaar 27.9% boven de normen van de gezondheidsraad drinkt (> 7 glazen), in de leeftijdsgroep 23-54 is dit 17.5%.

² In de leefstijlmonitor 2016 van het RIVM worden hogere percentages aangegeven, maar vanwege het hanteren van andere leeftijdsgrenzen worden die hier niet gepresenteerd.

3 Alcoholgebruik ouderen nader bekeken

Early-onset en late-onset

Ouderen kunnen onderverdeeld worden in twee soorten drinkers: early-onset en late-onset drinkers (Johnson, 2000). Bij de early-onset groep komt problematisch alcoholgedrag al vroeg in het leven voor. Tot de late-onset drinkers behoren ouderen die gaan drinken naar aanleiding van een ingrijpende gebeurtenis, zoals pensionering, verhuizing naar een verzorgingshuis of overlijden van naasten (NIGZ, 2005). Ouderen die alcohol als slaapmutsje gaan gebruiken om lichamelijke klachten te verlichten of simpelweg omdat ze verveeld en alleen zijn, behoren eveneens tot de groep van late-onset drinkers (Herring & Thom, 1997). Bovendien vertonen ouderen een aantal specifieke risicoprofielen voor problematisch alcoholgebruik, zoals relatief vaker een lagere kwaliteit van het huwelijk, minder deelname aan sociale activiteiten, de goedkeuring van vrienden om te drinken en een hoger inkomen (Aartsen, 2011).

Sinds 2006 is 20-25% van de 55-plussers met alcoholproblematiek in zorg iemand die voor de eerste keer bij de verslavingszorg komt (online Ladis Dashboard, 2006-2015). Dit is vooralsnog de enige indicatie voor de mate van verdeling tussen early-onset en late-onset drinkers onder de 55-plussers. Daar komt bij dat men het niet eens is over het afkappunt in leeftijd tussen early- en late-onset problematiek (Johnson, 2000).

Uit de literatuur blijkt dat zowel early- als late-onset drinkers eenzaamheid, gebrek aan sociale steun en depressies rapporteerden voorafgaand aan het drinkgedrag (Noteborn et al, 2014). Early-onset drinkers zijn vaker van woonplaats veranderd, hadden vaker een intoxicatie en zijn bekend met ernstigere vormen van depressie en angst vergeleken met late-onset drinkers. Bovendien is bij early-onset drinkers vaker sprake van persoonlijkheidsproblematiek (Watson et al, 1997), worden meer dak- en thuislozen gezien, is de sociaal-economische status minder en zijn er vaker alcoholproblemen in de familiegeschiedenis vergeleken met late-onset drinkers (Liberto & Oslin, 1995; Rigler, 2000). Voorts zijn early-onset drinkers meer geneigd om een behandeling vroegtijdig te beëindigen (Schonfeld & Dupree, 1991). Late-onset drinkers ervaren meer voldoening in hun leven en zijn meer gemotiveerd voor behandeling en het behandelverloop is gunstiger vergeleken met de early-onset groep (Aartsen, 2011). Vrouwen blijken vaker late-onset drinker (Herring & Thom, 1997; Aartsen, 2011).

Babyboomers

De indruk bestaat, dat de geconstateerde groei van het aantal 55-plussers met alcoholproblematiek in de laatste decennia voornamelijk late-onset drinkers betreft. Hier is geen hard bewijs voor, behalve dat in de jaren dat de groei het grootste was (tussen 1995 en 2010) het aantal cliënten dat voor het eerst in behandeling was tussen de 25% en 35% van het totaal aantal ingeschreven 55-plussers met alcoholproblematiek uitmaakte (Weingart, 2009). De laatste 7 jaar is dit stabiel rond de 20% (online Dashboard LADIS).

Een feit is wel, dat de generatie die tussen 1945 en 1955 geboren is en babyboomers wordt genoemd, de eerste generatie was die van de verkregen welvaart vanaf de jaren zestig heeft geprofiteerd. Deze generatie kreeg te maken met meer vrije tijd (geen zaterdag meer werken, invoering van de 36-urige werkweek in veel sectoren, vroegtijdig stopte met werken door diverse regelingen) en ging veelvuldig met vakantie in Zuid-Europa, traditioneel een gebied waar bij de warme maaltijd (dus vaak twee keer per dag) wijn wordt gedronken.

Deze gewoonten werden veelvuldig gekopieerd en werkten in meer welgestelde kringen als statusverhogend (zie bijv. Van Kooten, 1984). Hierop werd veelvuldig ingespeeld door de commercie die niet naliet te benadrukken dat bij een goede maaltijd toch zeker altijd wel een mooie fles wijn hoort. Een en ander leidde ertoe, dat sinds de jaren '60 het alcoholgebruik in Nederland steeg van 2.6 liter per hoofd van de bevolking op jaarbasis naar 8 liter in de jaren '80. Dit getal daalde licht de laatste decennia, maar gerekend **per drinker** wordt nog steeds zo'n 10 liter pure alcohol geconsumeerd op jaarbasis (Van Laar et al, 2018). Sinds 2015 wordt uitgebreid onderzoek gedaan naar de sinds dat jaar bestaande IkPas-actie (30 of 40 dagen zonder alcohol), die zich voornamelijk richt op de frequente drinker, voor wie het gebruik van alcohol bij veel gelegenheden normaal is geworden.

Uit het onderzoek blijkt, dat naarmate de leeftijd van de deelnemer hoger is, deze ook frequenter drinkt. Zo dronk **3%** resp. **1%** van de 25-minners in de onderzoeken naar IkPas 2016 en 2017 op 7 dagen in de week, van de 65-plussers deed **60%** resp. **53%** dit (Bovens, Schuitema en Schmidt, 2016; Bovens, 2017).

Uit een panel-onderzoek van Plusmagazine onder 50-plussers blijkt, dat 50% van de mannen en 35% van de vrouwen op minimaal 4 dagen in de week drinkt. De respondenten in dit onderzoek rapporteerden bovendien, dat dit 15 jaar eerder bij 35% van de mannen en 20% van de vrouwen het geval was (Ligtenberg, 2014).

De trends zijn wereldwijd dezelfde (zie voor de US o.a. Benjamin Han et al, 2017; voor de UK: Rao, Schofield & Ashworth, 2015).

Tot slot dient opgemerkt te worden dat bovenstaande ontwikkelingen het gebruik van alcohol in onze samenleving heeft genormaliseerd. Alcohol heeft een grotere rol gekregen: voor de gezelligheid, als troost, als tijdverdrijf, als hobby. Ouderen zijn minder snel geneigd om hier een probleem in te zien, elkaar op hun alcoholgebruik aan te spreken of zelf hulp te zoeken. Bovendien zijn zij op een leeftijd gekomen dat zij zelf hierop minder aangesproken willen worden en bovendien al snel de overtuiging hebben, dat zij die 'borrel' intussen wel verdiend hebben na een leven lang werken.

4 Risico's en aandachtspunten bij de behandeling van ouderen

Lichamelijk

Ouderen zijn een risicogroep voor riskant en schadelijk alcoholgebruik die extra aandacht verdient. Zij hebben een verhoogde kwetsbaarheid voor alcohol. Er is sprake van een afname van lichaamsvocht met de jaren, een relatieve toename van vet en verminderde werking van lever (vaak ook door polyfarmacie), een verminderde werking van de nieren en een verouderend centraal zenuwstelsel. Dit leidt bij ouderen bij dezelfde hoeveelheid alcohol tot hogere bloedspiegels, lagere tolerantie en snellere intoxicatie en orgaanschade. Voor ouderen werd tot voor kort aanbevolen niet meer dan 7 glazen alcohol per week te drinken en niet meer dan 2 tot 3 glazen per gelegenheid (American Geriatrics Society, 2003; Dufour & Fuller, 1995; NHG, 2005).

Sinds het nieuwe advies van de Gezondheidsraad van eind 2015 wordt aanbevolen liever niet te drinken en zo ja, dan niet meer dan één glas per dag (Gezondheidsraad, 2015). Daarnaast hebben ouderen gemiddeld meer en langduriger gezondheidsproblemen dan volwassenen op jongere leeftijd, hun weerstand neemt ook af. De totale ziektelast in 2015 (DALYS) was het hoogst bij 65-plussers (50%) in vergelijking met volwassenen (44%) en kinderen en jongeren onder 15 jaar (6%) (Volksgezondheidszorg.info, (2017)). Terwijl de 65-plussers slechts 19% van de Nederlandse bevolking uitmaken vs. 65% volwassenen en 16% kinderen en jongeren (PopulationPyramid.net (2017)).

Als gevolg van deze gezondheidsproblemen gebruiken 65-plussers driemaal zoveel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij 75-plussers is dit zelfs ruim vijfmaal zo veel (SFK, 2015). Bovendien worden medicijnen door ouderen overwegend chronisch gebruikt. Het overgrote deel van de medicatie bij ouderen betreft het hart- en vaatstelsel en het endocriene stelsel, zoals bloedverdünnende middelen (60%), bètablokkers (47%), ACE-remmers (31%), cholesterol-verlagende middelen (44%) en bloedglucoseverlagende middelen (19%). Ook worden maagzuurremmers, laxemiddelen en kalmeringsmiddelen, en slaapmiddelen in deze groep vaak voorgeschreven.

Van veel medicijnen is bekend dat ze niet goed samengaan met alcoholconsumptie, wat in sterkere mate geldt voor combinaties van medicijnen (zie bijlage 1). Zo versterkt alcohol de versuffende werking van slaap- en kalmeringsmiddelen en heeft het een remmende werking op antidepressiva en antibiotica. Overmatige alcoholgebruikers roken meer en vertonen minder fysieke activiteit (Veerbeek, Heijkants & Willemsse, 2017). Deze leefstijlproblematiek speelt vaak een rol bij veel voorkomende gezondheidsklachten als diabetes, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en overgewicht.

De gevolgen van een teveel aan alcohol worden bij ouderen in eerste instantie zichtbaar op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Alcoholgerelateerde problemen op crimineel of werkgerelateerd gebied komen bij ouderen zelden voor, wat de herkenning kan bemoeilijken. Riskant en schadelijk alcoholgebruik kan bij ouderen leiden tot een diversiteit aan lichamelijke klachten, zoals maag- en darmproblemen, incontinentie, moeheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen (www.alcoholinfo.nl). Recent bleek uit een studie van Veiligheid.nl, dat zowel op het terrein van alcoholgerelateerde ongevallen en geweld als met betrekking tot alcoholvergiftigingen het ziekenhuisbezoek in de leeftijdsgroep 55-plus het meest was gestegen (Valkenberg & Nijman, 2017).

Psychisch en sociaal

Bij ouderen komt veel 'stille' problematiek voor. Bijna een kwart van de ouderen heeft een psychische stoornis, met als meest voorkomende angststoornissen (10%) (Bremmer et al, 1997), dementie (7%) (Ott et al, 1996) en depressie (2%) (Beekman et al, 1997). Psychische problemen kunnen leiden tot overmatig alcoholgebruik (drinken als coping-mechanisme), maar ook ontstaan of versterkt worden door het drinken (Blow, 2007; Kirchner et al, 2007). Hoe langer de comorbiditeit duurt, hoe complexer deze wordt. De oorspronkelijke relatie wordt dan een vicieuze cirkel waarbij de stoornissen elkaar versterken (Snoek, Wits & Meulders, 2012).

Een ander oorzaak voor overmatig alcoholgebruik (en andere gezondheidsproblemen) vormt eenzaamheid (Van der Zwet en van der Maat, 2016), zowel emotionele eenzaamheid (afwezigheid van een intieme relatie of emotioneel hechte band met een partner, familie of hartsvriend (in) als sociale eenzaamheid (gemis van betekenisvolle relaties met een bredere groep van mensen om je heen) (Van Tilburg en De Jonge Gierveld (2007). Daarnaast wordt steeds meer gesproken van 'existentiële eenzaamheid', verwijzend naar het individuele verlangen naar een zinvol leven, naar het gevoel ertoe te doen en op je plek te zijn (Jorna, 2012). Alle drie de vormen van eenzaamheid komen bij ouderen relatief veel voor, bijv. ten gevolge van partnerverlies (emotioneel), kleiner gaan wonen/verhuizen (sociaal) of stoppen met werken (existentieel).

Cognitief

Het verouderingsproces kan een behoorlijke impact hebben op het cognitief vermogen van ouderen. (Werk)geheugen, snelheid van denken, concentratie en aandacht zijn functies die relatief minder worden bij het vorderen van de leeftijd (Burgmans, Jolles & Uyling, 2010). Dit zijn overigens functies die ook beïnvloed kunnen worden door bovenmatig alcoholgebruik (Walvoort, Wester & Egger, 2013). Dit is de reden waarom er soms moeilijk onderscheid gemaakt kan worden tussen Korsakov en (beginnende) dementie (Walvoort, Wester & Egger, 2013).

In ieder geval dient bij de behandeling van ouderen met de achteruitgang van deze cognitieve vermogens rekening te worden gehouden. Van invloed is mogelijk ook, dat ouderen alertheid kunnen missen door verminderd gezichts- en/of gehoorvermogen. Het gevolg hiervan kan zijn dat afhankelijk van de draagkracht van de betrokkene en het oordeel van de behandelaar sessies soms verspreid zullen moeten worden over meerdere bijeenkomsten. De ervaring van diverse behandelaars is dat het tijdsbeslag voor de training CGT ca. 30% hoger ligt.

5 Voorbereiding CGT

Op zichzelf rechtvaardigen de eerder besproken kenmerken bij ouderen al om een goede voorbereiding en inbedding van de behandeling van ouderen met verslavingsproblematiek. Maar ook andere aspecten kunnen hier nog de aandacht in vragen. Zo kan er sprake zijn van verminderde mobiliteit door lichamelijke beperkingen, instabiliteit en incontinentie. Ook kunnen praktische zaken een rol spelen als financiële problemen (vraagt eventueel om een doorverwijzing naar de schuldhulpverlening), problemen met zelfzorg en/of de zorg voor het huishouden (vereist mogelijk inschakeling van de thuiszorg). Dit betekent dat er bijzonder gelet moet worden op al deze aspecten in de screening vooraf. Maar ook moet in het voorbereidende gesprek voor de CGT, dat bij voorkeur bij de betrokkene thuis plaats moet vinden getoetst worden op deze en andere zaken die mogelijk een ongestoorde voortgang van de CGT kunnen belemmeren. Daarom kan het nuttig zijn om een familielid, kennis, vriend of andere potentiële mantelzorger bij het gesprek te betrekken om motivatie en deelname te helpen borgen en steun voor de patiënt te mobiliseren. Daarbij kan er ook een afspraak gemaakt worden voor deelname van die steunverlener aan de CGT-sessie, waarbij een relevante ander aanwezig is.

Naast de MATE bij de intake wordt aanbevolen om waar het kan in alle gevallen de betrokkene te onderwerpen aan:

- Een cognitieve screening (MoCA). Zie www.mocatest.org
- Een lichamelijk onderzoek (Swolfs, Boerkoel & Rijders, 2011)
- Een laboratoriumonderzoek (idem, 2011)
- Een medicatiereview (zoals vervat in de KNMP-Richtlijn medicatiebeoordeling)

Op basis van de resultaten van een dergelijke uitgebreide screening kan dan besloten worden of CGT de aangewezen route is, dan wel kunnen alternatieven voorgesteld worden als bijv. het programma Fris Verder. Het gaat erom of iemand cognitief in staat is de instructies in de groeps- of individuele CGT te volgen. Buiten het genoemde instrumentarium is de klinische blik van de intaker hierbij van belang. Wellicht kan tijdens de intake al enige vorm van psycho-educatie gegeven worden en kan gekeken worden of dit begrepen wordt of beklijft. Sowieso is de ervaring dat bij ouderen ruim aandacht wordt gegeven aan een speciale introductie en voorbereiding met de cliënt (de tijd nemen om het uit te leggen, het zo nodig enkele malen herhalen, gerichte documentatie meegeven en bij vragen kan er gebeld worden). Dit dient dan door de trainer(s) zelf te gebeuren. De kennismaking met de trainers dient om vertrouwen te winnen. Het starten met de behandeling is niet alleen afhankelijk van de inhoud van de training maar vooral ook van vertrouwen in de persoon van de trainer. Bovenstaand overziend gevoegd bij de ervaring die diverse instellingen hebben dient er mee rekening gehouden te worden dat bij ouderen vaak één intakegesprek niet volstaat, soms zijn er wel drie nodig.

Tot slot: Naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en medicatiereview kan blijken dat problemen behandeld moeten worden, medicatie gesaneerd moet worden, en vitamines (thiamine, vitamine B complex en vitamine C) moeten worden voorgeschreven. Bij bijv. problemen met het gezicht of gehoor zou verwezen kunnen worden naar opticien of audicien (indien corrigeerbaar).

6 Wat wel en wat niet binnen het kader van de reguliere CGT?

De CGT-protocollen kennen strikte schema's die weliswaar ruimte geven om diverse sessies uit te spreiden over meerdere bijeenkomsten, maar dan wel voorbehouden aan de opzet en thema's binnen het protocol.

Buiten het kader van de CGT vallen:

- Ruime aandacht voor depressie- en angststoornissen en voor eenzaamheidsproblematiek
- De in divers onderzoek geconstateerde behoefte aan meer uitwisseling, delen van levensverhalen en aandacht voor groepsdynamische processen
- Aandacht voor verbetering van lichamelijke kwaliteit
- Nieuwe ontwikkelingen als CBM-trainingen, EMDR, dramatherapie, verbeteren slaapkwaliteit, etc.

Depressie en angststoornissen; traumatische ervaringen; eenzaamheid

Zowel voor depressie-, angstproblemen en symptomen n.a.v. traumatische ervaringen, als voor eenzaamheidsproblematiek geldt dat deze binnen het kader van de CGT Middelengebruik en gokken moeilijk aangeboden kunnen worden. Wat betreft angst- en depressie-stoornissen en traumaklachten kan parallel aan de CGT-behandeling een traject opgestart worden volgens de multidisciplinaire richtlijnen van de betreffende stoornis (De Wildt en Vedel, 2014). Wat betreft eenzaamheid wordt aanbevolen om tijdens of naar aanleiding van het voorgesprek of naar aanleiding van de signalering tijdens de behandeling afzonderlijk te analyseren wat de mogelijkheden en motivatie van betrokkene zijn voor het aanpakken hiervan (Van der Zwet en van der Maat, 2016).

Vervolgens dient hierbij dan een passende interventie gekozen te worden, waarbij de volgende factoren inde literatuur (Van der Zwet en Van der Maat, 2016) als werkzaam worden gezien:

Voor alle leeftijdsgroepen:

- Interventies waarbij gewerkt wordt aan het verminderen van negatieve gedachten hebben meer effect dan interventies die gericht zijn op sociale steun (bijvoorbeeld huisbezoeken), interventies gericht op het verbeteren van sociale vaardigheden, of interventies die de mogelijkheden voor sociale interactie willen vergroten (bijvoorbeeld ontmoetingsactiviteiten).
- Met name interventies waarin gewerkt wordt met Sociaal cognitieve training om de negatieve spiraal te doorbreken, verminderen eenzaamheid.

Voor ouderen:

- Groepsinterventies kunnen werken. Dat geldt vooral voor interventies met een educatief of trainingselement gericht op het onderhouden en verbeteren van het sociale netwerk, en interventies die gericht zijn op sociale activiteiten en sociale steun.³
- Activiteiten gericht op het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde en persoonlijke controle kunnen de lange termijn effectiviteit van groepsinterventies mogelijk vergroten.
- Er is enig bewijs dat computer- en internettraining en het gebruik van technologie effectief zijn om eenzaamheid te verminderen.

³ Dit lijkt overigens strijdig met hetgeen gesteld wordt onder de eerste passage bij 'Voor alle leeftijdsgroepen'.

Groepsdynamica; bijzondere aandacht voor levensfaseproblematiek; aandacht voor sport en beweging

Onafhankelijk van elkaar zijn op diverse locaties in het land bewegingen ontstaan, waarbij behandelaars meer aandacht zijn gaan schenken aan aspecten die in het bijzonder gelden voor de ouderenpopulatie, zoals levensfaseproblematiek, lichamelijke (on)gezondheid. Dit is een ontwikkeling die al eerder geconstateerd was in het advies aan Resultaten Scoren van 2013 (Bovens, Van Etten & Weingart, 2013).

Ofwel heeft dit al eerder geleid tot een afzonderlijk geprotocolleerd programma (Hermes, Van Etten & Van den Berg, 2016), optioneel uitgebreid met een dramamodule, ofwel is een dergelijk uitgebreid programma het resultaat van toevoegingen aan een van de voorlopers van het huidige CGT-aanbod, de standaardvariant groepsgerichte leefstijltraining voor volwassenen (Duine et al, 2010).

Deze programma's kunnen niet meer gezien worden als een zuivere uitvoering van het CGT-protocol en zijn in Nederland nog niet wetenschappelijk onderzocht. Ze lijken nog het meest op programma's, zoals deze in de VS wel zijn onderzocht en effectief zijn bevonden (CSAT, 2005).

Andere parallele behandelingen

- Een CGT-training moet waar geïndiceerd vooraf gegaan worden door of tegelijkertijd aangeboden worden met een ambulante detox. In ieder geval kan medicamenteuze ondersteuning bij de verandering van verslavingsgedrag in combinatie met de training aangeboden worden.
- Diverse instellingen voor verslavingszorg bieden parallele trajecten aan met zelfhulp-groepen.
- In een expertmeeting met diverse experts op het terrein van behandeling en preventie van verslavingsproblematiek van ouderen in december 2017 werd daarnaast gepleit voor het simultaan aanbieden van de interventie IkPas, die sedert 2015 in Nederland landelijk wordt georganiseerd (zie o.a. Bovens, Schuitema & Schmidt, 2017).
- Een recent replicatie-onderzoek laat zien dat met name oudere alcoholverslaafde patiënten baat hebben bij een zogenoemde CBM-training (Cognitieve Bias Modificatietraining). Een CBM-training laat patiënten achter een computer afbeeldingen van alcohol van zich afduwen en afbeeldingen van frisdrank naar zich toe trekken. Anders dan bij cognitieve gedragstherapie heeft deze training als doel de informatieverwerking te veranderen door het herhaaldelijk uitvoeren van een taak in plaats van het expliciet uitdagen van niet-functionele opvattingen en denkbeelden. Aangezien oudere patiënten beter reageren op deze interventie dan jongere, lijkt een CBM-training een zinvolle aanvulling op het reguliere aanbod (Eberl et al, 2013). Aanbevolen wordt hier verder onderzoek naar te doen.
- Bij GGZ Breburg bestaat de ervaring, dat juist het ondergaan van de aangepaste leefstijl-training, indertijd samen met Novadic-Kentron ontwikkeld (Duine et al, 2010) cliënten kan stimuleren en motiveren tot het ondergaan van andere behandelingen, zoals EMDR bij verliesverwerking.

Literatuur

- Aartsen, M.J. (2011). Substance use and abuse among older adults: a state of the art. In T. Uehara (Ed.), *Psychiatric disorders: Trends and developments* (pp. 389-403). Rijeka, Croatia: InTech
- American Geriatrics Society (2003). *Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults*. New York, AGS. Dufour & Fuller, 1995; NHG, 2006
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Tilburg, T.G. van, Schroevers, R.A., Smit JH, Hooijers, C., et al. (1997). Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: Een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 39: 294-308
- Blow F.C. (2007). Late life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:14-23
- Bovens, R.H.L.M. (2017). Resultaten IkPas 2107. Factsheet. Tilburg, Tranzo Tilburg University.
- Bovens, R.H.L.M., Schuitema, A. & Schmidt, P.M. (2017). IkPas: een definitieve breuk met het verleden? *Verslaving*, 13:208-222
- Bovens, R.H.L.M., Schuitema, A. & Schmidt, P.M. (2016). Resultaten IkPas 2016. Factsheet. Zwolle, Windesheim.
- Bovens, R.H.L.M., van Etten, D.M., & Weingart, S.W.S.M. (2013). *Advies ouderen en verslaving*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren
- Bremmer, M.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Balkom, A.J.L.M. van, Dyck, R. van, Tilburg, W. van (1997). Angststoornissen bij ouderen: Prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39: 634-48
- Burgmans, S., Jolles, J. & Uylings, H. (2010). Cognitieve veroudering en veranderingen in de structuur en functie van de hersenen: een nieuw perspectief. *Neuropraxis*, 14(3), 59-63.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2005). *Treatment Improvement Protocol (TIP)*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- Dufour, M., Fuller, R.K. (1995). Alcohol in the elderly. *Annu Rev Med*. 1995; 46:123-32.
- Duine, H., Ven, S. van de, Linden, A. van der & Gottmer, P. (2010). *Leefstijltraining voor ouderen. Handleiding voor de trainer*. Vught, Novadic-Kentron/Tilburg, GGZ Breburg.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.
- Gezondheidsraad (2015) *Richtlijnen Goede Voeding 2015*. Den Haag, Gezondheidsraad.
- Hermes, J.S.J., Van Etten, D.M. & Van den Berg, J.F. (2016). *Fris Verder. Een groepsaanbod voor ouderen met alcoholproblemen*. Tijdschrift voor verpleegkundige experts
- Herring, R., & Thom, B. (1997). Alcohol misuse in older people: the role of home care. *Health and Social Care in the Community*, 5(4), 237-245.
- Huige, J. & Boxtel, T. van (2005). *Alcohol en ouderen*. Factsheet. Woerden, NIGZ.
- Johnson, I. (2000). Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 575-581
- Jorna, A.A.M. (2012). *Mag een mens eenzaam zijn? Studies naar existentiële eenzaamheid en zingeving*. Amsterdam, SWP.
- Kirchner JE, Zubrisky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, et al (2007). Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med*; 22:92-97
- Leerdam, A. (2004). *Alcohol en Ouderen. Studiemiddag over alcoholgebruik door ouderen en daarmee samenhangende problematiek in verpleeg- en verzorgingstehuizen*, 30 september 2004. Woerden, NIGZ.

- Laar, M.W. van, Gestel, B. van, Cruts, A.A.N., Pol, P.M. van der, Ketelaars, A.P.M., Beenackers, E.M.T., Meijer, R.F., Croes, E.A. & Brunt, T.M. (2018). Jaarbericht Nationale Drug Monitor 2017. Den Haag, WODC/Utrecht, Trimbos-instituut
- Liberto, J.G., & Oslin, D. W. (1995). Early versus late onset alcohol disorder in the elderly. *International Journal of Addiction*, 30, 1799-1818
- Ligtenberg, D. (2014), De fles eruit of ik eruit, als alcohol je relatie onder druk zet. *Plusmagazine*
- Meerkerk G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H., Weisscher, P.J., Njoo, K., Boomsma, L.J. (2005). NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap*; 48;284-95.
- Noteborn, M.W.J., Sanderson, R.A.M., Deckers, K., Jansen op de Haar, M.M.B.B. & Alphen, S.P.J. van (2014). Alcoholproblematiek bij ouderen. Is dit nou m'n laatste van gister of m'n eerste van vandaag?: (van Kooten & de Bie). *GZ Psychologie*, uitgave 3.
- Ott, A., Breteler, M.M.B., Birkenhägert Gillesse, E.B., Harskamp, F. van, Koning, I. de, Hofman, A. (1996). De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson: Het ERGO-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 140: 200-205
- PopulationPyramid.net d.d., opgezocht 19-12-2017
- Rao, R., Schofield, P., Ashworth, M. (2015). Alcohol use, socioeconomic deprivation and ethnicity in older people. *BMJ Open*. Aug 24; 5(8):e007525.
- Rigler, S.K. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician* 61, 1710-1725
- Schippers, G.M., Smeerdijk, M. & Merckx, M.J.M. (2014, 2016). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Perspectief Uitgevers/Resultaten Scoren.*
- Schonfeld, L. & Dupree, L.W. (1991). Antecedents of drinking for early- and late-onset elderly alcohol abusers. *J Stud Alcohol*. 1991 Nov; 52(6):587-92.
- Snoek, A., Wits, E. & Meulders, W. (2012). Richtlijn Middelenmisbruik of –afhankelijkheid en angststoornissen: Addendum bij de MDR Angststoornissen. Versie 1.0. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid. Amersfoort, Resultaten Scoren.
- Swolfs, S.N., Boerkoel, R.A., Rijnders, C.A.T (2011). De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 53, iss. 4, pp. 201-210.
- Valkenburg, H. & Nijman, S. (2017). *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol*. Amsterdam, Veiligheid.nl.
- Van Buren, H.C.S., Colijn C.G., Eimermann V.M., De Gier J.J., Neutkens, S.W.G. (2013). *Commentaren medicatiebewaking 2012/2013*. Houten: Boekbinderij Van Hees, Zaltbommel
- Van Kooten, K. (1984). *Modermismen. Verhalen*. Amsterdam, De Bezige Bij BV.
- Van Tilburg, T.G. & Jong-Gierveld, J. de (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen, Van Gorcum.
- Van der Zwet, R. & Maat, J.W. van der (2016). *Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid*. Utrecht, Movisie.
- Veerbeek, M., Heijkants, C. & Willemse, B. (2017). *Alcoholgebruik onder 55-plussers*. Utrecht: Trimbos Instituut
- Volksgesondheidszorg.info, opgezocht d.d. 19-12-2017
- Walvoort, S.J.W., Wester, A.J. & Egger, J.I.M. (2013). Neuropsychologische diagnostiek en cognitieve functies bij alcoholabstinentie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (2), pp. 101-111
- Watson, C.G., Hancock, M.B.A., Gearhart, L.P.M., Malovrh, P., Mendez, C.B.S., & Raden, M.B.A. (1997). A comparison of the symptoms associated with early and late onset alcohol dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 507-509
- Weingart, S.W.S.M. (2009). *Factsheet alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bijlage 1 Alcohol en medicijnen

Uit: Van Buren HCS, Colijn CG, Eimermann VM, De Gier JJ, Neutkens SWG. Commentaren medicatiebewaking 2012/2013. Houten: Boekbinderij Van Hees, Zaltbommel, 2013.

Belangrijke interacties tussen alcohol en medicijnen

Analgetica	In combinatie met alcohol geeft paracetamol verhoogd risico op leverschade. Alcohol versterkt het ulcerogene effect van NSAID's.
Anticoagulantia	Grote hoeveelheden ethanol ineens versterken de werking van cumarinderivaten, maar chronisch gebruik van alcohol verlaagt de plasmaconcentratie van cumarinderivaten.
Amfetaminen, antidepressiva, anti-epileptica, antihistaminica, centraal werkende antihypertensiva, antipsychotica, barbituraten, benzodiazepine, cafeïne, cimetidine, dopaminergica, metoclopramide, medicatie bij middelengebruik, morfinomimetica, parasymphatholytica, spierrelaxantia	Alcohol versterkt de sedatieve werking.
Disulfiram (medicijnen met een disulfiramachtige werking zijn: sulfonyleureumderivaten, ketoconazol, tinidazol, griseofulvine, anandron, procarbazine en metronidazol)	Bij alcoholgebruik treden buikkrampen, flushes, braken, hypotensie, tachycardie, verwardheid en zelfs psychoses op.
Doxycycline	Alcohol vermindert de effectiviteit door afname van de halfwaardetijd.
Fenytoïne	Kortdurend alcoholgebruik vergroot de toxiciteit, chronisch gebruik vermindert de anticonvulsieve werking.
Isoniazide, methotrexaat	Alcohol versterkt mogelijk de hepatotoxiciteit.
Nitraten	Door alcohol treden een versterkte vaatverwijding en bloeddrukdaling op.
Nicotinezuur	Flushing, pruritis.
Sulfonyleureumderivaten	Bij kortdurend alcoholgebruik ontstaat een hypoglycemisch effect. Bij chronisch alcoholgebruik vermindert het effect op het bloedsuikergehalte.
Metformine	Verhoogd risico op melkzuuracidose.