

Stoornissen in het gebruik van middelen bij ouderen

Rob Kok

Psychiater, epidemioloog B

Klinisch Centrum Ouderen, Den Haag

Symposium Ouderenpsychologie: van psychosomatiek tot heldentragiek
30 september 2022

Disclosure

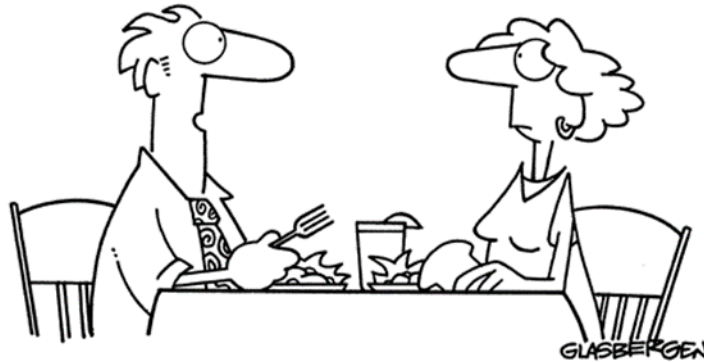
(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ik drink alcohol



Disclaimer

Zelf behandel ik geen ouderen met SUD als hoofddiagnose, maar ouderen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) waar ook middelengebruik bij voorkomt

Copyright 2004 by Randy Glasbergen.
www.glasbergen.com



“I gave a presentation today but I only pretended to know what I was talking about. Fortunately, my audience was only pretending to listen.”

Inhoud

- zijspoortje
- Inleiding, definitie
- Ernst van het probleem (prevalentie, risicofactoren)
- Gevolgen alcoholgebruik
- Diagnostiek als SO
- Behandeling / counseling in/ buiten VPH
- Conclusie en aanbevelingen

Nadruk ligt op alcohol

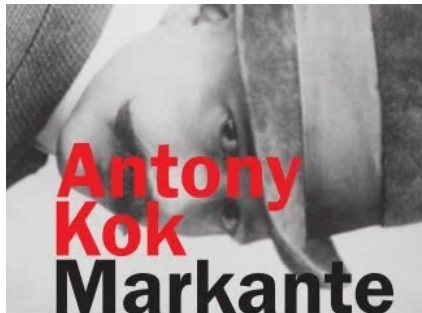
Volkskrant 22-9-2017



Zijspootje (pre-inleiding)

Bijzondere band met deze plek!





**Antony
Kok**

**Markante
spoorzoon
van
Tilburg**

www.ontwikkelingszwaartekracht.nl - Markante figuren - Antony Kok



Stil_	Da	Da
Stap	Domb_	Domb_
Steen	Drusch	Da
NACHTKROEG		
Stap		Da
Steen	Drusch	Domb_
Stil_		Da
	Da	Domb_
Da	Domb_	Da
Domb_	Da	Domb_
Da	Domb_	Stil_
Domb_	Drisch	



Verlaving, misbruik, afhankelijkheid, stoornis in het gebruik van middelen?

In de DSM-5 geen onderscheid meer tussen afhankelijkheid en misbruik

Hoofdstuk heet middelengerelateerde en verslavingsstoornissen (SUD)

Stoornissen *in* het gebruik van middelen (verlaving*) versus *door* het gebruik van middelen (intoxicatie, onttrekkingsyndroom, maar ook b.v depressie/angst/psychose door een middel)

* niet gedefinieerd, komt ook niet als term voor bij een specifieke stoornis

Stoornis in het gebruik van alcohol (SGA)

DSM-5: bij een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk.

Er is sprake van een lichte stoornis als 2 of 3 van in totaal 11 criteria in het afgelopen jaar aanwezig waren. Bij 3 of 4 criteria spreekt men van een matige stoornis in het gebruik van alcohol, bij 6 of meer van een ernstige stoornis.

11 criteria voor een SGA, deel 1

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een blijvende wens, of er zijn vergeefse pogingen gedaan, 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.
- De persoon voelt een hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Er is sprake van terugkerend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste roloverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Er is aanhoudend alcoholgebruik ondanks blijvende of terugkerende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.

Criteria SGA deel 2

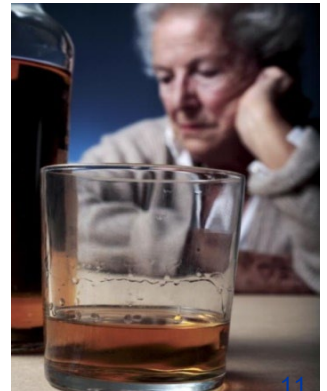
- Er is sprake van terugkerend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- De persoon blijft alcohol gebruiken terwijl men weet dat er een blijvend of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals 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.
- Ontwenningssverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol;
 - alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen

Andere stoornissen in het gebruik van middelen: vergelijkbare criteria

Prevalentie alcoholgebruik - SGA

Ouderen in de algemene bevolking :

- afhankelijkheid / misbruik: 4.8% ♂, 1% ♀ (*Grant, 2004*)
- afhankelijkheid 1.4%, misbruik 1.7%, subklinisch 6.3% ($N \approx 16.000$, *Blazer 2011*)
- at risk ($\geq 2E/dag$) 13% ♂, 8% ♀
- binge drinking ($\geq 5E/keer$) 14% ♂, 3% ♀ ($N \approx 11.000$, *Blazer, 2009*)
binge drinkers vaak niet verslaafd, maar wel associatie met drugsgebruik, gokken, vallen, auto-ongelukken, ADL↓



Recent onderzoek

Yannic van Gils, promotie op bevolkingsonderzoek, 1366 ouderen ≥ 65 jaar

- drinkt alcohol: 84.4%
- at-risk drinking: 26.6% (>3 /dag of > 7 /week, NIAAA)
- binge drinking: 14.8% (mannen ≥ 5 en vrouwen ≥ 4 op een gelegenheid)
- hazardous drinking : 25.4% (score ≥ 5 op MAST-G).

Journal of Aging Research & Clinical Practice©
Volume 8, 2019

J Aging Res Clin Practice 2019;8:26-38
Published online April 2, 2019, <http://dx.doi.org/10.14233/jarep.2019.6>

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH ALCOHOL USE AND ALCOHOL RELATED PROBLEMS IN COMMUNITY DWELLING OLDER ADULTS

Y. van Gils^{1,2}, E. Franck², S.J.P. van Alphen^{1,3,4,5,6}, E. Dierckx^{1,7}

Optimale cut-off AUDIT-C: 4 (V) resp 5 (M)?

Table 3. Sensitivity, specificity, PPV, and NPV in percentages for different cut-off scores AUDIT and AUDIT-C for the total sample and the male/female subgroups.

	Cut-Off Score AUDIT				Cut-Off Scores AUDIT-C			
	3	4	5	6	3	4	5	6
Total Sample								
Sensitivity	100	100	73.5	54.8	100	100	69.2	48.4
Specificity	43.4	65.1	86.6	93.3	45.0	67.8	90.8	97.1
PPV	29.06	39.91	56.01	65.66	29.61	41.82	63.48	79.41
NPV	100	100	93.36	89.91	100	100	92.71	89.04
Women								
Sensitivity	100	100	58.2	31.9	100	100	53.8	28.6
Specificity	50.6	71.7	90.7	95.1	52.0	74.1	95.0	99.0
PPV	21.36	32.15	45.68	46.77	21.82	34.68	59.03	78.78
NPV	100	100	94.18	91.23	100	100	93.88	91.18
Men								
Sensitivity	100	100	0.807	66.3	100	100	76.5	58.3
Specificity	34.0	56.5	81.3	91.0	35.8	59.6	85.3	94.7
PPV	35.08	45.06	60.64	72.51	35.68	46.86	65	79.56
NPV	100	100	92.20	88.33	100	100	91.05	86.43



Alcohol in de gezondheidszorg

Prevalentiecijfers bij ouderen: *(Johnson 2000)*

- algemeen ziekenhuis: gem. 10 - 20% (tot 56%)
- verpleeghuis: 8 - 53% (mediaan 28%)
- klinisch ggz: 23 - 44%
- ambulante ggz in Nederland: 20% (?)

Alcoholgebruik bij ouderen wordt als probleem in de gezondheidszorg slechter herkend en slechter behandeld t.o.v. volwassenen (*o.a. Curtis 1989, Adams 1996*)

Risicofactoren SGA

Mannelijk geslacht

Vroeger alcoholgebruik / belaste familieanamnese/ gebruikende partner

Psychisch: slaapstoornissen, stemmingsproblemen, angst / stress / PTSS

Sociaal: relatieproblematiek, eenzaamheid / sociaal isolement, financiële problemen, recente life events, pensionering

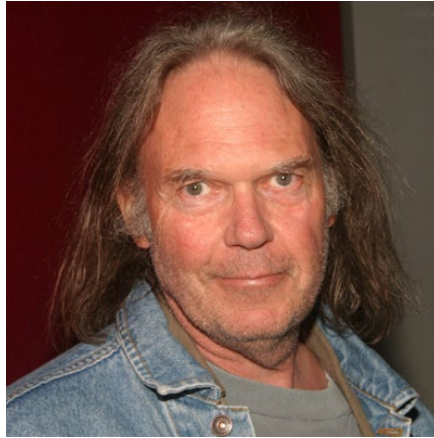
Somatisch : pijn, fysieke beperkingen, chronische aandoeningen

Heldentragiek: 1e generatie druggebruikers



heroïne

marihuana, LSD



marihuana, cocaïne

cocaïne, LSD



Prevalentie gebruik / verslaving drugs

Bevolkingsstudie VS 2006, ~11.000 50+ (Blazer 2009)

	<i>gebruik</i>	<i>afhankelijk/misbruik</i>
• marihuana	2.6	0.12
• cocaïne	0.41	0.18
• stimulantia	0.11	0.01
• hallucinogenen	0.1	-
• heroïne	0.05	0.05
• inhalantia	0.04	-
NB alcohol	60%	3%

Prevalentie alle verslavingen

Bevolkingsonderzoek VS 2001-2, N≈8200 65+ (*Lin, 2011*)

	<i>lifetime</i>	<i>12 maand</i>
alle verslavingen	21.1	5.3
alcoholverslaving	16.1	1.5
rookverslaving	8.7	4.0
drugsverslaving	0.6	0.2

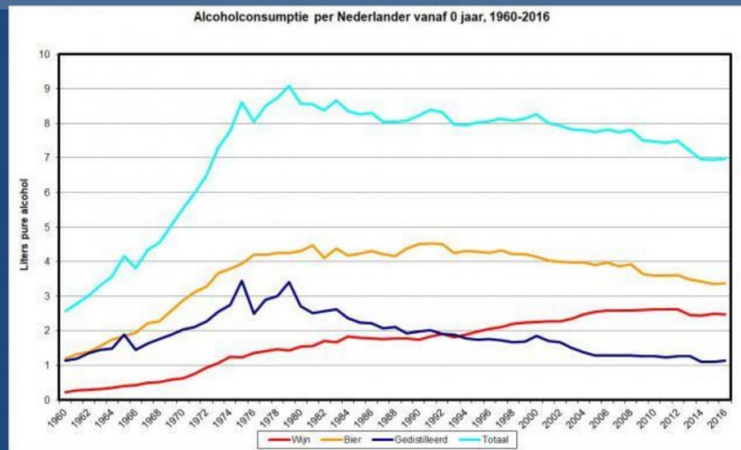
Aantallen en % 55+ in de verslavingszorg

2002	4487	(9.1%)
2003	5458	(10.1%)
2004	6400	(11.3%)
2005	7491	(12.3%)
2006	7496	(12.7%)
2007	8883	(13.6%)
2008	9981	(14.7%)
2009	10700	(15.6%)
2010	11373	(16.2%)
2011	11862	(17.1%)

Baby-boomer generatie :

tijd, geld en gezond genoeg om te drinken

Per capita consumptie (liters pure alcohol) in Nederland per jaar



55+ in de verslavingszorg

Jaar	Alcohol	Medicijnen	Gokken	Opiaten	Cocaïne	Cannabis	Amfetamine	
2002	3877	89	140	377	60	13	4	
2003	4559	103	195	448	78	25	7	
2004	5289	131	233	511	107	30	8	
2005	6054	129	267	741	139	41	10	
2006	5852	146	247	830	170	51	10	
2007	7080	133	282	991	206	72	8	
2008	7881	143	310	1128	264	105	10	
2009	8278	186	300	1382	289	104	19	
2010	8614	201	288	1660	313	111	22	
2011	8762	201	305	1871	368	125	26	
	+131%	+126%	+106%	+396%	+513%	+862%	+550%	stijging in 10 jaar

Benzodiazepines

- 10%-30% van de ouderen gebruikt benzodiazepines
- 1/3 chronische gebruikers is > 65
- jaarprevalentie afhankelijkheid bij ouderen: 2.3% (*Preville, 2008*)
 - Helft hiervan heeft psychiatrische stoornis, merendeel is nooit adequaat behandeld, stoppen geeft geen verergering psychiatrie
- 1,4 miljoen BZD-gebruikers
- 10,6 miljoen recepten / jaar
- 200.000 BZD afhankelijk

- invoeren B2 code: 15% ↓ , daarna enkele % per jaar ↓

Negatieve gevolgen benzodiazepines

Cognitief : ↓ geheugen, ↓ tempo infoverwerking, ↓ aandacht functies, ↓ executieve functies, ↓ probleem oplossen

Psychiatrische stoornissen: depressie, manie, psychose, dementie (?)

Sedatie, remming

Paradoxe reacties / opwinding

Disinhibitie

↑ Onverschillig

< REM-slaap

↓ Reactiesnelheid (verkeer!!!)

↓ Coördinatie /spierzwakte, ↑ valgevaar, ongevallen #

Stoppen met benzo's

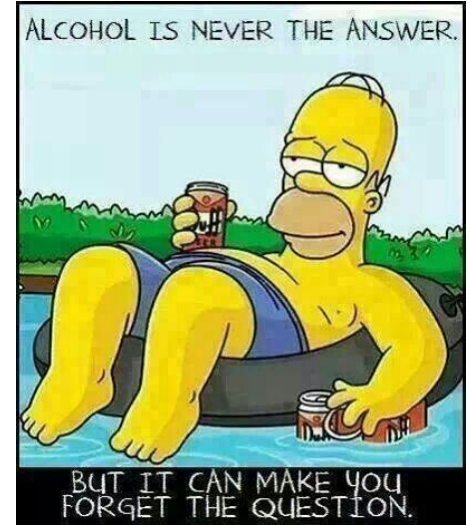
- bij afbouw bij ouderen minder onthoudingsverschijnselen
- minimale interventies effectief; ¼ stopt (voorlichting, brief, folder)
- aanvullende farmaco-/psychotherapie (CGT) is meer effectief dan afbouw alleen
- geen onderliggende oorzaak; afbouw met b.v. 25% per week, laatste stap 12.5% minder (100 - 75 - 50 - 25 - 12.5)
- evt. omzetten in middel met lange halfwaardetijd (diazepam)

Gevolgen overmatig alcoholgebruik

Relatie met > 60 medische aandoeningen

Hoger risico op:

- overlijden, ziekenhuisopnames
- maag-darmklachten, pancreas, lever
- hart- en vaatziekten, hypertensie, anemie
- cognitieve stoornissen (Korsakov, Wernicke)
- neurologisch; polyneuropathie, epilepsie, CVA
- vallen, fracturen, ongevallen
- slaapproblemen, depressie, suïcide, angst, psychose, sociaal-maatschappelijke problemen, e.a.



Ernst alcoholproblematiek

	mannen	vrouwen
aandeel overlijden	13.9%	7.7%
aandeel DALYs	15,2%	3,9%

in Europa (cijfers 2012, Rapport Jurgen Rehm) :

- 12 miljoen alcoholafhankelijken
- 120.000 doden (2004)
- 11.700 minder overlijden als 40% hiervan medicamenteus werd behandeld
- sociale kosten: ruim €155 miljard

© 2004 Benita Epstein



“‘Keep it elevated’ refers to the leg,
not the blood alcohol level.”

Ouderen zijn gevoeliger voor alcohol

Minder lichaamsvocht → hogere concentratie alcohol in bloed per consumptie

Langere halfwaardetijd per consumptie

Mogelijk in sommige gevallen trager werkende lever → nog tragere omzetting

Hogere neurotoxiciteit

Ontwikkelen niet altijd lichamelijke afhankelijkheid

Meer comediatie → grotere kans op interacties

(m.n. antidepressiva, pijnstillers, antibiotica, epilepsiemedicatie, antihypertensiva, anti-allergenen)

Interactie

Wat is het verschil in bloedalcoholconcentratie tussen een 30 jarige en een 60 jarige na inname van een gelijke hoeveelheid alcohol?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%

Interactie

Wat is het verschil in bloedalcoholconcentratie tussen een 30 jarige en een 60 jarige na inname van een gelijke hoeveelheid alcohol?

20% = juiste antwoord

Andere criteria bij ouderen?

Voor 65+ is riskant gebruik: meer dan 7 EH / week of 3 EH per keer

The American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. Updated November 2003

Matig drinken van ouderen = max. 1 EH / dag (mannen en vrouwen)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

Wat adviseert de Gezondheidsraad over alcohol?

1. Drink met mate
2. Drink max. 2 EH (man) / 1 EH (vrouw)
3. Drink geen alcohol
4. Geen idee (gisteren teveel op)

Gezond alcoholgebruik (?)

Strengere norm Gezondheidsraad (2015):

drink geen alcohol of ≤ 1 glas per dag

Verschillende definities wereldwijd

Metabolisme ouderen langzamer, dus zelfde hoeveelheid alcohol is schadelijker op hogere leeftijd



Gezondheidsraad 2015

Hoog alcoholgebruik (> 1.5 EH/dag):

grotere kans op CVA, darmkanker, borstkanker, longkanker

Binge-drinken (≥ 6 EH/keer): grotere kans (+45%) op coronaire hartziekten

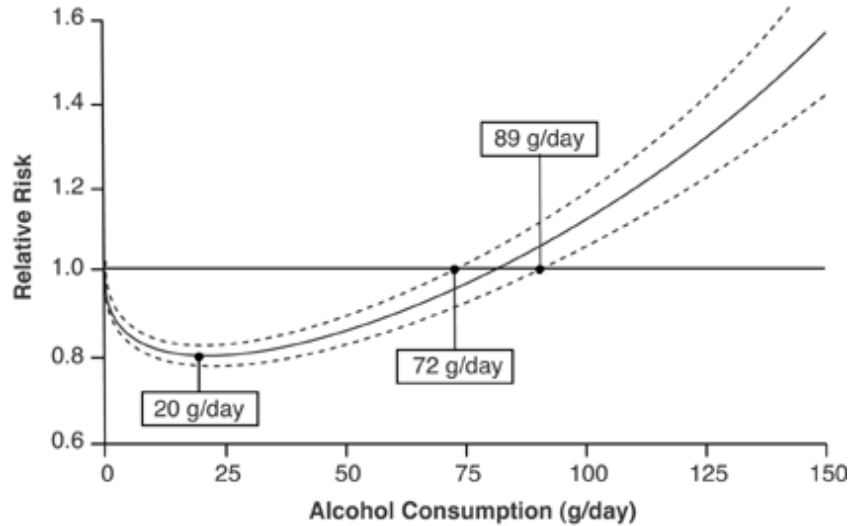
Matig alcoholgebruik (< 1.5 EH/dag) :

lager risico op hart- en vaatziekten, diabetes en dementie

lagere kans (-15%) op sterfte bij 1 EH / 2 dagen

verhoogd risico (+5%) op borstkanker

Kent u de U-curve?



Alcohol en mortaliteit

RR op all-cause mortaliteit

Op oudere leeftijd U-curve!

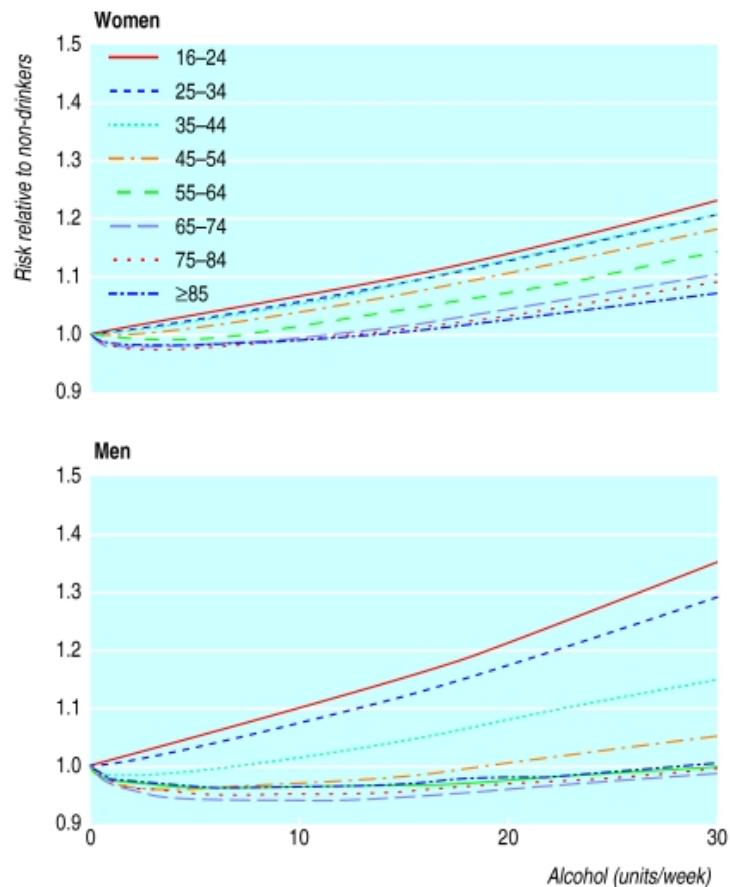
Optimale alcoholconsumptie

m.b.t. mortaliteit :

8 EH/week voor mannen

3 EH/week voor vrouwen

White, BMJ 2002



Klopt dit wel?

Er is een verklaring: potentiële gunstige effect van alcohol via verhoging HDL cholesterol, remming bloedplaatjes aggregatie, antioxidant effect

Een beetje alcohol reduceert de mortaliteit vanaf de middelbare leeftijd, of is hier een denkfout?

De controlegroep zijn de niet-drinkers

Vraag: hoe zou het komen dat de beperkte drinkers een lagere mortaliteit hebben t.o.v. niet-drinkers?

Alcohol en mortaliteit

U-curve door misclassificatie? : ernstig zieke alcoholisten (en niet-alcoholisten) stoppen met drinken en komen in de groep niet-drinkers terecht

Studies die ex-drinkers onderscheiden van de levenslang abstinente vinden geen beschermend effect meer (Fillmore 2006, Mäkelä 2005)



Alcohol en mortaliteit

Meta-analyse van 87 cohortstudies : (*Stockwell 2016*)

slechts 13 hadden levenslange “echte abstinenteren”

beschermend effect van matig drinken (RR 0.86*) en sporadisch drinken (RR 0.84*)

verhoogde mortaliteit bij ex-drinkers (RR 1.22*)

* $p < 0.001$

Vervolgens correctie voor allerlei methodologische problemen en voor covariaten: RR 0.97 (n.s.)

Alcohol en mortaliteit

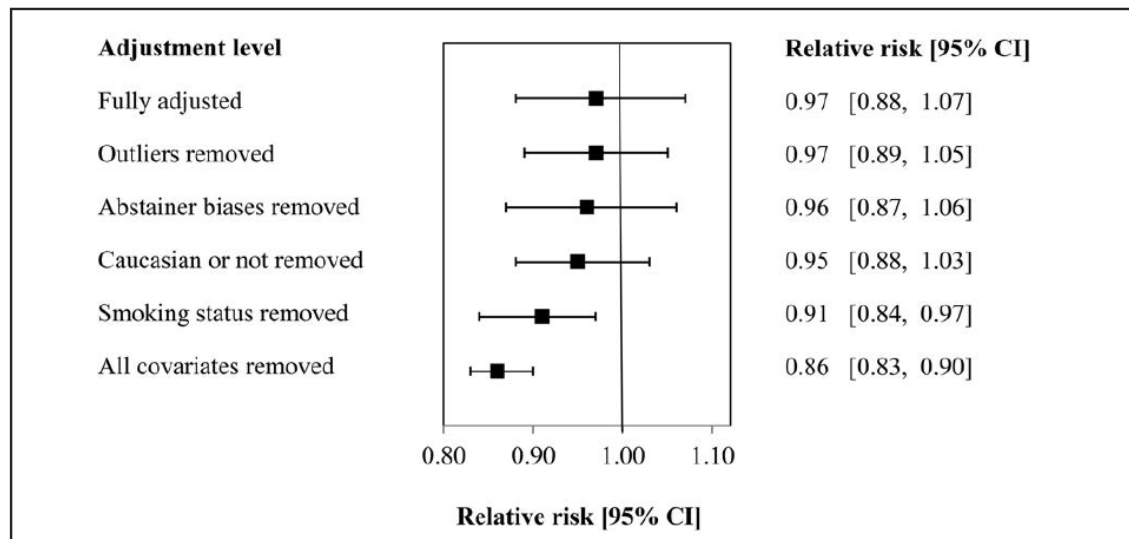


FIGURE 3. All-cause mortality relative-risk estimates for low-volume alcohol consumers versus lifetime abstainers with and without influential covariates ($n = 81$ studies, 229 risk estimates). CI = confidence interval.

Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality

TIM STOCKWELL, PH.D.,^{a,d,*} JINHUI ZHAO, PH.D.,^a SAPNA PANWAR, M.S.,^b AUDRA ROEMER, M.S.C.,^a
TIMOTHY NAIMI, M.D.,^c & TANYA CHIKRITZHS, PH.D.^{b,d}

Glaasje per dag?

Onderzoeken die dat suggereren zien misclassificatie over het hoofd: ernstig zieke alcoholisten (en niet-alcoholisten) stoppen met drinken en komen in de groep niet-drinkers terecht

Studies die ex-drinkers onderscheiden van de levenslang abstinente vinden geen beschermend effect meer (Fillmore 2006, Mäkelä 2005)

Helaas, dus een mythe



Midas Dekkers, drooglegging of ...?



Diagnostiek: signalering alcoholgebruik

Denk aan overmatig alcoholgebruik bij:

- frequent bezoek h.a., SEH, opnames alg. ZH
- onduidelijke lichamelijke klachten
- terugtrekken uit sociale leven, sociale problemen
- zelfverwaarlozing
- vallen, incontinentie, diarree, hypothermie, ondervoeding, onbehandelbare hypertensie of jicht
- slaapklachten, somberheid, angst, cognitieve problemen

Screening

MCV, γ GT; lage sensitiviteit/specificiteit

CDT (sens. 40-95%, spec. 80-95%)

Ethylglucuronide (urine, hoge spec.)

(vd Wiel, NTvG 2009)

Vragenlijsten: voorkeur AUDIT (-C) boven CAGE en MAST-G

(Philipot 2003, O'Connell 2004, Berks 2009, Aalto 2010)

Te vinden op www.trimbos.nl of www.psychiatrienet.nl

Vragenlijsten zijn sensitiever dan laboratoriumbepalingen

Te hoge score: DSM-5 criteria nalopen

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Omdat alcohol effect kan hebben op uw gezondheid en belemmerend kan werken in samenwerking met uw medicatie en of behandeling, is het belangrijk dat we u vragen stellen over uw alcoholgebruik.

vragen/score n	0	1	2	3	4
Hoe vaak drinkt u alcohol?	Nooit	Maandelijks of minder	2-4 keer in de maand	2-3 keer per week	4 keer of vaker per week
Hoeveel drinkt u op een typische dag dat u alcohol gebruikt?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 of meer
Hoe vaak drinkt u meer dan 6 glazen per gelegenheid?	Nooit	Minder dan 1 keer per maand	Maandelijks	Weekelijks	(bijna) dagelijks

Behandeling: wat kan u als SO

Eerst motivatie tot verandering onderzoeken

Onderzoek van somatische complicaties, sociale situatie, psychiatrische comorbiditeit, comedicaatie, functionele beperkingen

Indicatie stellen voor doorverwijzing gespecialiseerde GGZ of verslavingszorg bij ernstige problematiek of geen effect interventies

Behandeling

Stap 1. Voorlichting en minderingsadvies (effectief in diverse RCTs)

Externaliseren probleem (“ontschulden”)

Samen exploreren, uitvragen afwegingen, voor-nadelen balans

Contact houden

Aandacht voor verzet / weerstand / ambivalentie

Geef tijd / rust

Aandacht voor life – events

Eigen verantwoordelijkheid benadrukken

Niet sturen / oordelen

Motivationaleel interviewen!!

Medicamentueze behandeling

Thiamine tab 2dd 50 mg

Vit B complex forte

Anorexie: thiamine IM 2x/week

Afbouwschema met benzo's? Middellang / kort (?)

Zuchtremmers (acamprosaat)

Behandeling bij ouderen

Ouderen zijn meer therapietrouw dan volwassenen (*Kaempf 1999, RCT Oslin 2002*)

Beperkt onderzoek bij ouderen

- *non-RCTs: Fink 2005, Lin 2010, Outlaw 2012*
- *RCTs: 13!*

Resultaten behandeling zijn niet slechter (mogelijk beter?) dan bij jonger-volwassenen
(*zie Schoonbrood 2010*)

Vermindering is ook een uitstekend doel, niet zelden wordt pas daarna abstinentie het doel

Conclusie en aanbevelingen

Vraag eens wat vaker naar alcoholgebruik van uw oudere patiënt

Het beschermend effect van matig drinken is een mythe

