

## **Inventariserend onderzoek naar de kennis en praktijkervaringen rond ouderen en verslaving (aan alcohol, benzodiazepine, cannabis, en heroïne of cocaïne).**

Marja Aartsen, Hannie Comijs

Met medewerking van het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie

Verslaving of misbruik van middelen is een groeiend, maar verwaarloosd probleem bij ouderen (Drugs in Beeld, 2008). Volgens schattingen van de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ, 2007) is het aantal mensen dat behandeling zoekt voor alcoholproblemen sinds 1996 verdubbeld. Illegaal gebruik van harddrugs lijkt weinig voor te komen, maar verslaving aan medicatie door verkeerd gebruik wordt geschat op 11% bij oudere vrouwen (Wastila en KeriYang, 2006). Alcoholverslaving kan leiden tot veel gezondheidsproblemen zoals vallen, hoge bloeddruk, hartfalen en hersenbloedingen (Dufour et al., 1992), een verhoogde kans op sterfte (Salazar et al., 2001) en een verhoogde kans op andere verslavingen (Ryder et al., 2009). Bij jongere volwassen verslaafden is verder geconstateerd dat verslaving kan leiden tot ernstige sociale ontwrichting, zoals dakloosheid (Van Laere et al., 2009). Hoewel er toenemende aandacht is voor verslavingsproblematiek en ouderen, is systematisch onderzoek naar het ontstaan, beloop, comorbiditeit en de gevolgen van verslavingsproblemen bij ouderen nog beperkt gedaan. Bevindingen bij jongere cohorten zijn slechts beperkt generaliseerbaar naar oudere cohorten, omdat ouderen vanwege de metabolische en fysiologische veranderingen meer gevoelig zijn geworden voor de negatieve effecten van middelengebruik.

Ook over de precieze omvang van de verslavingsproblematiek bij Nederlandse ouderen zijn nog onvoldoende betrouwbare gegevens voorhanden (Drugs in Beeld, 2008). Zolang verslaafden zich niet melden met klachten blijven ze in veel onderzoek buiten beeld. Een betrouwbare bron voor het aantal mensen dat gebruik maakt van verslavingszorg vormt het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Echter, in deze statistieken staan alleen mensen geregistreerd die zich met een verslavingsprobleem bij een verslavingskliniek hebben aangemeld. Omdat ouderen zelf de problemen onvoldoende onderkennen (Stewart & Oslin, 2001) en huisartsen (Meijeret al., 2006; Risselada, et al., 2009) en ziekenhuispersoneel (McInnes & Powell, 1994) de problemen slecht herkennen en erkennen, is het zeer aannemelijk dat officiële cijfers slechts het topje van de ijsberg laten zien.

Verslaving aan middelen is ook bij ouderen een relevant gezondheidsprobleem. Echter, kennis over oorzaken, aard en omvang van verslavingsproblemen bij ouderen in Nederland is verre van volledig; zorgprofessionals lijken onvoldoende oog te hebben voor verslavingsproblemen bij ouderen; en men is nog onvoldoende bewust van het belang en effecten van een goede behandeling (McInnes & Powell, 1994; IVO, 2009). Bovendien is de zorg voor ouderen in reguliere settingen (dus buiten de verslavingszorg) onvoldoende toegerust voor de behandeling en opvang van aan middelen verslaafde ouderen. Risicogroepen kunnen niet worden opgespoord en kennis van effectieve behandelingen zijn nog onvoldoende evidence-based. Hierdoor dreigt er een onderdiagnostiek en onderbehandeling van deze ouderen met verslavingsproblemen.

Met dit inventariserende onderzoek willen we antwoord geven op de volgende twee vragen:

- 1) Welke ervaringen hebben zorgprofessionals in de nulde, eerste, tweede en derde lijn met oudere verslaafden ten aanzien van de behandeling?
- 2) Is er behoefte aan aanvullende richtlijnen of behandelingen die specifiek zijn voor de behandeling van verslaving bij ouderen?

## **Methode**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een bestaande schriftelijke vragenlijst, welke gebruikt is in het onderzoek "Veilig drinken op leeftijd" door het IVO (Instituut voor Verslavingszorg; Risselada et al., 2009). De vragenlijst is uitgebreid naar de verschillende middelen en aangepast voor de verschillende strata (zie bijlage 1). In de vragenlijst komen naast vragen met betrekking tot achtergrondgegevens vanuit de huidige praktijk, ervaringen en eventuele problemen met ouderen en verslavingsklachten, aanleiding tot behandeling, gebruik van richtlijnen en ervaringen met richtlijnen aan bod. Alvorens de vragenlijst te verspreiden ten behoeve van de dataverzameling is een pilot uitgezet onder deskundigen in het werkveld van de ouderenzorg. Op basis van de bevindingen van deze deskundigen is de vragenlijst aangepast, waardoor hij beter aansluit op het doel van het huidige onderzoek.

De vragenlijst heeft als doel de ervaring van artsen of behandelaren werkzaam bij de GG & GD, OGGZ, huisartspraktijken, algemene ziekenhuizen (zowel afdeling geriatrie als afdeling internen), managers van thuiszorginstellingen, specialisten ouderengeneeskunde van verpleeg- en verzorgingshuizen, verslavingsklinieken, GGZ-instellingen met oudere cliënten en verslaving te inventariseren en eventuele knelpunten of problemen te traceren.

Onder ouderen met verslaving wordt verstaan: Mensen van 55 jaar en ouder die volgens de criteria van de Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM) misbruik of afhankelijkheid hebben van een of meer van de volgende middelen: alcohol, benzodiazepine, cannabis, heroïne of cocaïne. Omdat ouderen een kwetsbare groep vormen waarvoor DSM criteria niet altijd van toepassing zijn, worden ook problematische gebruikers (mensen met een risicovol middelengebruik) tot de doelgroep gerekend.

## **Onderzoekspopulatie**

De ondervraagden in dit onderzoek zijn behandelaren, hulpverleners en/of artsen werkzaam in de ouderenzorg in verschillende typen instellingen. Instellingen van de nulde, eerste, tweede en derde lijn zijn opgenomen in het onderzoek:

- Instellingen nulde lijn: OGGZ en GGD instellingen.
- Instellingen eerste lijn: huisartspraktijken en thuiszorginstellingen.
- Instellingen tweede lijn: afdelingsartsen van algemene ziekenhuizen en specialisten ouderengeneeskunde in verpleeg- en verzorgingshuizen.
- Instellingen derde lijn: verslavingsklinieken en GGZ-instellingen.

## **Steekproeftrekking**

Er is een disproportionele gestratificeerde steekproef getrokken uit bovengenoemde strata. De selectie van adressen is zodanig dat een zo groot mogelijke geografische spreiding is nagestreefd, en zowel het platteland als verstedelijkte gebieden vertegenwoordigd zijn in de verhouding 3:2. De stedelijkheid van een gebied is vastgesteld aan de hand van de omgevingsadressendichtheid. Als de omgevingsadressendichtheid minder dan 1000 omgevingsadressen per km<sup>2</sup> is dan valt een plaats in niet-stedelijk gebied. Een omgevingsadressendichtheid van 1000 omgevingsadressen per km<sup>2</sup> of meer is stedelijk gebied. De verhouding stedelijk-niet stedelijk is, waar mogelijk, in elk van de 9 strata toegepast. Voor verslavingsklinieken en GGZ-instellingen hebben we van deze verhouding

afgeweken, omdat we alle verslavingsklinieken en GGZ-instellingen in Nederland hebben aangeschreven. De verpleeg- en verzorgingshuissector is opgedeeld in drie categorieën:

1. Verpleeghuizen
2. Verzorgingshuizen
3. Combinatie verpleeg- en verzorgingshuis

Voor de algemene ziekenhuizen, GG & GD instellingen, GGZ-instellingen, huisartsenpraktijken en instellingen voor verslavingszorg is gebruik gemaakt van bestaande adresbestanden. Voor de adressen van de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en combinaties hiervan is gebruik gemaakt van een adresbestand wat gebruikt is in een onderzoek van de Volkskrant naar de kwaliteit van verpleeg- en verzorgingshuizen. De adressen van thuiszorginstellingen zijn achterhaald met behulp van de geografische kaarten van het RIVM ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)). OGGZ instellingen zijn niet altijd zelfstandige instellingen, de OGGZ wordt vaak uitgevoerd door verschillende partijen, waaronder de GG & GD en GGZ-instellingen. Er zijn acht zelfstandige OGGZ gevonden, welke allen zijn aangeschreven. Deze acht bevonden zich op één na allemaal in stedelijk gebied.

In tabel 1 staat een opsomming van de aantallen aangeschreven instellingen, uitgesplitst naar strata en naar stedelijkheid. Vanwege een te verwachten respons van ongeveer 30% is drie keer het gewenste aantal adressen aangeschreven. Dit betreft de vetgedrukte getallen in de vierde kolom. De getallen tussen haakjes zijn het aantal reminders dat verstuurd. Deze reminders zijn naar dezelfde adressen verstuurd als de oorspronkelijke vragenlijsten.

*Tabel 1 Overzicht aangeschreven instellingen en reminders*

<b>Strata</b>	<b>Stedelijk aangeschreven (reminder)</b>	<b>Niet-stedelijk aangeschreven (reminder)</b>	<b>Totaal aangeschreven (totaal reminder)</b>
GG en GD	N.v.t.	n.v.t.	<b>17</b> (12)
OGGZ	N.v.t.	n.v.t.	<b>8</b> (6)
Huisartsenpraktijk	45 (40)	30 (28)	<b>75</b> (68)
Algemene ziekenhuizen Specialisten Interne	18 (17)	12 (9)	<b>30</b> (26)
Algemene ziekenhuizen Specialisten geriatrie	18 (16)	12 (9)	<b>30</b> (25)
Thuiszorginstellingen	18 (18)	12 (12)	<b>30</b> (30)
Verpleeghuizen	18 (16)	12 (10)	<b>30</b> (26)
Verzorgingshuizen	18 (18)	12 (9)	<b>30</b> (27)
Combinatie verpleeg- verzorgingshuis	9 (8)	6 (6)	<b>15</b> (14)
Instellingen voor verslavingszorg	n.v.t.	n.v.t.	<b>11</b> (6)
GGZ- instellingen	n.v.t.	n.v.t.	<b>30</b> (0)
<b>Totaal</b>	<b>144</b>	<b>96</b>	<b>306</b> (240)

## Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats tussen half januari 2010 en half maart 2010. In eerste instantie zijn 306 vragenlijsten verstuurd. Aangezien de respons laag bleek, is half februari een reminder verstuurd. In totaal zijn 58 vragenlijsten retour gekomen. Een respons van ongeveer 19%. De meest voorkomende reden van non-respons (indien vermeld) was een gebrek aan tijd of een gebrek aan juiste informatie om de vragenlijst te kunnen invullen. In onderstaande tabel staan de aantallen geretourneerde vragenlijsten uitgesplitst naar strata en stedelijkheid.

Tabel 2 Overzicht retour gezonden vragenlijsten

Strata	Stedelijk	Niet-stedelijk	Totaal Retour	Beoogd aantal retour
GG en GD	n.v.t.	n.v.t.	5	5
OGGZ	n.v.t.	n.v.t.	1	2
Huisartsenpraktijk	6	2	8	25
Algemene ziekenhuizen Specialisten Interne	2	2	4	5
Algemene ziekenhuizen Specialisten geriatrie	2	2	4	5
Thuiszorginstellingen	0	0	0	10
Verpleeghuizen	4	3	7	10
Verzorgingshuizen	0	2	2	10
Combinatie verpleeg- verzorgingshuis	3	0	3	5
Instellingen voor verslavingszorg	n.v.t.	n.v.t.	7	5
GGZ- instellingen	n.v.t.	n.v.t.	16	10
<b>Totaal</b>			<b>58*</b>	<b>92</b>

\* Er is een vragenlijst blanco retour gekomen, op een algemene opmerking na. Voor deze opmerking: zie tabel algemene opmerkingen.

Voor de GGZ-instellingen, algemene ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en GG en GD is de beoogde respons behaald. De overige strata hebben de beoogde respons niet behaald. De thuiszorginstellingen hebben een non-respons van 100%.

Voor de verpleeghuizen, huisartspraktijken en de combinatie verpleeg- en verzorgingshuizen is de respons vanuit stedelijk gebied hoger dan vanuit niet-stedelijk gebied. Voor de categorie verzorgingshuizen is dit andersom het geval. In de categorie algemene ziekenhuizen is er geen verschil in respons tussen stedelijk gebied of niet-stedelijk gebied.

## Resultaten

Het geschatte percentage ouderen met middelengebruik loopt binnen de verschillende instellingen sterk uiteen. Veel behandelaren vinden het moeilijk om een schatting te maken en onthouden zich daarvan. Het middelengebruik dat het meest wordt genoemd zijn alcohol en benzodiazepines (zie tabel 3 en 4).

Tabel 3. Het geschatte aantal ouderen met alcoholproblemen of –verslaving

	Problemen			Verslaving			Behandeling
	Geschat aantal	Besproken	Aantal personen met hulpvraag	Geschat aantal	Besproken	Aantal personen met hulpvraag	
GG&GD / OGGZ (n=6) - geen antwoord / weet niet	-	-	-	-	-	-	
Huisartsen (n=8) - geen antwoord / weet niet	2-50 1	71%	5-10 5	2-50 2	79%	1-10 4	1-10 5
Algemeen ziekenhuis (n = 8) - geen antwoord / weet niet	5-60	95%	0-20 5	2-30 1	97%	1-5 4	0 7
Verzorgings- & verpleeghuizen (n=12) - geen antwoord / weet niet	1-30 4	42% 5	2 10	1-10 5	89%	2-10 8	1-10 7
GGZ (n=16) - geen antwoord / weet niet	2-156 5-20% 1	52%	1-15	1-35 0,5-20%	100%	1-20	?

Tabel 4. Het geschatte aantal ouderen met benzodiazepine problemen of –verslaving

	Problemen			Verslaving			Behandeling
	Geschat aantal	Besproken	Aantal personen met hulpvraag	Geschat aantal	Besproken	Aantal personen met hulpvraag	
GG&GD / OGGZ	-	-		-	-		
Huisartsen (n=8) - geen antwoord / weet niet	2-30 2	56%	4 -10 5	4-30 4	86%	1-5 5	3-10 5
Algemeen ziekenhuis (n = 8) - geen antwoord / weet niet	0-30 1	87%	0-10 5	0 -30 3	92%	0-5 6	0 7
Verzorgings- & verpleeghuizen (n=12) - geen antwoord / weet niet	3-10 8	56%	1 11	1-10 8	74%	-	-
GGZ (n=16) - geen antwoord / weet niet	5-150 15-50% 2	79%	1-10 9	2-100 5-50%	91%	1-10 7	1-10 4

Als er sprake lijkt van verslavingsproblematiek wordt dit in de meeste gevallen in alle instellingen met de patiënt besproken. Als er problemen met alcohol zijn, maar er geen sprake is van verslaving wordt er met name in verzorgings- & verpleeghuizen en in de GGZ veel mindere mate aandacht aan besteed. Er zijn relatief weinig ouderen met een concrete hulpvraag over hun middelengebruik. Ook het aantal ouderen dat uiteindelijk behandeld of doorverwezen wordt voor hun middelengebruik is relatief laag.

Het gebruik van cannabis, heroïne en cocaïne onder ouderen wordt op 0-1% geschat. De meeste respondenten kennen vrijwel geen oudere gebruikers van cannabis, heroïne en cocaïne.

#### *Herkenning middelengebruik*

Vrijwel alle behandelaars vinden dat het hun taak is om overmatig middelengebruik te herkennen. De meningen over de criteria voor overmatig alcoholgebruik lopen echter nog uiteen, en zijn nog lang niet algemeen bekend. Volgens de aanbevelingen van de National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA; Dufour et al. 1992) is er bij mannen sprake van overmatig alcoholgebruik als ze gemiddeld meer dan 3 glazen per dag drinken en voor vrouwen ligt de grens bij meer dan 2 glazen per dag. De Nederlandse Gezondheidsraad hanteert veel strengere grenzen, zij adviseren mannen niet meer dan 14 glazen per week en vrouwen maximaal 7 glazen per week te drinken. Als we de criteria van de Gezondheidsraad afzetten tegen het door onze respondenten geschatte toelaatbare aantal glazen alcohol – dan blijken veel behandelaren in onvoldoende mate op de hoogte te zijn van de wenselijke hoeveelheden. Slechts 40% weet dat de grens voor oudere vrouwen bij maximaal 7 glazen alcohol per week ligt en 66% weet dat de grens voor mannen bij 14 glazen per week ligt.

*Tabel 4 het geschatte aantal glazen alcohol per week dat toelaatbaar is (grijs gearceerd het aantal toelaatbare glazen alcohol per week volgens de gezondheidsraad)*

<b>Maximaal toelaatbare aantal glazen alcohol p/w volgens de respondenten</b>	<b>1-7</b>	<b>8-14</b>	<b>15-21</b>	<b>22 - 28</b>
Voor mannen	6 (13%)	25 (53%)	14 (30%)	2 (4%)
Voor vrouwen	19 (40%)	23 (48%)	5 (10%)	1 (2%)

#### *Toelaatbaarheid van middelengebruik*

6 respondenten hebben het gebruik van alcohol wel eens aangemoedigd. In 5 gevallen ging het om het drinken van een slaapmutsje, eenmaal werd daarnaast het positieve effect van matig alcoholgebruik op hart- en vaatziekten genoemd en één patiënt vervoegde zich iedere dag bij polikliniek met onthoudingsverschijnselen, maar wilde geen behandeling voor zijn alcoholgebruik/verslaving.

Benzodiazepines worden voorgeschreven bij bij angststoornissen, slaapstoornissen, of als co-medicatie bij een zeer ernstige depressie of een delier. In verband met het risico op verslaving mogen volgens de richtlijnen benzodiazepines voor dagelijks gebruik slechts 4 tot 6 weken worden voorgeschreven, daarna moet het worden afgebouwd. De meeste respondenten (75%) keuren dan ook chronisch gebruik van benzodiazepines af. De meningen over aantal weken dat het maximaal

gebruikt mag worden lopen echter uiteen van 2 weken tot 6 maanden. Een minderheid vindt benzodiazepine gebruik helemaal niet toelaatbaar als het leidt tot negatieve bijeffecten, zoals vallen, sufheid.

De meeste respondenten hebben weinig ervaring met ouderen die cannabis gebruiken. Vier respondenten hebben wel eens cannabis voorgeschreven in verband met pijnbestrijding en eenmaal wegens onbehandelbare spasme bij Multipole Sclerose. Dit was op verzoek van de patiënt. De meeste behandelaren vinden het aanvaardbaar als ouderen af en toe een joint roken, maar niet dagelijks. Men geeft aan niet op de hoogte te zijn van eventuele richtlijnen hieromtrent.

Dagelijks gebruik van cocaïne of heroïne wordt niet toelaatbaar geacht. Slechts enkele van de respondenten heeft wel eens om medische redenen heroïne of cocaïne voorgeschreven. Meerdere respondenten hebben wel methadon voorgeschreven.

### *Herkenning en advies*

28% van de respondenten die niet in de verslavingszorg zitten, vragen het middelengebruik altijd uit tijdens het intake- of anamnesegebesprek. 44% geeft aan nooit zonder duidelijke aanleiding over het middelengebruik met hun patiënten te praten. Ze brengen het ter sprake als de patiënt er zelf over begint, als er lichamelijke en/of psychosociale klachten zijn of als derden klachten of zorgen hebben over het middelengebruik.

De meeste respondenten raden mensen van 55 jaar en ouder met lichamelijke en/of psychische klachten aan niet meer dan 1 á 2 eenheden per dag te drinken, een minderheid is strenger en adviseert minder dan 7 per week te drinken, en een enkeling is soepeler en adviseert maximaal 3 eenheden per dag te drinken. 30% (van 48 respondenten) maakt gebruik van screeningslijsten om problematisch gebruik op te sporen? Het meest gebruikt is de AUDIT of AUDIT-C, daarnaast worden de CAGE en de MATE genoemd.

Het gros van de ondervraagden adviseert ouderen alleen kortdurend benzodiazepines te gebruiken. Langdurig gebruik wordt in het algemeen afgeraden en afgebouwd.

Het gebruik van cannabis wordt door ongeveer 44% afgeraden als iemand lichamelijke en/of psychische klachten heeft. Ongeveer 37% vindt beperkt gebruik toelaatbaar. 1 respondent vindt gebruik alleen toelaatbaar bij pijn, en 5 zouden het bespreken en iemand naar de verslavingszorg verwijzen. De rest zegt niet te weten wat het beste is. Het gebruik van heroïne en cocaïne wordt door vrijwel iedereen afgeraden als er lichamelijke en/of psychische klachten zijn.

### *Problemen bij de hulpverlening*

Op de vraag of er specifieke problemen zijn waar hulpverleners tegen aan lopen als het gaat om ouderen die een verslavingsprobleem hebben, worden een aantal thema's genoemd.

#### Herkenning en behandeling:

- Verslaving aan benzodiazepines is bij ouderen moeilijk herkenbaar /beïnvloedbaar omdat het een legaal medicijn is dat voorspecifieke aandoeningen voorgeschreven wordt.
- Het ontbreken van een geïntegreerd behandelprogramma voor ouderen met verslavingproblematiek.
- Probleem wordt nog onvoldoende onderkend, waardoor inadequate zorg, en relatief weinig verwijzingen naar de verslavingszorg. Bovendien hebben ouderen 'outreaching' hulp nodig.

- Moeilijkere detox, langer herstel nodig, ouderen hebben meer tijd nodig om leefstijl aan te passen.
- Verpleeg- en verzorgingshuizen hebben geen beleid en onvoldoende kennis op dit gebied. Verzorgende teams kunnen er niet mee om gaan.

#### Kenmerken van 'verslaafde'

- Het gebrek aan motivatie om er vanaf te komen.
- Ouderen ontkennen zelf de problemen
- Grote kans op terugval / recidief
- Voorgeschiedenis van (verslavings)problematiek
- Therapie ontrouw, agressie, intimidatie van mede cliënten en personeel. Verhandelen van middelen.
- Bezoek van verslaafde cliënten die op visite komen.

#### Consequenties

- De nadelige consequenties van de verslaving voor het cognitief functioneren, de motoriek/vallen, lichamelijke en psychische gezondheid, sociale isolatie/eenzaamheid, de huisvesting, het systeem om de patiënt en evt. justitie.

#### *Richtlijnen*

Een groot deel van de respondenten heeft behoefte aan goede richtlijnen voor de aanpak van middelenmisbruik en verslaving bij ouderen. Daarnaast is er behoefte aan adequate scholing op dit gebied. Ook is er grote behoefte aan screeningsinstrumenten voor middelengebruik, goede verwijsmogelijkheden en zorgprogramma's voor ouderen. Een enkeling dringt aan op goede ketenzorg, en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van verslaving bij ouderen.

#### *Wetenschappelijk onderzoek*

Op de vraag "Als er op het gebied van verslaving bij ouderen onderzoek gedaan kan worden, waar zou dat onderzoek zich dan volgens u vooral op moeten richten?" worden de volgende antwoorden gegeven:

- Prevalentie verslavingsproblemen
- Adequate behandelingsmethoden, motiveringstechnieken, leefstijltrainingen en groepsbehandelingen in verschillende settings
- Ontwikkeling van consultatie/samenwerkingsmodellen binnen de huisvestende/verplegende sector, BOPZ maatregelen, specifieke opname mogelijkheden + voorzieningen in de regio.
- Mogelijkheden bij ouderen voor gecontroleerd gebruik van middelen
- Vroegsignalering en korte preventie interventies,
- Betrouwbare en valide screeningslijsten (vertalen ARPS Fink et al., 2002 voor intake)
- Risicofactoren voor middelengebruik bij ouderen.
- Relatie alcohol en psychosociale factoren, zoals depressie en eenzaamheid
- Gevolgen van middelengebruik door ouderen op: psychisch en lichamelijk functioneren, cognitief functioneren en kwaliteit van leven.
- Interactie alcohol, benzodiazepine, roken en gokken



## **Nabeschouwing**

Het aantal teruggestuurde vragenlijsten is erg laag. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat mensen geen tijd hadden om de lijst in te vullen en omdat men het moeilijk te vond schattingen te geven van aantallen ouderen met middelengebruik. Het doel van dit onderzoek was echter een indruk te krijgen van de ervaringen met oudere verslaafden van verschillende zorgprofessionals in de nulde, eerste, tweede en derde lijn, en te peilen is of er behoefte is aan aanvullende richtlijnen of behandelingen die specifiek zijn voor de behandeling van verslaving bij ouderen. Met behulp van de teruggestuurde vragenlijsten kunnen we deze vragen in voldoende mate beantwoorden.

Concluderend kan worden gezegd dat veel van de respondenten, ook die niet in de verslavingszorg werken, regelmatig te maken hebben met ouderen die problematisch alcohol of benzodiazepines gebruiken. Weinigen hebben te maken gehad met het gebruik van cannabis en heroïne of cocaïne. Veel respondenten zijn onvoldoende op de hoogte dat er richtlijnen rondom middelengebruik bij ouderen. Er is dan ook grote behoefte aan richtlijnen voor ouderen en aan adequate screenings- en behandelmethodieken binnen de verschillende settingen.

*20-04-2010*

**Zijn er belangwekkende zaken in de behandeling van ouderen met verslavingsproblemen die in de vragenlijst**

**buiten beschouwing gebleven zijn?**

Frequentie	Antwoord
1	?
1	autonomie van de patiënt
1	belasting van familie en derde, zo ook ouderen in instanties bejaarde verzorgingshuizen hier is veel onder behandeling en onrust
1	complexiteit bij ontwenning gezien alle somatiek en vaak langdurig verborgen gebleven psychiatrische problematiek. Hoe om te gaan met de ontkenning van patiënte diens omgeving en vaak de maatschappij
1	De populatie die ik in het verpleeghuis meemaak kent zeer weinig verslavingsproblematiek. Meestal worden we geconfronteerd met de scade (irrevesibel) die de verslaving heeft aangericht.
1	De samenwerking met de verslavingszorg wordt op management niveau en ziekte kosten verzekeraars niveau nog iet echt ondersteund waardoor het bouwen aan een aanbod voor verslaafden binnen ouderenpsychiatrie erg traag verloopt. We hebben af en toe te maken met gokverslaving dit ter informatie. Binnen onze instelling hebben we een actieve werkgroep ouderen en alcohol waarbij we samenwerking zoeken met Iris zorg om tot hulpverleningsaanbod te komen Bij iriszorg staat hulpverlening aan ouderen echter l
1	Geschikt residentiële woonvormen
1	GGD is geen behandelaar dus veel vragen zijn niet van toepassing.
1	gokverslaving
1	Het gemak waarmee benzodiazepine nog steeds worden voorgeschreven bij oudere mensen leidend tot chronisch gebruik en afhankelijkheid.
1	Ik zie ook gokken, waaronder bingoverslaving, TV spelletjes, kraskaarten etc. als verslaving. Daarnaast is er meer medicijn verslaving als benzodiazepine verslaving

1	Is het in de loop der jaren anders geworden. Wij zijn een hele selecte groep in het ziekenhuis, die geen staal vormt voor de populatie
4	nee
1	ook in de cel tijdens forensische dienst deze groep heb ik hier buiten beschouwing gelaten
1	Roken
1	Signalering binnen zorg instellingen verantwoordelijkheden tav behandeling
1	Tekort schieten DSM, motivatie
1	Verslaafde ouderen die na val een fractuur oplopen en na behandeling ziekenhuis in een verpleeghuis, komen, voor revalidatie. Dat de cliënt overal buiten valt. Doel opname is revalidatie en niet de verslaving,. Volgens mij zijn er weinig instellingen die zich specialiseren opvang + begeleiding revalidatie voor deze doelgroep.
1	werking van alcohol en diazepines. Rol van eenzaamheid oorzaak drinkgedrag
Totaal: 22	
Niet ingevuld: 36	