



Alcoholproblematiek bij ouderen

Samenvatting

Noteborn MWJ, Sanderson RAM, Zwanikken H, Deckers K, Van Alphen SPJ. Alcoholproblematiek bij ouderen. *Huisarts Wet* 2013;56(5):214-8.

Alcoholgebruik onder ouderen is wijdverbreid. Ruim tweederde van de 65-plussers drinkt dagelijks meer dan één glas en één op de twintig ouderen hoort zelfs tot de zware drinkers (minstens één keer per week zes of meer glazen). Symptomen van overmatig alcoholgebruik bij ouderen zijn niet specifiek en worden vaak ten onrechte toegeschreven aan normale veroudering. Door die veroudering ervaren ouderen ook sneller gezondheidsproblemen als gevolg van alcoholgebruik. Vroege herkenning van alcoholproblemen is belangrijk. De eerstelijnsgezondheidszorg beschikt over goede screeningsinstrumenten en effectieve, kortdurende interventies. Voor huisartsen en praktijkondersteuners komt het erop aan, hun alertheid op alcoholproblemen bij ouderen te trainen, en de samenwerking met de eerste- en tweedelijns verslavingszorg te organiseren.

ACHTERGROND

Enkele cijfers

De dubbele vergrijzing in Nederland is een feit: het aandeel ouderen stijgt gestaag en zij worden ook steeds ouder. In 2011 telde Nederland volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 2,6 miljoen 65-plussers, ongeveer 15 % van de totale Nederlandse bevolking.¹

Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) signaleert een duidelijke toename van het aantal 55-plussers dat hulp vraagt wegens alcoholproblemen, en die stijging zal de komende jaren aanhouden.² De frequentie van het alcoholgebruik onder 55-plussers is gemiddeld hoger dan onder jongeren, en zij drinken ook vaker dagelijks.³ In 2008 gebruikte 71% van de 65-plussers per dag gemiddeld meer dan één glas alcohol (1,4 glas) en dronk ruim 8% drie of meer glazen (in 2003 was dat nog geen 6%). Het percentage zware drinkers, die minstens één keer per week zes of meer glazen drinken, 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.⁴

Een van de mogelijke redenen voor deze toename is dat ouderen meer vrije tijd en geld hebben, en vaker 'drinksituaties' tegenkomen. Ook andere factoren kunnen meespelen, zoals eenzaamheid, isolement, stress, financiële problemen, fysieke problemen, slaap- en pijnklachten, alcoholgebruik in

de (relationele) voorgeschiedenis en negatieve *life events*, zoals het overlijden van de partner of een gedwongen verhuizing.⁵

Ouderen zijn extra kwetsbaar

Normale verouderingsverschijnselen, zoals verminderde werking van lever en nieren, afname van het gehalte lichaamsvocht en toename van het vetgehalte, leiden ertoe dat ouderen eerder gezondheidsproblemen krijgen door alcoholgebruik. Ouderen wordt daarom aangeraden niet meer dan zeven glazen alcohol per week te drinken en maximaal twee tot drie glazen per gelegenheid.⁴ Overmatig alcoholgebruik kan bij ouderen leiden tot een veelheid van lichamelijke klachten, zoals maag-darmproblemen, incontinentie, vermoeidheid, seksuele problemen en een groter risico op vallen.³

Bij ouderen komt veel 'stille' problematiek voor. Bijna een kwart van de ouderen heeft een psychische stoornis, met als meest voorkomende angststoornissen (10%)⁶, dementie (7%)⁷ en depressie (2%).⁸ Psychische problemen kunnen leiden tot overmatig alcoholgebruik (drinken als copingmechanisme), maar ook ontstaan of versterkt worden door het drinken.^{9,10} Een complicerende factor is het gebruik van psychofarmaca, dat vooral onder ouderen groot is en zorgt voor comorbide gewenning- en verslavingsproblemen. Ouderen gebruiken deze middelen – met name sedativa – in hogere doses en langduriger dan voorgeschreven. Een derde van alle voorgeschreven benzodiazepines en opioïde analgetica wordt afgenomen door 65-plussers.^{11,12}

Alcoholproblemen onvoldoende herkend

[Tabel 1] bevat definities van de diverse drinkpatronen. Een gemiddelde huisartsenpraktijk van 2350 patiënten telt ongeveer tweehonderd probleemdrinkers, maar de huisarts kent slechts een minderheid van die tweehonderd: naar schatting 70 tot 90% van de probleemdrinkers is niet als zodanig bekend in de huisartsenpraktijk.^{13,14} Er is ook weinig onder-

De kern

- Het alcoholgebruik onder ouderen neemt toe, dus ook het aantal oudere probleemdrinkers.
- De symptomen van problematisch alcoholgebruik zijn moeilijk te onderscheiden van normale verouderingskenmerken zoals trillen, vertraagd denken en handelen, vallen, woordvindproblemen, maag-darmklachten, geheugenproblemen, vermoeidheid, slaapproblemen, oriëntatieproblemen, evenwichtsproblemen of hypertensie.
- Ouderen zijn erbij gebaat als huisartsen en praktijkondersteuners alcoholproblemen snel herkennen en laagdrempelige zorg bieden.
- Vroegtijdige signalering en hulpverlening zijn goed te implementeren in de eerste lijn, mits de zorgverleners er alert op zijn en goed samenwerken met de tweedelijns ggz-verslavingszorg.

Re-Set Leefstijlverbetering (onderdeel van GGZ Mondriaan Volwassenen), Kruisstraat 1, 6231 LJ Meerssen: M.W.J. Noteborn, stafmedewerker; R.A.M. Sanderson, gezondheidszorgpsycholoog/psychotherapeut, hoofd behandeling (tevens hoofd Deeltijdbehandeling verslavingszorg GGZ Mondriaan en vrijgevestigd psychotherapeut), Gezondheidscentrum Akerstraat-Noord, Hoensbroek; H. Zwanikken, huisarts, Maastricht Institute for Addiction Research (MAIAR); K. Deckers, masterstudent Neuropsychologie, GGZ Mondriaan, divisie Ouderen, locatie Heerlen/Vrije Universiteit Brussel, vakgroep Klinische en levenslooppsychologie; prof.dr. S.P.J. van Alphen, bijzonder hoogleraar klinische ouderenpsychologie/ gezondheidszorgpsycholoog • Correspondentie: spj.vanalphen@planet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: voor dit artikel is financiële steun ontvangen van ROS Robuust.

zoek gedaan naar het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholgebruik bij ouderen. Zoals de casus van mevrouw De Vries laat zien, wordt die signalering bemoeilijkt doordat de symptomen van riskant en schadelijk alcoholgebruik niet heel specifiek zijn en gemaskeerd kunnen worden door andere gezondheidsproblemen.^{15,16} Bij ouderen zijn de signalen bovendien gemakkelijk te verwarren met normale verouderingsverschijnselen zoals trillen, vertraagd denken en handelen, vallen, woordvindproblemen of somatische problematiek (maag-darmklachten, hypertensie).¹⁷ Daarbij komt nog dat oudere probleemdrinkers het onderwerp zelf zelden ter sprake brengen, want ze zien doorgaans geen verband tussen hun klachten en hun drinkgedrag.¹⁸ Ook bij mevrouw De Vries werden de symptomen van het problematisch alcoholgebruik gemaskeerd door de somatische symptomen van het ouder worden, het rouwproces en haar persoonlijkheidskenmerken.

Toch is óók gebleken dat patiënten het doorgaans niet erg vinden wanneer de huisarts naar hun alcoholgebruik vraagt, en juist openstaan voor advies daarover.^{19,20}

VROEGTIJDIGE SIGNALERING IS NODIG

Klachtgerichte screening

Had het alcoholgebruik van mevrouw De Vries eerder aan het licht kunnen komen? Er zijn al enige tijd pleidooien om ouderen in een vroegtijdig stadium klachtgericht te screenen op alcoholgebruik. De American Geriatric Society adviseert bijvoorbeeld alle ouderen jaarlijks te vragen naar hun alcoholgebruik.²¹ Ook de NHC-Standaarden adviseren voor een aantal ziektebeelden die bij ouderen een hoge prevalentie hebben, te vragen naar het alcoholgebruik. Dat geldt bijvoorbeeld voor depressie, overgangsklachten, angst en dementie. De NHC-Standaard Problematisch alcoholgebruik benoemt ouderen zelfs specifiek als risicogroep voor riskant drinkgedrag [tabel 1].

Volgens ons is er op dit punt dus een cruciale rol weggelegd voor de huisarts en de praktijkondersteuner.

Integratie in de somatische zorg

De kans is klein dat ouderen op eigen initiatief vanwege hun alcoholgebruik bij hun huisarts aankloppen, maar er zijn manieren om de doelgroep op een laagdrempelige manier te bereiken. Het is raadzaam om het thema 'alcoholgebruik' te integreren in reguliere controle-afspraken voor somatische aandoeningen zoals diabetes, hypertensie of andere cardiovasculaire aandoeningen. Men zou het ook iets meer gewicht kunnen geven in het reguliere zorgaanbod voor kwetsbare ouderen. Dat aanbod, doorgaans uitgevoerd door de huisarts en praktijkondersteuner, richt zich op thema's als angst, depressie, eenzaamheid, moeheid, valpreventie, medicatie en geheugenproblemen. De inventariserende vragenlijsten die ouderen in het kader daarvan thuisgestuurd krijgen, vragen meestal ook naar het alcoholgebruik. Men zou de praktijkondersteuner, die doorgaans contact opneemt met ouderen bij wie uit de vragenlijst een verhoogde kwetsbaarheid blijkt en bij hen op huisbezoek gaat, kunnen scholen in het signaleren en bespreekbaar maken van alcoholgebruik.

Meneer De Vries is enige tijd geleden op 78-jarige leeftijd overleden. Sindsdien is mevrouw De Vries (79) een aantal keren met onduidelijke buik- en slaapklasten op het huisartsensprekuur geweest. Zij heeft sinds een paar jaar type-II-diabetes. Zij woont nog zelfstandig en is al een paar keer gevallen in huis. Ze was altijd al wat angstig en onzeker, en onderneemt de laatste tijd weinig activiteiten buitenshuis meer. Daardoor is haar sociale netwerk de laatste jaren behoorlijk geslonken. Haar enige zoon (49) is de laatste tijd ook een paar keer naar het spreekuur gekomen om zijn beklag te doen over het claimende en controlebehoefte gedrag van zijn moeder. Hij vertelt onder andere dat de 'belterreur' van zijn moeder sinds de dood van haar man flink is toegenomen. Op basis van de Mini-Mental State Examination en de bevindingen van de praktijkondersteuner die mevrouw De Vries regelmatig ter controle ziet, vermoedt de huisarts dat er sprake is van cognitieve problematiek. Hij verwijst mevrouw voor nadere diagnostiek naar de Ouderenzorg van de plaatselijke ggz-instelling. Daar vindt men echter geen evidente cognitieve stoornissen.

Een paar weken later komt mevrouw De Vries opnieuw in huis ten val. Wanneer de huisarts ter plekke arriveert, is haar zoon daar al aanwezig. In de keuken vinden zij een aantal lege wijnflessen. Mevrouw blijkt dagelijks drie tot vier glazen te drinken, naar eigen zeggen vooral om zich minder angstig te voelen nu haar man er niet meer is.

Symptomen en signalen

De huisarts staat een aantal screeningsvragenlijsten ter beschikking. In een vergelijkend onderzoek kwam de Five-Shot vragenlijst, vergeleken met de CAGE en verschillende versies van de AUDIT, voor zowel mannen als vrouwen als beste naar voren.²² Er zijn echter geen onderzoeken bekend waarin de effectiviteit van de Five-Shot vragenlijst specifiek bij ouderen is nagegaan.²³ Verder kan de huisarts of praktijkondersteuner letten op een aantal directe symptomen (zoals persoonlijke hygiëne, zichtbare huidafwijkingen of alcoholfoetor, al dan niet gemaskeerd met parfum of pepermunt) en indirecte signalen zoals veelvuldig spreekuurbezoek, een wisselend en onduidelijk klachtenpatroon, frequent verzoek om tranquilizers en hypnotica, regelmatig vallen (en fracturen), jicht en seksuele problemen. Maar ook psychische problemen, waaronder angst en depressie, sociale problemen, slaapproblemen, cognitieve problematiek, verwaarloosde zelfzorg en voedingstekorten kunnen aanwijzingen zijn voor alcoholproblematiek.

Abstract

Noteborn MWJ, Sanderson RAM, Zwanikken H, Deckers K, Van Alphen SPJ. Alcohol problems in the elderly. Huisarts Wet 2013;56(5):214-8.

Alcohol consumption is common among the elderly. More than two-thirds of people aged 65 years and older drink more than one glass of alcohol a day, and 1 in 20 can be considered heavy drinkers (6 or more glasses more than once a week). Symptoms of excessive alcohol consumption are not specific in older people and are often incorrectly ascribed to normal ageing. Older people experience alcohol-related health problems sooner than younger people. It is important to recognize alcohol problems in an early phase. Good screening instruments are available in primary care and these services can provide effective, short-lasting interventions. General practitioners and practice assistants need to be alert to alcohol problems in elderly patients and work together with addiction services in primary and secondary care.

Tabel 1 Verantwoord alcoholgebruik en problematische drinkpatronen

Drinkpatroon	Bron	Omschrijving
NHG-Standaard	14	de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik onderscheidt de volgende riskante drinkpatronen mannen: meer dan 22-34 eenheden per week vrouwen: meer dan 15-20 eenheden per week ouderen: 7-14 eenheden per week
Gezondheidsraad	40	de Gezondheidsraad definieert verantwoord alcoholgebruik als volgt gezonde volwassen mannen: niet meer dan 2 standaardglazen alcohol per dag gezonde volwassen vrouwen: niet meer dan 1 standaardglas alcohol per dag minimaal 2 dagen in de week helemaal geen alcohol gebruiken om te voorkomen dat er een gewoontepatroon ontstaat
DSM-IV-TR	41	de DSM-IV omschrijft geen drinkpatronen die zich bij uitstek lenen voor kortdurende interveniëring in de eerste lijn, maar alleen de diagnoses alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik.
Overmatig drinken	39	vrouwen: meer dan 7 standaardglazen alcohol per week en nooit meer dan 3 glazen per gelegenheid mannen: meer dan 14 standaardglazen alcohol per week en nooit meer dan 5 glazen per gelegenheid
Binge drinking	38	tijdens een gelegenheid 6 of meer standaardglazen alcoholhoudende drank nuttigen in een kort tijdsbestek, afgewisseld met perioden van nauwelijks tot niet drinken
Probleemdrinken	36	meer drinken dan de norm voor verantwoord alcoholgebruik voorschrijft, en bovendien lichamelijke, sociale en/of psychische problemen die verband houden met excessief alcoholgebruik
Zwaar drinken	37	minimaal 1 dag per week 6 of meer standaardglazen alcohol

De meeste instellingen voor verslavingszorg en/of ouderenzorg hebben een scholingsaanbod speciaal voor huisartsen. In de regio Zuid-Limburg is bijvoorbeeld een kaartje beschikbaar met tips voor het bespreekbaar maken van alcoholgebruik.²⁴

INTERVENTIES IN DE EERSTE LIJN

Welke spelers?

Als men een alcoholprobleem gedetecteerd heeft, wat dan? In de eerste lijn zijn er meerdere mogelijkheden [figuur]. In het kader van het Partnership Vroegsignalering Alcohol hebben onder andere de NHG en het Trimbos-instituut recentelijk een aantal producten ontwikkeld op het gebied van het signaleren, bespreekbaar maken en begeleiden van alcoholproblematiek.²⁵ Ook de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik¹⁴ biedt aanknopingspunten. Belangrijk is een adequaat steunsysteem in de thuissituatie, bijvoorbeeld in de vorm van een partner die de patiënt ondersteunt bij gedragsverandering.

Naast de huisarts en de praktijkondersteuner kunnen ook de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) een rol vervullen. Met bijvoorbeeld laagdrempelige spreekuren in de huisartsenpraktijk, kortdurende behandelgesprekken of deelname aan multidisciplinair overleg in de eerste lijn kunnen zij bij ouderen de drempel om hulp te zoeken verlagen. Bijkomend voordeel is dat hun aanwezigheid bijdraagt aan het ‘warmhouden’ van het thema alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk.

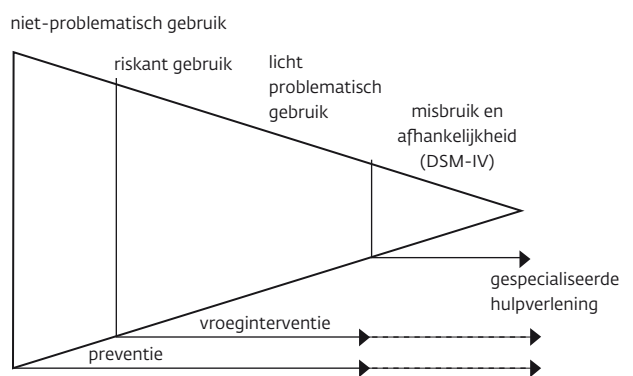
Cruciaal voor het bespreekbaar maken van alcoholproblemen in de eerste lijn is echter dat de huisarts beschikt over de kennis en vaardigheden om ze te signaleren. Huisartsen die een training hebben gevolgd en huisartsen die langer praktiseren, blijken alcoholgebruik vaker ter sprake te brengen dan huisartsen voor wie dit niet geldt.²⁶ Ook is gebleken dat huisartsen die tijdens de opleiding een korte training (twee tot drie dagen) hadden gehad, tien tot vijftien jaar later alcoholgebruik meer dan tweemaal zo vaak ter sprake brengen als collega’s die die training niet hadden gekregen.²⁷

We kunnen concluderen dat consultatie, supervisie en training voor de huisarts, en laagdrempelige toegang voor de doelgroep, essentiële elementen zijn in de aanpak van problematisch alcoholgebruik bij ouderen. Voor patiënten met lichte tot matig ernstige verslavingsproblematiek kan ook de POH-GGZ uitkomst bieden. Uit onderzoek blijkt dat patiënten de POH-GGZ over het algemeen als goed bereikbaar, effectief, van toegevoegde waarde en laagdrempelig ervaren, en zich over het algemeen prettig bejegend voelen. Wel vonden de respondenten de informatie-uitwisseling tussen huisarts en POH-GGZ en tussen patiënt en POH-GGZ nog voor verbetering vatbaar.²⁸

Welke interventies?

De effectiviteit van geïndiceerde preventie bij volwassen risicogroepen, dat wil zeggen vroegtijdige signalering en kortdurende interventies, is voor de kortere termijn ruimschoots

Figuur Het interventiespectrum van Mrazek en Haggerty⁴²



Het diagram beschrijft de interventiemogelijkheden (in de vorm van stepped care) bij middelengebruik. De eerste lijn, en dan bij uitstek de huisarts en de praktijkondersteuner of POH-GGZ, kan effectief interveniëren bij riskant en licht problematisch gebruik.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

aangetoond,^{29,30} maar over de langere termijn is nog onvoldoende bekend. Kortdurende interventies door de huisarts leiden in elk geval tot een afname van het alcoholgebruik bij mensen met beginnende alcoholproblemen,³¹ ook bij ouderen.³²

De Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol³³ noemt een aantal effectieve interventies; motiverende gespreksvoering, cognitief-gedragstherapeutische interventies, zelfhulpgroepen en de zogeheten 'twaalfstapenbenadering'. De richtlijn stelt dat kortdurende interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg op de korte termijn een klein tot middelmatig effect hebben op het stoppen of minderen van alcoholgebruik. Dit geldt zowel voor degenen die behandeling zoeken als voor degenen die op hun alcoholgebruik worden aangesproken. De richtlijn beveelt dan ook aan om iedere patiënt bij wie een alcoholprobleem is vastgesteld een kortdurende interventie in de eerste of tweede lijn aan te bieden.

In een overzicht van effectieve verslavingspreventie laten Cuijpers en collega's zien dat kortdurende interventies in de huisartsenpraktijk effectief kunnen zijn bij alcoholproblemen.³⁴ Screening op alcoholgebruik met aansluitend kortdurende interventies vermindert het aantal alcoholproblemen en het effect van de interventies is even groot bij matige drinkers als bij zware drinkers. Wel zijn de effecten groter wan-

neer alle patiënten gescreend worden en niet alleen diegenen die met klachten bij de huisarts komen. Drie soorten kortdurende interventies springen er in positieve zin uit: bibliotherapie (zelfhulp), motiverende gespreksvoering en *behavioral self-control training*.

CONCLUSIE

Bij vroegtijdige signalering is een (minimale) interventie door de huisarts zinvol. Alleen al het advies om minder te drinken blijkt het alcoholgebruik met 10-16% te verminderen, en na vier korte gesprekken kan dat oplopen tot wel 25%.³⁵ Kortom, de huisarts kan alcoholmisbruik en mildere vormen van verslaving doorgaans prima zelf behandelen. Alleen bij langdurige en/of complexere verslavingsproblematiek is behandeling in de tweede lijn geïndiceerd.

Een geprotocolleerd aanbod voor deze doelgroep zal zeker de structurele samenwerking tussen de eerstelijns- en de specialistische tweedelijnszorg bevorderen. ■

Geholpen door de gezamenlijke aanpak van de huisarts, de praktijkondersteuner en de Verslavings- en Ouderenzorg is mevrouw De Vries uiteindelijk minder alcohol gaan gebruiken. Zij heeft een zinvolle daginvulling gevonden zonder haar partner.

LITERATUUR

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. Demografie van de vergrijzing. Den Haag/Heerlen: CBS, 2011.
- 2 Wisselink DJ, Kuijpers WGT, Mol A. Kerncijfers verslavingszorg 2011. Houten: LADIS, 2012.
- 3 Weingart S. Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998-2007). Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- 4 NIGZ. Factsheet Alcohol en ouderen. Woerden: NIGZ, 2005.
- 5 Johnson I. Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;1:575-81.
- 6 Bremmer MA, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Van Dyck R, Van Tilburg W. Angststoornissen bij ouderen: Prevalentie en risicofactoren. *Tijdschr Psychiatr* 1997;39:634-48.
- 7 Ott A, Breteler MMB, Birkenhäger-Gillesse EB, Van Harskamp F, De Koning I, Hofman A. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson: Het ERGO-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:200-5.
- 8 Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg TG, Schroevers RA, Smit JH, Hooijers C, et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: Een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschr Psychiatr* 1997;39:294-308.
- 9 Blow FC. Late life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9:14-9.
- 10 Kirchner JE, Zubrisky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, et al. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22:92-7.
- 11 Basen MM. The elderly and drugs problem overview and program strategy. *Public Health Rep* 1977;92:43.
- 12 Gossop M, Moos R. Substance misuse among older adults: A neglected but treatable problem. *Addiction* 2008;103:347-8.
- 13 Aertgeerts B, Buntinx F. Detectie van alcoholmisbruik of afhankelijkheid in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu* 2002;31:468-79.
- 14 Meerkkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHC-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-5.
- 15 Beullens J, Aertgeerts B. Screening for alcohol abuse and dependence in older people using DSM criteria: a review. *Aging Ment Health* 2004;8:76-82.
- 16 O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *Br Med J* 2003;327:664-7.
- 17 Letizia M, Reinbolz M. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatr Nurs* 2005;26:176-83.
- 18 Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [dissertation]. Amsterdam: Thesis, 1994.
- 19 Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Publ Health* 2005;15:615-20.
- 20 Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol* 2006;41:306-10.
- 21 American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. New York: AGS, 2003. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.html>, geraadpleegd maart 2013.
- 22 Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.
- 23 Risselada A, Kleinjan M, Jansen H. Veilig drinken op leeftijd: Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: IVO, 2009.
- 24 Re-Set Leefstijlverbetering. Factsheet uitleg bij de 5 tips om alcohol- of middelengebruik bespreekbaar te maken. Meerssen: Re-Set, 2012.
- 25 Partnership Vroegsignalering Alcohol [internet]. <http://www.vroegsignaleringalcohol.nl/werkgroepen/werkgroep-eerste-lijn/producten>, geraadpleegd maart 2013.
- 26 Saitz R, Horton NJ, Sullivan LM, Moskowitz MA, Samet JH. Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. *Ann Intern Med* 2003;138:372-82.
- 27 Siegal HA, Cole PA, Li L, Eddy MF. Can a brief clinical practicum influence physicians' communications with patients about alcohol and drug problems? Results of a long-term follow-up. *Teach Learn Med* 2000;12:72-7.
- 28 Ter Horst L, Haverkamp S. Ervaringen van patiënten met de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ: Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Haarlem: Zorgbelang Noord-Holland, 2012.
- 29 Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem-drinkers: A meta-analysis. *Addiction* 2004;99:839-45.
- 30 Dinj-Zarr T, Goss C, Heitman E, Roberts I, DiGiuseppi C. Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001857.
- 31 Anderson P. The risk of alcohol: What general practice can do [dissertation]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003.
- 32 Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA. Brief physician advice reduced drinking in older adults. *J Fam Pract* 1999;48:378-84.
- 33 Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009. <http://www.ggzrichtlijnen.nl>, geraadpleegd maart 2013.
- 34 Cuijpers P, Scholten M, Conijn B. Verslavingspreventie: Een overzichtsstudie. Den Haag: ZonMw, 2006.
- 35 Mensink PAJS, Ashruf RHT, Sluiter AC, Boomsma LJ, Ebersson MPH, Luijkx, JJHM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Stoornissen in het gebruik van alcohol. *Huisarts Wet* 2010;53:S1-5.
- 36 Garretsen HFL, Knibbe RA. Alcohol prevalentie-onderzoek. Rotterdam/Limburg: landelijk eindrapport. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.
- 37 CBS StatLine. Gezondheid, leefstijl, zorggebruik; t/m 2009 > zelfgerapporteerde leefstijl > gebruik alcoholhoudende dranken (12+) > zware drinker [internet]. Voorburg/Heerlen: CBS, 2010. <http://statline.cbs.nl>, geraadpleegd maart 2013.
- 38 Poppelier A, Van der Wiel A, Van de Mheen, D. Overdaad schaadt: Een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge drinken. Rotterdam: IVO, 2002.
- 39 Gaziano JM, Hennekens C. Royal Colleges' advice on alcohol consumption. *BMJ* 1995;311: 3-4.
- 40 Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2006. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006.
- 41 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC: APA, 2000.
- 42 Mrazek P, Haggerty R, editors. Reducing risks for mental disorders. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

Casuïstiek: een nieuwe rubriek in H&W

Herkent u dit? Die ene patiënt die je nog jaren blijft vanwege het atypische beloop van een aandoening die aanvankelijk routine leek, of die zeldzame diagnose uit de leerboeken van de basis-

opleiding die u ineens in uw eigen praktijk tegenkomt? De redactie van H&W nodigt u uit deze ervaringen met andere lezers te delen in de nieuwe rubriek Casuïstiek.

Centraal staan de beschrijving van het medische vraagstuk en de presentatie. Op 1 pagina (700 woorden) presenteert u - na een korte inleiding - bondig de casus met daarin een beknopte achter-

grond, relevante onderzoeksbevindingen, differentiaaldiagnose, behandeling en follow-up. De aandoening zelf is hier dus ondergeschikt aan de beschreven casus. Kijk voor de volledige informatie op www.henw.org/voorauteurs.

U kunt uw bijdrage inzenden naar redactie@nhg.org. Wij kijken ernaar uit! ■

Wilma Spinnewijn