
Oud en een biertje! De praktijk van een aan alcohol verslaafde 65-jarige man

Auteurs: Dick M. van Etten

Samenvatting

In Nederland neemt het gebruik van alcohol onder 55-plussers de laatste jaren snel toe. Veel ouderen komen niet in zorg bij de instelling voor verslavingspsychiatrie. Bij de patiënten op huisbezoek gaan op verzoek van hulpverleners die thuis komen is belangrijk. In deze klinische les wordt aan de hand van een casus besproken over hoe detoxificatie en behandeling er uit kan zien en de mogelijke risico's en keuzes waarvoor men komt te staan.

Abstract

Alcohol abuse and addiction in the Netherlands among the older adults aged 65 and over has increased in the last decade. Outreaching care is important as most of the elderly do not receive the care they need. We discuss the detoxification and group therapy of an elderly alcoholic. Issues that will be discussed are potential risks and choices that need to be made.

Kernwoorden: alcohol, detoxificatie, groepsbehandeling

Keywords: Alcohol abuse, Detoxification, Group therapy

Inleiding

Het aantal alcoholgerelateerde hulpvragen van ouderen bij de verslavingszorginstellingen neemt de laatste jaren fors toe en is in tien jaar gegroeid met 89% van 3.762 in 2001 tot 8.989 in 2010, gecorrigeerd voor vergrijzing.¹ In 2010 was één op de zes hulpvragers ouder dan 55 jaar.² In Nederland is er nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de behandeling van deze voor Nederland nieuwe doelgroep. In deze klinische les wordt een casus besproken van een aan alcohol verslaafde oudere man. Aan de hand van deze casus wordt een behandelroute besproken die een patiënt bij de ouderenafdeling van Centrum Maliebaan zou kunnen doorlopen. Centrum Maliebaan (CMB), een instelling voor verslavingspsychiatrie in Utrecht, is sinds 2004 bezig om een behandel aanbod voor deze nieuwe doelgroep te ontwikkelen. Veel van de interventies komen uit de Amerikaanse en Nederlandse literatuur en zijn deels proefondervindelijk tot stand gekomen. Deze klinische les gaat in op de diagnostiek en de behandelmogelijkheden.

Casus Lodewijk

Als bewoner van een seniorenflat in de Utrechtse wijk Kanaleneiland komt Lodewijk in aanmerking voor een huisbezoek van welzijnsorganisatie Cumulus. Lodewijk is een alleenstaande, gepensioneerde metselaar van 65 jaar oud. De ouderenconsulent van Cumulus treft Lodewijk liggend op de bank aan. Het appartement ruikt naar verschaald bier en ontlasting. De vloer van de woning is bezaaid met lege bierblikjes. Een gesprek met Lodewijk blijkt nauwelijks mogelijk: hij maakt een verwarde en verpieterde indruk. Vanwege vermoedens van ernstig alcoholmisbruik meldt de consulent hem aan bij CMB. Het crisisteam van CMB, bestaande uit een verslavingsarts en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, kan bij een dergelijke aanmelding een beoordeling aan huis doen. In de woning treft ook de crisiswacht Lodewijk op de bank aan. Hij geeft aan pijn te hebben over zijn hele lichaam. Het is duidelijk dat hij meer dan eens gevallen is. Er zijn hematomen en schaafplekken op armen en benen. Hij kan zijn armen nauwelijks gebruiken. Het blijkt dat hij frozen shoulders heeft die hij als oud-metselaar heeft

opgelopen tijdens zijn vroegere arbeid.

Bij nader onderzoek blaast Lodewijk een bloedalcoholconcentratie (BAC) van 3.20. Dit komt neer op ongeveer 16 eenheden pure ethanol in zijn lichaam. Door deze hoge waarde is hij niet in staat om met het crisisteam een gesprek aan te gaan. Er zijn echter aanwijzingen dat Lodewijk zo'n 10 liter bier per dag drinkt, en dit gedurende een al zeer lange periode. Er liggen veel lege halveliterblikken bier door het huis verspreid, en ook staat er een traytje met nieuwe blikken. Hij rookt veel maar gebruikt geen andere middelen. Hij heeft een rood gelaat; geen duidelijke onthoudingsverschijnselen zoals tremor, zweten en onrust. Hij wordt niet incontinent van defaecatie of urine aangetroffen. Het crisisteam ziet en ruikt wel dat hij af en toe incontinent is. Hij is bekend met diabetes type II. Op zijn linker wenkbrauw is een oude nietverzorgde wond van 3 cm, die ongeveer 1 cm wijkt en er rustig uitziet. Hij heeft een decubitusplek op de linker bil naast de bilspleet met een doorsnede van 3 cm. Verder zijn er meerdere genezende schaaf-krabwonden op elleboog, benen en armen. Op de linker bekkenkam bevindt zich een hematoom met een doorsnede van 10 cm. Zijn bloeddruk is 140 over 90, hij heeft een polsslag van 110 regulair en voelt krachtig. Zijn temperatuur is 36.7 C°. Lodewijk is een magere man, hij is de laatste tijd waarschijnlijk flink afgevallen, zijn broek zit te ruim. Dit wijst op een verslechterde voedingsstoestand, met mogelijke vitamine-insufficiëntie. Als de buik onderzocht wordt, wordt er een vergrote lever als gevolg van zijn alcoholgebruik geconstateerd maar geen vochtophoping in de buik. Er is geen sociaal netwerk. Hij leeft gescheiden van zijn voormalige partner die geen contact meer wil.

Zijn kinderen ziet hij al jaren niet meer, het contact is geheel verbroken. Hij had een hond, maar die is sinds twee maanden dood, waarna Lodewijk nog meer is gaan drinken. Financieel zijn er geen problemen. Een buurman haalt bier voor hem en schuift een traytje blikjes om de dag naar binnen.

Psychiatrisch is er, behalve een diagnose alcoholafhankelijkheid³, in de voorgeschiedenis niets te vinden. Hij is niet bekend met onthoudingsdelier of epileptische aanvallen als gevolg van onthouding. Hij is nooit eerder behandeld voor zijn verslaving.

Samenvattend: Lodewijk is een 65-jarige man die al jaren veel bier drinkt. Nu verkeert hij in een slechte somatische toestand met beginnende onthoudingsverschijnselen. Zijn sociale situatie is zeer precair. Hij dreigt maatschappelijk teloor te gaan. Herstel van de sociale en lichamelijke conditie is volgens het crisisteam nog mogelijk. Lodewijk lijkt gemotiveerd om hulp te accepteren. Het crisisteam stelt een klinische detox voor.

Beschouwing

De beschreven casus is maar één voorbeeld van een patiënt die in beeld komt bij de ouderenafdeling van de verslavingspsychiatrie. De meeste oudere patiënten die bij CMB binnenkomen worden verwezen door de huisarts of een andere instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Het duurt doorgaans lang voordat iemand in beeld komt. De ervaring leert dat personen een alcoholprobleem opbouwen in vijf jaar en dat het dan nog eens vijf tot zeven jaar duurt voordat er hulp gevraagd wordt. Dit geldt niet alleen voor ouderen, maar voor alle patiënten in de verslavingspsychiatrie. Uit schaamte presenteren patiënten hun overmatige alcoholgebruik doorgaans niet als probleem aan hulpverleners.⁴

Waarom wordt voorgesteld Lodewijk te behandelen in een klinische detox in plaats van thuis? Hiervoor zijn een aantal argumenten.

Gezien zijn slechte lichamelijke conditie en zijn hoge BAC is er een verhoogde kans op het ontwikkelen van ernstige onthoudingsverschijnselen zoals een onthoudingsdelier of epileptisch insult. Er is geen sociaal steunsysteem dat gedurende de eerste 24 tot 36 uur op hem kan letten. Ook de slechte voedingsstoestand en een leverfunctiestoornis als gevolg van langdurig alcoholmisbruik vormen een reden om hem klinisch te ontgiften.⁵ Hij heeft bovendien diabetes type II. Er zou als gevolg van een thiamine- of vitamine B1-tekort een Wernicke-encefalopathie kunnen ontstaan. Een ernstig gebrek aan thiamine tast de hersenfuncties aan en kan levensbedreigend zijn. Als de diabetes plotseling zou verergeren, verbruikt de patiënt zijn laatste vitamine B1, wat een acute doodsoorzaak kan zijn.⁶ Een Wernicke-encefalopathie kan trouwens uitgelokt worden door de toediening van suiker, glucose intraveneus, vooraleer men vit B1 heeft toegediend. Het is belangrijk om te weten dat voordat men suiker geeft, eerst vit B1 gegeven dient te worden.

In de verslavingspsychiatrie wordt een leeftijd van 55 jaar of ouder aangehouden om oudere patiënten te onderscheiden van

jongere volwassenen. Deze leeftijdsgrens heeft verschillende redenen. Zij doet recht aan het bestaan van *survivors*, dat wil zeggen alcoholverslaafden die door de goede gezondheidszorg in Nederland oud kunnen worden. Tot de personen van 55+ hoort ook de naoorlogse generatie van de babyboomers die door hun soms zware drinken niet meer kunnen minderen en door veroudering van het lichaam niet meer goed tegen alcohol kunnen. Een 55-plusser die veel drinkt, vertoont kenmerken van een 60-65-plusser op zowel lichamelijk als psychisch gebied. De veroudering treedt sneller in. Zo kan een 60-jarige die in behandeling komt eruit zien als iemand van 75 jaar.

Verder zijn er verschillen in behandeling en behandelingsduur. Voor ouderen is *outreaching* zorg nodig, bijvoorbeeld door pro-actief op huisbezoek te gaan. Veel ouderen zijn minder mobiel en de ervaring leert dat het openbaar vervoer in de provincie niet altijd regelmatig rijdt. Een huisbezoek neemt langere tijd in beslag. Ook het afnemen van een intake duurt vaak langer. Het behandelcontact heeft ook gemiddeld meer tijd nodig. Andere belangrijke aandachtspunten zijn of de patiënt kan lezen en schrijven en nog voldoende cognitieve vaardigheden heeft. Bij de behandeling van ouderen is flexibiliteit vereist. Bestaande werkprocessen moeten vaker worden aangepast.

Behandeling

Tijdens de klinische opname⁷ in het CMb wordt de detoxificatie over het algemeen ondersteund met geleidelijk afnemend chloordiazepoxide. Bij ernstige leverfunctiestoornissen wordt echter oxazepam gebruikt dat een kortere halfwaardetijd heeft. Bij ouderen wordt meestal direct begonnen met oxazepam.^{8,9}

Tabel 1 Voorbeeld van een afbouwschema oxazepam per mg.

Dag	1	2	3	4	5	6	7
8:00 uur	20	20	10	10	10	10	x
12:00 uur	20	10	10	10	10	x	x
17:00 uur	20	10	10	10	x	x	x
22:00 uur	20	20	20	10	10	10	x

Bij voorkeur wordt niet thuis gedetoxificeerd maar in de kliniek. Als het niet anders kan, is een afbouwschema oxazepam ook thuis toepasbaar. Het is van belang om goed in te schatten dat de patiënt niet gaat drinken. Ook is toezicht nodig van een naaste die het gebruik van de oxazepam beheert.

Nadat Lodewijk zijn detoxificatie heeft ondergaan breekt er een herstelperiode aan. De ervaring leert dat een 65-jarige die roofofbouw heeft gepleegd met alcohol zeker een maand of zes nodig heeft om enigszins te herstellen. De opname hoeft echter niet zo lang te duren. Bij het CMb wordt, afhankelijk van iemands gezondheidstoestand, een opname van tien dagen tot maximaal acht weken gehanteerd. Na opname wordt er een uitgebreid behandelprogramma met veelal cognitieve gedragstherapeutische interventies aangeboden. De cognitieve interventies zijn bedoeld om de leefstijl van de patiënt te veranderen.

Groepsbehandeling

Binnen CMb is er specifiek voor ouderen een groepsinterventie ontwikkeld. De groep bestaat uit tien patiënten met vooral alcoholproblematiek en incidenteel met een benzodiazepineprobleem. Voor het slagen van de behandeling is het belangrijk dat de patiënt huisvesting heeft en het liefst een sociaal steunsysteem. Patiënten met een ernstige comorbiditeit op somatisch of psychiatrisch vlak komen niet voor deze groepsinterventie in aanmerking. Tijdens de bijeenkomsten mag men niet onder invloed zijn van alcohol. Om de groepsdynamiek te bevorderen zijn er veertien bijeenkomsten van vijf uur die twee maal per week, verdeeld over de week worden gegeven. Tijdens de bijeenkomst wordt er gezamenlijk geluncht.

Er worden verschillende thema's behandeld tijdens de bijeenkomsten. Zo wordt er besproken hoelang en hoeveel iemand drinkt, en onder welke omstandigheden, samen of alleen. De behandelaar geeft psycho-educatie: Wat doet alcohol met je lichaam? Wat is verantwoord drinken en wat gebeurt er als er tegelijkertijd medicijnen gebruikt worden? Een belangrijk onderdeel is het terugvalpreventieplan. Vragen als 'Hoe ga ik om met trek?' en 'Wat doe ik als ik een terugval heb?' worden

besproken, evenals thema's als eenzaamheid, vergroten van het sociale netwerk en een zinvolle dagbesteding. Ook komt aan de orde wat de invloed van alcohol is op deelname aan het verkeer. Vaak is niet bekend dat gebruik van een scootmobiel (mobylette) niet is toegestaan door een bestuurder die onder invloed is. Om situaties te oefenen die op de dagelijkse praktijk lijken neemt vaktherapie in de vorm van dramatherapie een belangrijke plaats in. Patiënten kunnen hier in een veilige omgeving oefenen met bepaalde situaties. Doelen van dramatherapie zijn vergroten van de weerbaarheid, herkennen en aangeven van grenzen, vergroten van zicht op oorzaak en gevolg van eigen gedrag en vergroten van inzicht in eigen emoties en gedrag binnen interacties.

Ook bewegen is een belangrijk onderdeel van de behandeling, niet alleen omdat regelmatig bewegen de stemming verbetert maar ook de conditie. Patiënten oefenen met een psychomotorisch therapeut Nordic walking. Na de groepsinterventie, die zeven weken in beslag neemt, is er nog de mogelijkheid om een half jaar nazorg (één bijeenkomst per maand) te volgen om het geleerde te borgen.

De groepsinterventie wordt vijf keer per jaar georganiseerd. Sommige patiënten moeten wachten voordat zij in een groepsbehandeling kunnen instromen. Tijdens zo'n wachtperiode kunnen zij eens in de twee weken twee uur deelnemen aan een voorbereidingsgroep. Zo leert de groep elkaar al kennen wat de groepsdynamiek tijdens het programma van de 55-plusgroep ten goede komt. Niet iedereen is in staat of geschikt om aan een groepsbehandeling mee te doen. Voor hen is er individuele behandeling waarin de thema's die in de groep besproken worden, in één-op-één-gesprekken met een hulpverlener aan de orde komen.

Hoe verliep de behandeling van Lodewijk?

Lodewijk kon vanwege zijn slechte lichamelijke conditie geen gebruik maken van groepsbehandeling in de 55-plusgroep. Wel werd een behandelcontact geregeld met een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, die hem thuis bezocht. Dit contact was vooral gericht op het bevorderen van de motivatie om zijn gedrag rond drinken te veranderen en wel op zo'n manier dat hij weer in staat was zelfstandig te functioneren. Lodewijk is nog een aantal keren flink teruggevallen. Na een verwijzing binnen de zorgketen om een cognitief onderzoek te krijgen is hij uiteindelijk als gevolg van complicaties van zijn alcoholgebruik overleden.

Bij sommige patiënten is verdere schade beperken het hoogst haalbare. Daarop lijkt ook G. van het Reve te doelen met de woorden die hij eens aan zijn collega B. den Uyl schreef:

*"U moet de bakens verzetten en noch sterke drank, noch bier meer gebruiken: houdt u aan een matig gebruik van een redelijke kwaliteit rode wijn. Ja onthouding is natuurlijk het beste, maar het zogenaamde "indammen" is ook al iets"*¹⁰

Hulpverleners in de verslavingspsychiatrie zouden met dit adagium hun voordeel kunnen doen.

Auteurs

D. M. van Etten

Centrum Maliebaan Utrecht
Verpleegkundig Specialist GGZ

Centrum Maliebaan, Utrecht

E-mail: dvetten@centrummaliebaan.nl

Literatuurlijst

1. Kerncijfers Verslavingszorg 2010 Landelijk alcohol en drugs informatie systeem. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg, 2011.
2. Weingart S. Factsheet Alcohol en ouderen in de verslavingszorg in Nederland (1998–2007). Utrecht: Trimbos-instituut;

2009.

3. Drukkerij Wilco; 2001.
4. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbosinstituut, 2009.
5. Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Among Older Adults, Treatment Improvement Protocol (TIP) series 26, 1998. Rockville: U.S Department of health and human services 1998.
6. Arts K. Het syndroom van Korsakov 2006. Bunnik: Landelijk Platform Korsakov; 2006.
7. Hoek van A, Dijkstra B, Janssen van Raay M, Jong de C. Detoxificatie van psychoactieve stoffen. In: Franken I, Brink van deW, red. Handboek Verslaving. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.
8. van Etten D. Detoxificeren van aan alcohol verslaafde ouderen. Verslaving. 2006;256-60. 10.1007/BF03075384
9. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbosinstituut, 2009.
10. Keuning N, Een zeker onbehagen, een biografie van Bob den Uyl, Brief, 7 april 1980, van G. van het Reve aan B. den Uyl. Amsterdam: Thomas Rap, 2008.