

Voorstel om te komen tot een betrouwbare schatting van het aantal ouderen (55+) in Nederland dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is

¹ VU-University
Amsterdam
² RijksUniversiteit
Groningen

De Boelelaan 1081
1081 HV Amsterdam

T 020 5986784
F 020 5986810
m.j.aartsen@vu.nl

Amsterdam, Oktober
2010



Marja Aartsen¹, Tom Snijders², Theo van Tilburg¹

Eén van de meest basale vragen in verslavingsonderzoek is de vraag naar de omvang van het aantal ouderen dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is. Deze vraag is nog niet beantwoord. Hoewel er tellingen zijn van het aantal ouderen dat voor middelenmisbruik of -afhankelijkheid behandeld wordt, is naar verwachting de totale omvang van de problematiek vele malen groter. Dit rapport beschrijft een voorstel om te komen tot een betrouwbare schatting van het aantal ouderen in Nederland dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is. Onder middelen wordt hier verstaan alcohol, benzodiazepinen, cannabis, heroïne en cocaïne.

Titel

Onderzoeksvoorstel voor het schatten van de prevalentie van middelenmisbruik of
middelenafhankelijkheid bij ouderen (55+) in Nederland.

Aartsen, M.J. (1), Snijders, T.A.B. (2) en van Tilburg, T.G. (1)

(1) Vrije Universiteit Amsterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Sociologie
De Boelelaan 1081
1081 HV AMSTERDAM

(2) Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Sociologie
Grote Rozenstraat 31
9712 TG GRONINGEN

Amsterdam, Oktober 2010
Derde deelrapport van ZonMw projectnummer 31160215.

Geraadpleegde deskundigen:

Dr. Guus Crust, Trimbos Instituut

Dr. Rob Bovens, Trimbos Instituut

Dhr. Arjen Hoorn, AA-Nederland

Drs. Kuijpers, Stichting Informatievoorziening Zorg

Dhr. Mol, Stichting Informatievoorziening Zorg

Voorwoord

Voor u ligt het derde deelrapport dat geschreven is naar aanleiding van een vraag van de commissie Risicogedrag en Afhankelijkheid van ZonMw, naar een overzichtsstudie ouderen en verslaving (projectnummer 31160215). De commissie is onder meer geïnteresseerd in een zo compleet en actueel mogelijk overzicht van de stand van wetenschap en praktijk. Dit deelrapport beschrijft een voorstel voor onderzoek naar de vraag hoe we kunnen komen tot een zo betrouwbaar mogelijke schatting van de omvang ouderen die middelen misbruiken of daarvan afhankelijk zijn in de Nederlandse samenleving.

Het eerste deelrapport beschrijft op basis van een literatuuronderzoek de state of the art van wetenschappelijk kennis van kenmerken, oorzaken en gevolgen van middelenaafhankelijkheid van ouderen. In het tweede deelrapport wordt verslag gedaan van een praktijkonderzoek naar ervaringen van de nulde, eerste, tweede en derde lijn met oudere verslaafden.

Samenvatting

Eén van de meest basale vragen in verslavingsonderzoek is de vraag naar de omvang van het aantal ouderen dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is. Deze vraag is nog niet beantwoord. Hoewel er tellingen zijn van het aantal ouderen dat voor middelenmisbruik of –afhankelijkheid behandeld wordt, is naar verwachting de totale omvang van de problematiek vele malen groter. Dit rapport beschrijft een voorstel om te komen tot een betrouwbare schatting van het aantal ouderen in Nederland dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is. Onder middelen wordt hier verstaan alcohol, benzodiazepinen, cannabis, heroïne en cocaïne.

Trefwoorden

Prevalentieschatting, ouderen, afhankelijkheid, alcohol, heroïne, cocaïne, cannabis, benzodiazepinen, hidden population

Probleemstelling

Afhankelijkheid of misbruik van middelen bij ouderen is een verwaarloosd probleem (Drugs in Beeld, 2008). ZonMw heeft onlangs opdracht gegeven voor een onderzoek naar de state-of-the-art van wetenschappelijke kennis van middelen misbruik en afhankelijkheid bij ouderen en ervaringen met deze doelgroep in de beroepspraktijk (ZonMw projectnummer 31160215). Uit dat onderzoek blijkt dat wetenschappelijke kennis zich vooral beperkt tot het beschrijven van psychobiosociale kenmerken van ouderen die risicovol alcohol en benzodiazepinen gebruiken. Kennis van prevalentie, oorzaken, gevolgen en kenmerken van ouderen die alcohol of benzodiazepinen misbruiken of daarvan afhankelijk zijn is nog zeer beperkt (Aartsen et al., 2010). Onderzoek naar cannabis, heroïne en cocaïne is nog nauwelijks gedaan. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat professionals in de nulde tot en met de derdelijn gezondheidszorg regelmatig te maken hebben met ouderen die risicovol alcohol of benzodiazepinen gebruiken, en dat er grote behoefte is aan richtlijnen voor ouderen en aan adequate screenings- en behandelmethodieken (Aartsen et al., 2010).

Een prangende vraag die nog niet is beantwoord is die naar de omvang van de problematiek, dat wil zeggen, het aantal ouderen in Nederland dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is. Hoewel bekend is hoeveel mensen met een middelenprobleem jaarlijks in behandeling zijn, zijn er aanwijzingen dat een nog groter deel buiten het bereik van de zorgverleners, en dus buiten het bereik van registraties valt. Voor een schatting van de totale omvang van de problematiek kan survey onderzoek uitgevoerd worden. Echter, het gaat waarschijnlijk om een relatief lage prevalentie zodat een grote steekproef moet worden getrokken om tot een betrouwbare schatting te komen. Dat is duur. Bovendien zijn surveys vaak onnauwkeurig omdat ouderen met verslavingsproblemen slecht gevonden worden of onbereidwillig zijn om mee te doen wat leidt tot selectiebias.

Als alternatief voor een directe schatting wordt indirecte (Archibald et al., 2001) schatting aanbevolen (EMCDDA, 2004). Een aantal methoden bespreken we onder resultaten. Indirecte schattingsmethoden zijn in het verleden toegepast bij het schatten van aantallen daklozen, heroïne gebruikers, cannabis gebruikers en prostitueebezoekers, kortom populaties waar een zeker taboe op rust (e.g. Archibald et al., 2001; David & Snijders, 2002; Hartnoll et al., 1985; Hickman et al., 2006; Smit et al., 2006; Trimbos, 2010a). Maar ook bij indirecte schattingen doen zich complicaties voor.

Het eerste probleem is dat er per definitie geen steekproefkader is. De verborgen aard van de doelpopulatie brengt met zich mee dat de leden lastig te lokaliseren zijn (Spreeen, 1992). Daarbij komt dat het niet eenvoudig is vast te stellen of mensen tot de doelgroep behoren. Omdat er een taboe rust op het bespreekbaar maken van verslavingsproblemen bij ouderen, geven ouderen zelf liever niet toe dat er problemen zijn. Bestaande screeningslijsten voor ouderen zijn vaak onvoldoende sensitief of specifiek (Fink et al., 2002), en zorgprofessionals - als ze de problematiek al herkennen - zijn niet altijd geneigd om in te grijpen (Curtis et al., 1989; Stewart & Oslin, 2001; Meijer et al., 2006; Risselada et al., 2009). Een tweede probleem is het definitieprobleem. Verschillen in normen en waarden ten aanzien van het middel kunnen leiden tot verschillen in definities zoals bij het gebruik van cannabis. In Nederland geldt een

gedoog beleid. Hoewel cannabis onder de Opiumwet valt (lijst II), worden in de praktijk kleine hoeveelheden voor persoonlijk gebruik toegestaan. Het bezit van maximaal vijf gram cannabis of het kweken van maximaal vijf planten wordt meestal niet vervolgd (rijksoverheid.nl). Ook kan op recept via de apotheker medicinale cannabis verkregen worden. Heroïne en cocaïne vallen onder lijst I (harddrugs) van de Opiumwet, hetgeen betekent dat het verboden is deze stoffen in het bezit te hebben, te verkopen, of te vervoeren, tenzij er een opiumonthefing gegeven is. Afhankelijkheid van heroïne en cocaïne wordt daarom vaak geoperationaliseerd als elk gebruik in welke vorm dan ook, en niet met criteria voor middelenafhankelijkheid zoals die in psychiatrische classificatiesystemen als de DSM gebruikt worden. Tot slot, voor benzodiazepinen wordt onderkend dat het verslavend kan werken, maar criteria voor misbruik of afhankelijkheid zijn nog niet ontwikkeld.

Om te komen tot een betrouwbare schatting van de prevalentie van middelen misbruik en afhankelijkheid door ouderen is vereist; een goede definitie van de doelgroep, een inventarisatie van beschikbare databronnen, en een overwogen keuze van methoden voor het schatten van verborgen populaties.

Doelstelling

Schrijven van een onderzoeksvorstel voor een prevalentieschatting van het aantal ouderen in Nederland dat afhankelijk is, of misbruik maakt van één of meer van de volgende middelen: alcohol, benzodiazepinen, cannabis, heroïne en cocaïne.

Vraagstelling

Hoe kan de prevalentie van ouderen (55+) in Nederland die middelen misbruiken of daarvan afhankelijk zijn geschat worden?

Subvragen:

- 1) Welke methode(n) worden in de literatuur aanbevolen voor de prevalentieschatting van het aantal ouderen dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is?
- 2) Welke bestaande registraties kunnen gebruikt worden voor de prevalentieschatting?
- 3) Hoe kan de onderzoekspopulatie gedefinieerd worden?
- 4) Hoe kan, gegeven de bovenstaande antwoorden, onderzoek naar de prevalentie van het aantal ouderen in Nederland dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is, het best worden vormgegeven?

Maatschappelijke relevantie

Een betrouwbare schatting van het aantal ouderen dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is, is van groot belang voor politici en zorgverleners. Kennis van de omvang is voorwaarde voor een effectieve implementatie en evaluatie van programma's gericht op reductie van de problematiek en bestrijding van negatieve consequenties van misbruik en afhankelijkheid. Tot nu toe is in Nederland een dergelijke schatting voor ouderen nog niet gedaan.

Wetenschappelijke relevantie

In survey onderzoek dat veel benut wordt voor beleidsbeslissingen wordt vaak verondersteld dat selectie van respondenten ad random is waardoor uitkomsten generaliseerbaar geacht worden voor de hele populatie. Echter, als deze onafhankelijkheidsassumptie wordt geschonden neemt de kwaliteit van de getrokken conclusies af. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer de kans op selectie afneemt naarmate de (onderzochte) problematiek ernstiger is. Het onderhavig onderzoek geeft inzicht in de gevolgen van het schenden van de onafhankelijkheidsassumptie voor prevalentieschattingen op basis van survey onderzoek en draagt daarom bij aan de verbetering van de kwaliteit van onderzoeksuitkomsten op diverse terreinen.

RESULTATEN

1. Methoden voor prevalentieschattingen van verborgen populaties

Het EMCDDA ontwikkelde in 2004 een richtlijn voor prevalentieschattingen van middelenmisbruik en -afhankelijkheid in de samenleving (EMCDDA, 2004). Geen van de bestaande methoden kan als beste geadviseerd worden. Om betrouwbaarheid van de schattingen te verhogen adviseert het EMCDDA daarom verschillende methoden naast elkaar te gebruiken en verschillen in schattingen te bespreken. In dit voorstel worden de volgende methoden verder besproken: de multiplier methode, de capture-recapture methode (CRC) de multivariate indicator method (MIM) en de snowball methode.

De multiplier methode

Als het percentage ouderen dat in behandeling is voor verslavingsproblematiek bekend is, is de prevalentie eenvoudig te berekenen met de multiplier methode. Bij de multiplier methode wordt de totale omvang van de doelgroep geschat op basis van het aantal ouderen dat in behandeling is ('in treatment rate'), vermenigvuldigd met een factor (de multiplier) $1/(\text{proportie in behandeling})$. Stel dat van ouderen die afhankelijk zijn van alcohol bekend is dat 40% van hen in behandeling is, en er 7000 mensen in datzelfde jaar in behandeling zijn, dan is het totaal aantal alcohol afhankelijke ouderen in dat jaar $1/0,40 * 7000 = 17.500$. Probleem is echter dat voor de Nederlandse ouderen de 'in treatment rate' niet bekend is. De 'in treatment rate' moet worden vastgesteld in aanvullend veldonderzoek, waarbij de steekproef wordt getrokken met behulp van een nominatie techniek. Bij de nominatietechniek wordt niet alleen informatie verkregen van bekende leden van de doelgroep, maar ook van respondenten die door die leden genoemd worden en aan de definitie van misbruik of afhankelijkheid voldoen (EMCDDA, 1996).

Capture-recapture (CRC)

Bij CRC worden data van verschillende registratiesystemen (bijvoorbeeld politiegegevens en ziekenhuis gegevens) gecombineerd. Elk lid van de doelgroep kan voorkomen op een of meer registratielijsten, of op geen van de lijsten. Voor de prevalentieschatting worden de gegevens van de registratielijsten in een tabel geplaatst (zie Tabel 1 voor de meest eenvoudige vorm van CRC).

Tabel 1: Voorbeeld van de meest eenvoudige CRC

		Lijst 1		
		Aanwezig	Afwezig	
Lijst 2	Aanwezig	A	B	A+B
	Afwezig	C	d	
		A+C		

Bron: EMCDDA, 2004

Onder de assumptie dat de kans om op lijst 1 voor te komen niet van invloed is op de kans om op lijst 2 voor te komen, is de omvang van 'verborgen' personen (niet op een van beide lijsten voorkomen) gelijk aan $d = A+B+C+(B*C/A)$. De omvang van de populatie is dan de som van de aantallen in de cellen A, B, C en d. Schending van de assumptie van onafhankelijkheid van lijsten kan worden opgelost door een derde lijst toe te voegen (EMCDDA, 2004). Bij CRC is het van belang elke dubbeltelling te voorkomen. Dat stelt eisen aan de kwaliteit van de data, namelijk dat minimale identificatie van de respondenten nodig is bijvoorbeeld middels leeftijd, geslacht en initialen of Burger Service Nummer.

Multivariate Indicator Method (MIM)

MIM is een regressie imputatie techniek (Smit et al., 2006) waarbij regionale of nationale gegevens over bijvoorbeeld drugsgebruik worden samengevoegd. Met behulp van een (lineair) regressie model wordt de relatie tussen indicatoren van drugsgebruik (zoals aantal drugs gerelateerde delicten, drug gerelateerde doden, HIV gevallen ten gevolge van injecterend drugs gebruik) en prevalentieschattingen berekend. De regressie gewichten worden vervolgens geïmputeerd in de missende waarnemingen om prevalenties per 100.000 inwoners te schatten.

Snowball sampling

Snowball sampling is een nominatie techniek waarbij bekende leden afkomstig van bestaande registratiesystemen van de doelpopulatie gevraagd worden weer anderen te noemen die ook gevraagd worden deel te nemen aan de studie (Frank & Snijders, 1994; Salganik & Heckathorn, 2004). Snowball sampling kan behalve voor het schatten van 'in treatment rates' ook gebruikt worden voor prevalentie schattingen. Met behulp van een publiek beschikbaar software pakket Snowball (<http://stat.gamma.rug.nl/snijders/>) worden op basis van de steekproefgegevens verschillende schatters van de omvang van de verborgen populatie gegenereerd.

2. Bestaande registratiesystemen

Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem

De meest complete dataverzameling in Nederland met betrekking tot de registratie van mensen die voor een middelenprobleem in behandeling zijn, is het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS).

Het LADIS wordt beheerd door de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ). In het LADIS worden alle registraties van verslavingsklinieken in Nederland bijeengebracht, met uitzondering van privéklinieken. Er wordt een breed scala aan gegevens geregistreerd variërend van Burger Service Nummers, geboortedatum, etniciteit en aard van de problematiek zoals frequentie van gebruik en aard van het middel (LADIS, SPECS 2010). De gegevens zijn voor onderzoek door derden na versleuteling beschikbaar. *Belang LADIS voor prevalentieschatting:* LADIS geeft een betrouwbaar beeld van het aantal ouderen dat behandeld wordt voor middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Als de 'in treatment rate' bekend is kan op basis van LADIS gegevens de prevalentie geschat worden. De database is tevens geschikt voor schattingen met de CRC methode.

Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) telt 92 geautomatiseerde huisartspraktijken met meer dan 350.000 ingeschreven patiënten (cijfers juli 2008). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deze praktijken over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. De praktische uitvoering vindt plaats in een samenwerkingsverband tussen het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en IQ healthcare (voorheen WOK). De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn partners in het project (www.nivel.nl).

Belang LINH voor prevalentieschatting: Het LINH registreert gegevens van huisartsen uit verschillende delen van Nederland en beoogt een representatie te zijn van alle huisartsen in Nederland. Registraties van huisartsen leiden vanwege het gevaar op onderherkenning mogelijk tot conservatieve schattingen van de totale prevalentie misbruik en afhankelijkheid. De LINH kan van nut zijn bij het lokaliseren van ouderen met verslavingsproblemen voor de schatting van de 'in treatment rates' en het trekken van de initiële steekproef voor de snowball methode. De database kan tevens benut worden voor schattingen met de CRC methode.

Landelijke Medische Registratie

De Landelijke Medische Registratie (LMR) wordt beheerd door KIWA-Prismant en is opgezet ten behoeve van onderzoek en beleid. De gegevens worden aangeleverd door alle algemene ziekenhuizen, alle academische ziekenhuizen, en vrijwel alle gespecialiseerde ziekenhuizen. Ontslaggegevens van patiënten die in een Nederlands ziekenhuis zijn opgenomen vormen de kern van het gegevensbestand. De LMR omvat ondermeer (anonieme) persoonsgegevens zoals leeftijdsklasse en geslacht, datum van opname, verrichtingencodes, en ontslagwijze. Voor het gebruik van data zijn protocollen opgesteld (<http://www.dutchhospitaldata.nl/protocollen-gegevensgebruik/>).

Belang LMR voor prevalentieschatting: Het LMR registreert gegevens uit de tweedelijns gezondheidszorg en kent daardoor vergelijkbare, maar mogelijk grotere bezwaren dan bij de LINH. Vergelijkbaar met de LINH kan ook de LMR van nut zijn bij het lokaliseren van ouderen met verslavingsproblemen voor de schatting van de 'in treatment rates'. De database is mogelijk geschikt voor schattingen met de CRC methode.

Gemeentelijke en Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst

De Gemeentelijke en Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) monitoren al verschillende jaren de gezondheid en leefstijlen van ouderen door middel van de Monitor Gezondheid Ouderen. Verspreid over Nederland worden de monitors door de verschillende lokale GGD's afgenomen en zijn de vragenlijsten geüniformeerd. Er worden vragen gesteld over alcohol en drugsgebruik, zowel naar aard van het middel als de frequentie. Ook worden vragen gesteld over benzodiazepinen gebruik (frequentie en duur). De data is beschikbaar voor onderzoek door universiteiten, onderzoeksinstituten of provincies. De Ouderen Monitor hanteert een leeftijdsondergrens van 65 jaar, de Monitor Volksgezondheid hanteert een bovengrens van 65 jaar.

Belang voor prevalentieschatting: De Ouderen Monitor en de Monitor Volksgezondheid is geschikt om de prevalentie van heroïne en cocaïne gebruikers en benzodiazepinenmisbruikers te schatten. De monitors bevatten echter geen gegevens over de mate van misbruik of afhankelijkheid van cannabis en alcohol en is daarmee ongeschikt voor een prevalentieschatting van alcohol en of cannabis afhankelijkheid of misbruik. De database is geschikt voor schattingen met de CRC methode.

Landelijke survey's

Naast de GGD Ouderen Monitors bestaan er verschillende populatiestudies die inzicht geven in het middelen gebruik door ouderen. Dit zijn ondermeer de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), NEMESIS (tot 65 jaar), en de Rotterdam Study. Op basis van LASA-data kan een goed inzicht verkregen worden in het alcohol en benzodiazepinen gebruik (duur, hoeveelheid en frequentie) maar informatie over misbruik of afhankelijkheid ontbreekt. Datzelfde geldt voor de Rotterdam Study, die weliswaar een aanzienlijke steekproef heeft (n=10.275, leeftijd 55+) maar geen informatie over misbruik of afhankelijkheid registreert. Daarnaast is de Rotterdam Study geen landelijk representatieve studie; de respondenten komen uit de omgeving van Rotterdam. De NEMESIS studie inventariseert met behulp van de CIDI vragenlijst gegevens over verslaving, maar hanteert een bovengrens van 64 jaar. Daarmee is ook de NEMESIS studie niet geschikt voor de beantwoording van de onderzoeksvraag.

Belang landelijke survey's voor prevalentieschatting: Beperkt.

Laagdrempelige zorg: Anonieme Alcoholisten

Verspreid over heel Nederland komen mensen, waaronder ouderen, met een alcoholafhankelijkheid bij elkaar om elkaars problemen, ervaringen, hoop en kracht te delen, en zodoende elkaar te helpen bij het herstel van alcoholisme (www.aa-nederland.nl). De AA houdt per definitie geen registraties bij.

Belang AA voor prevalentieschatting: AA heeft geen informatie over gebruik van andere middelen dan alcohol. De AA kan en wil bemiddelen in het rekruteren van ouderen voor eventueel vervolgonderzoek (persoonlijke communicatie met AA-hulpverlener).

Overige gegevensbronnen

Het EMCDDA adviseert om in geval van afwezigheid van registratie systemen uit te wijken naar politiegegevens, sterftestatistieken of gegevens over HIV. Voor ouderen lijken geen van deze lijsten

geschikt voor prevalentie schattingen. De kans om met justitie in aanraking te komen door problematisch middelen gebruik is niet alleen regionaal verschillend, maar neemt ook af met de leeftijd (Factsheet Alcohol en Ouderen, NIGZ, 2005). Sterftestatistieken van het CBS zijn voor middelen gebruik onvolledig. In 2009 werden 'slechts' 158 van de 55+ doodsoorzaken gerelateerd aan alcohol, 3 als een gevolg van heroïne, 1 als gevolg van cannabis en 1 als gevolg van cocaïne. Gegevens over HIV als indicator voor injecterend drugsgebruik bij heroïne lijkt voor ouderen een niet erg bruibare informatiebron. Daarbij komt dat volgens het IVZ de groep oudere heroïne gebruikers goed in kaart is gebracht. Veel ouderen maken gebruik van gereguleerde afgifte van methadon ter vervanging van heroïne en staan dus geregistreerd en er is nauwelijks aanwas van nieuwe, jongere gebruikers (persoonlijke communicatie met IVZ).

3. Definitie van de doelgroep

Ouderen die middelen misbruiken of daarvan afhankelijk zijn

Hieronder verstaan we alle Nederlanders van 55 jaar of ouder die in het afgelopen jaar alcohol, benzodiazepinen, cannabis, heroïne of cocaïne of een combinatie daarvan misbruikten of daarvan afhankelijk waren. De leeftijd van 55 jaar houdt verband met de toegenomen fysieke kwetsbaarheid en gevoeligheid voor de effecten van de middelen. Door leeftijd gerelateerde veranderingen in het metabolisme, zoals afname van het lichaamsvocht en de afnemende functie van lever en nieren, leiden geringere hoeveelheden van het gebruikte middel bij ouderen eerder tot intoxicatie en orgaanschade dan bij jongeren. Bovendien wordt ook door het LADIS en bij veel instellingen en verslavingsklinieken 55 jaar als ondergrens voor ouderen gehanteerd.

Misbruik en afhankelijkheid van middelen

Om reden van vereenvoudiging wordt geen onderscheid gemaakt tussen hoofdgebruik, bijgebruik of polydrugsgebruik (meer soorten middelen die tegelijkertijd of na elkaar geconsumeerd worden). Voor alcohol en cannabis zijn in de DSM-IV duidelijke criteria voor misbruik en afhankelijkheid vastgesteld. Bij heroïne en cocaïne wordt elk gebruik beschouwd als misbruik of afhankelijkheid. Dit is ook in overeenstemming met definities gebruikt in de Nationale Drug Monitor van 2009 (Trimbos, 2010b). Vaststellen van misbruik of afhankelijkheid van benzodiazepinen ligt een stuk gecompliceerder. Behalve dat het middel op doktersrecept wordt verkregen worden nog vrijwel geen criteria voor misbruik en afhankelijkheid gehanteerd in de gezondheidszorg.

Alcohol

Onder alcohol verstaan we alle dranken die alcohol bevatten, zoals bier, wijn en sterke dranken. Alcohol wordt in principe gedronken. Een glas bier, een glas wijn en een borrelglas sterke drank bevat vanwege het verschil in alcoholconcentratie ongeveer evenveel grammen ethanol.

Misbruik van alcohol

Er is volgens de DSM-IV sprake van misbruik als aan een van de volgende criteria is voldaan binnen een periode van twaalf maanden:

- 1) herhaald gebruik resulteert in het niet nakomen van belangrijke verplichtingen op het werk of thuis;
- 2) herhaald gebruik in situaties die fysiek gevaarlijk zijn zoals het rijden onder invloed;
- 3) juridische problemen die voortvloeien uit herhaald gebruik;
- 4) doorgaan met gebruiken ondanks dat men weet dat het tot sociale, psychische of lichamelijke problemen leidt.

Afhankelijkheid van alcohol

Van alcohol afhankelijkheid is volgens de DSM-IV sprake als aan drie of meer van de volgende criteria is voldaan;

- 1) tolerantie; dat is een toenemende behoefte aan de hoeveelheden middelen of verminderd effect bij dezelfde hoeveelheden;
- 2) gebruiken om onthoudingsverschijnselen te vermijden;
- 3) meer gebruiken dan men van plan was;
- 4) een aanhoudende wens om te minderen;
- 5) veel tijd besteden om aan het middel te komen;
- 6) opgeven van belangrijke bezigheden vanwege het gebruik van middelen;
- 7) doorgaan met gebruiken ondanks dat men weet dat het tot sociale, psychische of lichamelijke problemen leidt.

Benzodiazepinen

Benzodiazepinen is de verzamelnaam van een groep geneesmiddelen voor de behandeling van slaap- en angststoornissen (Oude Voshaar, 2005). Benzodiazepinen wordt in pilvorm verstrekt op recept in wisselende grammen werkzame stof. De volgende middelen staan als benzodiazepinen geregistreerd: alprazolam, bromazepam, chloordiazepoxide, clobazam, clorazepinezuur (= clorazepaat), diazepam, lorazepam, oxazepam en prazepam (College voor zorgverzekeringen, CVZ). In het verleden werden ze frequent voorgeschreven aan 12-32% van de ouderen en er zijn drie keer zoveel vrouwen dan mannen die ze gebruiken (Aartsen et al, 2010). Het CVZ heeft besloten vanaf 1 januari 2009 benzodiazepinen niet meer te vergoeden vanuit het basispakket vanwege de negatieve bijeffecten zoals verslaving (Ellor & Kurz, 1982; Petursson et al., 1981), cognitieve schade (Paterniti et al., 2002) en verhoogde kans op vallen (Wang et al., 2001; Wagner et al., 2004). Hierdoor is de prevalentie van gebruik na 2009 waarschijnlijk lager dan in voorgaande jaren.

Misbruik van benzodiazepinen

Behalve dat dit middel vaak op doktersvoorschrift verkregen wordt, en dat in toenemende mate terughoudend wordt voorgeschreven vanwege het verslavende karakter van het medicijn, is een discussie over criteria voor afhankelijkheid of misbruik van benzodiazepinen nog amper gevoerd. Een pragmatische oplossing bij de definitie van misbruik is elk gebruik buiten het voorschrijfgebied als zodanig aan te merken, dat wil zeggen langer gebruiken dan aanbevolen, meer gebruiken dan voorgeschreven, of risicovol gebruik door combinatie met alcohol. Er is echter geen eenduidig advies voor de maximale gebruiksduur van benzodiazepinen. Volgens het Farmacotherapeutisch Kompas van het College voor zorgverzekeringen is de maximaal aanbevolen gebruiksduur twee maanden (CVZ, 2010). De NHG Standaard adviseert twee tot vier weken. Als er sprake is van psychiatrische aandoeningen wordt langer voorgeschreven. Daarom adviseert de GGZ het middel maximaal zes tot twaalf maanden door te zetten (GGZ-Richtlijnen). Voor het vaststellen van misbruik wordt hier op arbitraire gronden gekozen voor de CVZ richtlijn van twee maanden. Ook gelijktijdig gebruik met alcohol wordt beschouwd als misbruik.

Cannabis

Cannabis, ook bekend onder de naam wiet, hasj of marihuana, wordt gewonnen van de hennep plant die in gedroogde vorm gebruikt wordt om te roken (joint) of te eten (space cake). Legale cannabis, bedoeld voor medicinaal gebruik, wordt onder gecontroleerde omstandigheden gekweekt door het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC), en is op recept verkrijgbaar. Cannabis bevat verschillende werkzame bestanddelen, zoals dronabinol (THC) en cannabidiol (CBD). Dronabinol is meestal het hoofdbestanddeel, maar ook andere inhoudsstoffen kunnen een bijdrage leveren aan de werkzaamheid. De samenstelling bepaalt de werking en de bijwerkingen van de cannabis. In de apotheek zijn drie variëteiten verkrijgbaar: Bedrocan, Bedrobinol en Bediol, elk met een eigen samenstelling en sterkte (www.cannabisbureau.nl).

Misbruik en afhankelijkheid van cannabis

Zie criteria voor alcohol.

Heroïne

In Europa worden van oudsher twee soorten heroïne op de illegale markt aangeboden; bruine heroïne (de chemische basisvorm) en witte heroïne (een zoutvorm) die vaak afkomstig uit Zuidoost-Azië is. Heroïne wordt bereid uit morfine. Heroïne wordt meestal ingenomen als damp, maar ook via injectie. Vooral injecteren brengt vanwege het gevaar op besmetting met het Hiv-virus en hepatitis C extra risico's met zich mee. Er zijn aanwijzingen dat injecterend drug gebruik om die reden afneemt (EMCDDA, 2008).

Misbruik en afhankelijkheid van heroïne

De definitie is afgestemd op een werkdefinitie van het EMCDDA: "Elk individu dat in de afgelopen twaalf maanden heroïne gebruikte in welk vorm dan ook (inhaleren of injecteren) wordt beschouwd als een heroïne gebruiker" (EMCDDA, 2004).

Cocaïne

Cocaïne is een alkaloïde en wordt gewonnen uit bladeren van de cocaplant. In zuivere vorm heeft het een kortdurend stimulerend effect. Cocaïne wordt in alle sociale lagen gebruikt in sterk wisselende hoeveelheden. Ook de frequentie waarmee het gebruikt wordt varieert sterk; van experimenteel en recreatief tot compulsief en verslavend (EMCDDA, 2008). Cocaïne wordt in zoutvorm in Nederland meestal gesnoven, zelden geïnjecteerd, en wordt aangeboden onder een grote variëteit van namen. Verhitten van een oplossing van cocaïne poeder en een basisch middel leidt tot basecoke of crack. Basecoke wordt vaak geïnhaleerd van aluminiumfolie of gerookt in een pijpje (Trimbos, 2010b).

Misbruik en afhankelijkheid van cocaïne

De definitie is eveneens afgestemd op een definitie van het EMCDDA (2004): "Elk individu dat in de afgelopen twaalf maanden cocaïne gebruikte in welk vorm dan ook (inhaleren, roken, injecteren), zonder ook heroïne te gebruiken, wordt beschouwd als een cocaïne gebruiker".

4. Plan van aanpak voor de schatting van het totaal aantal ouderen dat middelen misbruikt of daarvan afhankelijk is

Op basis van de antwoorden op de eerste drie onderzoeksvragen wordt in dit hoofdstuk een meer gedetailleerd plan van aanpak beschreven. Een eerste conclusie die we op basis van de voorgaande bevindingen kunnen trekken is dat de beste methode om te komen tot een prevalentieschatting per middel verschilt. Als het gebruik (langdurig of niet) van een bepaald middel geregistreerd wordt, zoals het geval is bij benzodiazepinen, leveren directe schattingen op basis van bestaande registraties robuuste schattingen op. Als een (groot) deel van de problemen buiten registratie systemen valt, is een directe schatting niet mogelijk en moeten we gebruik maken van de meer gecompliceerde indirecte schattingsmethoden. Om de betrouwbaarheid van de prevalentieschattingen van verborgen populaties met indirecte methodes te vergroten adviseert het EMCDDA (2004) meerdere schattingsmethoden naast elkaar te gebruiken. De multiplier methode is eenvoudig, maar vergt aanvullend veldwerk omdat 'in treatment rates' voor ouderen voor de middelen alcohol, cannabis, heroïne en cocaïne niet bekend zijn. Andere indirecte schattingen die voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag in aanmerking komen zijn CRC en snowball methode. Met de snowball methode kan naast de 'in treatment rate' een schatting van de prevalentie worden verkregen.

Dataverzameling

Methode 1: Directe schatting

Langdurig benzodiazepinen gebruik kan worden vastgesteld op basis van bestaande dataverzamelingen van de GGD-ouderenmonitors, LASA en de Rotterdam studie. Al deze studies registreren frequentie en duur van benzodiazepinen en alcohol gebruik, zodat misbruik van benzodiazepinen volgens de gekozen definitie kan worden vastgesteld.

Methode 2: Multiplier methode

Afhankelijkheid van alcohol, cannabis, heroïne en cocaïne kan worden bepaald met de multiplier methode op LADIS data. Voorafgaand aan die berekening wordt de multiplier bepaald in aanvullend veldonderzoek waarbij de steekproef wordt getrokken met behulp van een nominatie techniek (zie voor de uitvoering van deze steekproeftrekking methode 4: snowball sampling). Aangezien de kenmerken van ouderen die voldoen aan de definities sterk kunnen verschillen per middel, moet voor elk middel afzonderlijk veldwerk gestart worden. Nadat voldoende leden gevonden zijn die voldoen aan de definities voor misbruik en afhankelijkheid kan middels een interview met de respondenten de 'in treatment rate' worden vastgesteld.

Methode 3: Capture-recapture methode op LADIS, GGD-ouderenmonitor, LIHN en LMR

Met CRC op LADIS en de GGD-ouderenmonitor kan een schatting gemaakt worden van heroïne en cocaïne gebruikers, aangezien al het gebruik zoals dat in de GGD-ouderenmonitor wordt geregistreerd binnen de definitie van heroïne en cocaïne misbruik en afhankelijkheid valt. Voor het vaststellen van afhankelijkheid of misbruik van alcohol en cannabis moeten we ons wenden tot LADIS, LIHN en de mogelijk de LMR. Omdat de drie lijsten registraties uit de zorgsector betreffen, bestaat hier het gevaar van dubbeltellingen waarvoor gecorrigeerd moet worden. Correctie vindt plaats op basis van initialen, geboortedatum en geslacht, of het Burger Service Nummer. Er is goede ervaring met de CRC op LADIS en andere gegevens voor problematische opiaten gebruikers (Crust et al., in samenwerking met Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie, *in ontwikkeling*).

Methode 4: Snowball sampling

Met de steekproef die getrokken is voor het schatten van de 'in treatment rate' kan tevens een schatting gemaakt worden van de omvang van de verborgen populatie (zie bijvoorbeeld David & Snijders, 2002). De initiële steekproef wordt getrokken uit registratie systemen waarbij vast staat dat de leden voldoen aan de definities voor misbruik en afhankelijkheid. Het LADIS voldoet daaraan, evenals gegevens die bekend zijn bij AA-groepen in Nederland. Om de representativiteit van een snowball sample zo goed mogelijk te benaderen adviseert Snijders (1992) om zoveel mogelijk verschillende onafhankelijke bronnen te gebruiken voor de eerste selectie van respondenten. GGD-ouderenmonitors kunnen daarvoor gebruikt worden. Deze monitors zijn gehouden in verschillende regio's in Nederland, maar omvatten ook respondenten die niet voldoen aan de definities. Voor de middelen alcohol en cannabis zal met aanvullende vragen moeten worden vastgesteld of mensen voldoen aan de definities voor misbruik of afhankelijkheid. Nadat de eerste steekproef is getrokken, en is vastgesteld of men voldoet aan de selectiecriteria, wordt aan de respondenten gevraagd of ze anderen kennen die aan de definities voldoen. Die worden vervolgens ook benaderd en gevraagd om mee te willen werken aan het onderzoek. Om gegevens voldoende betrouwbaar te kunnen schatten moet de initiële steekproef ongeveer gelijk zijn aan de tweedemachtswortel van de totale populatie omvang (Snijders, 1992) (zie Tabel 2 voor de initiële steekproefomvang per middel).

Studie populatie

Alle Nederlanders van 55 jaar of ouder die in het afgelopen jaar alcohol, benzodiazepinen, cannabis, heroïne of cocaïne of een combinatie daarvan misbruikten of daarvan afhankelijk waren.

Tabel 2 Initiële steekproefomvang voor het schatten van de 'in treatment rate'

Middel	Aantal in behandeling	Ruwe schatting van % in behandeling	Initiële steekproefomvang
Alcohol	7643 (LADIS)	11-45% ¹ (De Graaf et al., 2010)	130-264
Cannabis	110 (LADIS)	25-30% (EMCDDA, Statistical bulletin 2009)	19-21
Heroïne	1185 (LADIS)	80-90% ¹ (Trimbos, 2010a)	36-40
Cocaïne	276 (LADIS)	33-50% ¹ (Trimbos, 2010a)	24-29

Noot 1: Cijfers hebben betrekking op mensen in de leeftijd van 18 tot 64 jaar, en liggen mogelijk hoger dan bij ouderen, waar vaker onderbehandeling is.

Begeleidingscommissie

Vanwege de complexiteit van het onderzoek en het gebruik van verschillende registratiesystemen is de instelling van een begeleidingscommissie nodig. Leden van de begeleidingscommissie worden gevraagd op basis van deskundigheid en/of betrokkenheid bij de registratiesystemen.

Tijdsperiode

Ervaringen van andere onderzoekers in het verleden leert dat het onderhavige onderzoek een arbeidsintensief en langdurig proces is. Voor elk middel is afzonderlijk veldwerk nodig. De respondenten worden in verschillende cycli geworven en het kost tijd om de respondenten op te sporen en voldoende deelnemers te vinden voor het onderzoek. Het totale onderzoek inclusief voorbereiding, analyse en rapportage zal naar schatting drie tot vier jaar in beslag nemen.

Overwegingen bij het opmaken van de onderzoeksbegroting

Bij het berekenen van de personele en materiële kosten voor dergelijk onderzoek dient naast het begroten van de kosten voor de onderzoekers rekening gehouden te worden met kosten voor de coördinatie van het veldwerk, de training van de interviewers, kosten voor de interviewers, en kosten voor een begeleidingscommissie. Wat betreft de materiële kosten moet rekening gehouden worden met kosten voor het versleutelen en gebruik van bestaande registratie systemen (ongeveer € 10.000,- per registratiesysteem), reiskosten en mogelijk ook een beloning voor respondenten om deelname te stimuleren. Afhankelijk van het uitvoerend instituut spelen daarnaast nog kosten voor overhead.

Referenties

- Aartsen, M.J. Comijs, H.C. & Van Tilburg, T (2010) Ouderen en verslaving: Een overzichtsstudie. ZonMw projectnummer 31160215.
- Archibald, C.P., Jayaraman, G.C., Major, C., Patrick, D.M., Houston, S.M. & Sutherland, D (2001). Estimating the size of hard-to-reach populations: a novel method using HIV testing data compared to other methods. *Aids*, 15 (suppl 3), S41-S48.
- Curtis, J., Geller, G., Stokes, E., Levine, D., & Moore, R. (1989). Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 310–316.
- CVZ (College voor zorgverzekeringen) (2010). Farmacotherapeutisch Kompas. Van Internet gehaald, juli 2010, <http://www.fk.cvz.nl>
- David, B. & Snijders, T.A.B. (2002), Estimating the size of the homeless population in Budapest, Hungary. *Quality and Quantity*, 36, 291-303.
- Drugs in Beeld (2008). Nieuwsbrief van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. Lissabon, Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
- Ellor, J.R., & Kurz, D.J. (1982) Misuse and abuse of prescription and nonprescription drugs by the elderly. *Nursing Clinics of North America*, 17, 319–330.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction EMCDDA (1996). Estimating the prevalence of problem drug use in Europe. Papers arising from a scientific seminar on addiction prevalence estimation: Methods and research strategies, held in Strasbourg, France, 10-14 June 1996. Van Internet gehaald, juli 2010: <http://www.emcdda.europa.eu>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction EMCDDA (2004). EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Van Internet gehaald, juli 2010: <http://www.emcdda.europa.eu>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction EMCDDA (2008). Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe. Van Internet gehaald, juli 2010: <http://www.emcdda.europa.eu>.
- Fink, A., Morton, S.C., Beck, J.C., Hays, R.D., Spritzer, K., Oishi, S., & Moore, A.A. (2002). The alcohol-related problems survey. Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1717-1722.
- Frank, O & Snijders, T.A.B. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. *Journal of Official Statistics*, 10, 53-67.
- Hartnoll, R., Lewis, R., Mitheson, M., & Bryer, S. (1985). Estimating the prevalence of opiod dependence. *The Lancet*, 325, 203-205.
- Hickman, M., Hope, V., Platt, L., Higgins, V., Bellis, M., Rhodes, T., Taylor, C., & Tilling, K. (2006). Estimating prevalence of injecting drug use: a comparison of multiplier and capture – recapture methods in cities in England and Russia. *Drug and Alcohol Review*, 25, 131–140.
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.
- Oude Voshaar, R. (2005). Overmatig gebruik van benzodiazepinen. *Psychopraxis*, 7, 17-22.
- Paterniti, S., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 285-293.
- Petursson, H., & Lader, M. H. (1981). Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *British Medical Journal*, 283, 643-645.
- Risselada, A., Kleinjan, M., & Jansen, H. (2009). Veilig drinken op leeftijd. Screening en behandeling van alcoholproblematiek bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Rotterdam, IVO.

- Salganik, M.J., & Heckathorn, D.D. (2004). Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociological Methodology*, 34, 193-239.
- Smit, F., Van Laar, M., & Wiessing, L. (2006) Estimating problem drug use prevalence at national level: Comparison of three methods. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13, 109–120.
- Snijders, T. A. B. (1992) Estimation on the basis of snowball samples: How to weight? *Bulletin de Méthodologie Sociologique* 36, 59–70.
- Spreen, M. (1992). Rare populations, hidden populations, and link-tracing designs: What and why? *Bulletin de Méthodologie Sociologique* 36, 34–58.
- Stewart, D., & Oslin, D.W. (2001). Recognition and treatment of late-life addictions in medical settings. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7, 145-158.
- Trimbos (2010a). Aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Trimbos (2010b). Nationale drug monitor. Jaarbericht 2009. Utrecht: Trimbos Instituut en Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie.
- Wagner, A. K., Zhang, F., Soumerai, S. B., Walker, A. M., Gurwitz, J. H., Glynn, R. J. et al. (2004). Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Archives of Internal Medicine*, 164, 1567-1572.
- Wang, P. S., Bohn, R. L., Glynn, R. J., Mogun, H., & Avorn, J. (2001). Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *American Journal of Psychiatry*, 158, 892-898.