

# PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK ONDER OUDEREN EN ONGANG DAARMEE DOOR HULPVERLENERS

Annemieke Konijnendijk 0071641



Bachelorthese Psychologie

Marcel Pieterse

Margreet Jansma

29 juni 2007



# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	1
Inhoudsopgave .....	2
Samenvatting.....	3
Hoofdstuk 1 - Inleiding.....	4
1.1 Onderzoeksaanleiding.....	4
1.2 Doel onderzoek.....	5
1.3 Opbouw scriptie.....	5
Hoofdstuk 2 - Problematisch middelengebruik bij ouderen .....	6
2.1 Definitie problematisch middelengebruik.....	6
2.2 Bevolkingssamenstelling, nu en in de toekomst.....	6
2.3 Middelenproblematiek; prevalentie .....	7
2.4 Ernst en gevolgen van problematisch middelengebruik voor de oudere .....	10
2.5 Middelenproblematiek onder ouderen en de hulpverlener.....	13
2.6 Probleemstelling .....	14
Hoofdstuk 3 - Methoden.....	16
3.1 Setting .....	16
3.2 Onderzoekspopulatie.....	16
3.3 Procedure.....	16
3.4 Instrumenten .....	17
3.5 Statistische analyse .....	20
3.5.1 SPSS.....	20
3.5.2 Correctie voor non-response.....	20
3.6. Kwalitatieve analyse .....	21
3.6.1 Diepte-interviews .....	21
Hoofdstuk 4 - Resultaten .....	22
4.1 Vragenlijst .....	22
4.1.1 Respons .....	22
4.1.2 Aard, ernst en omvang van problematisch middelengebruik onder ouderen in de perceptie van de hulpverlener.....	23
4.1.3 Omgang door hulpverleners met middelengebruik onder ouderen.....	29
4.1.4 Behoeftetepeiling activiteiten rond problematisch middelengebruik onder ouderen.....	35
4.2 Diepte-interviews.....	39
Hoofdstuk 5 - Discussie.....	43
5.1 Kanttekeningen .....	43
5.2 Aard, ernst en omvang van problematisch middelengebruik onder ouderen in de perceptie van de hulpverlener .....	44
5.3 Omgang door hulpverleners met middelengebruik onder ouderen.....	47
5.4 Behoeftetepeiling activiteiten rond problematisch middelengebruik onder ouderen.....	47
Hoofdstuk 6 - Aanbevelingen .....	49
6.1 Aanbevelingen voor Carint .....	49
6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	50
Referenties .....	54
Bijlage 1: De vragenlijst .....	57
Bijlage 2: Bijgevoegde brief .....	67

## Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is om de aard, ernst en omvang van middelenproblematiek onder ouderen vast te stellen binnen de zorgvoorzieningen van Carint, zoals deze waargenomen wordt door hulpverleners. Een ander doel is om na te gaan hoe hulpverleners omgaan met deze middelenproblematiek. Dit onderzoek heeft verder als doel gehad om te onderzoeken aan welke (voorlichtings)activiteiten behoefte bestaat onder hulpverleners. Voornaamste aanleiding hiervoor waren signalen vanuit het werkveld dat zich problemen voordoen onder ouderen als gevolg van middelengebruik.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst die achttien vragen omvat. Deze zijn verzonden naar 350 hulpverleners werkzaam in de intramurale en extramurale zorg, waaronder voorzieningen in Hengelo, Delden, Goor en Noord-Oost Twente. Verdere verdieping is verkregen door interviews af te nemen onder vijf hulpverleners die de vragenlijst hebben ingevuld. In totaal zijn 89 vragenlijsten geretourneerd, een percentage van 25.4%. Gebleken is dat middelenproblematiek onder ouderen wordt waargenomen in alle onderzochte voorzieningen. Naar schatting heeft 45.7% van de hulpverleners in de periode november 2005 – november 2006 ten minste éénmaal een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik. In dezelfde periode heeft naar schatting 41.4% van de respondenten met zekerheid middelenproblematiek onder ouderen vastgesteld.

In de intramurale zorg hebben relatief de meeste hulpverleners een vermoeden gehad of is zeker sprake geweest van problematisch middelengebruik. Het middel dat met name is vermoed is alcohol (92%) gevolgd door medicijnen; benzodiazepinen, pijnstillers of antidepressiva (32%). Naar schatting ervaart 31.2% van de hulpverleners overlast. De meest voorkomende vormen van overlast zijn gevaar voor vallen, onrust en verwardheid. Wanneer hulpverleners een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik of overlast hebben ervaren als gevolg daarvan gaan hulpverleners met name in gesprek met de cliënt en melden zij het vermoeden of overlast in teamoverleg. Er wordt weinig doorverwezen naar een deskundige instantie, zoals Tactus.

Hoewel hulpverleners over het algemeen vinden dat zij voldoende ervaring en kennis hebben om middelenproblematiek te signaleren bestaat wel de behoefte naar activiteiten op het gebied van middelenproblematiek. Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren, werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik en hulp bieden aan de cliënt zijn activiteiten die als het meest zinvol worden beschouwd door de hulpverleners. Wanneer aangeboden zullen hulpverleners met name gebruik maken van het advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten.

Carint doet er goed aan beleid te ontwikkelen om middelenproblematiek onder ouderen aan te pakken en terug te dringen, aangezien middelenproblematiek aanwezig is en onder hulpverleners de behoefte bestaat aan beleid op dat gebied. Dit kan Carint doen door activiteiten aan hulpverleners aan te bieden, zoals de activiteiten die zij als erg zinvol hebben beschouwd in dit onderzoek of de activiteiten waarvan zij hebben aangegeven gebruik te maken. Ook zal er aandacht moeten zijn voor preventie. Het wordt daarom aanbevolen dat Carint haar beleid ook richt op het voorkómen van problematisch middelengebruik onder ouderen. Hierbij zal meer inzicht verkregen moeten worden in de prevalentie en etiologie.

# Hoofdstuk 1 - Inleiding

## *1.1 Onderzoeksaanleiding*

De komende jaren zullen ouderen een steeds groter deel van de bevolking uitmaken. Deze vergrijzing betekent een groter beroep op zorgvoorzieningen, aangezien ouderen het meeste gebruik maken van gezondheidszorg. Met de groei van het aantal ouderen die zorg nodig hebben wordt verwacht dat de problematiek in samenhang met middelengebruik ook groter zal worden in zorgcentra. Wanneer we ervan uitgaan dat het percentage ouderen waarbij sprake is van problematisch middelengebruik gelijk blijft, zal bij een groei van het aantal ouderen ook een groei plaatsvinden in het aantal ouderen waarbij sprake is van problematisch middelengebruik. Met problematiek worden zowel problemen bedoeld die de oudere ondervindt, maar ook problemen die de omgeving van de oudere ondervindt.

Onder ouderen zijn angst, depressie en cognitieve stoornissen drie psychische stoornissen die vaak voorkomen (Schippers, 2001). Daarnaast is eenzaamheid een groot probleem. Van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder blijkt 32% als eenzaam beschouwd te kunnen worden. Van deze 32% is 28% betrekkelijk eenzaam, drie procent ernstig eenzaam en één procent uiterst eenzaam. (De Jong & Gierveld, 1999). Van der Zoude (2006) geeft aan dat eenzaamheid mede oorzaak is van de toename van alcoholproblematiek. Problematisch middelengebruik wordt ook geassocieerd met de verslechterende fysieke toestand van de oudere (O'Connell, 2003).

Het steeds ouder worden betekent dus ook grotere psychische en sociale problemen. Dergelijke problemen kunnen voorspellers zijn van problematisch middelengebruik. Dat mensen ouder worden kan daarom naast een absolute toename ook leiden tot een relatieve toename van problematisch middelengebruik onder ouderen, ook in zorgcentra.

Deze verwachte trend lijkt nu al zichtbaar te zijn wanneer men kijkt naar het toenemende aantal vragen over middelengebruik waarmee zorginstellingen een beroep doen op verslavingszorginstellingen. Ook Tactus, instelling voor verslavingszorg in de stedendriehoek, Oost Gelderland en Twente, krijgt in toenemende mate vragen van instellingen in de ouderenzorg over dit onderwerp. Volgens Hans van Ommen, programmaleider bedrijfsconsultancy binnen Tactus, gaat het zowel om individuele gevallen, die de nodige commotie binnen een zorginstelling kunnen veroorzaken, als om algemeen beleid en deskundigheidsbevordering.

Het is goed mogelijk dat ook bij zorginstelling Carint zich problemen voordoen in samenhang met problematisch middelengebruik onder ouderen. Ook het feit dat Carint Tactus heeft benaderd, naar aanleiding van signalen vanuit het werkveld, geeft aan dat zich naar grote waarschijnlijkheid problemen voordoen rondom problematisch middelengebruik. Bovendien bestaat binnen Carint het idee dat middelengebruik onvoldoende wordt gesignaleerd. Dit geeft aanleiding te onderzoeken in welke mate zich problemen voordoen rondom problematisch middelengebruik onder ouderen en hoe hulpverleners omgaan met deze problematiek. Aan de hand van de resultaten kan Tactus eventueel behandelbodem beschrijven of deskundigheidsbevordering voor personeel aanbieden. Zodoende is de werkgroep 'Ouderen en Verslaving' opgezet welke aanzet gegeven heeft tot dit onderzoek. In deze werkgroep zijn zowel mensen vertegenwoordigd vanuit Carint als vanuit TACTUS.

## ***1.2 Doel onderzoek***

De doelstelling van het onderzoek is het inventariseren van de aard, ernst en omvang van problematisch middelengebruik onder ouderen binnen zorginstelling Carint, zoals wordt waargenomen door hulpverleners, waarbij de leeftijdsgrens wordt getrokken vanaf 55 jaar. Ook wordt onderzocht op welke manier werknemers van Carint omgaan met problematisch middelengebruik bij ouderen, waarbij gevraagd wordt naar de periode november 2005 - november 2006. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst welke is gestuurd naar 350 hulpverleners werkzaam bij Carint. Omdat het om een brede inventarisatie gaat wordt een groot aantal zorgvoorzieningen van Carint hierbij betrokken. Hieronder vallen verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk en stichting welzijn ouderen in Twente. Vervolgens zijn vijf diepte-interviews afgenomen waarmee verdere verdieping in de problematiek is verkregen.

## ***1.3 Opbouw scriptie***

De scriptie is ruwweg ingedeeld in vijf delen. Als eerst komt de probleemanalyse aan de orde, waarin de huidige situatie omtrent problematisch middelengebruik onder ouderen wordt besproken. Dit hoofdstuk sluit af met het formuleren van de probleemstellingen. Vervolgens wordt de onderzoeksmethode uiteengezet. Deze beschrijft de omstandigheden, onderdelen en wijze van uitvoering van het onderzoek. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten, waarna hoofdstuk 5 en 6 achtereenvolgens de discussie en aanbevelingen beschrijven.

## Hoofdstuk 2 - Problematisch middelengebruik bij ouderen

Dit onderzoek richt zich op problematisch middelengebruik onder ouderen die gebruik maken van intramurale en extramurale voorzieningen van zorginstelling Carint.

### *2.1 Definitie problematisch middelengebruik.*

In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt om middelenproblematiek te beschrijven. Verslaving, misbruik, overmatig gebruik en ongepast gebruik zijn daar voorbeelden van. In dit onderzoek is gekozen om een breed interpreteerbaar begrip toe te passen met de volgende definitie; Van problematisch middelengebruik is sprake wanneer het gebruik van middelen problemen gaat opleveren. Dit kunnen problemen zijn voor de cliënt, maar ook problemen waar de hulpverlener mee te maken krijgt. Problematisch middelengebruik kan dus worden vastgesteld vanuit twee perspectieven. Deze definitie is niet gebaseerd op de literatuur, maar vastgesteld door experts binnen Carint en TACTUS.

De middelen waarnaar in dit onderzoek wordt gevraagd zijn alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen), drugs en gokken. Gokken kan net als de genoemde middelen een verslavende werking hebben en als gevolg daarvan problemen veroorzaken.

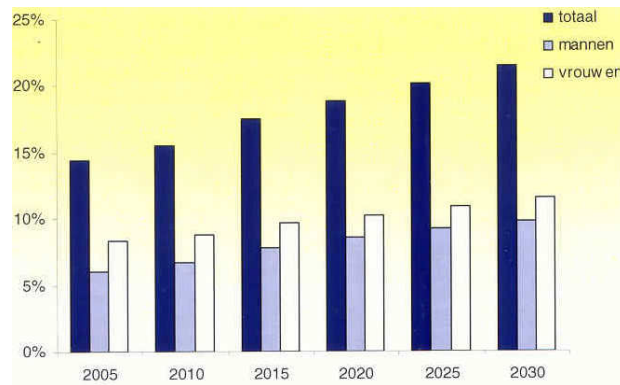
### *2.2 Bevolkingssamenstelling, nu en in de toekomst.*

Op het moment maken ouderen een groot deel van de Nederlandse bevolking uit. In 2005 was 13.9 % van de Nederlandse bevolking ouder dan 55 jaar. Prognoses van het Centraal Plan Bureau (CBS) laten zien dat het percentage ouderen groter zal worden in de toekomst. Ook wordt voorspeld dat in 2030 35% van de Nederlandse bevolking ouder dan 55 jaar zal zijn. Dan is 23.9% van de bevolking ouder dan 65 jaar. Daarbij gaat het volgens deze prognose om twee miljoen mensen. Voor Twente bestaan vergelijkbare prognoses. De verwachting is dat in 2030 22% van de ouderen ouder is dan 65 jaar.

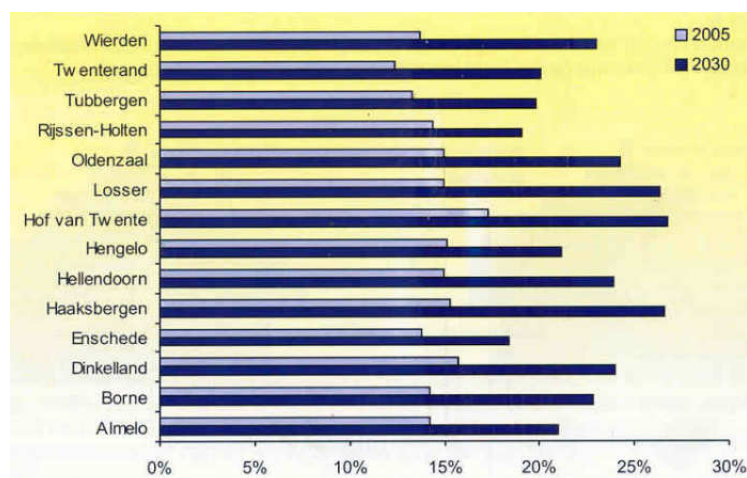
Tabel 1. Aantal ouderen (55-plussers) 1970-2030.

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030
55-65 jr	1.193.842	1.302.167	1.398.151	1.582.898	2.146.942	2.319.681	2.298.548
65-74 jr	838.610	983.906	1.097.018	1.194.854	1.367.203	1.867.892	2.034.910
75-84 jr	394.357	510.398	631.243	731.878	816.255	961.945	1.336.446
> 85 jr	78.008	121.020	177.363	255.713	281.558	353.503	400.900

Uit 'Ouderen in Nederland', NIZW (2001)



**Figuur 1. Bevolkingsprognoses voor Twente uitgesplitst naar geslacht. Uit 'Rapport ouderenonderzoek GGD (2005)'.**



**Figuur 2. Toename aantal 65-plussers per gemeente. Uit 'Rapport ouderenonderzoek GGD (2005)'.**

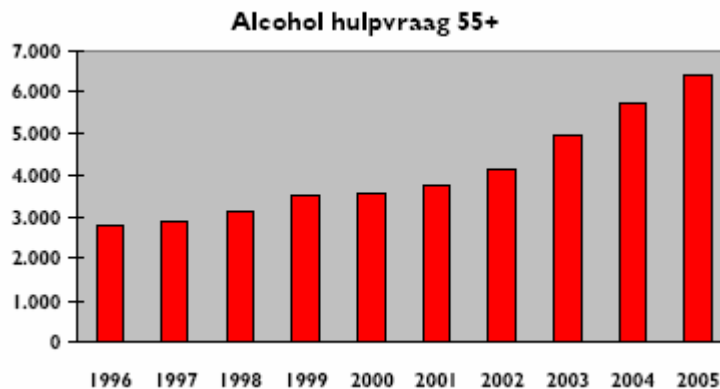
Zoals in figuur 2 te zien verschilt het percentage ouderen per gemeente in 2030 nogal. Zo is in 2030 18% van de Enschede bevolking ouder dan 65 jaar, terwijl ditzelfde percentage in Hof van Twente ongeveer 27% is. Problematisch middelengebruik kan daarom in laatstgenoemde gemeente mogelijk een groter probleem gaan vormen dan in Enschede.

### **2.3 Middelenproblematiek; prevalentie**

#### **Alcohol**

Huige & van Bortel (2005) melden dat in Nederland 75% van de mannen en 69% van de vrouwen boven de 55 dagelijks drinkt. Vrouwen in de leeftijd van 55 tot 64 drinken het meest. Zij drinken gemiddeld 1.3 glas per dag. Bij de vrouwen drinkt 9% gemiddeld drie of meer glazen per dag. In andere leeftijdscategorieën is dit maximaal 5%. Van de mannen tussen de 55 en 64 jaar drinkt bijna 19% gemiddeld drie glazen of meer per dag. In 2000 dronk 75% van de ouderen boven de 65 jaar wel eens alcohol. In vergelijking met 1990 betekent dit een stijging van ruim 13%. Bij de mannelijke 65-plussers drinkt 18% gemiddeld drie of meer glazen per dag. Bij de vrouwen is dit 6%. Volgens het CBS (2006) is het aantal zware drinkers (minstens één keer per week zes glazen op één dag drinken) boven de 65 jaar de afgelopen jaren gestegen van 3.0% in 2000 tot 4.5% in 2006.

Een recent rapport van het IVZ (2006) laat zien dat sinds 1996 het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag met ruim 90% is gestegen. Hierbij is gecorrigeerd voor vergrijzing. In 1996 was 13% van de cliënten die kampen met alcohol als primaire problematiek 55 jaar of ouder. In 2005 is dat percentage gestegen tot 20%. Hieruit komt naar voren dat de groep ouderen binnen de groep alcoholcliënten steeds groter wordt. 32% van de 55-plussers met een alcoholhulpvraag is vrouw (onder de 55 jaar is dit 24%). Bij oudere alcoholcliënten treft men vaker dagelijks gebruik aan dan bij jongere lotgenoten (77% tegenover 71%). De frequentie van alcoholgebruik is bij de groep 55-plussers gemiddeld hoger in vergelijking met de leeftijdsgroep jonger dan 55 jaar.



**Figuur 3. Alcohol hulpvraag 55+. Uit ‘Alcohol en ouderen in de ambulante verslavingszorg in Nederland, IVZ (2005).**

In een onderzoek naar prevalentie van alcoholproblemen bij ouderen die in behandeling zijn bij de extramuraal ouderenpsychiatrie lijkt bij 20-25% van de cliënten sprake te zijn van risicovol alcoholgebruik (van Etten, 2004).

Uit verschillende Amerikaanse onderzoeken (Johnson, 2000; Patterson & Jeste, 1999; Vinton & Wambach, 1998) blijkt dat gebruik en misbruik van alcohol bij ouderen zich langzaam ontwikkelt. Watts et al. (2000) stelden vast dat meer dan 15% van de individuen ouder dan 65 gezondheidsrisico's ervaren door het overmatig gebruik van alcohol. Uit Duits onderzoek van Schultz (2002) komt naar voren dat 15% van de ouderen boven de 65 een risicogroep vormt om alcoholist te worden. In 1992 bestonden de problemen ook al, zo blijkt uit onderzoek van Adams et al. (1992). Zij concludeerden destijds dat 10% van de oudere populatie en alcoholprobleem heeft. Thobaben (2006) meldt dat er sprake is van een onderschatting van het probleem. Onderdetectie en het stellen van verkeerde diagnoses door artsen zorgen er namelijk voor dat de prevalentie lager is dan in werkelijkheid waarschijnlijk het geval is.

Bron & Lowack (1987) schatten dat één op de tien bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen problemen ervaart met alcohol. Het is echter bijna 20 jaar geleden dat deze uitspraak werd gedaan. Het geeft wel aan dat alcoholproblematiek in verzorgings- en verpleegtehuizen toen ook al bestond. Uit onderzoek van Buyssen et al. (1996) blijkt dat ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen gemiddeld meer alcohol drinken dan zelfstandig wonende ouderen. Jinks en Raschko (1990) hebben onderzoek gedaan naar middelengebruik onder ouderen in ziekenhuizen. Zij vonden daar misbruik van een middel (waaronder alcohol) bij 9.6% van personen ouder dan 60 jaar. Johnson (2000) schat dat 29% van de bewoners van een verzorgingshuis problemen heeft met of door alcoholgebruik. Een Nederlandse studie uit 1989 brengt naar voren dat 20% van de bewoners ‘te veel’ zou drinken (Ernst et al). Joseph (1997) geeft aan dat 49% van de bewoners van een verzorgingshuis problematisch drinkt. De



geschatte prevalentie van problematisch alcoholgebruik is in een zorginstelling tussen de 9.6% en 49%.

In de toekomst zal het problematische alcoholgebruik onder ouderen toenemen, zowel absoluut als relatief. Een belangrijke reden hiervoor is de vergrijzing: Het aantal ouderen neemt toe waardoor het gebruik en daarmee problematisch gebruik in de toekomst toeneemt. Verder is het zo dat de jongere en de middengeneratie van nu meer drinkt dan de huidige generatie ouderen zich vroeger konden veroorloven. Finney et.al. (1991) zeggen dat drinkgedrag over langere tijd continuïteit kent. Personen die als jongere en op middelbare leeftijd regelmatig drank nuttigden zullen dat na hun 55-ste ook nog steeds doen, en dat zijn er steeds meer. Het aantal zware drinkers zal daarom toenemen, ook in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij deze mensen is een groter kans dat zij fysieke beperkingen gaan ondervinden als gevolg van het alcoholgebruik en zodoende met zorg te maken krijgen, mogelijk tegen hun wil in.

### ***Benzodiazepinen***

Buysen (1996) geeft aan dat onder 4% van de bevolking chronisch gebruik van benzodiazepinen bestaat. Volgens Stoele et al. (2004) gebruikte in 1993 ongeveer 7% van de 55-plussers langdurig en vaak (vijf of meer dagen per week) benzodiazepinen. Ruim de helft van hen is in de periode 1994-1999 minder gaan gebruiken of gestopt. Ongeveer 1% van de ouderen is in dezelfde periode juist een frequente gebruiker geworden.

Het gebruik van benzodiazepinen wordt meer naarmate men ouder wordt (Buysen et al, 1996). Destijds was onder vrouwen het gebruik twee maal zo hoog als onder mannen, respectievelijk 33% tegenover 15%. Hoewel slaap- en kalmeringsmiddelen uitsluitend op doktersrecept versterkt worden, geeft ruim 10% van de gebruikers aan deze middelen niet op doktersrecept te gebruiken. Van de ouderen die eenzaam zijn geeft 34% aan slaap- of kalmeringsmiddelen te gebruiken. Bij de niet eenzamen is dit 24%. In de éénpersoonshuishoudens is het percentage gebruik ook hoger (35%) ten opzichte van de meerpersoonshuishoudens (21%). 14% van de 65-plussers en zeven procent van de ouderen in de leeftijd van 50 tot 65 jaar heeft last van onthoudingsverschijnselen als zij minder slaap- en kalmeringsmiddelen nemen, blijkt uit onderzoek van Duzijn (2006).

Ouderen woonachtig in verpleeg- en verzorgingshuizen blijken meer gebruik te maken van benzodiazepinen dan ouderen die zelfstandig wonen. Uit onderzoek van Sandberg (1998) blijkt dat tenminste 24% van alle cliënten van de onderzochte zorginstellingen in een bepaalde maand benzodiazepinen gebruikten en dat de helft (12%) van alle gebruikers deze medicijnen dagelijks innamen. Svarstad & Mount (2002) laten vergelijkbare resultaten zien. Aan 25% van de bewoners van achttien verschillende verzorg- en verpleegtehuizen werd benzodiazepinen voorgeschreven. 71% hiervan ontving deze medicijnen om te kunnen slapen. 32% gebruikte benzodiazepinen langer dan aangeraden. Dit is 8% van alle bewoners. Chronisch gebruik was significant hoger onder bewoners met depressie en slaapproblemen. Griffiths et al. (1997) concluderen dat in 14.5% van alle gevallen waar sprake is van problematisch gebruik van benzodiazepinen het gevolg is van te snel voorschrijven van deze medicatie door de arts. In deze gevallen was er namelijk geen officiële indicatie om de medicijnen voor te schrijven. Dit geeft aan dat artsen soms benzodiazepinen voorschrijven wanneer hiervoor geen duidelijke noodzaak is. Op basis van genoemde gegevens wordt de prevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik onder ouderen geschat op 4% en in verpleeg- en verzorgingshuizen op 8%.

### ***Gokken***

Uit een literatuuronderzoek van Volberg (1996) blijkt dat de prevalentie van problematisch gokken in Amerika onder volwassenen destijds tussen de 1.4% en 2.8% lag. Enkele studies laten zien dat leeftijd negatief gecorreleerd is met problematisch en pathologisch gokken. (Li & Smith, 1976; Kallick et al., 1979). Onderzoek onder duizend individuen ouder dan 60 bracht naar voren dat 1.6% probleemgokkers waren en 1.2% van de onderzochte ouderen waarschijnlijk pathologisch gokte. Dit is lager dan het gemiddelde en significant lager dan het niveau van probleemgokken onder jonge mensen (Wiebe, 2000). Ook Bilt et al. (2004) geven aan dat gokken met name geassocieerd wordt met jongere mannen.

Ouderen zijn wel meer gaan gokken tussen 1969 en 1999, procentueel meer dan mensen die binnen andere leeftijdsgroepen vallen. De oudere populatie blijft echter ondervertegenwoordigd in de gokpopulatie (NORC, 1999). Stitt et al (2003) geven aan dat gokken in het casino geen grote bedreiging vormt voor de ouderen.

Over gokproblematiek onder ouderen in Nederland is weinig onderzoek gedaan. De overheid start is in 2006 een onderzoek om de aard en omvang van de gokverslaving in Nederland in kaart te brengen. Hiervan zijn echter nog geen resultaten bekend.

In verzorg- en verpleegtehuizen lijkt gokproblematiek weinig voor te komen. Ouderen die woonachtig zijn in een verpleeg- of verzorgingshuis of gebruik maken van thuiszorg zijn namelijk vaak minder mobiel dan andere ouderen. De mogelijkheid wordt echter ook niet uitgesloten. Om deze reden wordt problematisch gokken wel meegenomen in het onderzoek, maar is de verwachting dat gokproblematiek weinig tot niet gerapporteerd wordt.

### ***Soft- en harddrugs***

Over de prevalentie van soft- en harddrugsproblematiek onder ouderen is weinig bekend. In de literatuur is niets te vinden over het vóórkomen van drugsproblematiek bij ouderen. Over prevalentie van drugsgebruik in verpleeg- en verzorgingshuizen is eveneens geen informatie vindbaar. Er lijkt weinig aandacht te zijn voor drugsproblematiek onder ouderen. Dit maakt het aannemelijk dat drugsgebruik en de daarmee samenhangende problematiek onder ouderen weinig voorkomt. Hoewel drugsproblematiek wel wordt meegenomen in het onderzoek, wordt verwacht dat drugsproblematiek geen groot probleem is onder de oudere cliënten binnen Carint.

## ***2.4 Ernst en gevolgen van problematisch middelengebruik voor de oudere***

Problematisch middelengebruik kan zich op verschillende manieren uiten en een verscheidenheid aan problemen veroorzaken voor de persoon zelf, maar ook voor de omgeving.

Ouderen zijn gevoeliger voor de effecten van middelen dan mensen in andere leeftijdsgroepen. Oorzaak hiervan is de veranderende werking van het lichaam. Normale veroudering gaat samen met veranderingen in de stofwisseling, in de lichaamssamenstelling (meer vet, minder water) en in uitscheiding. Doordat een ouder persoon minder lichaamsvocht heeft, zullen de effecten van alcohol eerder optreden. De lever en nieren werken daarnaast geleidelijk minder effectief. Ook de lichamelijke weerstand wordt steeds zwakker naarmate men ouder wordt.

De bovengenoemde lichamelijke veranderingen kunnen ertoe leiden dat bij gelijk gebruik van bepaalde middelen opeens problemen gaan ontstaan waar de persoon eerder geen last van had.

### ***Alcohol***

Alcoholgebruik kan bij een oudere persoon leiden tot problemen zoals hogere bloedspiegels, lagere tolerantie en snellere intoxicatie en orgaanschade. Andere effecten die kunnen optreden zijn maag- en darmproblemen, incontinentie, moeheid, seksuele problemen, angsten, lichtgeraaktheid, somberheid/depressie, slapeloosheid, desoriëntatie, vergeetachtigheid, afnemende eetlust (vitaminegebrek) en evenwichtsstoornissen.

Naast deze lichamelijke klachten die optreden, heeft alcohol ook psychische effecten die problematisch kunnen worden voor de oudere. Alcohol is een middel met een dempende werking, maar kan ook ontremmend en stimulerend werken. Zo kunnen mensen depressiever of angstiger worden of zich agressief gaan gedragen. Het kan daarnaast gebeuren dat de persoon zichzelf en het huishouden gaan verwaarlozen of contacten niet meer onderhoudt waardoor hij of zij sociaal geïsoleerd raakt.

### ***Benzodiazepinen***

Benzodiazepinen behoren tot de groep medicijnen die een dempende werking hebben en zijn na bloedverdunners de meest gebruikte medicijnen onder ouderen. Benzodiazepinen dempen de werking van een groot aantal lichaamsfuncties zoals de hartslag, de ademhaling en de werking van de darmen. Naast een lichamelijke werking, hebben benzodiazepinen een dempend effect op de emotionele beleving. Om deze redenen worden benzodiazepinen voorgeschreven bij onrust, angst- en slaapproblemen.

Omdat het lichaam van ouderen anders gaat functioneren, ontwikkelt zich snel lichamelijke afhankelijkheid. Bij deze leeftijdsgroep ontstaat eerder riskant en problematisch gebruik dan bij andere leeftijdsgroepen. Daarnaast werken benzodiazepinen in het begin vaak goed; Ze verhelpen de slaapproblemen of spanningsklachten. Zo kan echter snel psychologische afhankelijkheid ontstaan. Mensen willen niet meer stoppen met de middelen omdat ze bang zijn de dag niet door te komen zonder deze middelen. Gevolg is dat er een scala aan nieuwe problemen ontstaan.

Ook in het verleden probleemloos gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kan op een bepaalde leeftijd een kritische drempel passeren en klachten ontwikkelen die daarvoor niet aanwezig waren, zoals sufheid, slaperigheid, concentratie- of geheugenproblemen, verwardheid en kleine ongelukjes. Geheugen- en andere psychische problemen kunnen er voor zorgen dat de oudere afhankelijker wordt van de omgeving en zodoende meer zorg nodig heeft.

Er is voorts een positieve associatie zichtbaar tussen het gebruik van benzodiazepinen en valpartijen, letsel als gevolg van vallen, geheugenbeschadiging en tekenen van afhankelijkheid of medicijnzoekend-gedrag (Svarstad et al. 2001). Zo komen heupfracturen vaker voor bij ouderen die benzodiazepinen gebruiken. Het risico op een heupfractuur is het grootst in de eerste twee weken na het starten met het gebruik van benzodiazepinen (Wagner et al., 2004).

### ***Gecombineerd gebruik van alcohol en benzodiazepinen***

De combinatie van benzodiazepinen met alcohol is gevaarlijk. Beide zijn verdovende middelen die elkaars werking kunnen versterken. De meeste medicijnen worden net als alcohol afgebroken door de lever. Dit vormt een extra belasting voor dit orgaan. Het gevolg daarvan is dat de verschillende stoffen en de afbraakproducten die soms nog schadelijker zijn,

langer in het lichaam blijven. Hierdoor kan een overdosis van medicijnen ontstaan. Gecombineerd gebruik van alcohol en benzodiazepinen kan verder leiden tot sufheid, trage reacties, onscherp zien en roekeloosheid.

Uit onderzoek van Koomen (2005) blijkt dat ouderen vaak niet weten dat de werking van benzodiazepinen sterker is als ze gebruikt worden in combinatie met alcohol en vice versa. Ook kan alcohol de werken van andere medicijnen teniet doen of anders beïnvloeden. Verder blijkt uit het onderzoek van Koomen dat er vaak geen of slechte voorlichting van artsen is die het middel voorschrijven.

Pringle et al. (2005) claimen dat veel oudere mensen alcohol gebruiken in combinatie met medicijnen die een negatieve interactie hebben met alcohol. Zij hebben onderzoek gedaan naar de prevalentie van gecombineerd gebruik van alcohol en medicijnen onder ouderen die medicijnen kregen voorgeschreven. 77% van de respondenten bleek medicijnen voorgeschreven te krijgen die interactief zijn met alcohol. Van deze groep bleek 19% alcohol te nuttigen, tegenover 26% in de groep ouderen die medicijnen voorgeschreven kregen die niet interactief zijn met alcohol. In datzelfde onderzoek komt naar voren dat jongere ouderen, mannen en ouderen met een hoog opleidingsniveau een hoger risico lopen om blootgesteld te worden aan zowel alcohol als medicijnen die interactief zijn met alcohol. Pringle et al onderschrijven dat het belangrijk is dat artsen cliënten waarschuwen voor de effecten die alcohol en medicijnen op elkaar hebben.

Het blijkt dat artsen onnodig benzodiazepinen voorschrijven en op deze manier onbewust bijdragen aan problematisch gebruik van benzodiazepinen onder ouderen. Op dezelfde manier kunnen artsen bijdragen aan het gecombineerd gebruik van alcohol en medicijnen door een ouder persoon. Alcoholgebruik kan de gezonde slaap verstoren. De slechte nachtrust gaat vaak ten koste van de REM-slaap, die nodig is om geestelijk uit te rusten. Op het moment dat een persoon met slaapklachten bij de arts komt, bestaat het gevaar dat de daadwerkelijke oorzaak niet naar voren komt en slaapmiddelen worden voorgeschreven. Artsen spelen daarom een belangrijke rol bij het terugdringen van problematisch gebruik van benzodiazepinen onder ouderen (Koomen, 2005).

### ***Soft- en harddrugs***

Drugsgebruik kan leiden tot onvoorspelbaar gedrag. Onder drugs worden zowel harddrugs als softdrugs verstaan. Softdrugs, waaronder cannabis, marihuana en GHB, zijn niet zeer schadelijk, maar kunnen wel negatieve effecten hebben op het lichaam zoals stoornissen in het korte termijngeheugen en slaperigheid. Hoge doseringen kunnen leiden tot hallucinaties, wanen en paranoïde gevoelens. Harddrugs geven meer kans op schade, afhankelijkheid en ontweningsverschijnselen dan softdrugs. Heroïne en Cocaine hebben een verdovend effect. Ze verminderen angst- en pijngevoelens en spanningen. Cocaine werkt tevens stimulerend, net als XTC. LSD is een middel met een hallucinerend effect. Zij verstoren de waarneming.

### ***Gokken***

Het is waarschijnlijk dat gokproblemen onder ouderen een grote impact hebben op de gezondheid van deze populatie (Lucke, 2006). Problematisch gokken brengt namelijk stress en financiële problemen met zich mee. Door geldgebrek kan het voorkomen dat medicatie niet wordt ingenomen, omdat de persoon zich de medicijnen niet kan veroorloven. Ook kan gokken leiden tot toename van alcoholgebruik en depressie. Black en Moyer (1998) vonden een relatie tussen pathologisch gokgedrag en een stijging van psychiatrische problemen. De relatie tussen gokgedrag en gezondheid moet echter nog verder onderzocht worden.

Gokken heeft niet enkel negatieve effecten. Campbell (1976) concludeerde zelfs dat het goed zou zijn als verpleeg- en verzorgingshuizen cliënten laten gokken. Door te gokken worden ouderen in staat gesteld actiever betrokken te zijn bij het leven. Het houdt de ouderen bezig en dat is goed voor het welzijn van ouderen. Ook Bilt et al (2004) geven aan dat gokactiviteiten een forum kunnen bieden van sociale support, waardoor eenzaamheid wordt tegengegaan. Desai et al (2004) hebben de invloed van recreatief gokken onderzocht op de gezondheid en het welzijn van ouderen. Daaruit blijkt dat gokken bij ouderen niet wordt geassocieerd met negatieve uitkomsten op het gebied van gezondheid en welzijn. Ouderen die gokten rapporteerden een betere gezondheid dan niet-gokkers. Wel komt naar voren dat ouderen die gokken, meer alcohol drinken dan niet-gokkers.

## ***2.5 Middelenproblematiek onder ouderen en de hulpverlener.***

Zoals eerder benoemd wordt gebruik van middelen een probleem wanneer de persoon en/of de omgeving hinder gaat ondervinden van het gebruik. Voor hulpverleners kan overlast ontstaan, in een zodanig mate dat het werk op een negatieve manier wordt beïnvloed.

Vaak wordt (alcohol)problematiek slecht en laat ontdekt, zowel door de omgeving als door professionals. Uit onderzoek van Thobaben (2006) blijkt bijvoorbeeld dat alcoholisme onder ouderen vaak onbehandeld blijft. De omgeving is vaak toegeeflijk naar ouderen en ouderen zelf hebben de neiging te ontkennen, bijvoorbeeld omdat zij zich schamen. Ook familieleden proberen eventuele problemen te verbergen.

Voor de huisarts of hulpverlener is de herkenning van met name alcoholproblematiek moeilijk omdat ouderen vaak met een grote verscheidenheid aan klachten bij de huisarts of specialist komen (Ghodse, 1997). Bepaalde signalen kunnen opgevat worden als symptomen van andersoortige aandoeningen. Desoriëntatie en vergeetachtigheid worden bijvoorbeeld vaak gezien als symptomen van dementie. Valincidenten worden vaak (alleen) aan ouderdom geweten. De klassieke verschijnselen van problematisch alcoholgebruik zijn daardoor niet goed zichtbaar (Corthals, 1990). Beide kunnen echter het gevolg zijn van problematisch alcoholgebruik. Gemiddeld signaleren huisartsen slechts 10 tot 30% van de patiënten met een alcoholprobleem.

Aan de andere kant kan het ook zo zijn dat de kans dat het probleem wordt geïdentificeerd groter is doordat ouderen vaak contact hebben met gezondheidsprofessionals. Volgens Klein en Jess (2002) zijn hulpverleners echter vaak onzeker om het probleem ook inderdaad te identificeren.

Ook verplegend en verzorgend personeel dat regelmatig met de cliënten in contact komt spelen een rol bij het onbehandeld blijven van problemen. Wanneer het gaat om alcohol weigeren zij vaak toe te geven dat hun cliënten alcoholisten zijn of zijn zij minder achterdochtig bij oudere cliënten, dan bij jongere cliënten. Ook is het personeel niet zeker naar welke signalen en symptomen ze moeten zoeken wanneer ze alcoholisme willen diagnosticeren. Ouderen vertonen daarnaast eerder gezondheidsgerelateerde problemen dan crimineel of antisociaal gedrag vergeleken met jongere mensen (Huige & van Boxtel, 2005).

Hulpverleners vinden het vaak moeilijk om cliënten aan te spreken op middelengebruik, wanneer zij dit vermoeden. Zij worden hierbij te weinig ondersteund, ook door directie en management. Om problematisch middelengebruik aan te pakken dient het personeel deskundig genoeg te zijn om de problematiek bespreekbaar te maken (van Etten, 2004). Uit onderzoek uitgevoerd in Alaska (1995) blijkt dat 95-100% van de hulpverleners vindt dat het

de rol is van de hulpverlener om problemen als gevolg van alcohol aan te geven bij de cliënt die de problemen veroorzaakt en aan de familie van de cliënt. Verder komt naar voren dat hulpverleners die beter om kunnen gaan met middelenproblematiek, eerder alcoholmisbruikende cliënten zullen doorverwijzen naar een alcoholbehandelingsprogramma (52% tegenover 24%).

Pillon et al. (2003) onderschrijven de noodzaak van het trainen van hulpverleners in het omgaan met problematisch middelengebruik. Zij geven aan dat hulpverleners het moeilijk vinden om om te gaan met alcohol- en/of medicijnmisbruikers en geven als oorzaak hiervan een gebrek aan educatie. Uit Engels onderzoek (Albery et al., 1996) is gebleken dat mensen die training geven in het omgaan met middelenproblematiek, praktische trainingsmethoden voor hulpverleners effectiever vinden dan theoretische methoden ten aanzien van alcohol- en drugsproblematiek.

## **2.6 Probleemstelling**

Uit de cijfers blijkt dat de laatste jaren een zorgelijke ontwikkeling gaande is op gebied van middelengebruik onder ouderen. Hierbij gaat het met name om alcohol en benzodiazepinen. Ouderen maken steeds meer gebruik van middelen: Ze drinken vaker en meer en ook het gebruik van benzodiazepinen neemt toe onder ouderen. Onder andere door fysiologische veranderingen heeft middelengebruik bij ouderen eerder problematische gevolgen dan bij andere leeftijdsgroepen. Problematisch middelengebruik onder ouderen kan er voor zorgen dat deze groep eerder zorg nodig heeft, ook al blijft de werkelijke oorzaak van de problemen mogelijk verborgen.

De problematiek is wellicht ernstiger dan op het moment wordt gedacht. Mogelijk worden veel problemen niet gerapporteerd en lijken ze daarom niet te bestaan. Uit de literatuur komt naar voren dat er onvoldoende signalering plaatsvindt door hulpverleners, zowel door artsen als verpleegkundigen en verzorgenden. Bestaande problemen worden zodoende niet tijdig aangepakt, waardoor deze problemen onbehandeld blijven en zich nieuwe problemen gaan ontwikkelen. Het is dus zaak dat hulpverleners in staat zijn problemen als gevolg van middelengebruik tijdig te signalen. Hierbij is ook een grote rol weggelegd voor de arts van de oudere persoon.

Het is goed mogelijk dat ook bij zorginstelling Carint zich problemen voordoen in samenhang met middelengebruik, maar ook dat hulpverleners deze middelenproblematiek niet voldoende signaleren. Ook het feit dat Carint TACTUS heeft benaderd, naar aanleiding van signalen vanuit het werkveld, geeft aan dat zich naar grote waarschijnlijkheid problemen voordoen rondom problematisch middelengebruik door cliënten. Het zal daarbij naar verwachting met name gaan om problemen als gevolg van alcoholgebruik, gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en/of een combinatie van beiden.

Deze gegevens leiden dan ook tot de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre bestaat er problematiek rond het gebruik van middelen onder ouderen binnen de voorzieningen van zorginstelling Carint, zoals waargenomen door hulpverleners?
2. Hoe gaan hulpverleners van Carint om met problematisch middelengebruik bij ouderen wanneer zij hiermee te maken krijgen?
3. Bestaat er onder hulpverleners van Carint behoefte aan activiteiten/beleid ten aanzien van middelenproblematiek onder ouderen?

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden bij het ontwikkelen van activiteiten rondom het gebruik van middelen binnen Carint. Bepaald kan worden welke gebieden extra aandacht nodig hebben. Op basis daarvan kunnen activiteiten worden ontwikkeld, zowel gericht op de hulpverlener als op de oudere zelf. Tactus kan hierbij een belangrijke rol spelen door bijvoorbeeld het aanbieden van deskundigheidsbevordering gericht op medewerkers of behandelaanbod voor cliënten.

## **Hoofdstuk 3 - Methoden**

### ***3.1 Setting***

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder hulpverleners werkzaam bij Carint; een organisatie voor wonen, welzijn en zorg. Carint is werkzaam in een groot deel van Twente en heeft een breed aanbod; verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg, maar ook diensten zoals dieetadvies, schuldhulpverlening, welzijnsactiviteiten voor ouderen en maaltijdservice.

Carint kiest bij het onderzoeken van problematisch middelengebruik onder ouderen voor een brede inventarisatie. Het onderzoek zal zodoende plaatsvinden binnen een groot aantal voorzieningen van Carint; verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk en stichting welzijn en ouderen.

### ***3.2 Onderzoekspopulatie***

Dit onderzoek heeft drie onderzoeksgebieden. Als eerste wordt middelenproblematiek onder ouderen onderzocht, in de perceptie van de hulpverlener. Daarnaast wordt onderzocht hoe hulpverleners omgaan met deze middelenproblematiek en of er behoefte bestaat aan activiteiten/beleid ten aanzien van middelenproblematiek onder ouderen. Er is zodoende sprake van twee onderzoekspopulaties; de cliënten en de hulpverleners werkzaam bij Carint. Er is gekozen om slechts één van deze populaties direct te benaderen; de werknemers. De doelgroep wordt daarom gevormd door hulpverleners die werkzaam zijn in de onderzochte vestigingen van zorginstelling Carint. Dit is zo gedaan omdat Carint als hoofddoel heeft te onderzoeken welke problematiek hulpverleners zien en hoe zij op het moment omgaan met middelenproblematiek onder ouderen. Om dit te kunnen doen is het nodig om te inventariseren of deze problematiek bestaát onder ouderen. De inventarisatie van middelenproblematiek onder ouderen in de perceptie van de hulpverlener kan daarom gezien worden als een subdoel van dit onderzoek.

In dit onderzoek wordt een leeftijdsgrens gehanteerd van de cliënten vanaf 55 jaar. Dit omdat het in het algemeen gangbaar is om vanaf die leeftijd apart beleid te maken.

### ***3.3 Procedure***

#### ***Steekproef***

In totaal zijn 350 werknemers benaderd en gevraagd mee te werken aan het onderzoek. De zorgvoorzieningen van Carint zijn in verschillende mate vertegenwoordigd in de zorg. De thuiszorg neemt een groter deel van de organisatie in dan intramurale zorg en maatschappelijk werk. Bij thuiszorg werken tweemaal zoveel mensen als bij intramuraal en zesmaal zoveel mensen als bij Algemeen Maatschappelijk Werk. In de thuiszorg wordt gemiddeld veel minder uur gewerkt (gemiddeld 9.5 uur) dan bij intramuraal (19 uur) en Algemeen Maatschappelijk Werk (25.4 uur).



Tabel 2. Het aantal verstuurde vragenlijsten per vestiging/voorziening.

<i>Intramuraal</i>	<i>Aantal vragenlijsten</i>
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	30
Verzorgingshuis met verpleegbedden De Stoevelaar, Goor	30
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	30
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	30
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	30
<i>Extramuraal</i>	
Thuiszorg Hengelo Noord-Oost	25
Thuiszorg Hengelo West	25
Thuiszorg Noord-Oost Twente	50
Algemeen Maatschappelijk Werk	50
Medische en Paramedische dienst	50
<b>Totaal</b>	<b>350</b>

Functies die onder de medisch en paramedische dienst vallen zijn onder andere psycholoog, fysiotherapeut en ergotherapeut. De plaatsen die vallen onder thuiszorg Noord-Oost Twente zijn Borne, Ootmarsum, Losser, Denekamp en Oldenzaal.

De hulpverleners die een vragenlijst in handen hebben gekregen zijn willekeurig geselecteerd om zo eventuele bias te voorkomen. Vanuit Carint zijn de vestigingen geselecteerd. De vragenlijsten zijn verstuurd naar de managers van de verschillende vestigingen en locaties. Deze managers zijn van te voren door de directeur lokale groep Hengelo per email geïnformeerd dat zij de vragenlijst konden verwachten. Deze managers hebben verder zorg gedragen voor de verspreiding van de vragenlijsten met als enige instructie dat deze aselekt moet plaatsvinden. Om de managers extra te motiveren de vragenlijsten te verspreiden is bij de vragenlijst naast de inleidende brief een brief gevoegd afkomstig van de directeur lokale groep Hengelo. In deze brief wordt het belang en de noodzaak van het onderzoek aangegeven, evenals enkele onderwerpen waarop beleid zal worden beschreven aan de hand van de resultaten, namelijk vroegsignalering, omgang met de middelenproblematiek onder ouderen, ontwikkelen van een consultfunctie, scholing en training.

### ***Verzending***

In totaal zijn 350 werknemers benaderd met het verzoek de vragenlijst in te vullen en te retourneren. De werknemers hebben hiervoor grofweg vier weken de tijd gehad; van twee november tot 30 november. Omdat het responspercentage in eerste instantie te laag was (81 vragenlijsten), is een herinneringsbrief uitgegaan van Carint, waarbij nogmaals het verzoek de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Hierop zijn nog acht vragenlijsten binnengekomen. In totaal zijn daarmee 89 vragenlijsten teruggekomen, een responspercentage van 25.4%.

### ***3.4 Instrumenten***

Het onderzoeken van middelenproblematiek onder ouderen is gedaan aan de hand van een vragenlijst. Naderhand is bij vijf hulpverleners een interview afgenomen, om verdere verdieping te krijgen in de problematiek.

### **Vragenlijst**

De vragenlijst bestaat in totaal uit 18 vragen, waarvan 17 gesloten vragen en één open vraag. Alle vragen hebben betrekking op de twaalf maanden voorafgaand aan de dag dat de werknemers de vragenlijst onder ogen hebben gekregen. Vijf vragen dienen beantwoord te worden aan de hand van een frequentieschaal waarbij zowel een vierpunts- als vijfpuntsschaal is gebruikt.

In deze vragenlijst is duidelijk een driedeling te zien. Het eerste deel van de vragenlijst gaat over het vóórkomen van problematisch middelengebruik onder ouderen en het omgaan daarmee (vraag 1 tot en met 10). Het tweede deel gaat over de gevolgen van middelengebruik door ouderen voor de hulpverleners. Het gaat hierbij over de mate van overlast die hulpverleners ondervinden en welke acties hulpverleners ondernemen (vraag 11 tot en met 16). Het laatste deel heeft betrekking op de behoefte van de hulpverlener aan beleid/activiteiten ten aanzien van middelenproblematiek onder ouderen (vraag 17 en 18).

Aan de vragen gaat een inleiding vooraf waarin het belang en het doel van het onderzoek naar voren komt. Ook worden algemene gegevens gevraagd, zoals locatie, afdeling, functie, percentage van het aantal diensturen besteed aan cliëntenzorg en het gemiddeld aantal cliënten waarover men zorg heeft per maand.

De vragenlijst tracht een aantal variabelen te meten:

- **Houding** tegenover het besteden van aandacht aan problematische middelengebruik onder cliënten van Carint wordt gemeten met vraag 1. Hulpverleners kunnen bij deze vraag aangeven hoe belangrijk zij het vinden dat aandacht besteed wordt aan problematisch middelengebruik door cliënten.
- Vraag 2 meet het **vermoeden** van de hulpverlener dat er bij cliënten sprake was van problematisch middelengebruik in de twaalf maanden voorafgaand aan de vragenlijst. Vraag 3 gaat hierop verder, waarbij naar voren komt bij hoeveel cliënten zeker sprake was van problematisch middelengebruik. Vraag 4 maakt duidelijk welke vormen van middelengebruik met name gezien worden, zoals alcohol, drugs of medicijnen.
- Vraag 5 meet het **gedrag**; wat hebben de hulpverleners gedaan wanneer zij een vermoeden hadden van problematisch middelengebruik? Zij kunnen hier meerdere antwoorden geven. Ook kunnen ze bij elk antwoord aangeven hoe vaak zij dit hebben gedaan. Dit wordt gemeten aan de hand van een frequentieschaal waarbij gekozen kan worden tussen altijd, meestal, soms en nooit.
- De **intentie** tot het ondernemen van actie wanneer hulpverleners problematisch middelengebruik onder ouderen zouden vermoeden of wanneer zij hier opnieuw mee te maken krijgen wordt gemeten met vraag 6. Ook bij deze vraag wordt een frequentieschaal gebruikt. Bij vraag 7 komt naar voren hoe vaak er zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik. In vraag 8 komt vervolgens aan bod bij hoeveel verschillende cliënten hier dan sprake van was. Aan de hand van vraag 9 wordt duidelijk in welke leeftijdscategorieën zich de meeste problemen rond middelengebruik voordoen.
- Vraag 10 is een open vraag. De open vraag is volgens de *critical incident technique (CIT)* ontwikkeld (Flanagan, 1954). De uitwerking en doel van deze methode komen onder de kop diepte-interviews aan de orde.
- Vraag 11 meet de **ervaring** van hulpverleners met overlast als gevolg van problematisch middelengebruik bij cliënten. De hulpverleners kunnen hierbij kiezen uit o.a. agressie, onrust, verwardheid, lusteloosheid, maar kunnen ook voor hen

ontbrekende vormen van overlast aangeven. Vraag 12 meet de mate waarin hulpverleners overlast als gevolg van problematisch middelengebruik ervaren van cliënten. Bij vraag 13 komt naar voren bij hoeveel cliënten hulpverleners overlast als gevolg van problematisch middelengebruik ervaren.

- Vraag 14 meet wederom **gedrag**; wat hebben ze gedaan wanneer zij te maken krijgen met overlast als gevolg van problematisch middelengebruik. Ook bij deze vraag wordt de frequentieschaal toegepast.
- Vraag 15 meet de **intentie** tot het ondernemen van actie wanneer hulpverleners te maken zouden krijgen met overlast als gevolg van problematisch middelengebruik onder ouderen of wanneer zij hier opnieuw mee te maken krijgen.
- Vraag 16 meet **zelfeffectiviteit**; De mate waarin hulpverleners zichzelf in staat achten om problematisch middelengebruik bij een cliënt te signaleren.
- Met vraag 17 wordt de **behoefte** aan activiteiten gericht op het terugdringen van middelenproblematiek gemeten en het verbeteren van het omgaan met middelenproblematiek onder ouderen door hulpverleners. Er worden een aantal mogelijkheden gegeven, zoals werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik of hoe men overmatig middelengebruik kan signaleren. Bij elke optie kan de hulpverlener aangeven in welke mate men dit zinvol acht. Hierbij is gebruik gemaakt van de Likert-schaal, waarbij gekozen kan worden tussen erg zinvol, niet zo zinvol, een beetje zinvol en niet zinvol.
- Vraag 18 meet de **intentie** van hulpverleners om gebruik te maken van activiteiten die Carint aanbiedt. Ook hier zijn verschillende opties aan te kruisen. Hierbij is ook een Likert-schaal gevoegd waarbij gekozen kan worden uit de antwoordopties zeker, waarschijnlijk, misschien, waarschijnlijk niet en zeker niet.

Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor de hulpverleners om opmerkingen te plaatsen. Ook wordt hen nog gevraagd of zij bereid zijn mee te werken aan diepte-interviews. Wanneer zij hiermee instemmen, kunnen zij hun naam en telefoonnummer noteren.

### ***Pretest***

Tijdens de ontwikkeling van de vragenlijst is een pretest uitgevoerd onder een vijftal werknemers van Carint. Dit is gedaan aan de hand van een conceptversie. Deze personen hadden verschillende functies. Zo zijn een ondersteunend zorgmanager, wijkverpleegkundige, een ziekenverzorger en een coördinator ondersteunende begeleiding geïnterviewd. Aan deze mensen is gevraagd de vragenlijst te beoordelen op leesbaarheid, begripbaarheid en lay-out. Ook is gevraagd de vragenlijst inhoudelijk te bekijken. Naar aanleiding van deze pretest zijn verschillende aanpassingen gedaan in de vragenlijst. Zo is de leesbaarheid bevorderd en zijn enkele vragen toegevoegd, gewijzigd of verwijderd.

### ***Diepte-interviews***

Aan het eind van de vragenlijst wordt gevraagd of de werknemers bereid zijn deel te nemen aan een diepte-interview. Op deze manier kan verdere verdieping verkregen worden in de middelenproblematiek. De mensen waarbij de interviews zijn afgenomen zijn geselecteerd op basis van het incident dat zij hebben beschreven in de vragenlijst. De open vraag die naar deze incidenten vraagt is ontwikkeld volgens de critical incident technique (Flanagan, 1954). Deze techniek bestaat uit een set procedures met als doel geobserveerde incidenten te verzamelen die relevant zijn om vervolgens praktische problemen op te lossen. Binnen dit onderzoek houdt dit in dat aan de werknemer wordt gevraagd het belangrijkste of meest ernstige incident te noemen dat samenhangt met problematisch middelengebruik of het incident dat de meeste indruk heeft gemaakt op de persoon in de afgelopen twaalf maanden. Medewerkers kunnen op

deze manier laten weten wat zij hebben meegemaakt. Het is een retrospectieve methode welke verdere inzicht geeft in de aard en ernst van de problematiek.

De geselecteerde hulpverleners waren allen werkzaam binnen een andere vestiging. De interviews zijn telefonisch afgenomen, opgenomen en uitgewerkt. Deze voornaamste reden om te kiezen voor een telefonisch interview is tijdsbesparing, aangezien alle geïnterviewden op andere locaties werkzaam zijn verspreid over Twente.

Voordat het daadwerkelijke interview start wordt de bedoeling van het interview nogmaals uitgelegd. Verder wordt ingeleid welke thema's zullen worden besproken en wordt de verwachte duur van het interview aangegeven. Aan de hulpverleners wordt duidelijk gemaakt dat de namen niet zullen worden vermeld in de scriptie om de hulpverleners te stimuleren zo open mogelijk te zijn. De hulpverleners worden ervan op de hoogte gebracht dat het gesprek wordt opgenomen. Ook wordt aangegeven dat de opname zal worden gewist zodra het interview is uitgewerkt en dat alleen de onderzoeker en begeleiders inzage hebben in deze versie. Verder worden de gegevens die bekend zijn geverifieerd met de hulpverlener voordat het interview van start gaat.

In de interviews worden een aantal vragen gesteld over het incident dat zij hebben beschreven; Wat gebeurde er precies? Was het al langer bekend dat deze cliënt middelen gebruikte? Daarna worden vragen gesteld over het handelen nadat het incident heeft plaatsgevonden; welke maatregelen zijn getroffen? Wist je van tevoren hoe je met dergelijke situaties moest omgaan? Heeft het incident nog invloed gehad op hoe je je werk doet? Verder wordt gevraagd in welke mate zij zichzelf uitgerust vinden om adequaat te reageren op middelenproblematiek onder ouderen en naar hun kijk op de grootte en ernst van de problematiek. Afhankelijk van de antwoorden zijn doorvragen geformuleerd.

### ***3.5 Statistische analyse***

#### **3.5.1 SPSS**

Alle analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS, versie 12.0.1. Om een overzicht te krijgen van de resultaten is met name gebruik gemaakt van frequentietabellen waarbij ook de gemiddelde scores en standaarddeviaties zijn weergegeven. Verder zijn groepen, zoals zorgvorm, zorgvoorzieningen, vestigingen en plaatsen met elkaar vergeleken aan de hand van de optie 'split file' waarbij vervolgens ook frequentietabellen zijn gepresenteerd.

#### **3.5.2 Correctie voor non-response**

Het is mogelijk dat met name de hulpverleners de vragenlijst hebben ingevuld die problematisch middelengebruik hebben ervaren. Zodoende kunnen de resultaten een vertekend beeld geven van de werkelijke situatie, namelijk een overschatting van het probleem. Om een oplossing voor dit probleem te bieden heeft een correctie plaatsgevonden. Dit is gedaan door aan te nemen dat de non-respondenten geen problematisch middelengebruik hebben ervaren. Zodoende kan een gebied worden vastgesteld; het werkelijke percentage van het aantal hulpverleners dat problematisch middelenproblematiek vermoedt, deze met zekerheid heeft vastgesteld of overlast ervaart als gevolg daarvan ligt tussen de geobserveerde waarde (maximale prevalentie) en de gecorrigeerde waarde. Door het gemiddelde te nemen van deze twee waarden is vervolgens een algemene schatting te maken.

### ***3.6. Kwalitatieve analyse***

#### **3.6.1 Diepte-interviews**

De vijf interviews zijn nadat deze zijn afgenomen en opgenomen uitgewerkt op papier. Vervolgens zijn deze geanalyseerd door deze onderling te vergelijken op vier thema's, waarvan de interessante uitkomsten zijn beschreven in de resultaten. De vier thema's omvatten het incident, het handelen nadat het incident heeft plaatsgevonden, ervaren kennis en ervaring en grootte van de problematiek in de perceptie van de hulpverlener.

## Hoofdstuk 4 - Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn verkregen uit de vragenlijst en de diepte-interviews. Allereerst komt het responspercentage naar voren. Daarna worden achtereenvolgens de resultaten bij elke onderzoeksvraag gepresenteerd. Als laatste komen de belangrijkste en meest interessante punten naar voren die uit de interviews zijn gebleken.

In eerste instantie hebben 81 hulpverleners de vragenlijst ingevuld en geretourneerd. Nadat de herinnering is uitgegaan zijn nog acht vragenlijsten binnengekomen. In totaal zijn 89 vragenlijsten teruggekomen; een percentage van 25.4 %. Een dergelijk percentage kan als laag worden beschouwd.

### 4.1 Vragenlijst

#### 4.1.1 Respons

Van de 50 vragenlijsten die naar Algemeen Maatschappelijk Werk zijn gestuurd zijn in totaal vier vragenlijsten geretourneerd (8.0%). Van de 150 vragenlijsten gestuurd naar intramurale zorg zijn in totaal 50 vragenlijsten teruggestuurd (21 hiervan waren afkomstig van het verpleeghuis, 29 vanuit de verzorgingshuizen). Dit is 33.3% en daarmee het hoogste percentage van alle onderzochte voorzieningen. Vanuit de thuiszorg zijn 31 vragenlijsten teruggestuurd. Dit is een responspercentage van 31.0%. Slechts 4 vragenlijsten zijn afkomstig van de medisch en paramedische dienst (8.0%). Omdat de responspercentages vanuit algemeen maatschappelijk werk en de medische en paramedische dienst extreem laag zijn en zodoende geen representatief beeld geven van de situatie in deze voorzieningen, worden de resultaten van deze groepen niet gepresenteerd in de tabellen. Onder extramurale zorg wordt daarom met name thuiszorg bedoeld. Ook de resultaten van de Stoevelaar te Goor worden om deze reden niet gepresenteerd in de tabellen. Binnen intramuraal zijn verzorgingshuizen sterker vertegenwoordigd dan verpleeghuizen, aangezien slechts één verpleeghuis is vertegenwoordigd in dit onderzoek.

Tussen de verschillende locaties zijn er nogal verschillen in responspercentage. Zo is dit percentage vanuit verpleeghuis St. Elisabeth in Delden zeer hoog te noemen. Vanuit deze vestiging is 70% van de vragenlijsten teruggestuurd. Ook de respons vanuit de thuiszorg Hengelo West en Hengelo Noord-Oost is hoog te noemen (respectievelijk 48% en 44%). Backenhagen Hooghagen volgt met 37%. Lagere responspercentages worden gegeven door de Stoevelaar in Goor met 13%, Humantas Korenbuurt met 20%, thuiszorg Noord-Oost Twente met 24% en het Wieken in Delden met 27%.

Van de vragenlijsten die gestuurd zijn naar Noord-Oost Twente waaronder Oldenzaal, Denekamp, Borne, Losser en Ootmarsum vallen, zijn vanuit Ootmarsum zeven teruggestuurd, uit Borne en Oldenzaal twee en uit Losser één. Uit Denekamp zijn geen vragenlijsten teruggestuurd.

De respondenten hebben uiteenlopende functies. In totaal worden 26 verschillende functies beschreven. De meest voorkomende functies die worden bekleed door de hulpverleners zijn Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG) (18.0 %), verzorgende C (13.5%) en wijkverpleegkundige (11.2%). Enkele andere functies die in mindere mate worden genoemd zijn Eerst Verantwoordelijke Verzorger (EVV), Maatschappelijk werker, ziekenverzorger, verpleegkundige en teamleider.

#### 4.1.2 Aard, ernst en omvang van problematisch middelengebruik onder ouderen in de perceptie van de hulpverlener.

##### *Vermoeden van problematisch middelengebruik*

Uit de resultaten blijkt dat 64 respondenten (71.9%) in 2006 een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik (variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week). Hierbij ging het om gemiddeld 2.6 cliënten per hulpverlener waarbij dit vermoeden bestond in het onderzochte jaar. Bij meer dan de helft van deze 64 hulpverleners (62.0%) was minder dan één maal per maand sprake van een vermoeden in de bewuste periode. 25.0% van deze hulpverleners heeft meer dan één maal per week een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik.

Tabel 3. Percentage hulpverleners met een *vermoeden* van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddelde aantal cliënten waar het om ging.

	%	<i>n</i> hulpverleners	<i>n</i> cliënten (mean)	<i>sd</i>
Intramuraal	80.0%	40	2.8	2.5
Extramuraal	60.0%	21	2.2	1.8
Verzorgingshuis	86.2%	25	2.6	2.0
Verpleeghuis	71.4%	15	3.1	3.1
Thuiszorg	61.3%	19	2.2	1.1
Totaal	71.9%	89	2.6	2.2

Te zien is dat in de intramurale zorg vaker een vermoeden heeft bestaan van problematisch middelengebruik dan in de extramurale zorg en dat het gemiddeld aantal cliënten waarbij het vermoeden bestond hoger is. Verder valt op dat in verzorgingshuizen relatief meer hulpverleners een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik dan in de verpleegzorg.

Het gemiddelde aantal cliënten waarbij vermoedens bestaan van problematisch middelengebruik is het hoogst in de verpleegzorg. De standaardafwijking is echter ook vrij hoog, waardoor de afwijking van het gemiddelde ook groot kan zijn.

Tabel 4. Interval vermoedens van problematisch middelengebruik per zorgvorm en zorgvoorziening.

	<i>Gecorrigeerde schatting</i>	<i>Geobserveerde schatting</i>	<i>Gemiddelde schatting</i>
Intramuraal	26.7%	80.0%	53.4%
Extramuraal	11.5%	60.0%	35.8%
Verzorgingshuis	20.8%	86.2%	53.5%
Verpleeghuis	50.0%	71.4%	60.7%
Thuiszorg	21.0%	61.3%	41.2%

In de verpleegzorg is de gecorrigeerde schatting het hoogst. Wanneer alle non-respondenten geen problematisch middelengebruik hebben vermoed, heeft alsnog 50% van de personen die een vragenlijst hebben ontvangen problematisch middelengebruik vermoed. Ook de gemiddelde schatting is in de verpleegzorg het hoogst met 60.7%.

Tabel 5. Percentage hulpverleners met *vermoedens* van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddelde aantal cliënten waar het om ging, per plaats weergegeven.

	%	<i>n</i> hulpverleners	<i>n</i> cliënten	<i>sd</i>
Hengelo	71.8%	28	2.6	2.0
Delden	78.1%	25	2.9	2.5
Noord-Oost Twente	75.0%	9	3.1	1.0

In Delden is het percentage vermoeden van problematisch middelengebruik het hoogst (78.1%). 25 hulpverleners hebben hier in 2006 een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik bij één of meerdere cliënten.

Tabel 6. Percentage hulpverleners met *vermoedens* van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddelde aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per vestiging/locatie.

	Zorgvorm	%	<i>n</i> hulpverleners	<i>n</i> cliënten	<i>sd</i>
<i>Intramuraal</i>					
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	Verzorgingshuis	87.5%	7	2.1	.9
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	Verzorgingshuis	100.0%	11	3.4	2.8
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	Verzorgingshuis	100.0%	6	2.0	.9
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	Verpleeghuis	71.4%	15	3.1	3.1
<i>Extramuraal</i>					
Hengelo Noord-Oost	Thuiszorg	37.5%	4	1.5	.5
Hengelo West	Thuiszorg	50.0%	6	2.0	.9
Noord-Oost Twente	Thuiszorg	75.0%	9	3.1	1.0

Opvallend is dat vanuit de vestigingen Backenhagen/Hooghagen, Humanitas Korenbuurt en in Oldenzaal alle mensen die de vragenlijst hebben ingevuld een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik.

De respons vanuit de verschillende plaatsen die vallen onder thuiszorg Noord-Oost Twente zijn erg laag en zodoende wellicht niet representatief. Daarom zijn de afzonderlijke plaatsen niet gepresenteerd in de tabel.



Tabel 7. Interval ‘vermoeden van problematisch middelengebruik’ per vestiging/locatie.

	<i>Gecorrigeerde waarde</i>	<i>Geobserveerde waarde</i>	<i>Gemiddelde schatting</i>
<i>Intramuraal</i>			
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	23.3%	87.5%	55.4%
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	36.7%	100.0%	68.4%
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	20.0%	100.0%	60.0%
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	50.0%	71.4%	60.7%
<i>Extramuraal</i>			
Hengelo Noord-Oost	16.0%	37.5%	26.8%
Hengelo West	24.0%	50.0%	37.0%
Noord-Oost Twente	18.0%	75.0%	46.5%

Naar schatting hebben in het verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen relatief gezien de meeste hulpverleners een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik (68.4%). In de thuiszorg Hengelo Noord-Oost lijkt het minst vaak een vermoeden te hebben bestaan van problematisch middelengebruik. Hier zijn de gecorrigeerde waarde, de geobserveerde waarde en de gemiddelde schatting het laagst.

Tabel 8. Percentage van de 65 hulpverleners dat een vermoeden heeft gehad van een middel.

<i>Middel</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Alcohol	92%	60
Medicijnen	32%	21
Soft- of harddrugs	1.5%	1

Uit tabel 8 blijkt dat het met name alcoholproblematiek is waarover vermoedens bestaan onder de hulpverleners. 92% van de 65 hulpverleners noemt alcohol als middel waar het vermoeden van bestond. Van de 21 personen die aangeven dat zij een vermoeden hebben gehad van problematisch gebruik van middelen geeft 63% aan om welk medicijn het gaat: zes mensen noemen benzodiazepinen (29%), vijf mensen noemen pijnstillers (24%) en twee mensen noemen antidepressiva (10%). Het valt op dat pijnstillers bijna net zo vaak worden genoemd als benzodiazepinen.

Tabel 9. Middel weergegeven per zorgvoorziening.

	<i>Alcohol</i>	<i>Medicijnen</i>	<i>Soft- en harddrugs</i>
Verzorgingshuis	96.0%	40.0%	0.0%
Verpleeghuis	100.0%	13.3%	0.0%
Thuiszorg	89.4%	42.1%	5.0%

In tabel 9 zijn de gegevens uit tabel 8 gepresenteerd per zorgvorm. Hierbij zijn steeds de percentages genomen van het aantal hulpverleners die problematisch middelengebruik zien. Doordat hulpverleners meerdere middelen konden aangeven waarvan zij een vermoeden hebben gehad, is het totale percentage hoger dan 100%.

Te zien is dat alle werknemers werkzaam in de verpleegzorg, die een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik, alcohol noemen als het middel waar het om ging. Verder valt op dat in dezelfde groep relatief weinig hulpverleners een vermoeden hebben gehad van problematisch medicijngebruik wanneer dit wordt vergeleken met verzorgingshuizen of thuiszorg.

Tabel 10. Middelen weergegeven per plaats.

	<i>Alcohol</i>	<i>Medicijnen</i>	<i>Soft- en harddrugs</i>
Hengelo	89.3%	50.0%	3.6%
Delden	100.0%	20.0%	0.0%
Noord-Oost Twente	88.9%	25.0%	0.0%

Uit tabel 10 komt naar voren dat in Delden alle werknemers die een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik alcohol noemen als het middel waar het om gaat. In Hengelo zijn vergeleken met Delden en Noord-Oost Twente relatief veel vermoedens uitgesproken van problematisch medicijngebruik.

***Met zekerheid vastgesteld problematisch middelengebruik.***

58 hulpverleners (65.2%) geven aan dat er in 2006 zeker sprake was van problematisch middelengebruik (variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week). Hierbij ging het gemiddeld om 2.2 cliënten per hulpverlener. Bij 65.9% van deze hulpverleners is minder dan één maal per maand zeker sprake geweest van problematisch middelengebruik. Bij 27.6% van deze groep is vaker dan één maal per week met zekerheid middelenproblematiek vastgesteld.

Tabel 11. Percentage hulpverleners dat problematisch middelengebruik met *zekerheid* heeft vastgesteld, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddeld aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per zorgvorm en zorgvoorziening.

	<i>%</i>	<i>n hulpverleners</i>	<i>n cliënten</i>	<i>sd</i>
Intramuraal	76.0%	39	2.1	1.6
Extramuraal	45.7%	16	2.4	2.1
Verzorgingshuis	86.2%	25	1.8	2.3
Verpleeghuis	61.9%	14	2.6	.9
Thuiszorg	45.2%	14	1.9	1.1
Totaal	65.2%	58	2.2	1.7

Uit tabel 11 komt naar voren dat in de intramurale zorg bijna twee keer zo vaak zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik dan in de extramurale zorg, namelijk 80.0% tegenover 45.7%.

Tabel 12. Interval met *zekerheid* vastgesteld problematisch middelengebruik weergegeven per zorgvorm en zorgvoorziening.

	<i>Gecorrigeerde waarde</i>	<i>Geobserveerde waarde</i>	<i>Gemiddelde schatting</i>
Intramuraal	26.7%	76.0%	51.4%
Extramuraal	8.0%	45.7%	26.9%
Verzorgingshuis	20.8%	86.2%	53.5%
Verpleeghuis	46.7%	61.9%	54.3%
Thuiszorg	14.0%	45.2%	29.6%

In de verpleegzorg is het interval vrij klein; tussen de 46.7% en 61.9% van de hulpverleners heeft met zekerheid kunnen zeggen dat er sprake is geweest van problematisch middelengebruik.

Tabel 13. Percentage hulpverleners dat aangeeft dat zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddeld aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per plaats.

	<i>%</i>	<i>n hulpverleners</i>	<i>n cliënten</i>	<i>sd</i>
Hengelo	61.5%	25	1.9	1.1
Delden	81.2%	24	2.4	1.9
Noord – Oost Twente	58.3%	7	2.9	2.8

In Delden is het meest vaak zeker sprake geweest van problematisch middelengebruik.

Tabel 14. Percentage hulpverleners dat aangeeft dat zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week en het gemiddeld aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per vestiging/locatie.

	<i>Zorgvorm</i>	<i>%</i>	<i>n hulpverleners</i>	<i>n cliënten</i>	<i>sd</i>
<i>Intramuraal</i>					
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	Verzorgingshuis	100.0%	8	1.8	.7
Verzorgingshuis Backenhagen/ Hooghagen, Hengelo	Verzorgingshuis	90.1%	10	2.2	1.0
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	Verzorgingshuis	100.0%	6	1.5	.8
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	Verpleeghuis	61.9%	14	2.6	2.3
<i>Extramuraal</i>					
Hengelo Noord-Oost	Thuiszorg	25.0%	2	1.5	.7
Hengelo West	Thuiszorg	41.7%	5	1.4	.5
Noord-Oost Twente	Thuiszorg	58.3%	7	2.9	2.8

Opvallend is dat alle hulpverleners werkzaam bij Humanitas Korenbuurt te Hengelo, De Wieken te Delden en thuiszorg Oldenzaal aangeven dat er zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik. Bij Backenhagen/Hooghagen is dit percentage ook vrij hoog met 90.1%.

Tabel 15. Interval 'zeker sprake van problematisch middelengebruik' weergegeven per vestiging/locatie.

	<i>Gecorrigeerde waarde</i>	<i>Geobserveerde waarde</i>	<i>Gemiddelde schatting</i>
<i>Intramuraal</i>			
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	26.7%	100.0%	63.4%
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	33.3%	90.1%	61.7%
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	20.0%	100.0%	60.0%
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	46.7%	61.9%	54.3%
<i>Extramuraal</i>			
Hengelo Noord-Oost	8.0%	25.0%	16.5%
Hengelo West	20.0%	41.7%	30.9%
Noord-Oost Twente	14.0%	58.3%	36.2%

Tabel 15 laat wederom intervallen zien van de verschillende vestigingen en locaties. De intervallen zijn in het algemeen minder breed dan de intervallen die naar voren kwam in tabel 7. Ook zijn de gecorrigeerde waarde, geobserveerde waarde en gemiddelde schatting lager. Dit is aannemelijk, aangezien relatief minder hulpverleners met zekerheid problematisch middelengebruik hebben vastgesteld, vergeleken met het aantal procent van de hulpverleners dat een vermoeden heeft gehad van problematisch middelengebruik. Met name in de extramurale zorg vallen de intervallen minder breed en lager uit. Ook in dit geval zijn de intervallen het minst breed en zijn de gecorrigeerde en geobserveerde waarden het laagst bij de thuiszorg Hengelo Noord-Oost.

#### ***Vermoedelijk en vastgesteld problematisch middelengebruik***

Tabel 16. Percentage hulpverleners met *vermoeden* van problematisch middelengebruik en het percentage van het aantal hulpverleners waarbij *zeker sprake* is geweest van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week, weergegeven per zorgvorm en zorgvoorziening

	<i>Vermoeden</i>	<i>Zeker sprake van</i>
Intramuraal	80.0%	76.0%
Extramuraal	60.0%	45.7%
Verzorgingshuis	86.2%	86.2%
Verpleeghuis	71.4%	61.9%
Thuiszorg	61.3%	45.2%
Totaal	71.9%	65.2%

Wanneer vermoeden van problematisch middelengebruik en zeker sprake van problematisch middelengebruik naast elkaar worden gezet, valt op dat in de intramurale zorg de percentages bijna gelijk zijn; 80% tegenover 76.0%. Blijkbaar zijn bijna alle vermoedens bevestigd en is ook daadwerkelijk sprake geweest van problematisch middelengebruik. Verder valt op dat in

de intramurale zorg vaker een vermoeden heeft bestaan en ook vaker zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik dan in de extramurale zorg.

In de extramurale zorg is wel een verschil te zien in percentages; Er is vaker een vermoeden geweest van problematisch middelengebruik dan dat ook zeker sprake was van problematisch middelengebruik.

Tabel 17. Percentage hulpverleners met *vermoeden* van problematisch middelengebruik en het percentage van het aantal hulpverleners waarbij *zeker sprake* is geweest van problematisch middelengebruik, variërend van één maal per jaar tot meer dan drie maal per week, weergegeven per plaats.

	<i>Vermoeden</i>	<i>Zeker sprake van</i>
Hengelo	71.8%	61.5%
Delden	78.1%	81.2%
Noord-Oost Twente	75.0%	58.3%

Wanneer per plaats wordt gekeken hoe de verhouding ligt tussen vermoedelijk en vastgesteld problematisch middelengebruik, valt op dat in Delden vaker zeker sprake is geweest van problematisch middelengebruik dan dat er vermoedens hebben bestaan.

#### ***Middelenproblematiek per leeftijdscategorie***

De meeste problematiek wordt door hulpverleners gezien in de leeftijdsgroep 75-85 jaar (38.3%). 30.9% van de problematiek wordt gezien in de leeftijdscategorie 65-75 jaar. 22.2% van de problematiek wordt gezien in de leeftijdsgroep 55-65 jaar. In de leeftijdsgroep 85+ wordt 8.6% van de problematiek gezien.

### **4.1.3 Omgang door hulpverleners met middelengebruik onder ouderen**

#### ***Perceptie van eigen kennis en ervaring in het signaleren van problematisch middelengebruik***

Tabel 18 Perceptie hulpverleners van eigen kennis en ervaring om problematisch middelengebruik te signaleren.

	<i>Kennis/ervaring?</i>			<i>n hulpverleners</i>
	Ja	Ja, In mindere mate	Nee	
Verzorgingshuis	71.4%	25.0%	3.6%	28
Verpleeghuis	75.0%	25.0%	0.0%	20
Thuiszorg	53.3%	40.0%	6.7%	30
Totaal	65.4%	30.8%	3.8%	78

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat hulpverleners in het algemeen denken dat zij voldoende kennis en ervaring hebben om problematisch middelengebruik te signaleren. 65.4% van de hulpverleners denkt genoeg kennis en ervaring te hebben om problematisch middelengebruik te signaleren. 30.8% van de hulpverleners denkt hiervoor in mindere mate genoeg kennis en ervaring te hebben. Slechts drie hulpverleners (3.8%) denken dat zij niet over voldoende kennis en ervaring beschikken om problematisch middelengebruik te signaleren.

Wanneer zorgvormen worden vergeleken valt op dat in de thuiszorg relatief meer hulpverleners in mindere mate kennis en ervaring denken te hebben om problematisch middelengebruik te signaleren vergeleken met intramurale hulpverleners.

### ***Ondernomen actie en intentie bij vermoeden middelengebruik***

Tabel 19. Ondernomen acties door hulpverleners in het geval van vermoeden en in het vervolg ondernomen acties bij een vermoeden. Wanneer een hulpverlener niets heeft ingevuld is dit geïnterpreteerd alsof hij of zij dit nooit zal doen. Onder de percentages vallen alle antwoorden die variëren van altijd tot soms.

<i>Acties</i>	<i>Ondernomen in geval van vermoeden</i>	<i>In het vervolg ondernemen bij vermoeden</i>
Niets	15.0%	0.0%
Met hem/haar bespreken	72.3%	77.8%
In gesprek gaan met familie	46.2%	67.3%
Melden aan leidinggevende	53.8%	86.0%
Melden aan arts	44.6%	57.7%
Doorverwijzen naar deskundige instantie	20.0%	33.3%
Vermoeden inbrengen in teamoverleg	72.3%	84.1%
Iets anders	13.8%	14.3%

Uit bovenstaande tabel komt naar voren dat hulpverleners in het geval van vermoedelijk problematisch middelengebruik met name de problematiek met de persoon in kwestie bespreken (72.3%) of de problematiek inbrengen in teamoverleg (72.3%). Wanneer men in de toekomst (opnieuw) te maken krijgt met middelproblematiek geven hulpverleners aan dat zij de problematiek dan met name zouden melden aan de leidinggevende (86%), de problematiek inbrengen in teamoverleg (84.1%) en/of de problematiek zouden bespreken met de persoon in kwestie (77.8%).

Wanneer wordt doorverwezen naar een deskundige instantie wordt bij ondernomen actie viermaal Tactus, tweemaal maatschappelijk werk en éénmaal Mediant genoemd. Wanneer wordt gevraagd naar welke instantie men in het vervolg zou doorverwijzen, wordt viermaal Tactus, éénmaal wijkverpleegkundige, éénmaal maatschappelijk werk en éénmaal zowel Tactus, Mediant als maatschappelijk werk genoemd.

Enkele personen (13.8%) geven aan (ook) iets anders te ondernemen in het geval van een vermoeden van problematisch middelengebruik. Genoemde acties zijn: problemen melden bij barmedewerkers, problemen vermelden in het zorgdossier, problemen bespreken met collega's, bepaalde hoeveelheden aanbieden van een middel en overleg plegen met de zorgcoördinator.

### ***Overlast***

Van de 89 respondenten, hebben 43 aangegeven dat zij in 2006 overlast hebben ervaren als gevolg van problematisch middelengebruik (49.4%). Gemiddeld ging het om twee cliënten die de overlast veroorzaakten per hulpverlener. 55.8% van deze hulpverleners heeft minder dan één maal per maand overlast ervaren als gevolg van problematisch middelengebruik door

een cliënt. 21.0% van deze groep heeft meer dan één maal per week overlast ervaren in de periode november 2005-november 2006. 7.0% zegt dagelijks overlast te ervaren.

Tabel 20. Percentage hulpverleners dat aangeeft dat sprake is geweest van overlast, variërend van minder dan één maal per drie maanden tot dagelijks en het gemiddeld aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per zorgvorm en zorgvoorziening.

	%	<i>n</i> hulpverleners	<i>n</i> cliënten	<i>sd</i>
Intramuraal	64.0%	32	1.8	1.1
Extramuraal	29.4%	11	2.2	2.1
Verzorgingshuis	69.0%	20	1.6	1.0
Verpleeghuis	57.1%	12	2.0	1.4
Thuiszorg	26.7%	8	2.2	2.1
Totaal	49.4%	43	2.0	1.5

In de intramurale zorg wordt de meeste overlast ervaren. Binnen deze zorgvorm wordt de meeste overlast ervaren in verzorgingshuizen.

Tabel 21. Interval 'overlast als gevolg van problematisch middelengebruik' weergegeven per zorgvorm en zorgvoorziening.

	<i>Gecorrigeerde waarde</i>	<i>Geobserveerde waarde</i>	<i>Gemiddelde schatting</i>
Intramuraal	21.3%	64.0%	42.7%
Extramuraal	6.0%	29.4%	17.7%
Verzorgingshuis	16.7%	69.0%	42.9%
Verpleeghuis	40.0%	57.1	48.6%
Thuiszorg	8.0%	26.7%	17.4%

In tabel 21 is te zien dat de intervallen wat betreft overlast het grootst zijn in de intramurale zorg. Bovendien zijn zowel de gecorrigeerde waarde als de geobserveerde waarde hoger dan in de extramurale zorg. Daarom is het waarschijnlijk dat in de extramurale zorg relatief meer hulpverleners overlast ervaren als gevolg van problematisch middelengebruik bij ouderen. De intervallen zijn het laagst en het minst breed in de thuiszorg, net zoals het geval was bij de tabellen 4 (vermoeden) en 12 (zeker sprake). De intervallen in tabel 21 hebben over het algemeen lagere grenzen vergeleken met tabel 4 en 12.

Tabel 22. Percentage hulpverleners dat aangeeft dat sprake is geweest van overlast als gevolg van problematisch middelengebruik, variërend van minder dan één maal per drie maanden tot dagelijks en het gemiddeld aantal cliënten waar het om gaat, weergegeven per plaats.

	%	<i>n</i> hulpverleners	<i>n</i> cliënten	<i>sd</i>
Hengelo	48.7%	19	1.6	.8
Delden	62.5%	20	2.2	1.5
Noord - Oost Twente	25.0%	5	3.2	3.3

In Delden hebben relatief de meeste hulpverleners overlast ervaren (62.5%), gevolgd door Hengelo met 48.7%. Het aantal cliënten waar het om gaat is het hoogst in Noord-Oost Twente. De standaardafwijking is in deze plaats ook hoog, waardoor grote afwijking van dit gemiddelde kan bestaan.

Tabel 23. Percentage hulpverleners dat aangeeft dat er sprake is geweest overlast als gevolg Van problematisch middelengebruik, variërend van minder dan één maal per drie maanden tot dagelijks en het gemiddeld aantal cliënten waar het om ging, weergegeven per vestiging/locatie.

	Zorgvorm	%	n hulpverleners	n cliënten	sd
<i>Intramuraal</i>					
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	Verzorgingshuis	75.0%	6	1.8	1.3
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	Verzorgingshuis	72.7%	8	1.8	.7
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	Verzorgingshuis	83.3%	5	1.8	1.1
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	Verpleeghuis	57.1%	12	2	1.4
<i>Extramuraal</i>					
Hengelo Noord-Oost	Thuiszorg	25.0%	2	1.5	.7
Hengelo West	Thuiszorg	33.3%	4	1.2	.4
Noord-Oost Twente	Thuiszorg	25.0%	5	3.2	3.3

In Humanitas Korenbuurt te Hengelo is het percentage hulpverleners dat aangeeft overlast te hebben ervaren als gevolg van problematisch middelengebruik het hoogst met maar liefst 83.3%. Ook Backenhagen/Hooghagen scoort hier hoog; 72.7% van de hulpverleners heeft te maken gehad met overlast in 2006. Ook hier is te zien dat in de vestigingen die vallen onder thuiszorg procentueel minder overlast wordt ervaren dan in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Tabel 24. Interval overlast als gevolg van problematisch middelengebruik weergegeven per vestiging/locatie.

	Gecorrigeerde waarde	Geobserveerde waarde	Gemiddelde schatting
<i>Intramuraal</i>			
Verzorgingshuis De Wieken, Delden	20.0%	75.0%	47.5%
Verzorgingshuis Backenhagen/Hooghagen, Hengelo	26.7%	72.7%	49.7%
Verzorgingshuis Humanitas + Korenbuurt (zelfstandig wonen), Hengelo	16.7%	83.3%	50.0%
Verpleeghuis St. Elisabeth, Delden	40.0%	57.1%	48.6%
<i>Extramuraal</i>			
Hengelo Noord-Oost	8.0%	25.0%	16.5%
Hengelo West	16.0%	33.3%	24.7%
Noord-Oost Twente	6.0%	25.0%	15.5%



Tabel 25. Vormen van overlast ervaren door de 43 hulpverleners

<i>Vorm van overlast</i>	<i>%</i>	<i>n hulpverleners</i>
Gevaar voor vallen	81.4%	35
Onrust	60.0%	26
Verwardheid	55.8%	24
Verwaarlozing	44.2%	19
Lusteloosheid	41.9%	18
Agressie	34.9%	17
Lichamelijk letsel	30.2%	13
Lastig vallen van hulpverleners	23.3%	10
Anders	18.6%	8

De meest genoemde vorm van overlast is gevaar voor vallen met 81.4%. Daarnaast wordt onrust en verwardheid ook vaak gezien. Opvallend is dat met name vormen van overlast genoemd worden die vervelend zijn voor de cliënt zelf, in plaats van vervelend voor de hulpverlener. Als men kijkt naar de vormen van overlast die vervelend zijn voor de hulpverlener, wordt agressie het meest genoemd (39.5%). Andere vormen van overlast die worden genoemd zijn: gevaar voor zichzelf, veel telefoontjes, ongepast taalgebruik, zwaarder wordende zorg, overgeven en het nuttigen van alcohol door ouderen in het bijzijn van verzorgers en partners hebben het zwaar.

De hulpverleners die overlast ervaren geven vaak meer dan één vorm van overlast aan (gemiddeld = 2.8,  $\sigma = 1.9$ ) waarbij het maximum lag op negen verschillende vormen. Het gaat daarbij om verschillende combinaties.

Tabel 26. Vormen van overlast weergegeven per zorgvorm.

<i>Vorm van overlast</i>	<i>% intramuraal (n = 24)</i>	<i>% extramuraal (n = 11)</i>
Gevaar voor vallen	<b>90.6%</b>	43.4%
Onrust	43.8%	<b>90.9%</b>
Verwardheid	43.8%	72.7%
Verwaarlozing	34.4%	54.5%
Lusteloosheid	31.3%	63.6%
Agressie	37.5%	27.3%
Lichamelijk letsel	25.0%	27.3%
Lastig vallen van hulpverleners	25.0%	9.1%

In de intramurale zorg wordt met name overlast in de vorm van gevaar voor vallen ervaren (90.6%). Deze vorm van overlast wordt door bijna iedereen genoemd, terwijl ongeveer de helft van de extramuraal werkenden deze vorm van overlast noemt. Verder worden in de intramurale zorg onrust en verwardheid het vaakst genoemd. In de extramurale zorg zijn de meest ervaren vormen van overlast onrust bij de cliënt (90.9%), verwardheid en lusteloosheid.

Tabel 27. Ondernomen acties door hulpverleners bij ervaren overlast en geen ervaren overlast. Wanneer een hulpverlener niets heeft ingevuld is dit geïnterpreteerd alsof hij of zij dit nooit zal doen. Onder de percentages vallen alle antwoorden die variëren van altijd tot soms.

<i>Acties</i>	<i>Ondernomen in geval van overlast</i>	<i>In het vervolg ondernemen bij overlast</i>
Niets	8.5 %	9.3%
Met hem/haar bespreken	70.2 %	79.6%
In gesprek gaan met familie	40.4 %	66.7%
Melden aan leidinggevende	66.0 %	83.3%
Melden aan arts	53.2 %	61.1%
Doorverwijzen naar deskundige instantie	21.3 %	38.9%
Vermoeden inbrengen in teamoverleg	72.3 %	87.0%
Iets anders	17.0 %	5.7%

Wanneer hulpverleners te maken kregen met overlast (49.4%), hebben de meeste hulpverleners de overlast ingebracht in teamoverleg (72.3%). 70.2% van de hulpverleners heeft de overlast met de persoon in kwestie besproken. Ook veel hulpverleners (66%) hebben de overlast gemeld aan de leidinggevende. Wanneer men in de toekomst (opnieuw) te maken krijgt met middelenproblematiek geven hulpverleners aan dat zij met name de overlast zullen inbrengen in het teamoverleg (87.0%). 83.3% van de hulpverleners heeft de intentie de overlast te melden aan de leidinggevende. 79.6% van de hulpverleners heeft de intentie om de overlast met de persoon in kwestie te bespreken. Ook bij deze vraag wordt op de intentievraag op alle antwoordmogelijkheden hoger gescoord dan op de gedragsvraag.

Wanneer wordt doorverwezen naar een deskundige instantie wordt bij ondernomen actie tweemaal Tactus en éénmaal maatschappelijk werk genoemd. Wanneer wordt gevraagd naar welke instantie men in het vervolg zou doorverwijzen, wordt driemaal Tactus, éénmaal Mediant, éénmaal maatschappelijk werk, éénmaal Tactus en Mediant en éénmaal Tactus, Mediant en maatschappelijk werk genoemd.

Enkele personen geven aan (ook) een andere vorm van actie te ondernemen, waaronder overleg met collega's, overleg met Mediant, overlast vermelden in zorgdossier, overlast bespreken met persoonlijke begeleiders ZOM-team, zorgcoördinator informeren. Wanneer wordt doorverwezen naar een deskundige instantie worden maatschappelijk werk en TACTUS genoemd.

### ***Het vermoedde en vastgestelde problematisch middelengebruik en overlast als gevolg van problematisch middelengebruik***

Tabel 28. Vermoedelijk en vastgesteld problematisch middelengebruik en overlast als gevolg daarvan weergegeven per zorgvorm.

<i>Zorgvorm</i>	<i>Vermoeden</i>	<i>Vastgesteld</i>	<i>Overlast</i>
Verzorging	86.2%	86.2%	69.0%
Verpleegzorg	71.4%	62.2%	57.1%
Thuiszorg	61.3%	45.2%	26.7%

Uit tabel 28 blijkt dat bij vermoedens of bij vastgesteld problematisch middelengebruik niet altijd overlast wordt ervaren, maar dit wel vaak het geval is. Meerdere hulpverleners geven

aan dat bij meer dan één cliënt sprake was van overlast als gevolg van problematisch middelenproblematiek. In de thuiszorg is men minder vaak zeker van problematisch middelengebruik. Ook overlast lijkt in deze zorgvorm minder vaak op te treden.

#### 4.1.4 Behoeftetepeiling activiteiten rond problematisch middelengebruik onder ouderen.

44.9% van de hulpverleners vindt het zeer belangrijk dat Carint aandacht besteedt aan problematisch middelengebruik onder ouderen. 51.7% vindt aandacht belangrijk. Slechts 2.2% vindt aandacht niet echt belangrijk. Niemand vult onbelangrijk in.

Tabel 29. De mate waarin men genoemde activiteiten die Carint zou kunnen organiseren zinvol vindt in percentages en de gemiddelde score op elke activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 niet zinvol is en 2 zinvol). Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.

<i>Activiteiten</i>	<i>Zinvol</i>	<i>Beetje zinvol</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Niet erg zinvol</i>	<i>Niet zinvol</i>	<i>Mean</i>
Instellingsbreed beleid	46.1%	16.9%	29.2%	5.6%	0.0%	1.06
Per locatie beleid uitvoeren waarbij de nadruk ligt op de meest voorkomende problematiek.	64.0%	9.0%	20.2%	3.4%	0.0%	1.38
Werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik	68.5%	11.2%	16.9%	1.1%	0.0%	1.51
Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren	80.9%	6.7%	9.0%	1.1%	0.0%	<b>1.71</b>
Cliënten informeren over risico's van problematisch middelengebruik	51.7%	19.1%	16.9%	9.0%	0.0%	1.17
Folders beschikbaar stellen op verschillende locaties	52.8%	11.2%	25.8%	7.9%	0.0%	1.11
Hulp bieden aan bewoners met een mogelijk probleem op het gebied van middelen	67.4%	10.1%	16.9%	1.1%	1.1%	1.47
Duidelijke regels opstellen per afdeling; wat mag wel en niet met betrekking tot middelengebruik	48.3%	10.1%	23.6%	14.6%	0.0%	.95
Gedragcode voor personeel opstellen	43.8%	16.9%	30.3%	5.6%	0.0%	1.02

Uit bovenstaande uitkomsten blijkt dat hulpverleners het informeren van hulpverleners over het signaleren van problematisch middelengebruik het meest zinvol vinden van de genoemde antwoordmogelijkheden (80.9%). De gemiddelde score op deze vraag is 1.71. Daarnaast wordt het informeren van werknemers over risico's van problematisch middelengebruik (1.51) en hulp bieden aan de cliënt ook als zinvol gezien (1.47).

Wanneer hulpverleners aangeven iets anders zinvol te vinden, geven zij de volgende zaken aan: ‘Meer samenwerking met instanties zoals TACTUS’, ‘Pas na een bepaalde tijd alcohol schenken’, ‘Informatieavond voor bewoners en personeel’, ‘Probleemgevallen verwijderen en verwijzen naar deskundige instantie’, ‘zorg op maat bieden’, ‘Problemen zeer serieus nemen en professionele hulp inzetten’, ‘Afspraken maken over de hoeveelheid alcohol per cliënt’, ‘Behandelplan of hulpmaatregelen treffen’.

Tabel 30. De mate waarin men genoemde activiteiten die Carint zou kunnen organiseren zinvol vindt weergegeven in de gemiddelde score op elke activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 niet zinvol is en 2 zinvol) weergegeven per zorgvorm. Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.

<i>Activiteiten</i>	<i>Mean Intramuraal</i>	<i>Mean Extramuraal</i>
Instellingsbreed beleid	.92	1.26
Per locatie beleid uitvoeren waarbij de nadruk ligt op de meest voorkomende problematiek.	1.51	1.18
Werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik	1.45	1.62
Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren	<b>1.65</b>	<b>1.85</b>
Cliënten informeren over risico's van problematisch middelengebruik	1.33	1.00
Folders beschikbaar stellen op verschillende locaties	.96	1.41
Hulp bieden aan bewoners met een mogelijk probleem op het gebied van middelen	1.51	1.45
Duidelijke regels opstellen per afdeling; wat mag wel en niet met betrekking tot middelengebruik	1.18	.67
Gedragscode voor personeel opstellen	1.00	.97

Zowel in de intramurale zorg als de extramurale zorg wordt het informeren van werknemers over hoe men problematisch middelengebruik problematisch middelengebruik als het meest zinvol gezien, met een score van respectievelijk 1.65 en 1.85. Andere activiteiten die als behoorlijk zinvol worden gezien in zowel de intramurale als extramurale zorg zijn ‘per locatie beleid uitvoeren’, ‘werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik’ en ‘hulp bieden aan bewoners met een mogelijk probleem op het gebied van middelen’.

Tabel 31. De mate waarin men genoemde activiteiten die Carint zou kunnen organiseren zinvol vindt weergegeven in de gemiddelde score op elke activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 niet zinvol is en 2 zinvol) weergegeven per zorgvorm. Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.

<i>Activiteiten</i>	<i>Mean Verpleegzorg</i>	<i>Mean Verzorging</i>	<i>Mean Thuiszorg</i>
Instellingsbreed beleid	.81	1.00	1.30
Per locatie beleid uitvoeren waarbij de nadruk ligt op de meest voorkomende problematiek.	1.43	1.57	1.13
Werknemers informeren over risico's van problematisch middelengebruik	1.24	1.61	1.63
Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren	1.52	<b>1.75</b>	<b>1.90</b>
Cliënten informeren over risico's van problematisch middelengebruik	1.43	1.25	.97
Folders beschikbaar stellen op verschillende locaties	.81	1.07	1.47
Hulp bieden aan bewoners met een mogelijk probleem op het gebied van middelen	1.48	1.54	1.40
Duidelijke regels opstellen per afdeling; wat mag wel en niet met betrekking tot middelengebruik	<b>1.67</b>	.82	.63
Gedragscode voor personeel opstellen	.81	1.14	.97

*Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.*

In verzorgingshuizen en in de thuiszorg wordt de activiteit ‘werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren’ als het meest zinvol gezien. Ook in de verpleegzorg scoort deze activiteit hoog. Echter vinden hulpverleners werkzaam in deze zorgvorm ‘duidelijke regels opstellen per afdeling’ nog zinvoller. Dit is opmerkelijk, aangezien deze activiteit in de verpleegzorg en thuiszorg juist erg laag scoort.

Tabel 32. De als meeste zinvol gewaardeerde activiteiten weergegeven per zorgvorm.

	<i>Verzorging</i>	<i>Verpleegzorg</i>	<i>Thuiszorg</i>
1	Werknemers informeren over signaleren	Duidelijke regels opstellen	Werknemers informeren over signaleren
2	Werknemers informeren over risico's	Werknemers informeren over signaleren	Werknemers informeren over risico's
3	Per locatie beleid uitvoeren	Per locatie beleid uitvoeren/ Cliënten informeren over risico's	Folders beschikbaar stellen

Tabel 33. Percentage van het aantal hulpverleners dat aangeeft gebruik te maken van aangeboden activiteiten en de gemiddelde scores weergegeven per activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 zeker niet is en 2 zeker)

<i>Gebruik maken van:</i>	<i>Zeker</i>	<i>Waarschijnlijk wel</i>	<i>Misschien</i>	<i>Waarschijnlijk niet</i>	<i>Zeker niet</i>	<i>Mean</i>
Schriftelijk informatiemateriaal over problematisch middelengebruik	50.6%	15.7%	11.2%	0.0%	20.2%	.78
Deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik	49.4%	21.3%	10.1%	2.2%	14%	.87
Advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten, bijvoorbeeld iemand werkzaam bij TACTUS.	64.0%	21.3%	5.6%	2.2%	5.6%	<b>1.37</b>
Aandachtsfunctionaris voor Carint gericht op problematisch middelengebruik. Dit kan een consulent zijn per afdeling.	28.1%	22.5%	21.3%	6.7%	19.1%	.34

Uit tabel 33 blijkt dat hulpverleners waarschijnlijk het meeste gebruik zouden maken van advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik onder ouderen. 64% van de hulpverleners geeft aan hier zeker gebruik van te maken wanneer zij dit aangeboden krijgen. Nog eens 21.3% van de hulpverleners geeft hier aan dat zij waarschijnlijk wel gebruik zouden maken van advies van een deskundige. Wanneer ‘zeker’ en ‘waarschijnlijk wel’ wordt samengenomen is dit 85.3%.

Tabel 34. De mate waarin gebruik zal maken van genoemde activiteiten die Carint zou kunnen organiseren weergegeven in de gemiddelde score op elke activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 niet zinvol is en 2 zinvol) weergegeven per zorgvorm. Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.

<i>Activiteiten</i>	<i>Mean Intramuraal</i>	<i>Mean Extramuraal</i>
Schriftelijk informatiemateriaal over problematisch middelengebruik	.71	.97
Deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik	.84	.91
Advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten, bijvoorbeeld iemand werkzaam bij TACTUS.	<b>1.24</b>	<b>1.54</b>
Aandachtsfunctionaris voor Carint gericht op problematisch middelengebruik. Dit kan een consulent zijn per afdeling.	.25	.46

Zowel in de intramurale zorg als in de extramurale zorg wordt, indien aangeboden, met name gebruik gemaakt van het advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten. De scores op deze activiteit zijn duidelijk hoger dan op de andere activiteiten.

Tabel 35. De mate waarin gebruik zal maken van genoemde activiteiten die Carint zou kunnen organiseren weergegeven in de gemiddelde score op elke activiteit (variërend van -2 tot 2, waarbij -2 niet zinvol is en 2 zinvol) weergegeven per zorgvorm. Wanneer een antwoordoptie onbeantwoord is, is dit geïnterpreteerd als ‘geen mening’, oftewel neutraal.

	<i>Mean</i> <i>Verpleegzorg</i>	<i>Mean</i> <i>Verzorging</i>	<i>Mean</i> <i>Thuiszorg</i>
Schriftelijk informatiemateriaal over problematisch middelengebruik	.90	.56	.87
Deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik	.24	<b>1.29</b>	.90
Advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten, bijvoorbeeld iemand werkzaam bij TACTUS.	<b>1.29</b>	1.21	<b>1.55</b>
Aandachtsfunctionaris voor Carint gericht op problematisch middelengebruik. Dit kan een consulent zijn per afdeling.	.24	.26	.48

In alle zorgvormen geven veel hulpverleners aan dat zij zeker of waarschijnlijk gebruik zullen maken van het advies van een deskundige. In verzorgingshuizen geven ook veel hulpverleners aan dat zij zeker of waarschijnlijk gebruik zullen maken van deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik. In de andere zorgvormen zullen minder hulpverleners wanneer aangeboden, waarschijnlijk gebruik maken van deze activiteit. Met name het verschil tussen verpleegzorg en verzorging is erg groot (respectievelijk 0.24 en 1.29).

## **4.2 Diepte-interviews**

In de diepte-interviews zijn vragen gesteld binnen een aantal thema's: Het beschreven incident, het handelen nadat het incident heeft plaatsgevonden, kennis en ervaring en grootte van de problematiek. Deze interviews zijn vervolgens met elkaar vergeleken op deze thema's.

### **Incident**

Tijdens het interview geven de hulpverleners een uitgebreid en helder verslag van het incident dat heeft plaatsgevonden. De incidenten zijn zeer divers van aard en zullen kort besproken worden. De problemen waarover is verteld waren bij vier hulpverleners het gevolg van alcoholgebruik. Één hulpverlener noemt benzodiazepine als het middel dat problemen veroorzaakt.

Een ziekenverzorgster noemt twee mannen die dronken waren en als gevolg daarvan niet wilde meewerken, ongepast gedrag lieten zien en seksistische uitlatingen deden. Één van beide mannen is lichamelijk goed en is woonachtig in het verzorgingshuis omdat zijn vrouw hulpbehoevend werd. Wanneer de man te veel heeft gedronken wordt deze vervelend. Hij gaat soms naakt voor het raam staan of doet oneerbare voorstellen aan personeel of medebewoners. De andere man heeft veel moeite met het feit dat zijn vrouw dementerend is. Hij drinkt al enige tijd veel en heeft een verstoord dag- en nachtritme. De man wil

bijvoorbeeld uitslapen, terwijl de verzorgers de man uit bed willen halen om zo een normaal dagritme te houden. Dit leidt tot niet meewerkend gedrag.

Een wijkverpleegkundige noemt een situatie waarbij het gaat om een psychiatrische vrouw die samenleeft met een man die te veel drinkt. Deze mensen wonen zelfstandig, maar maken gebruik van thuiszorg. De vrouw heeft de man met een mes belaagd en opgesloten. Ze willen beiden niet behandeld worden. Wanneer de man te veel heeft gedronken, kan de man handtastelijk worden naar de hulpverleners toe. De thuiszorg kwam daarom altijd 's ochtends, omdat de man op dat tijdstip nog niet zoveel alcohol had genuttigd.

Een bejaardenverzorgster werkzaam in een verzorgingshuis beschrijft voorvallen bij een persoon die zelf niet kan staan en met een tillift naar bed gebracht wordt. Wanneer de cliënt heeft gedronken werkt de cliënt niet mee. Deze persoon heeft éénmaal de arm van de hulpverlener vastgepakt en 'prikkelimonade' toegepast toen zij had besloten de man met een tillift in bed te leggen. Hierbij neemt de persoon de arm met twee handen vast en draait dan de handen in tegengestelde richting. De man had onvoldoende kracht om de vrouw echt te bezeren, maar het incident heeft wel een negatieve indruk achter gelaten op de bejaardenverzorgster, hoewel ze niet echt bang is geweest. Tijdens het incident was ook een collega aanwezig.

Een teamleider werkzaam in een verzorgingshuis meldt een voorval waarbij een man met de ziekte van Huntington zwaar drinkt. De ziekte is een aandoening die bepaalde delen van de hersenen aantast. De ziekte kenmerkt zich door bewegingsonrust. De man heeft altijd een zwervend bestaan geleefd en altijd veel alcohol gedronken. Aan de inhuizing van deze persoon zijn vele gesprekken met Mediant voorafgegaan, bijvoorbeeld over het omgaan met de problematiek. Omdat veel mensen bekend met hem waren is toch besloten de man in te huizen. De problemen zijn onhoudbaar geweest en men heeft zich sterk afgevraagd of de man woonachtig kon blijven in het verzorgingshuis.

In één geval ging het om benzodiazepinen. Een vrouw zette een zelfmoordpoging in scène om medicatie af te dwingen. De vrouw gedroeg zich verder vaak melodramatisch en teatraal. Ze manipuleerde hulpverleners om haar pillen te krijgen. Hiervoor viel ze veel hulpverleners lastig, onder andere door veel te bellen.

### ***Handelen***

Er is op verschillende manieren gehandeld nadat de incidenten hebben plaatsgevonden, afhankelijk van het incident dat heeft plaatsgevonden. Zo spreken de hulpverleners de cliënten aan op het gedrag of staan zij alcoholgebruik gecontroleerd toe. Ook geven enkele hulpverleners aan dat zij de incidenten melden aan de hand van het meldingenincidentensysteem, oftewel het MIC-systeem. Dit zijn formulieren die zij kunnen invullen om zo de problematiek kenbaar te maken. In de vragenlijsten wordt deze manier van omgaan met problematiek geen enkele keer genoemd.

De twee mannen worden door de hulpverleners zo veel mogelijk op het gedrag gewezen. Ze proberen de man met het verstoorde dag- en nachtritme weer enige regelmaat en structuur te bieden. Verder wordt hier geprobeerd de alcohol van de kamer te halen en proberen ze de familie en vrienden erop te wijzen geen alcohol mee te nemen wanneer zij op bezoek gaan. Wanneer een situatie uit de hand dreigt te lopen wordt een maatschappelijk werker ingeschakeld.



Met de man die de ziekte van Huntington heeft is het bier uiteindelijk gecontroleerd aan de man gegeven en zijn duidelijke afspraken met de man gemaakt. Deze methode om het gebruik en samenhangende problemen terug te dringen heeft geleid tot een verbeterde situatie. In crisissituaties heeft de verpleegkundige meestal Mediant benaderd om te vragen hoe zij met de problematiek moest omgaan. Vooral de omwonenden ervoeren veel overlast van de man. De hulpverleners zijn toen veel in gesprek geweest met deze cliënten. De mensen zijn over het algemeen begripvol, maar het is geen gunstige situatie. Wanneer zij opnieuw voor de keus zouden staan, zouden ze de man niet inhuizen.

De hulpverleners hebben zich altijd onmachtig gevoeld met de situatie van de psychiatrische vrouw en zijn aan alcohol verslaafde man. Er is sprake van één situatie, waarbij zowel de man als de vrouw problemen veroorzaken die wellicht beide een andere aanpak vragen. Dit maakt de situatie complex. De verpleegkundige heeft de hulp van de arts ingeroepen. Deze heeft aangegeven dat ze niet te behandelen zijn omdat ze vast zitten in een systeem. De wijkverpleegkundige heeft contact gezocht met een maatschappelijk werker die ook bij de situatie betrokken was. Deze had zich vrij snel weer teruggetrokken uit de situatie. Toen heeft zij contact met Mediant gezocht om te overleggen wat men met deze situatie aan moet. Dit ging echter moeizaam. Het was lastig om de juiste personen aan de lijn te krijgen. Uiteindelijk heeft een zorggroep binnen Mediant zich bezig gehouden met de situatie. Deze groep heeft als doel psychiatrische mensen die overal buiten vallen te helpen, zonder behandeling, maar meer door een luisterend oor te bieden. Met de man ging het toen geleidelijk beter, omdat hij met iemand over de situatie kon praten. Later escaleerde de situatie verder en is de psychiatrische vrouw uiteindelijk onder dwang opgenomen.

Volgens de hulpverlener heeft de huisarts een grote rol gespeeld in het gedrag van de vrouw die de zelfmoordpoging in scène zette om medicatie af te dwingen. De arts is 30 jaar lang bereid geweest om de vrouw benzodiazepinen voor te schrijven. De nieuwe huisarts van de vrouw heeft de problemen als gevolg van het gebruik geconstateerd en heeft ervoor gezorgd dat de vrouw geen benzodiazepinen meer voorgeschreven kreeg. Uiteindelijk is de vrouw verhuisd van een zelfstandige woning naar een verzorgingshuis onder heftige drang. Door de sociale structuur en het therapeutische milieu gaat het goed met de vrouw.

Enkele geïnterviewden geven aan dat zij niet goed kunnen inschatten hoever men kan gaan, waar de grens ligt tussen wat mag en wat niet meer is toegestaan. Men vraagt zich af waar de verantwoordelijkheid ophoudt. In verzorgingshuizen wonen mensen in principe op zichzelf. Ook dan lopen hulpverleners tegen de vraag aan hoever zij kunnen gaan, omdat bewoners toch een stukje privacy moeten kunnen hebben. Verder wordt aangegeven dat in de thuiszorg deze grens ook lastig vast te stellen is. Wanneer de hulpvraag niet concreet is, bijvoorbeeld wanneer cliënten de problematiek ontkennen, kan volgens enkele geïnterviewden niet ingegrepen worden.

Enkele personen geven aan dat ze denken dat het moeilijk is om ouderen voor te lichten. Zij vermoeden dat de groep die met voorlichting bereikt moet worden juist niet worden bereikt, omdat deze personen niet gemotiveerd zijn. Ook wordt aangegeven dat ze denken dat ouderen niet goed op de hoogte zijn van de risico's en gevaren van middelen en dat zij niet beseffen dat ze alcohol drinken en daar medicijnen bij gebruiken die elkaar niet verdragen. Ouderen zijn volgens de geïnterviewden niet gemotiveerd om alles netje volgens de regels te doen. De hulpverleners vinden aandacht voor gecombineerd gebruik van alcohol en medicijnen belangrijk.

### ***Kennis en ervaring***

Enkele personen geven aan dat zij wel meer kennis zouden willen nemen van middelen en het omgaan daarmee. Verder geven ze aan dat hun reactie op de situatie wel afhangt van de kennis en ervaring die je hebt. Er is geen protocol op te stellen, omdat de incidenten zo verschillend zijn. Ze geven aan dat ze zich op zo'n moment moeten redden met de ervaring en kennis die ze hebben. Één persoon geeft aan dat de kennis over alcohol groter is dan over medicijnen en het gecombineerde gebruik ervan.

Onder de geïnterviewden bestaat de behoefte aan meer informatie over middelen, maar er is vooral behoefte aan het leren omgaan met de problematiek; het krijgen van handvatten om met de problematiek om te gaan. Één persoon geeft aan het moeilijk te vinden de problematiek bespreekbaar te maken en kiest daarom voor, naar haar inzicht, effectievere manieren om de problematiek aan te pakken. Zo probeert zij inzicht te krijgen in het netwerk waarin de persoon zich bevindt en kijkt vervolgens op welke manier zij de persoon of personen kan sturen of adviseren. Een andere hulpverlener lijkt het aanstellen van een middelenconsulent goed, omdat dan iemand meedenkt waardoor de persoon steun ervaart in de situatie om tot een goede conclusie te komen.

### ***Grootte problematiek***

Of de problematiek groot is kunnen de meeste mensen niet zeggen. Zij vinden het moeilijk te bepalen wat groot is. De hulpverleners vinden het wel goed dat Carint aandacht wil besteden aan middelenproblematiek en zullen daar ook gebruik van maken.

### ***Bevindingen***

De incidentenbeschrijvingen geven aan hoe complex problemen kunnen zijn. Dubbeldiagnostiek kan bijvoorbeeld een rol spelen, zoals in het geval van de psychiatrische en alcoholische man het geval was. De aanpak van het probleem wordt daardoor ook ingewikkeld. Één specifieke benadering is wellicht niet voldoende. Hulpverleners geven zelf aan dat het geen zin heeft om een protocol op te stellen, aangezien de verschillende gevallen zo divers van aard zijn. Zonder protocol dienen hulpverleners dus te reageren op basis van de kennis en ervaring die zij hebben. Het is daarom belangrijk dat de kennis van hulpverleners wordt vergroot over middelen, maar ook over het omgaan met middelenproblematiek.

Opvallend is verder dat meerdere hulpverleners het MIC-systeem noemen waaraan zij incidenten kunnen melden. In de vragenlijst is deze vorm van actie ondernemen geen éénmaal genoemd. Mogelijk is het MIC-systeem niet overal in gebruik of niet bij iedereen voldoende bekend.

Verder valt op dat de hulpverleners die hulp inroepen van een andere instantie, Mediant benaderen in plaats van een verslavingszorginstelling zoals Tactus, terwijl Tactus waarschijnlijk meer kennis van zaken heeft op gebied van verslavingsproblematiek.

## Hoofdstuk 5 - Discussie

### 5.1 Kanttekeningen

Omdat middelenproblematiek wordt onderzocht in de perceptie van de werknemer komen gevonden resultaten wellicht niet overeen met de werkelijke prevalentie van problematisch middelengebruik onder ouderen. Mogelijk signaleren werknemers bestaande problemen niet waardoor deze ook niet gerapporteerd worden. Ghodse (1997) geeft namelijk aan dat herkenning van met name alcoholproblematiek moeilijk is doordat ouderen een verscheidenheid aan klachten laten zien die niet direct duiden op middelenproblematiek. Gepresenteerde resultaten zijn daarom wellicht een onderschatting van het werkelijke probleem. Toch is voor deze benadering gekozen omdat in dit onderzoek de hulpverlener centraal staat. Men wil vanuit Carint te weten komen wat voor problematiek hulpverleners zien en hoe zij hier mee omgaan. Om een beter beeld te krijgen van de bestaande middelenproblematiek onder ouderen die gebruik maken van zorg zal een onderzoek gestart moeten worden dat zicht richt op de cliënten.

Daarnaast is in dit onderzoek een kleine steekproef getrokken om zo snel inzicht te krijgen in de bestaande problematiek. Niet alle zorgvoorzieningen zijn in dezelfde mate vertegenwoordigd. Thuiszorg en verpleeghuizen worden ondervertegenwoordigd. Er is slechts één verpleeghuis meegenomen in dit onderzoek. De kleine steekproeven geven echter voldoende beeld om vergelijkingen tussen voorzieningen en vestigingen te maken en hierover uitspraken te doen. De respons vanuit algemeen maatschappelijk werk, stichting welzijn ouderen en verzorgingshuis de Stoevelaar in Goor zijn echter zo laag dat de resultaten in deze voorzieningen/vestigingen niet zijn gepresenteerd. De lage respons vanuit Goor wordt wellicht verklaard doordat veel vragenlijsten naar een gesloten afdeling zijn verzonden waar middelengebruik gecontroleerd plaatsvindt. De hulpverleners vonden de vragenlijst wellicht niet van toepassing op hun situatie en hebben de vragenlijst daarom niet teruggestuurd.

De term problematisch middelengebruik wordt in geen enkel onderzoek gebruikt. In plaats daarvan worden termen gebruikt zoals misbruik, overmatig gebruik of ongepast gebruik, die wellicht een andere inhoud hebben dan problematisch middelengebruik heeft. Overmatig gebruik hoeft bijvoorbeeld geen problemen op te leveren voor de cliënt of de hulpverlener. Ongepast gebruik omvat wellicht juist alleen de overlast die het gebruik veroorzaakt voor de hulpverlener. Het is zodoende riskant om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met andere onderzoeken, ook omdat in de gebruikte literatuur de prevalentie van middelenproblematiek wordt onderzocht via de ouderen.

De formulering ‘vermoeden van problematisch middelengebruik’ en ‘zeker sprake van problematisch middelengebruik’ die is gebruikt in de vragenlijst is wellicht niet duidelijk genoeg. De vraag is of deze formuleringen op de juiste manier zijn geïnterpreteerd. Uit de respons komen hiervoor aanwijzingen naar voren. Zo wordt soms aangegeven dat er een vermoeden is geweest, maar geeft de respondent vervolgens aan geen actie te hebben ondernomen omdat de problematiek al bekend was. Er was dus geen sprake van een vermoeden, maar van zeker problematisch gebruik.

## ***5.2 Aard, ernst en omvang van problematisch middelengebruik onder ouderen in de perceptie van de hulpverlener***

### *Vermoedelijk en zeker problematisch gebruik*

Het is gebleken dat zich in alle plaatsen en voorzieningen problemen voordoen rondom het gebruik van middelen onder ouderen binnen de voorzieningen van Carint, zoals waargenomen door hulpverleners. Maar liefst 71.9% van de respondenten heeft in de periode november 2005 – november 2006 tenminste éénmaal een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik, waarbij het gemiddeld ging om 2.6 cliënten per hulpverlener in het onderzochte jaar. Meer dan helft van deze hulpverleners (62.0%) heeft meer dan één maal per week een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik. Verder blijkt dat 65.2% van de respondenten met zekerheid middelenproblematiek hebben vastgesteld. Hierbij ging het gemiddeld om 2.2 cliënten per hulpverlener. 27.6% van deze groep heeft meer dan één maal per week problematisch middelengebruik met zekerheid vastgesteld.

Omdat het responspercentage laag is (25.4%) is de vraag hoe representatief de uitkomsten zijn voor de onderzochte populatie. Mogelijk hebben non-respondenten geen middelenproblematiek vermoed of deze vastgesteld waardoor zij de vragenlijst niet hebben ingevuld. Het is daarom mogelijk dat dit onderzoek de problematiek zoals waargenomen door hulpverleners groter inschat dan deze is. Hulpverleners kunnen echter ook andere redenen hebben gehad om de vragenlijst niet in te vullen zoals tijdgebrek, geen zin, geen interesse, vergeten of kwijtgeraakt. Om rekening te houden met deze problematiek is gecorrigeerd voor non-response en is vervolgens een schatting gemaakt van de werkelijke situatie door het gemiddelde van de geobserveerde waarde en de gecorrigeerde waarde te nemen.

Wanneer de correctie op non-respons wordt toegepast worden de intervallen duidelijk waarbinnen zich de werkelijke percentages bevinden; Tussen de 19.4% en 71.9% van de respondenten heeft in de onderzochte periode een vermoeden gehad van problematisch middelengebruik. Door de lage respons liggen de geobserveerde schatting en de gecorrigeerde schatting ver uit elkaar, waardoor de onzekerheid over het werkelijke percentage groot blijft. Geschat wordt dat het werkelijke percentage rond het gemiddelde van deze twee waarden ligt, dus rond 45.7%. In diezelfde periode heeft tussen de 17.6% en 65.2% van de respondenten middelenproblematiek onder ouderen met zekerheid vastgesteld. Geschat wordt dat het werkelijke percentage ongeveer 41.4% is.

In de intramurale zorg hebben relatief de meeste respondenten middelenproblematiek vermoed of is daar zeker sprake van geweest. De gemiddelde schatting is dat 53.4% van de hulpverleners een vermoeden heeft gehad van problematisch middelengebruik en dat 51.4% met zekerheid problematisch middelengebruik heeft vastgesteld. Binnen deze zorgvorm wordt door de respondenten middelenproblematiek met name vermoed of met zekerheid vastgesteld in verzorgingshuizen met tweemaal 86.2%. Wanneer de correctie plaatsvindt en de gemiddelde schattingen worden berekend komt naar voren dat de percentages in verpleeghuizen hoger zijn dan of gelijk zijn aan de percentages in verzorgingshuizen. De gemiddelde schatting is dat 60.7% van de hulpverleners in verpleeghuizen een vermoeden gehad heeft van problematisch middelengebruik tegenover 53.5% in verzorgingshuizen. Daarnaast is de gemiddelde schatting dat 54.3% van de hulpverleners in verpleeghuizen met zekerheid problematisch middelengebruik hebben vastgesteld tegenover 53.5% in verzorgingshuizen en dus vrijwel gelijk. Het onderzoek omvatte slechts één verpleeghuis (St.

Elisabeth te Delden). De resultaten die gevonden zijn kunnen daarom typerend zijn voor dit verpleeghuis en niet generaliseerbaar naar andere verpleeghuizen.

Opmerkelijk is dat binnen de verzorgingshuizen te Hengelo (Backenhagen/Hooghagen en Humanitas Korenbuurt) alle respondenten aangeven dat zij een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik. Wanneer de gemiddelde schatting wordt berekend blijkt dat 68.4% van de hulpverleners werkzaam in Backenhagen/Hooghagen middelenproblematiek heeft vermoed naast 60.0% van de hulpverleners werkzaam in verzorgingshuis Humanitas Korenbuurt. De gemiddelde schattingen zijn het laagst in de thuiszorg, met name in Hengelo Noord-Oost (26.8%).

Ook bij de vraag hoe vaak men met zekerheid middelenproblematiek heeft vastgesteld blijkt dat dit bij alle respondenten werkzaam in verzorgingshuis de Wieken te Delden en verzorgingshuis Humanitas Korenbuurt middelenproblematiek het geval is. Wanneer de gemiddelde schatting wordt berekend komt naar voren dat in verzorgingshuis de Wieken relatief de meeste hulpverleners middelenproblematiek met zekerheid hebben vastgesteld (63.4%), hoewel de percentages van Backenhagen/Hooghagen en Humanitas Korenbuurt hier dichtbij liggen (respectievelijk 61.7% en 60.0%). De gemiddelde schatting is het laagst in thuiszorg Hengelo Noord-Oost (16.5%).

De vraag bestaat of in de intramurale zorg ook daadwerkelijk meer middelenproblematiek voorkomt dan in de extramurale zorg of dat het minder wordt gesignaleerd. Hulpverleners werkzaam in de thuiszorg hebben namelijk minder vaak en minder intensief contact met cliënten dan collega's in de intramurale zorg, waardoor middelenproblematiek langer onopgemerkt kan blijven. De hogere percentages in de intramurale zorg kunnen wellicht ook verklaard worden doordat hulpverleners werkzaam in een instelling ook vermoedens kunnen hebben van problematisch middelengebruik bij cliënten die niet direct onder hun zorg vallen, maar die zij wel rapporteren in de vragenlijst. Werknemers in de thuiszorg hebben niet of weinig te maken met cliënten van collega's. In het algemeen zijn cliënten in de intramurale zorg ouder dan in de extramurale zorg. Hoe ouder de cliënten zijn, hoe meer gevoelig zij zijn voor de effecten van middelen. Bij oudere cliënten die sterker vertegenwoordigd zijn in de intramurale zorg, doen zich daarom eerder problemen voor dan bij de jongere cliënten bij eenzelfde hoeveelheid van het middel. Verder werken hulpverleners in de thuiszorg over het algemeen minder uren en hebben zij daarom wellicht ook zorg over minder cliënten dan hun collega's in de extramurale zorg waardoor zij minder problematiek vermoeden en vaststellen.

### *Middelen*

Het middel waar het met name om gaat is alcohol. 92% van de hulpverleners die een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik noemt dit middel als het middel dat problemen veroorzaakt. Als tweede middel worden medicijnen genoemd. 32% van de hulpverleners geeft aan dat het om benzodiazepinen, pijnstillers of antidepressiva gaat wanneer zij een vermoeden hebben gehad van problematisch middelengebruik. Hierbij worden pijnstillers net zo vaak genoemd als benzodiazepinen, waardoor het beeld wordt geschetst dat gebruik van pijnstillers net zoveel problematiek als gevolg heeft als benzodiazepinen. Problematiek als gevolg van medicijnen is vooral aanwezig in de verzorgingshuizen en thuiszorg (respectievelijk 40.0% en 42.1%) vergeleken met verpleegzorg (13.3%). Gokken wordt nooit genoemd. Wanneer ouderen gokken, is dit blijkbaar niet problematisch of niet zichtbaar voor de hulpverlener. In de literatuur komt naar voren dat vergeleken met alcoholproblematiek gokproblematiek weinig voorkomt; 2.8% van

de ouderen zouden problematisch gokken (Wiebe, 2000), terwijl de prevalentie van problematisch alcoholgebruik onder ouderen geschat wordt tussen de 9.6% en 49%.

Doordat enkele hulpverleners meerdere middelen rapporteren die oorzaak zijn van problematiek kan gecombineerd gebruik een rol te spelen, bijvoorbeeld gebruik van zowel benzodiazepinen als alcohol. De situatie kan zodoende complex worden en verschillende aanpakken vereisen. Hierbij dient rekening gehouden te worden bij de ontwikkeling van interventies.

Hoewel de betrouwbaarheid van het onderzoek niet erg hoog is door het lage responspercentage, maakt het onderzoek wel duidelijk dat zich problemen voordoen rondom problematisch middelenproblematiek. Er zijn echter te weinig gegevens beschikbaar om een gegronde schatting te maken van de middelenproblematiek onder ouderen. Zodoende kan geen vergelijking worden gemaakt met de bestaande literatuur waarin prevalenties naar voren komen van middelenproblematiek onder ouderen.

### *Overlast*

Wanneer bij de vraag over overlast gecorrigeerd wordt voor non-respons blijkt dat tussen de 13.0% en 49.4% van de respondenten overlast hebben ervaren als gevolg van problematisch middelengebruik. Gemiddeld ging het hierbij om 1.2 cliënten per hulpverlener in de onderzochte periode. Naar schatting heeft 31.2% van de respondenten in 2006 overlast als gevolg van problematisch middelengebruik ervaren. 21.0% van de hulpverleners heeft meer dan één maal per week overlast ervaren en 7.0% ervaart zelfs dagelijks overlast.

In de intramurale zorg hebben meer dan tweemaal zoveel respondenten overlast ervaren dan in de extramurale zorg; 64.0% tegenover 29.4%. Ook wanneer wordt gecorrigeerd voor non-response blijkt het aannemelijk dat in de intramurale zorg meer overlast wordt ervaren dan in de extramurale zorg. De gemiddelde schatting van de prevalentie van overlast zoals waargenomen door hulpverleners is in de intramurale zorg 42.7% tegenover 17.7% in de extramurale zorg. Een verklaring voor dit verschil is dat intramuraal werkenden ook te maken krijgen met cliënten die niet direct onder hun zorg vallen, maar waarvan zij wel overlast kunnen ervaren. Extramuraal werkenden zien vooral eigen cliënten. Ook het minder vaak en minder intensieve contact tussen cliënt en hulpverlener kan verklaren waarom in de intramurale zorg meer overlast wordt ervaren dan in de extramurale zorg. Verder kunnen de verschillen in populatiesamenstelling hiervan oorzaak zijn. Doordat de cliënten in de intramurale zorg vaak ouder zijn dan in de extramurale zorg doen zich daar wellicht eerder problemen voor en zijn deze mogelijk ernstiger van aard, waardoor ook eerder overlast ontstaat.

Verder blijkt dat relatief de meeste overlast wordt ervaren in verzorgingshuis Humanitas Korenbuurt te Hengelo. 83.3% van de respondenten werkzaam in deze vestiging geeft aan overlast te hebben ervaren. Ook de gemiddelde schatting is het hoogst in deze vestiging, hoewel de verschillen met de andere intramurale instellingen minimaal zijn. Bij de thuiszorg in Hengelo Noord-Oost en Noord-Oost Twente zijn de percentages van de gemiddelde schatting het laagst met respectievelijk 16.5% en 15.5%.

De meest voorkomende vormen van overlast zijn gevaar voor vallen, onrust en verwardheid. In de extramurale zorg wordt gevaar voor vallen pas als vijfde genoemd. In deze zorgvorm zijn onrust, verwardheid en lusteloosheid de voornaamste vormen van overlast die worden gerapporteerd. Gevaar voor vallen is wellicht minder zichtbaar voor extramuraal werkenden dan voor intramuraal werkenden door het minder en minder intensieve contact tussen

hulpverlener en cliënt. Dat cliënten in de intramurale zorg over het algemeen ouder zijn dan in de extramurale zorg kan ook hier een verklaring zijn voor de waargenomen verschillen. Door de grotere gevoeligheid van deze oudere cliënten voor middelen bestaat ook eerder het gevaar voor vallen.

Opvallend is dat vooral vormen van overlast worden genoemd die vervelend zijn voor de cliënt, in plaats van vervelend voor de hulpverlener zelf. Mogelijk stellen hulpverleners het belang van de cliënt voorop en onderschatten zij de eigen belasting. De vraag is of de hulpverlener zelf overlast ervaart van de vormen van overlast die vervelend zijn voor de cliënt hoe zwaar deze dan is. Van bijvoorbeeld gevaar voor vallen hoeft de hulpverlener zelf weinig overlast te ervaren. Onrust, verwardheid of verwaarlozing kunnen echter ook vervelend zijn voor de hulpverlener, maar op een indirecte manier. Verwaarlozing kan bijvoorbeeld leiden tot een chaotisch huishouden waarmee de hulpverlener geconfronteerd wordt.

In dit onderzoek is er sprake van problematisch middelengebruik wanneer het gebruik van middelen problemen gaat opleveren. Dit kunnen problemen zijn voor de cliënt, maar ook problemen waar de hulpverlener mee te maken krijgt. Het is gebleken dat de problemen die gevolg zijn van middelengebruik vooral aanwezig zijn voor de cliënt zelf en niet zozeer voor de hulpverlener. De term 'problematisch middelengebruik' omvat daarom vooral problemen waar de cliënt zelf mee te maken krijgt.

### ***5.3 Omgang door hulpverleners met middelengebruik onder ouderen.***

Bij een vermoeden van problematisch middelengebruik en wanneer sprake is van overlast gaan hulpverleners meestal in gesprek met de cliënt en melden zij dit vermoeden en overlast in teamoverleg. Er wordt weinig doorverwezen naar een deskundige instantie, zoals Tactus of Mediant. Ook valt op dat er een duidelijke discrepantie is tussen wat hulpverleners zich voornemen te doen en wat ze in werkelijkheid doen. In de huidige situatie blijken hulpverleners veel handelingen minder vaak uit te voeren dan ze van plan zijn. Blijkbaar zijn er barrières om actie te ondernemen, terwijl de hulpverleners een positieve houding hebben tegenover de genoemde activiteiten. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de hulpverlener moeite heeft om zonder toestemming van de cliënt of buiten de cliënt om het problematisch gebruik kenbaar te maken binnen de organisatie en actie te ondernemen.

Enkele hulpverleners die zijn geïnterviewd geven aan dat zij het moeilijk vinden om in te schatten hoever zij kunnen gaan bij het ingrijpen en wat wel en niet is toegestaan. Deze onduidelijkheid kan leiden tot het niet of niet adequaat reageren op situaties. Met name in de thuiszorg waar cliënten vaak door één hulpverlener worden verzorgd is het belangrijk dat hulpverleners weten wat zij moeten doen wanneer zij te maken krijgen met problematisch middelengebruik, omdat alleen deze ene hulpverlener de problematiek ziet en kan ingrijpen. Wanneer meer duidelijkheid bestaat over welke acties met kan en moet ondernemen zal dit leiden tot het adequater reageren op middelenproblematiek, zoals het bespreekbaar maken van de problematiek.

### ***5.4 Behoeftepeiling activiteiten rond problematisch middelengebruik onder ouderen.***

Dit onderzoek heeft naar voren gebracht dat onder hulpverleners de behoefte bestaat aan (voorlichtings)activiteiten op het gebied van problematisch middelengebruik onder ouderen. Dit is opvallend, aangezien meer dan de helft van de respondenten aangeeft over voldoende kennis en ervaring te beschikken om adequaat problematiek te kunnen signaleren. In

verzorgingshuizen en verpleeghuizen is dit zelfs 71.4% en 75.0%. In de thuiszorg is dit percentage 53.3%.

De mate waarin hulpverleners problematiek denken te signaleren zegt niets over het ondernemen van actie. Mogelijk signaleren hulpverleners naar eigen inzicht voldoende, maar weten zij niet welke acties zij vervolgens kunnen ondernemen. Genoemde activiteiten bieden daar begeleiding en ondersteuning in om zo de hulpverlener handvatten te geven in aandachtvragende situaties. Een middelendeskundige of een aandachtfunctionaris kunnen bijvoorbeeld advies geven. Een andere verklaring kan zijn dat hulpverleners denken dat genoemde activiteiten bijdragen aan een nog hogere deskundigheid of dat zij op de hoogte willen blijven van de nieuwste ontwikkelingen.

Met name het informeren van werknemers over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren wordt als erg zinvol gewaardeerd door hulpverleners. Blijkbaar vinden hulpverleners de kennis die zij hebben over signaleren van problematisch middelengebruik toch niet voldoende of denken zij middelenproblematiek nog beter te kunnen signaleren na een cursus met dat onderwerp. Op de tweede plaats vinden hulpverleners het informeren van werknemers over de risico's van problematisch middelengebruik onder ouderen zinvol. Hulp bieden aan de cliënt wordt ook als zinvol gezien. In het algemeen wordt het opstellen van regels als het minst zinvol gezien. Echter wanneer zorgvormen worden vergeleken blijkt dat het opstellen van regels juist als het meest zinvol wordt gewaardeerd in de verpleegzorg (st. Elisabeth), in tegenstelling tot de andere zorgvormen.

Wanneer aangeboden zullen hulpverleners vooral gebruik maken van het advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik, bijvoorbeeld iemand werkzaam bij Tactus. Echter, in verzorgingshuizen zullen hulpverleners eerder gebruik maken van deskundigheidsbevordering en in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik.



## Hoofdstuk 6 - Aanbevelingen

### 6.1 Aanbevelingen voor Carint

#### *Beleid ontwikkelen*

65.2% van de respondenten geeft aan dat er in de periode november 2005- november 2006 tenminste éénmaal zeker sprake was van problematisch middelengebruik bij één of meerdere cliënten. Hieruit blijkt dat er middelenproblematiek onderen ouderen bestaat. Ook geven respondenten aan gebruik te maken van activiteiten wanneer deze door Carint worden georganiseerd. Onder hulpverleners bestaat dus duidelijk de intentie mee te werken aan programma's welke leren hoe men moet omgaan met middelenproblematiek onder ouderen. Een aanbeveling is daarom om beleid te ontwikkelen en activiteiten aan te bieden ten aanzien van middelenproblematiek onder ouderen. Aangezien 40.0% van de hulpverleners werkzaam in de thuiszorg vindt dat zij in mindere mate kennis en ervaring hebben om middelenproblematiek te signaleren zouden interventies met name op deze groep gericht moeten worden.

Hoewel alle genoemde activiteiten als zinvol worden beschouwd, worden de volgende activiteiten als het meest zinvol gezien, zowel in de intramurale als de extramurale zorgvoorzieningen:

- Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren.
- Werknemers informeren over de risico's van problematisch middelengebruik.
- Hulp bieden aan cliënten.

Deze activiteiten kunnen daarom verder worden ontwikkeld en vormgegeven in beleid. Instelling voor verslavingszorg Tactus kan hierbij een rol spelen.

Het blijkt dat in de verpleegzorg (st. Elisabeth) juist het opstellen van duidelijke regels per afdeling als het meest zinvol gezien, gevolgd door bovengenoemde activiteiten. In dit verpleeghuis kan daarom gesproken en nagedacht worden of het inderdaad zinvol is om regels te gaan opstellen en hoe deze regels er dan uit gaan zien.

Verder blijkt dat hulpverleners met name gebruik zullen maken van het advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten en deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik. Om hulpverleners bekwaam te maken in deze zaken is het zinvol om deze activiteiten aan te gaan bieden.

De activiteiten moeten met name worden gericht op alcoholgebruik en medicijngebruik. In verzorgingshuizen en de thuiszorg moet daarbij de aandacht op beide gericht worden. In verpleeghuis (st. Elisabeth) moet de aandacht met name liggen op alcohol. Bij activiteiten op het gebied van medicijngebruik moet niet alleen de nadruk liggen op benzodiazepinen, maar ook op pijnstillers.

#### *Hulpverleners stimuleren actie te ondernemen bij vermoedelijk en vastgesteld problematisch middelengebruik*

Uit de resultaten blijkt dat op de intentievragen hoger gescoord wordt dan op de gedragsvraag. Blijkbaar zijn er dus barrières om toch geen actie te ondernemen. Mogelijke barrières kunnen weggenomen worden door de hulpverleners te stimuleren vermoedens van middelengebruik en/of overlast als gevolg daarvan te rapporteren. Zo kunnen hulpverleners op de hoogte

worden gebracht van de acties die zij kunnen ondernemen, wanneer zij te maken krijgen met middelenproblematiek. Bovendien is het zaak om de hulpverleners te motiveren middelenproblematiek te rapporteren door aan te geven waarom het belangrijk is dat middelenproblematiek bekend wordt, ook wanneer de cliënt daar niet van op de hoogte is of geen toestemming heeft gegeven.

### ***Artsen betrekken in het vroeg signaleren van middelenproblematiek onder ouderen***

Hoewel niet direct gebleken uit dit onderzoek, blijkt uit de literatuur dat naast hulpverleners ook artsen een rol spelen bij het signaleren van middelenproblematiek bij ouderen. Wellicht kan TACTUS aan deze personen cursussen aanbieden over signaleren van middelenproblematiek onder ouderen.

### ***Bezoekers***

Omdat twee hulpverleners aangeven dat bezoekers overlast hebben veroorzaakt als gevolg van problematisch middelengebruik, kunnen wellicht duidelijke regels worden opgesteld voor bezoekers.

### ***Preventie***

De verwachting is dat in de toekomst middelenproblematiek onder ouderen zal stijgen. Daarom bestaat de noodzaak de oorzaken van deze stijging nader te onderzoeken en preventiestrategieën te ontwikkelen om middelenproblematiek onder ouderen juist terug te dringen. Middelenproblematiek moet hiervoor bij de bron worden aangepakt. Daarvoor is inzicht nodig in de beweegredenen van ouderen om te gaan drinken of om te veel en over een te lange periode bepaalde medicijnen te gebruiken. Mogelijk kunnen preventieactiviteiten worden ontwikkeld, zoals het voorlichten van ouderen over middelenproblematiek om zo de kennis over middelen en gecombineerd gebruik van middelen te vergroten of het aanleren van copingstrategieën om met ingrijpende gebeurtenissen, zoals het verlies van man, vrouw of kinderen om te gaan. Op deze manier wordt mogelijk problematisch middelengebruik voorkomen. Uit literatuur (Koomen, 2005) blijkt dat ouderen niet altijd weten welke gevolgen gecombineerd gebruik van alcohol en medicijnen hebben op het lichaam. Voorlichtingsactiviteiten kunnen wellicht ook ingaan op dit onderwerp.

## ***6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek***

### ***Universele term waarmee middelenproblematiek wordt aangeduid***

Op het moment worden verschillende termen gebruikt, waaronder misbruik, overmatig gebruik of ongepast gebruik genoemd. Wanneer onderzoekers wereldwijd eenzelfde term gebruiken wanneer het gaat om middelengebruik zijn onderzoeken makkelijker te vergelijken, zoals de formulering problematisch middelengebruik.

### ***De stille drinker?***

Dit onderzoek is vooral gericht op problematisch middelengebruik onder ouderen. Er zijn echter ook ouderen die middelen zoals alcohol gebruiken, maar verder geen problemen veroorzaken voor de omgeving; de stille drinker. Vanuit geestelijk gezondheidsperspectief is het ook nodig dat aan deze groep ouderen aandacht wordt besteedt. In toekomstig onderzoek kan wellicht inzicht gekregen worden in de prevalentie van deze vorm van middelengebruik.

### ***Verhogen respons***

In een onderzoek van Stoop (2005) komt naar voren dat de responskans verhoogd kan worden door deelname op veel verschillende manieren mogelijk en aantrekkelijk te maken. Dit kan door respondenten op een geschikte tijd te benaderen, nog eens terug te komen als het beter uitkomt, of ze zelf te laten bepalen op of de vragenlijst mondeling, schriftelijk, telefonisch of via internet wordt beantwoord. Deelname kan aantrekkelijker worden gemaakt door een cadeautje, maar ook door informatie te geven over het belang en het doel van het onderzoek.

Wanneer dit wordt toegepast op dit onderzoek, kan niet aan al deze zaken voldaan worden. De respondenten kunnen niet zelf bepalen wanneer zij de vragenlijst willen beantwoorden of op welke wijze zij dit doen. De vragenlijst dient onder werktijd worden ingevuld. Wellicht vullen medewerkers de vragenlijsten eerder in, dan wanneer dit in de vrije tijd gedaan moet worden. Echter, wanneer het in een pauze moet gebeuren, kan de respons weer veel lager zijn. Het is niet bekend wanneer de vragenlijsten zijn ingevuld. Het belang en doel van het onderzoek komen nadrukkelijk naar voren in de brief die gevoegd is bij de vragenlijst.

Er zouden duidelijkere richtlijnen gesteld kunnen worden voor de verspreiding. Wanneer gevraagd wordt de vragenlijst in de pauze in te vullen is de kans groter dat dit gebeurt. Aangezien de onderzoeker niet altijd evenveel controle heeft over de verspreiding is het noodzakelijk duidelijke richtlijnen op te stellen voor de mensen die hier wel verantwoordelijk voor zijn om toch nog een zekere mate van controle uit te oefenen op de verspreiding.

### ***Aanbevolen verbeterpunten vragenlijst***

#### *Pretest*

Het doen van een pretest geeft veel bruikbare informatie over de vragenlijst, zoals leesbaarheid en begrijpbaarheid. De mensen die gevraagd zijn voor de pretest hebben de vragenlijst doorgenomen en opmerkingen gemaakt, maar hebben de vragenlijst niet daadwerkelijk ingevuld. Dit heeft al nadeel dat veel problemen toch nog onopgemerkt zijn gebleven. Zo zijn enkele vragen niet op de bedoelde wijze geïnterpreteerd. De vragenlijst bevat namelijk een aantal vragen welke onduidelijk bleken te zijn voor de hulpverleners. Het gaat hierbij met name om de algemene vragen bovenaan de vragenlijst. Zo worden locatie en afdeling verschillend geïnterpreteerd door de hulpverleners. Locatie wordt bijvoorbeeld geïnterpreteerd als plaats, maar ook als vestiging of afdeling binnen een vestiging. Deze vragen hadden duidelijker gesteld moeten worden, waarbij geen verwarring mogelijk was. Van tevoren was niet bekend naar welke vestigingen de vragenlijsten gestuurd zouden worden. Wanneer dit van tevoren bekend was geweest, had in de vragenlijst een meerkeuzevraag opgenomen kunnen worden waarbij de verschillende vestigingen genoemd werden. De hulpverleners hoefden dan enkel aan te kruisen in welke vestiging zij werkzaam zijn. In het vervolg moeten daarom eerst de vestigingen vastgesteld worden voordat de vragenlijsten de definitieve vorm heeft gekregen. Hoewel het doen van de pretest heeft geleid tot enkele verbeteringen in de vragenlijst, zou de pretest in het vervolg uitgebreider moeten plaatsvinden.

#### *Vragenlijst*

In de vragenlijst wordt naar het percentage van het aantal diensturen besteed aan patiëntenzorg gevraagd. Bij deze vraag wordt erg vaak het aantal diensturen aangegeven in plaats van percentage van het aantal diensturen of wordt niets ingevuld. Het percentage van het aantal diensturen besteed aan patiëntenzorg zegt iets over het intensiteit van

cliëntencontact. Bovendien geeft het percentage van het aantal diensturen ook weinig informatie, wanneer het aantal diensturen en het aantal cliënten niet duidelijk is.

Ook de vraag welke informeert naar het gemiddeld aantal cliënten waarover de hulpverlener zorg had per maand kan op verschillende manieren worden opgevat. Het kan zijn dat een hulpverlener elke maand zorg heeft over dezelfde cliënten. Het kan echter ook zijn dat de hulpverlener elke maand zorg heeft over nieuwe cliënten. Het aantal cliënten waarover een hulpverlener zorg heeft in een jaar kan dus niet wordt afgeleid uit deze vraag. Wellicht had daarom beter gevraagd kunnen worden naar het aantal cliënten waarover met zorg heeft per jaar, hoewel dit voor een hulpverlener moeilijker is in te schatten. Wanneer niet bekend is over hoeveel cliënten hulpverleners zorg hadden in het onderzochte jaar, kan geen schatting gemaakt worden van de prevalentie van middelenproblematiek onder ouderen.

In de vragenlijst had duidelijker aangegeven moeten worden dat de respondenten een aantal vragen konden overslaan wanneer zij een bepaald antwoord gaven op een vraag. Zo was het de bedoeling dat de respondenten die bij de vraag over vermoedens van problematisch middelengebruik aangaven nooit een vermoeden te hebben gehad een aantal vragen konden overslaan. Dit heeft bij de respondenten in enkele gevallen tot verwarring geleid.

Verder dienen begrippen in het vervolg duidelijker gedefinieerd te worden. Zo is 'leidinggevende' een te vaag begrip. Het is niet duidelijk wat een hulpverlener verstaat onder leidinggevende. Bovendien kan de leidinggevende aanwezig zijn in het teamoverleg, waardoor de optie 'melden aan de leidinggevende' niet wordt aangekruist.

In vraag 16 wordt gevraagd of men denkt genoeg kennis en ervaring te hebben om problematisch middelengebruik bij een cliënt te signaleren. In feite wordt in deze vraag naar twee verschillende zaken gevraagd. Een hulpverlener kan genoeg ervaring denken te hebben om problematiek te signaleren, maar onvoldoende kennis of andersom. Dergelijke uitkomsten zijn niet mogelijk bij deze vraag, waardoor de vraag minder informatie geeft dan wanneer deze onderwerpen gescheiden werden gevraagd.

Vraag 17 bevat een typfout waardoor twee maal 'zinvol' in de vraag staat in plaats van éénmaal 'zinvol' en éénmaal 'niet zinvol'. Dit heeft tot verwarring geleid. Enkele mensen hebben zelf 'niet' erbij geschreven. Er is vanuit gegaan dat de meeste mensen hebben begrepen wat in werkelijkheid bedoeld werd, aangezien de schaal van positief naar negatief loopt. De eerste antwoordmogelijkheid van vraag 17 ('Geen behoefte aan aandacht binnen Carint voor risico's van problematisch middelengebruik') kan niet beantwoord worden met de frequentieschaal. Deze vraag is daarom niet meegenomen in de analyse van de vragenlijsten. Wanneer bij vraag 17 opties niet zijn aangekruist, wordt er vanuit gegaan dat zij een neutraal standpunt hebben tegenover de vraag. In SPSS is de antwoordmogelijkheid 'neutraal' daarom ingevoegd. Deze optie had ook in vraag 17 thuisgehoord.

#### ***De rol van de arts nader onderzoeken in het signaleren van middelengebruik.***

Één hulpverlener geeft in het interview aan dat de huisarts een belangrijke rol heeft gespeeld bij het ontstaan van problematisch benzodiazepinegebruik. Griffiths et al. (1997) brachten naar voren dat in 14.5% van de gevallen de arts mede verantwoordelijk is voor het problematisch benzodiazepinegebruik. Welke rol artsen spelen binnen het ontstaan van middelenproblematiek onder ouderen binnen de voorzieningen van Carint zou onderzocht kunnen worden.

***Etiologie verder onderzoeken.***

Er zou meer onderzoek gedaan kunnen worden naar de beweegredenen van ouderen om middelen te gaan gebruiken. Wanneer het inzicht vergroot wordt in de etiologie kunnen betere interventies worden ontwikkeld om te voorkomen dat middelengebruik onder ouderen problematisch wordt.

## Referenties

- Adams, W.L., Magruder-Habib, K., Trued, S., Broome, H.L. (1992) Alcohol Abuse In Elderly Emergency Department Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 40, issue 12, pages 1236-1240.
- Albery, I.P., Heuston, J., Durand, M.A., Groves, P., Gossop, M., Strang, J. (1996). Training primary health care workers about drugs: A natural survey of UK trainers' perceptions toward training. *Drug and Alcohol Review*. 15(4), 343-355.
- Bilt, J.V., Dodge, H.H., Pandav, R., Shaffer, H.J., Ganguli, M. (2004) Gambling participation and social support among older adults: A longitudinal community study. *Journal of Gambling Studies*, 20 (4), pp. 373-390.
- Black, D.W., Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services*. 49(11), 1434-1439.
- Bron B, en A. Lowack, (1987) 'Sucht unde Alter: alkohol- und medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter.'. *Zeitschrift fur allgemeinmedizin* 64, 1988, 423-428.
- Buysen, H. (1996) Verslaving bij ouderen: preventie, signalering en aanpak. Baarn.
- Campbell (1976) The Future of Gambling. *The Futurist*. 10, 84-90.
- Centraal Plan Bureau (2006). Informatie over drinkgedrag van ouderen. Verkregen van het world wide web op 12-6-2007:  
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?LYR=G2:0,G3:6&LA=nl&DM=SLNL&PA=03799&D1=202-206,210-214&D2=0-17&STB=G1&HDR=T>
- Corthals, H.J.T.M. (1990). *Senior*. 2, 30-33. (Preventienota)
- De Jong Gierveld, J. (1999). Eenzaamheid onder oudere mensen: een overzicht van het onderzoek. *Gerön*, 2(1), 5-15.
- Desai, R.A., Maciejewski, P.K., Dausey, D.J., Caldarone, B.J., Potenza, M.N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *American Journal of Psychiatry*. 161(9), 1672-1679
- Duzijn, B. (2006) Ouderen en gezondheid: verslag van onderzoek naar psychische gezondheid en toekomstige zorgvraag van vijftigplussers in Twente.
- Ernst, A.J. van & Bilsen, H.P.J.G van (1989). Alcoholproblemen onder ouderen. *Tijdschrift voor alcohol en drugs*, 15, 3, 87-97.
- Etten, D.M van (2004). Uit lezing: 'Ouderen, alcohol en de GGZ' op de studiemiddag Alcohol en ouderen, NIGZ.
- Finney, J.W., Moos, R.H. & Brennan, P.L. (1991) 'The Drinking Problems Index': a measure to assess alcohol-related problems among older adults.' *Journal of substance abuse* 3, 1991, 395-404.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*. 51(4).
- Ghodse, H. (1997). Substance misuse by the elderly. *Britisch Journal of Hispital Medicine*, 58(9), 451-453.
- Griffith, R.R., Weerts, E, M. (1997). Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals – implication for problems of long-term use and abuse. *Psychopharmacology*, 134, 1-37.
- Hulleman, A., Hofman, M. (2003) Problematisch alcoholgebruik in verzorgingshuizen: een inventarisatie. Preventienota Parnassia.
- Informatie over alcohol. Verkregen van het world wide web op: 14-9-2006:  
<http://www.trimbos.nl/default4156.html>

- Informatie over critical incidence methode. Verkregen van het world wide web op: 13-10-2006: <http://www.usabilitynet.org/tools/criticalincidents.htm>
- Informatie over gokken. Verkregen van het world wide web op: 26-10-2006. <http://www.stoppenmetgokken.nl/>
- Informatie non-respons analyse. Verkregen van het world wide web op: 20-10-2006:
- Informatie over soft- en harddrugs. Verkregen van het world wide web op 13-10-2006: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Drug>
- Jinks., M.J., Raschko., R.R.,. A profile of alcohol an prescription Drug Abuse in a High-risk community- based elderly population ; 1990; DICP 24:971-975
- Johnson, I. (2000). Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *International journal of geriatric psychiatry*, 15, 575-581.
- Joseph, C.L. (1997). Misuse of alcohol and drugs in the nursing home. In: Gurnack, A.M. ed. *Older adults' misuse of Alcohol, Medicines and other drugs; Research and practice issues*. New York: Springer. 228-254.
- Kallick, M., Suits, D., Dielman, T., & Hygels, J. (1979). Gambling participation: A survey of American gambling attitudes and behavior. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Klein, W.C., Jess, C. (2002). One last pleasure? Alcohol use among elderly in nursing homes. *Health and Social Work*. 27(3), 193-203.
- Koomen, F. (2005) Ouderen en het gebruik van medicijnen in combinatie met alcohol: een onderschat probleem. Centrum Maliebaan, Utrecht, z.j.
- Li, W.I., & Smith, M.H., (1976). The propensity to gamble: Some structural determinants. In W. R. Eadington (Ed.), *Gambling and society* (pp. 189-206) Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lucke, S., Wallace, M. (2006). Assessment and management of pathological and problem gambling among older adults. *Geriatric Nursing*. 27(1), 51-57
- Huige, J., van Boxtel, T (2005). Alcohol en ouderen (factsheet NIGZ).
- NIGZ (30 september 2004). Ouderen en alcohol. Verslag studiemiddag over alcoholgebruik door ouderen en daarmee samenhangende problematiek in verpleeg- en verzorgingstehuizen.
- National Opinion Research Center (NORC). (1999). Gambling impact and behaviour study. Final report tot the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: NORC.
- O'Connell, H., Ai-Vyrn, C. (2003) Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age old problem in old age. *Britisch Medical Journal*. 327 (7416), 664.
- Onbekende auteurs (1995). Alcohol-related knowledge, attitude, belief and behavior (KABB) surveys of Alaskan health professionals. The Alaska Fetal Alcohol Syndrome Prevention Steering Committee. *Alaska medicine*. 37(1), 5-9.
- Onbekende auteurs (2005). Alcohol en ouderen in de ambuvalente verslavingszorg in Nederland (1996 – 2005). IVZ Factsheet. Verkregen van het world wide web op 7-9-2006:<http://www.alcoholinfo.nl/upload/bulletin%20alcohol%20en%20ouderen%202006.pdf>
- Patterson, T., & Jeste, D. (1999). The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons. *Psychiatric services*, 50, 11184-1188.
- Pillon, S.C., Luis, M.A., Laranjeira, R. (2003). Nurses' training on dealing with alcohol and drugs abuse: a question of necessity. *Revista do Hospital das Clinicas*. 58(2), 119-124.

- Pringle, K.E., Ahern, F.M., Heller, D.A., Gold, C.H., Brown, T.V (2005). Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(11), 1930-1936.
- Sandberg A. (1998) Changes in psychoactive drug prescribing over four years in 30 nursing facilities. *Consultant Pharm*;13:77-81
- Schippers, A. (2001). Ouderen in Nederland. Verkregen van het world wide web op 12-3-2007:[http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl\\_object.asp?atoom=38481&VolgNr=378](http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=38481&VolgNr=378)
- Schultz., S.K., M.D. et al. (2002). Alcohol Use Among Older Persons in a Rural State. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 2002;10:6, 750-753.
- Svarstad, B., L., Mount, J., K., Chronic Benzodiazepine use in nursing homes: effects of federal guidelines, resident mix and nursing staffing. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 49 (2001), issue 12, pages 1673-1678.
- Stoele, M.T.M., Luijendijk, H., Tiemeier, H., Heeringa, J., Janssen, H. (2004) Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen door ouderen. Een kwantitatieve longitudinale analyse en kwalitatieve survey onder gebruikers en voorschrijvende huisartsen in Rotterdam en Omgering. Rotterdam: Erasmus MC.
- Stitt, B.G., Giacomassi, D., Nichols, M. (2003) Gambling among older adults: A comparative analysis. *Experimental Aging Research*, 29 (2), pp. 189-203.
- Stoop, I. (2005). The hunt for the last respondent. Nonresponse in sample surveys. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag. Verkregen via het world wide web op 12-12-2006 op <http://www.scp.nl/publicaties/persberichten/9037702236.shtml>
- Thobaben, M. (2006). Elderly home health clients who abuse alcohol. *Home health Care Management and Practice*. Volume 18, issue 5, pages 413-414.
- Volberg, R. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 12, 11-128.
- Wagner, A.K., Zhang, F., Soumerai, S.B., Walker, A.M., Gurwitz, J.H., Glynn, R.J., Ross-Degnan, D. (2004) Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: Who is at greatest risk? *Archives of Internal Medicine*.164(14), 1567-1572.
- Watts, D., Damasco-Ty, E., Ryan, F., Goodman, B., (2000). *Journal of the American Geriatrics Society*. 49 (11), 1535-1538.
- Wiebe, J. (2000). Prevalence of gambling and problem gambling among older adults in Manitoba. Wiunipeg: Addictions Foundation of Manitoba.
- Zoude, N. van der (2006). Over de drempel. Een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen in Zuid-Holland Noord. GGD Hollands Midden.



## **Bijlage 1: De vragenlijst**

**Beste medewerker,**

**Uit onderzoek blijkt dat onder ouderen (55-plussers) steeds meer problematiek voorkomt rond het overmatig gebruik van middelen. Deze problematiek wordt zowel gezien bij ouderen die thuis wonen als bij zij die in een intramurale setting zoals een verzorgings- of verpleeghuis woonachtig zijn. Onder middelen verstaan we alcohol, maar ook gokken, medicijnen of drugs kunnen hieronder worden verstaan. Gokken kan net als bovengenoemde middelen een verslavende werking hebben en als gevolg daarvan problemen veroorzaken. Van problematisch middelengebruik is sprake wanneer het gebruik van middelen problemen gaat opleveren. Dit kunnen problemen zijn voor de cliënt, maar ook problemen waar de werknemer mee te maken krijgt.**

**Carint wil graag inventariseren hoe vaak en in welke gradatie deze problematiek voor komt bij haar cliënten. Deze inventarisatie wordt vervolgens gebruikt om verder beleid rondom het gebruik van middelen uit te werken. Voor deze inventarisatie hebben we je hulp nodig.**

**We willen je vragen de bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Dit kost je ongeveer tien minuten. In de vragenlijst wordt gesproken over cliënten. Onder cliënten vallen zowel de ouderen die thuiswonend zijn, als de ouderen die woonachtig zijn in een intramurale setting.**

**Alvast bedankt voor uw medewerking. We hopen de resultaten zo snel mogelijk aan je te kunnen presenteren.**

**Met vriendelijke groet,**

**Wergroep 'ouderen en verslaving'  
Medewerkers Carint en TACTUS (instelling voor verslavingszorg)**

## Algemeen

- Locatie: .....
- Afdeling: .....
- Functie:.....
- Percentage van het aantal diensturen besteed aan patiëntenzorg:.....
- Het gemiddeld aantal cliënten waarover je zorg hebt per maand.....

**De volgende vragen gaan over *problematisch middelengebruik*. Dit houdt in dat het gebruik van middelen problemen oplevert voor de cliënt en/of de werknemer.**

### **1. Hoe belangrijk vind je het dat Carint aandacht besteedt aan problematisch middelengebruik bij ouderen?**

- Zeer belangrijk
- Belangrijk
- Niet echt belangrijk
- Onbelangrijk
- Zeer onbelangrijk

### **2. Hoe vaak is het de afgelopen twaalf maanden voorgekomen dat je een vermoeden had dat er bij cliënten sprake was van problematisch middelengebruik? Hierbij worden alle incidenten ongeacht het aantal cliënten bedoeld.**

- Nooit
- 1 maal per jaar
- 2 maal per jaar
- 3 maal per jaar
- 1 of 2 maal per 3 maanden
- 1 maal per maand
- 2 of 3 maal per maand
- 1 maal per week
- 2 of 3 maal per week
- Meer dan 3 maal per week

### **3. Indien je de afgelopen twaalf maanden een vermoeden had van problematisch gebruik van middelen bij cliënten, bij hoeveel verschillende cliënten was dit dan het geval?**

- Één cliënt
- Twee cliënten
- Drie cliënten
- Vier cliënten
- Vijf cliënten
- Meer dan vijf cliënten, namelijk.....

**4. Indien je de afgelopen twaalf maanden een vermoeden had dat er bij cliënten sprake was van problematisch middelengebruik, welke vorm van middelengebruik vermoedde je dan?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Alcohol
- Gokken
- Drugs
- Medicijnen, namelijk.....
- Anders, namelijk.....

**5. Wat heb je de afgelopen twaalf maanden gedaan wanneer je het vermoeden had van problematisch middelengebruik bij een cliënt?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

	Altijd	Meestal	Soms	Nooit
<input type="checkbox"/> Niets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Met hem/haar bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In gesprek met de familie van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de leidinggevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de arts van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doorverwijzen naar deskundige instantie, namelijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inbrengen in teamoverleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wanneer je de afgelopen twaalf maanden geen vermoeden hebt gehad van problematisch middelengebruik bij een cliënt: wat zou je hebben gedaan als dit wel het geval was geweest?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

	<b>Altijd</b>	<b>Meestal</b>	<b>Soms</b>	<b>Nooit</b>
<input type="checkbox"/> Niets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Met hem/haar bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In gesprek met de familie van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de leidinggevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de arts van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doorverwijzen naar deskundige instantie, namelijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inbrengen in teamoverleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Hoe vaak kwam het de afgelopen twaalf maanden voor dat er bij verschillende cliënten zeker sprake was van problematisch middelengebruik?**

- Nooit
- 1 maal per jaar
- 2 maal per jaar
- 3 maal per jaar
- 1 maal per 3 maanden
- 1 maal per maand
- 1 tot 3 maal per maand
- 1 maal per week
- 1 tot 3 maal per week
- Meer dan 3 maal per week

**8. Indien er de afgelopen twaalf maanden zeker sprake was van problematisch middelengebruik bij cliënten, bij hoeveel cliënten was dit dan het geval?**

- Één cliënt
- Twee cliënten
- Drie cliënten
- Vier cliënten
- Vijf cliënten
- Meer dan vijf cliënten, namelijk.....



**In de volgende vragen gaat het om de *overlast*, die problematisch middelengebruik door cliënten, met name voor jou als zorgverlener betekent. Dus: factoren die je werk op een negatieve manier beïnvloeden.**

**11. Welke vorm van overlast kwam je de afgelopen twaalf maanden tegen bij een cliënt wanneer hij of zij onder invloed was van middelen?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- Agressie
- Onrust
- Verwardheid
- Lusteloosheid
- Gevaar voor vallen
- Verwaarlozing
- Lichamelijk letsel
- Lastig vallen van de medewerkers van Carint
- Anders, namelijk .....

**12. Hoe vaak is het de afgelopen twaalf maanden voorgekomen dat je te maken kreeg met een cliënt die overlast veroorzaakte als gevolg van problematisch middelengebruik?**

- Nooit
- Minder dan 1 maal per 3 maanden
- 1 maal per 3 maanden
- 1 maal per maand
- 1 tot 3 maal per maand
- 1 maal per week
- 1 tot 3 maal per week
- Meer dan 3 maal per week
- Dagelijks

**13. Indien er de afgelopen twaalf maanden sprake was van overlast als gevolg van middelengebruik bij cliënten, bij hoeveel cliënten was dit dan het geval?**

- Één cliënt
- Twee cliënten
- Drie cliënten
- Vier cliënten
- Vijf cliënten
- Meer dan vijf cliënten, namelijk.....

**14. Wat heb je de afgelopen twaalf maanden gedaan wanneer je te maken kreeg met overlast als gevolg van problematisch middelengebruik bij een cliënt.**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

	<b>Altijd</b>	<b>Meestal</b>	<b>Soms</b>	<b>Nooit</b>
<input type="checkbox"/> Niets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Met hem/haar bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In gesprek met de familie van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de leidinggevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de arts van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doorverwijzen naar deskundige instantie, namelijk ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inbrengen in teamoverleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Wanneer je de afgelopen twaalf maanden niet te maken hebt gehad met overlast als gevolg van problematisch middelengebruik: wat zou je hebben gedaan als je daar wel mee te maken had gehad?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

	<b>Altijd</b>	<b>Meestal</b>	<b>Soms</b>	<b>Nooit</b>
<input type="checkbox"/> Niets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Met hem/haar bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> In gesprek met de familie van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de leidinggevende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Melden aan de arts van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doorverwijzen naar deskundige instantie, namelijk ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inbrengen in teamoverleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Denk je dat je genoeg ervaring en kennis hebt om problematisch middelengebruik te signaleren bij een cliënt?**

- Ja
- Ja, in hoge mate
- Ja, in mindere mate
- Nee

**17. Op welke manier zou Carint aandacht moeten besteden aan de risico's van middelengebruik? Geef aan in welke mate je deze vormen van aandacht zinvol acht.**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

	<b>Zinvol</b>	<b>Een beetje zinvol</b>	<b>Niet erg zinvol</b>	<b>Niet Zinvol</b>
<input type="radio"/> Geen behoefte aan aandacht binnen Carint voor risico's van problematisch middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Instellingsbreed beleid uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Per locatie beleid uitvoeren waarbij de nadruk ligt op de meest voorkomende problematiek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Werknemers informeren over de risico's van problematisch middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Werknemers informeren over hoe men problematisch middelengebruik kan signaleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cliënten informeren over de risico's van problematisch middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Beschikbare folders plaatsen op de verschillende locaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Bieden van hulp aan bewoners met een mogelijk probleem op het gebied van middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Duidelijke regels stellen per afdeling: wat mag wel en niet met betrekking tot middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Een gedragscode voor personeel opstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
.....				
.....				
.....				



**18. Als Carint het komende jaar de volgende zaken betreffende problematisch middelengebruik aanbiedt, van welke zou je dan gebruik maken?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

	<b>Zeker wel</b>	<b>Waarschijn- lijk wel</b>	<b>Misschien</b>	<b>Waarschijn- lijk niet</b>	<b>Zeker niet</b>
o Schriftelijk informatiemateriaal over problematisch middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Deskundigheidsbevordering in het signaleren en bespreekbaar maken van problematisch middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Advies van een deskundige over het omgaan met problematisch middelengebruik bij cliënten, bijvoorbeeld iemand werkzaam bij TACTUS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Aandachtsfunctionaris voor Carint gericht op problematisch middelengebruik. Dit kan een consulent zijn per afdeling. Deze persoon is op de afdeling deskundige op het gebied van middelen en risico's en fungeert als aanspreekpunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

**Overige opmerkingen:**.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Als aanvulling op deze vragenlijst zullen nog enkele diepte-interviews plaatsvinden. Ben je bereid hieraan mee te werken?**

- Ja
- Nee

Zo ja, vermeld hieronder je contactgegevens:

Naam:.....

Telefoonnummer:.....

**Bedankt voor je medewerking!**

## Bijlage 2: Bijgevoegde brief



Memo

aan Medewerkers Carint

van Jan Meijer

kopie aan

kenmerk tactus/jm/yog

datum 2 november 2006

betreft Middelengebruik onder ouderen

Beste medewerker,

In samenwerking met Tactus (Instelling voor verslavingszorg), is er door een werkgroep met ondersteuning van een bachelorstudent Universiteit Twente een vragenlijst opgesteld betreffende de problematiek rond overmatig middelengebruik onder ouderen (alcohol, medicijnen, drugs etc).

Het betreft een inventariserend onderzoek onder medewerkers om op deze manier zicht te krijgen op de omvang en frequentie van deze problematiek.

Aan de hand van de resultaten zal een start worden gemaakt met het uitwerken van beleid gericht op de volgende onderwerpen:

- Vroegsignalering
- Omgang met deze problematiek
- Ontwikkelen consultfunctie
- Scholing en training.

Graag wil ik je verzoeken je medewerking aan dit onderzoek te verlenen door bijgevoegde vragenlijst in te vullen en voor 30 november as. via de interne post in te leveren bij Y. Oude Geerdink, directiesecretariaat lokale groep Hengelo.

Met vriendelijke groet,

  
Jan Meijer  
Directeur lokale groep Hengelo