

2016-2018

## Alcoholgebruik bij Ouderen met Kanker – een Eerste Verkenning

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding 'psycho-oncologie'

door Evi Martens

Promotoren: prof. dr. Philip Debruyne en dr. Michelle Lycke

Copromotor: Jasmine Andries



## ABSTRACT

---

**Objectief:** Dit onderzoek tracht zicht te krijgen op het alcoholgebruik bij ouderen met kanker. Tevens werd de samenhang van alcoholgebruik nagegaan met demografische variabelen, verschillende domeinen van functioneren en overleving.

**Methode:** Gedurende zes maanden werden in az groeninge Kortrijk twee alcoholscreeningsvragenlijsten (CAGE en Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)) toegevoegd aan het Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Deze laatste werd afgenomen bij 200 kankerpatiënten ( $\leq 70$  jaar). Descriptieve statistiek, Pearson correlaties en regressieanalyses werden berekend om na te gaan of de resultaten op beide screeningsinstrumenten de resultaten op de G8-vragenlijst, de verschillende domeinen van de CGA en de halfjaar overleving kunnen voorspellen.

**Resultaten:** 193 patiënten werden weerhouden voor data-analyse. 4.1% scoort positief op de CAGE, wat wijst op de aanwezigheid van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Op de AUDIT-C scoort respectievelijk 21.7% en 30% van de vrouwen en mannen positief. Het gebruik alsook misbruik ligt hoger bij mannen en daalt met stijgende leeftijd. O.b.v. de resultaten wordt het dagelijks alcoholgebruik hoger geschat dan in de algemene populatie en vnl. voor mannen ook hoger dan bij de niet-oncologische geriatrische populatie. De resultaten suggereren dat vooral fitte mannen en functioneel meer onafhankelijke vrouwen meer alcohol drinken.

**Besluit:** Alcoholgebruik en voorkomen van stoornissen in alcoholgebruik bij oncogeriatrische patiënten liggen indrukwekkend hoog. Het lijkt dan ook cruciaal om alcoholgebruik routinematig te blijven bevragen bij (oudere) kankerpatiënten. De resultaten van dit onderzoek kunnen de aanzet vormen tot optimalisatie van de oncogeriatrische zorg en ontwikkeling van specifieke interventies bij oncogeriatrische patiënten met problematisch alcoholgebruik.

## INHOUDSTAFEL

---

---

<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Inhoudstafel .....</b>	<b>3</b>
<b>Dankwoord .....</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>5</b>
Ouderen en Kanker .....	5
Huidige Benadering van Ouderen met Kanker.....	6
Ouderen en Alcohol .....	8
Alcoholgebruik bij Ouderen met Kanker .....	11
<b>Methode .....</b>	<b>13</b>
Deelnemers .....	13
Procedure.....	13
Materiaal .....	14
Statistische Analyse.....	19
<b>Resultaten.....</b>	<b>20</b>
<b>Discussie .....</b>	<b>25</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>28</b>
<b>Bijlagen .....</b>	<b>31</b>
Bijlage 1 .....	31
Bijlage 2 .....	32

## DANKWOORD

---

Met het schrijven van dit dankwoord leg ik de laatste hand aan mijn scriptie. Ik wil hier graag enkele mensen vermelden die mij de voorbije jaren hebben gesteund, gemotiveerd en geholpen om dit eindwerk te realiseren.

Graag bedank ik Sanne Decoster, mijn collega en bureaugenote die mij inspireerde om onze beide werkvelden met elkaar te versmelten, wat de aanzet vormde tot mijn onderzoeksvraag.

Ook dank ik mijn copromotor Jasmine Andries, voor haar constructieve bijdrage en mijn promotoren dr. Debruyne en Michelle Lycke die mijn enthousiasme voor mijn onderzoeksvraag deelden en mij de kans gaven dit onderzoek in az groeninge uit te voeren. Een speciaal woord van dank aan Michelle is hier op zijn plaats. Als jonge moeder weet je maar al te goed wat het is om een zwangerschap en zorg voor een dochtertje te combineren met het schrijven van een verhandeling. Bedankt Michelle voor de ondersteuning bij de statistische analyses, je kritische blik bij het vormgeven en nalezen van dit eindwerk en je constructieve houding. Ook wil ik graag haar collega's Tessa en Lieselot bedanken om mij wegwijs te maken in het wetenschappelijk parcours binnen het ziekenhuis en om mij Endnote te leren kennen.

Tweehonderd patiënten recruteren voor dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de hulp van mijn collega-psychologen Lore Ketelaars en Jolien De Zutter, waarvoor dank.

Daarnaast wil ik graag mijn 'bijna-echtgenoot' Bjorn bedanken voor je begrip, je geduld en hulp achter de schermen. En tot slot, mijn kleine Hanna, jouw groei in mijn buik was mijn grootste motivatie om tijdig aan dit eindwerk te beginnen om het tot een goed einde te brengen.

## INLEIDING

---

### Ouderen en Kanker

---

De laatste decennia heeft de vergrijzing zich steeds verder doorgezet in het Westen. Deze tendens heeft te maken met het dalende geboortecijfer enerzijds en het dalende sterftcijfer door stijgende levensverwachting anderzijds. Als gevolg van de vergrijzing wordt men langer blootgesteld aan carcinogenen. Bovendien is het ouder wordende lichaam minder effectief in het herstellen van de genetische defecten die dagelijks in ons DNA sluipen. Hierdoor is kanker een veelvoorkomende ziekte bij ouderen. Onderzoek heeft aangetoond dat 65-plussers elf keer meer risico lopen op het ontwikkelen van kanker dan jongere leeftijdsgroepen (Siegel et al., 2012; Yancik, 1997). De meest recente incidentiecijfers voor kanker in België zijn duidelijk: van de 31378 nieuwe diagnoses voor vrouwen valt 54,6% van de diagnoses bij de 65-plussers; voor mannen is dit zelfs 64,6% van de 35709 (Belgian Cancer Registry, 2015). Daarenboven ligt de kankergerelateerde sterfte voor deze groep 15% hoger dan voor personen jonger dan 65 (Yancik, 1997).

Kanker is een ernstig gezondheidsprobleem, ongeacht de leeftijd waarop de ziekte zich manifesteert. Bovendien brengt het extra uitdagingen met zich mee bij ouderen. De geriatrische populatie betreft namelijk een heterogene groep met uitgesproken interindividuele verschillen. De fysiologische reserves nemen niet bij elk individu even snel af wat tot een grote variatie aan functionaliteit, cognitief functioneren en aanwezige aandoeningen kan leiden. Hierdoor is het mogelijk dat de chronologische leeftijd van een persoon niet overeenkomt met diens fysiologische leeftijd (Hoffe & Balducci, 2012). Dit verklaart tevens waarom de ene 70-plusser nog in topvorm is terwijl de andere te kampen heeft met heel wat ongemakken en gezondheidsproblemen. Bij vaststelling van een kankerdiagnose bevinden ouderen zich als het ware op een continuüm van onafhankelijke ouderen tot ouderen met een gematigd risico voor gezondheidsachteruitgang en verder tot ouderen die een hoog risico op achteruitgang of sterfte kunnen hebben. Bij deze laatste twee groepen kunnen daarnaast multipole comorbiditeiten aanwezig zijn die an sich al meer invaliderend zijn dan de maligniteit zelf. Afhankelijk van het fitheidsprofiel van de patiënt zal de tolerantie voor kankerbehandelingen variëren. Daarom vraagt de oncogeriatrische patiënt om een aanpak op maat (Lycke et al., 2015).

Een bijkomende moeilijkheid bij het behandelen van oncogeriatrische patiënten is het feit dat er weinig evidence based gegevens beschikbaar zijn over de risico's en voordelen van kankerbehandelingen bij ouderen. Dit is het gevolg van een ondervertegenwoordiging in klinische studies. Leeftijd is namelijk vaak een contra-indicatie voor deelname. Beschikbare instrumenten om een inschatting te maken van de functionaliteit van de patiënt, zoals de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status (PS), blijken bovendien onvoldoende gevoelig te zijn om de tolerantie voor een welbepaalde antikankerbehandeling in te schatten. Bijgevolg was de behandelende arts aangewezen op zijn of haar eigen kennis, ervaring en inschattingsvermogen bij het bepalen van de behandeling met risico op onder- of overbehandeling (Pal, Katheria & Hurria, 2010).

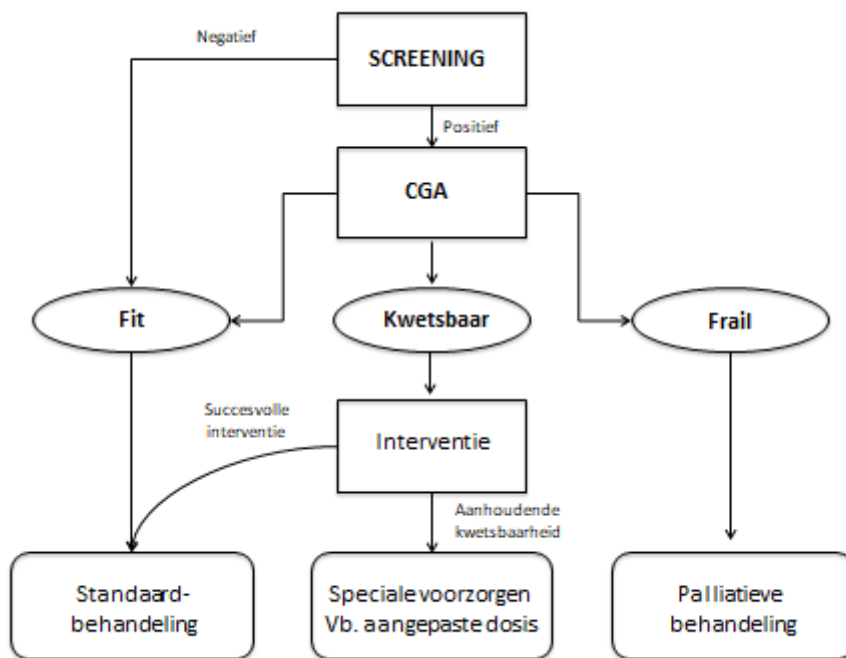
Een effectieve kankerbehandeling wordt oudere patiënten niet langer ontzegd enkel op basis van leeftijd. De uitdaging bij het behandelen van oncogeriatrische patiënten is om te bepalen of de voorspelde winst van behandeling opweegt tegen de risico's ervan. Met andere woorden dient men een goede afweging te maken tussen het effect op overleving enerzijds en levenskwaliteit anderzijds. Een degelijke patiëntenselectie is dan ook essentieel zodoende een effectief en veilig behandelplan op te stellen (Baumgartner et al., 2017). Omwille van deze reden pleiten verschillende instanties voor een uitgebreide geriatrische beoordeling of "Comprehensive Geriatric Assessment" (CGA) voorafgegaan door een screening.

De eerste geriatrische beoordeling werd ontwikkeld door dr. Marjory Warren in 1930. Zij richtte de eerste geriatrische verzorgingsafdeling op in het Verenigd Koninkrijk. Op deze afdeling kregen zieke ouderen meer aangepaste zorg op basis van een CGA. Een CGA kan gedefinieerd worden als een multidisciplinair diagnostisch instrument dat ontworpen is om gegevens te verzamelen over de medische, psychosociale en functionele mogelijkheden en beperkingen van oudere patiënten (Hurria et al., 2012). Deze multidisciplinaire evaluatie heeft als doel een gecoördineerd zorgplan te ontwikkelen met interventies afgestemd op de gedetecteerde kwetsbaarheden bij de patiënt (Brunello, Sandri & Extermann, 2009; Solomon, Judd, Sier, Rubenstein & Morley, 1988). Sinds de eerste ontwikkelingen door dr. Warren, wordt een CGA geadviseerd voor het evalueren en behandelen van geriatrische patiënten. Halfweg de jaren '90 vond de CGA ook zijn ingang in de oncologische zorg zodoende mortaliteit en morbiditeit bij oudere patiënten met kanker te kunnen voorspellen (Extermann & Hurria, 2007). Intussen wordt de CGA wereldwijd toegepast en wordt het door verschillende instanties zoals het National Comprehensive Cancer Network (NCCN), de International Society of Geriatric Oncology (SIOG) en European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) gezien als de hoeksteen van de oncogeriatrische zorg. Onderzoek heeft aangetoond dat de afname van een CGA in deze populatie verschillende voordelen met zich meebrengt. Zo helpt het in het bepalen van het behandelplan, voorspelt dit het risico op toxiciteit van behandeling, voorspelt en verbetert het overleving en levenskwaliteit en voorkomt het functieverlies (Hurria & Balducci, 2009; Matthews, 1984).

Een CGA gebeurt idealiter door een multidisciplinair team bestaande uit een geriater, verpleegkundige, sociaal werker, apotheek, diëtist en ergotherapeut, maar ook andere benaderingen worden in de literatuur beschreven (Chapman, Swartz, Schoppe & Arenson, 2014; Kenis et al., 2015). Inhoudelijk wordt geadviseerd om socio-economische status, functionaliteit, fysiek functioneren, cognitie, psychosociale distress, nutritionele status, polyfarmacie en comorbiditeiten na te gaan (Baumgartner et al., 2017). Omdat in het verleden is gebleken dat afname van een CGA tijdsintensief kan zijn, wordt voorafgaand een screeningsinstrument afgenomen. Indien de patiënt negatief scoort op deze screening, kan men er van uit gaan dat hij of zij functioneel onafhankelijk is en geen significante comorbiditeiten heeft. Een CGA is dan overbodig en de patiënt wordt beschouwd een intensieve standaardbehandeling aan te kunnen zonder significant verlies van levenskwaliteit. Indien een patiënt positief scoort op het screeningsinstrument dringt een CGA zich wel op. Deze laatste dient dan als objectieve classificator (Lycke et al., 2017).

Op basis van de CGA is het mogelijk patiënten onder te verdelen in drie groepen: fitte patiënten, kwetsbare patiënten en fraile patiënten (Figuur 1). Patiënten die negatief scoren op

de oncogeriatrische screening of waarbij geen beperkingen kunnen weerhouden worden op de verschillende domeinen van de CGA worden als fit beschouwd. Zoals eerder vermeld, worden deze mensen in staat gesteld een standaardbehandeling aan te kunnen zoals verwacht wordt van een jongere patiënt. Fraile patiënten staan in schril contrast tegenover de fitte groep. Fraile patiënten zijn vaak sterk functioneel afhankelijk, vertonen verschillende geriatrische syndromen en presenteren zich met significante comorbiditeiten. Bij deze patiëntengroep is een palliatieve of ondersteunende behandeling meer aan de orde. Tussen de fitte en fraile patiëntengroepen, bevindt zich een intermediaire groep met kwetsbare patiënten. Deze patiënten vertonen slechts op enkele domeinen van de CGA kwetsbaarheden. Via interventies zal men trachten dergelijke kwetsbaarheid te optimaliseren, bijvoorbeeld een consult van een diëtist bij een nutritioneel zwakke patiënt, om de patiënt op die manier terug te laten overhellen naar de fitte groep. Is de interventie succesvol, dan mag aangenomen worden dat een standaardbehandeling mogelijk is. Is er sprake van een aanhoudende kwetsbaarheid, kan een aanpassing van het therapieplan een oplossing bieden. Regelmatige herevaluatie is omwille van deze reden ook aan te raden. Tegenwoordig wordt aangenomen dat een patiënt kwetsbaar is als hij of zij op minstens één of minstens twee domeinen van de CGA beperkt is volgens de gehanteerde afkappingswaarden. Voor huidige verhandeling wordt het begrip kwetsbaarheid gehanteerd voor patiënten die op minstens twee domeinen beperkt zijn, omdat onderzoek heeft aangetoond dat er bij deze groep een toegenomen risico is op invaliditeit of sterfte (Lycke, 2017).



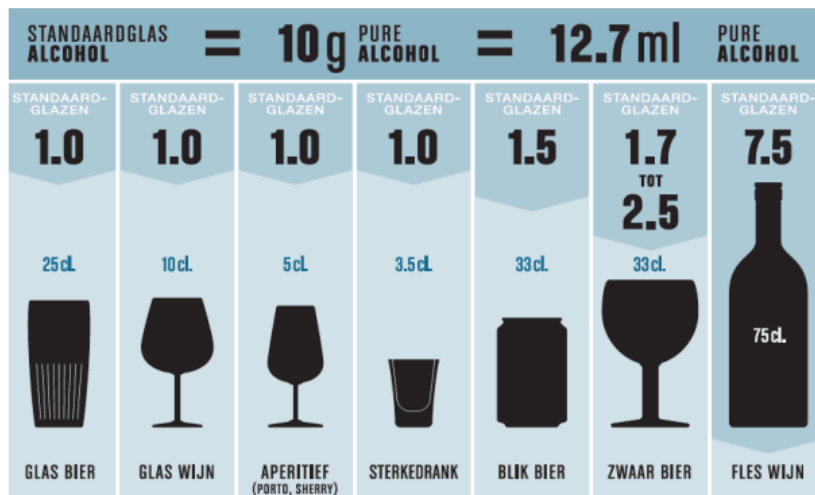
Figuur 1. Schematisch overzicht van de aanpak van de CGA bij oncogeriatrische patiënten. Aangepast overgenomen met toestemming uit *Screening measures to detect cognitive and auditory dysfunctions in (older) cancer patients* (p. 31) door M. Lycke, 2017, Gent.



In ons dagelijkse leven is alcoholgebruik sterk ingeburgerd en maatschappelijk aanvaard. Denk maar aan uw laatste restaurantbezoek of de laatste verjaardag die u bijwoonde. Toch is niet iedereen in staat zijn of haar alcoholgebruik onder controle te houden. De risico's die dit met zich meebrengt, zijn voor ouderen nog groter dan voor andere leeftijdsgroepen.

### Wat is Alcohol?

Alcohol (ethanol, ethylalcohol) is een kleurloze en smaakloze vloeistof. Het ontstaat uit de gisting van suikers uit granen of fruit. Afhankelijk van het basisproduct kunnen drie belangrijke soorten alcoholhoudende dranken onderscheiden worden namelijk bier, wijn en sterkedrank. Het destillatieproces bepaalt het alcoholpercentage. Hierdoor krijgt men de indruk meer alcohol binnen te krijgen bij het drinken van bijvoorbeeld een glas sterkedrank dan bij het drinken van een glas bier. Dit is echter niet het geval indien men standaardglazen gebruikt (Figuur 2). In standaardglazen zit steeds dezelfde hoeveelheid alcohol. Zo is een standaardglas voor porto veel kleiner dan dat voor bier, maar bevatten beide glazen in Vlaanderen gemiddeld 10g of ongeveer 12,7 ml pure alcohol (De Doncker, De Donder & Möbius, 2016).



Figuur 2. Overzicht van alcoholhoudende dranken met respectievelijke volumes en overeenkomstig aantal standaardglazen. Overgenomen uit *Dossier Alcohol* (p.9) door J. De Doncker, E. De Donder en D. Möbius, 2016, Brussel, Copyright 2016.

Alcohol heeft een verdovende werking en onderdrukt hierdoor het centrale zenuwstelsel. Het werkt in op verschillende hersengebieden waardoor mensen zich lossen, uitbundiger en socialer gedragen. Tegelijk neemt het concentratievermogen, de reactiesnelheid en het evenwichtsgevoel af. Alcohol heeft daarnaast een impact op vitale levensfuncties zoals ademhaling en bewustzijn. Het is dan ook logisch dat alcoholgebruik niet zonder risico is. De mate waarin alcohol effect heeft, hangt niet alleen af van de hoeveelheid die men drinkt, maar evenzeer van geslacht, leeftijd en lichaamsgewicht (De Doncker et al., 2016).

### Impact van Alcohol bij Ouderen

Ouderen zijn gevoeliger voor de negatieve effecten van alcohol dan andere leeftijdsgroepen. Dit heeft te maken met het afnemende vermogen van het lichaam om alcohol te verwerken.

Naarmate we ouder worden, werken lever en nieren minder goed, neemt de weerstand af en is er minder lichaamsvocht en meer lichaamsvet aanwezig. Door deze verouderingsprocessen wordt alcohol in het lichaam minder snel afgebroken. Eenzelfde hoeveelheid alcohol leidt zo tot een hoger bloedalcoholpercentage, lagere tolerantie, snellere intoxicatie en een hoger risico op orgaanschade bij ouderen in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen (De Doncker & Vanmarcke, 2016).

Ten gevolge van deze verhoogde gevoeligheid zullen ouderen vaker dan jongere leeftijdsgroepen negatieve gevolgen ondervinden op hun gezondheid. Het is bekend dat overmatig drinken een verhoogd risico op kanker en letsels met zich teweeg brengt. Daarnaast kan het leiden tot onder meer slapeloosheid, hoge bloeddruk en verminderde eetlust. Bij ouderen is het effect van alcohol op de hersenwerking (waaronder het coördinatievermogen en het geheugen) ook sterker waardoor zij een hoger risico lopen op valincidenten en vergeetachtigheid. Tevens kunnen bestaande gezondheidsproblemen zoals osteoporose, hypertensie en depressie verergeren door het drinken van kleine hoeveelheden, maar zeker bij langdurig overmatig alcoholgebruik. Hoewel er studies zijn die een gunstig effect van licht tot matig alcoholgebruik op de gezondheid aantonen, trekt het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) de betrouwbaarheid en kwaliteit van deze resultaten in twijfel (De Doncker & Vanmarcke, 2016).

Naast het effect op de gezondheid kan alcohol de werking van medicatie versterken of verzwakken. Bij ouderen is net vaak polyfarmacie aanwezig. Meer bepaald gebruiken ze in grotere mate opioïde pijnstillers en psychoactieve middelen zoals slaap- en kalmeringsmiddelen. Alcoholgebruik bij deze geneesmiddelen zorgt voor een risico op overmatige verdoving en verhoogde kans op ongelukken, verwondingen en zelfs overdosis (De Doncker & Vanmarcke, 2016).

Hoewel alcoholgebruik heel wat klachten kan uitlokken, blijkt detectie van alcohol als oorzaak van deze problemen niet eenvoudig. Enerzijds lijken de alcoholgeïnduceerde klachten op kwalen die eigen zijn aan het ouder worden. Anderzijds zijn ouderen zelf niet open over hun alcoholgebruik en wordt er door gezondheidswerkers weinig actief naar bevraagd vanuit wat in de literatuur "ageism" wordt genoemd. Hiermee doelt men op het vooroordeel t.a.v. ouderen waarbij er van uitgegaan wordt dat ze te oud geworden zijn om hun gedrag te veranderen alsook doelt men op het medelijden t.a.v. deze doelgroep waarbij men hen een laatste pleziertje niet wil ontzeggen (Van Den Wijngaert, 2014).

### Hoeveel is Teveel?

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen riskant, schadelijk en problematisch alcoholgebruik (Babor & Higgins-Biddle, 2001). Met riskant doelt men op teveel drinken met een verhoogd risico op schadelijke gevolgen. Een voorbeeld hiervan is iemand die teveel drinkt en achter het stuur kruipt zonder onmiddellijke gevolgen. Bij schadelijk drinkgedrag treedt fysieke, psychische of sociale schade op ten gevolge van alcoholconsumptie. Er is sprake van problematisch alcoholgebruik als op de drie bovengenoemde domeinen tegelijk problemen optreden ten gevolge van het drinken. De drie begrippen bevinden zich dus als het ware op een continuüm van niet-problematisch drinken over riskant tot problematisch drinken.

Verskillende begrippen en definities m.b.t. overmatige alcoholconsumptie zoals misbruik, afhankelijkheid en alcoholisme worden door elkaar gebruikt. Dit maakt het moeilijk om

problematisch drinken te onderzoeken. Een van de meest verspreide en gehanteerde definities is die van de Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) opgesteld door de American Psychiatric Association (APA). In eerdere edities van dit handboek werden definities van alcoholisme, alcoholmisbruik en afhankelijkheid opgenomen. In de meest recente versie, meer bepaald DSM 5, maakt men niet langer een onderscheid, maar wordt de overkoepelende categorie “stoornissen in alcoholgebruik” weerhouden. De ernst van de stoornis hangt af van het aantal voldane criteria (Van Den Wijngaert, 2014). De definitie en criteria vindt u terug in bijlage 1.

Het VAD raadt aan om niet meer dan tien standaardeenheden per week te drinken om de risico's van alcoholgebruik te beperken. Ook adviseert men het gebruik te spreiden over meerdere dagen in de week en enkele dagen geen alcohol te drinken. Jongeren onder de 18 worden aangeraden geen alcohol te drinken (De Doncker et al., 2016). Voor ouderen luidt het advies voorzichtig om te springen met alcohol en om raad te vragen aan een hulpverlener (De Doncker & Vanmarcke, 2016). Deze richtlijn is strenger dan die opgesteld door The Royal College of Psychiatrists in hun rapport van 2011 waarbij ze 1,5 eenheid per dag of 11 eenheden per week als hoogste limiet vooropstellen voor 65-plussers. De richtlijn van het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse en Alcoholism (NIAAA) en de American Geriatrics Society (AGS) is nog strenger en stelt dat meer dan drie eenheden daags of zeven eenheden per week voor 65-plussers risicovol is (Van Den Wijngaert, 2014).

Er werden de laatste jaren verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld om problematisch alcoholgebruik op te sporen. In de rubriek “methode” van deze verhandeling wordt dieper ingegaan op twee van deze instrumenten die in kader van dit onderzoek werden gebruikt. Beide instrumenten screenen naar alcoholmisbruik of, volgens de huidige definiëring van DSM 5, naar stoornissen in alcoholgebruik.

### **Alcoholgebruik bij Ouderen**

Onderzoekers nemen algemeen aan dat het alcoholgebruik afneemt met toenemende leeftijd. Er bestaan echter aanwijzingen dat de huidige generatie ouderen meer drinkt dan vorige generaties en jongere leeftijdsgroepen. Zo is er een toename gemeten van de alcoholconsumptie tussen 1997 en 2004 in de leeftijdscategorie van 65-plussers (Van Den Wijngaert, 2014). In Vlaanderen stelde men vast dat een kwart van de leeftijdsgroep tussen 55 en 75 jaar dagelijks alcohol drinkt, wat ver boven het gemiddelde ligt van 13% (De Doncker & Vanmarcke, 2016).

Er worden verschillende redenen geopperd die een verklaring kunnen bieden voor dit fenomeen. Kenmerkend voor deze generatie is bijvoorbeeld dat drinkgedrag meer sociaal aanvaard is. Het drinkpatroon, dat men ontwikkelde toen men jong was, blijft bovendien vrij stabiel op latere leeftijd. Daarnaast treden met ouder worden verschillende psychosociale veranderingen op die toename van het drinkgedrag mee kunnen verklaren. Een voorbeeld hiervan is de pensionering. Enerzijds kan dit zorgen voor een toename aan vrije tijd waardoor men vaker in drinksituaties kan vertoeven. Anderzijds verandert pensionering de financiële situatie, leidt het tot afname van sociaal contact en kan men het gevoel hebben een levensdoel te verliezen, wat kan leiden tot hoger alcoholgebruik. Ook de confrontatie met negatieve levensgebeurtenissen zoals overlijden van een partner, fysieke en psychische problemen eigen aan het ouder worden, kunnen aanleiding vormen tot het verhogen van het drinkgedrag (De Doncker & Vanmarcke, 2016).

Wat stoornissen in alcoholgebruik bij ouderen betreft, zijn prevalentieschattingen in het Westen sterk uiteenlopend. Wel is geweten dat een op drie ouderen met problematisch alcoholgebruik pas “late-onset” of op late leeftijd (na 55 jaar) het probleemdrinken ontwikkelt. Tevens zou alcoholgerelateerde sterfte bij ouderen de laatste 10 jaar sterk zijn toegenomen. Onderzoek naar de eigenschappen van ouderen met problematisch alcoholgebruik toont dat het probleem meer mannen dan vrouwen treft. Er wordt ook meer gedronken door ouderen met een meer actieve en sociale levensstijl. Er bestaat eveneens een positief verband tussen betere gezondheidsstatus of gepercipieerde gezondheid en drinkgedrag. Verschillende onderzoekers toonden aan dat ouderen met een stoornis in alcoholgebruik ongeveer drie keer meer kans hebben op een majeure depressieve stoornis dan zonder, maar dit verband is ook omgekeerd van kracht. Deze associatie wordt echter niet steeds bevestigd. Op basis van deze resultaten geven verschillende instanties het advies om ouderen routinematig te screenen op problematisch alcoholgebruik in combinatie met het in kaart brengen van andere levensstijlfactoren (Van Den Wijngaert, 2014).

---

### Alcoholgebruik bij Ouderen met Kanker

---

Zoals eerder aangegeven, blijkt onderzoek naar alcoholgebruik bij ouderen met kanker een lacune. Bovenstaande literatuurstudie leert ons echter wel dat ouderen kwetsbaarder zijn voor effecten van alcohol dan andere leeftijdsgroepen of in vergelijking met eerdere generaties. Bovendien toont onderzoek aan dat de huidige generatie ouderen meer alcohol consumeert dan deze groepen. Daarnaast wordt uit de literatuur duidelijk dat ouderen met kanker een aanpak op maat vragen. Hieruit kan afgeleid worden dat het belangrijk is alcoholgebruik te bevragen bij oncogeriatrische patiënten.

Het VAD raadt in haar visietekst aan om ouderen standaard te screenen op alcoholgebruik en hieraan gezondheidsvoorlichting te koppelen vanuit preventief oogpunt. Ouderen kunnen op deze manier meer bewust gemaakt worden van hun kwetsbaarheid en van de gezondheidsrisico's van alcoholgebruik op oudere leeftijd. Bovendien kunnen ze op die manier gestimuleerd worden tot meer verantwoordelijk alcoholgebruik. Onderzoek heeft ook aangetoond dat interventies, die geïntegreerd worden binnen de eerstelijnszorg, meer effect hebben; zeker wanneer het educatie op maat betreft. Ondanks het bestaande “ageism” blijken ouderen tevens even goed te reageren op kortdurende interventies als andere leeftijdsgroepen (De Doncker & Vanmarcke, 2016). Het VAD geeft echter geen concrete handvaten over hoe dergelijke screening dient te gebeuren.

Het NCCN adviseert eveneens, zij het impliciet, om alcoholbevraging op te nemen in de CGA. Meer bepaald raadt de instantie aan het alcoholgebruik na te gaan i.f.v. psychosociale distress, differentiaaldiagnose bij het cognitief functioneren en i.f.v. interacties met voorgeschreven medicatie en het vooropgestelde behandelplan in geval van polyfarmacie. Doch geeft ook het NCCN geen concrete suggesties omtrent welke screeningsinstrumenten men kan inzetten om alcoholgebruik bij oudere kankerpatiënten in kaart te brengen. Het ontbreekt verder aan suggesties voor de specifieke aanpak gericht op ouderen door deze instantie (Baumgartner et al., 2017).

Dit verkennend, kwantitatief onderzoek met een prospectieve en cross-sectionele studie-opzet, heeft als doel meer zicht te krijgen op het alcoholgebruik bij ouderen met kanker als antwoord op het hiaat in bestaand onderzoek. De resultaten zullen onder meer een indicatie

geven van de incidentie van stoornissen in alcoholgebruik bij oncogeriatrische patiënten. Bovendien bestaat er weinig onderzoek over oude ouderen (75-plussers). De resultaten van dit onderzoek zullen hier toe bijdragen. Er wordt verwacht dat enkele bevindingen uit de literatuur vertaald zullen kunnen worden naar deze specifieke doelgroep. Zo verwachten we een hoger gebruik van de geriatrische doelgroep t.o.v. de algemene populatie, een hoger gebruik bij mannen dan bij vrouwen en een afname van gebruik bij oudere ouderen t.o.v. jongere ouderen. Daarnaast verwachten we een hoger valrisico en hoger voorkomen van comorbiditeiten bij patiënten die meer alcohol drinken. Tot slot wordt verwacht een aantal overeenkomstige kenmerken van ouderen met problematisch alcoholgebruik in de algemene populatie terug te vinden bij oncogeriatrische patiënten met problematisch alcoholgebruik. Meer bepaald verwachten we dat functioneel meer onafhankelijke patiënten en patiënten met hogere graad van depressieve klachten meer zullen drinken.

De resultaten van dit onderzoek kunnen mogelijk de aanzet vormen tot het optimaliseren van de oncogeriatrische zorg en het ontwikkelen van specifieke interventies bij oncogeriatrische patiënten met problematisch alcoholgebruik. Het systematisch screenen van oudere oncologische patiënten op hun alcoholgebruik stelt zorgverleners bovendien in staat om ouderen te sensibiliseren rond alcoholgebruik en de impact op hun gezondheid en behandeling. Daarnaast kan deze screening nieuwe problemen bij survivors mee helpen voorkomen. De resultaten kunnen tot slot ook bijdragen aan een ziekenhuisbreed alcoholbeleid bij ouderen.

## METHODE

---

### Deelnemers

---

In dit onderzoek werd beoogd 200 verschillende patiënten te includeren, die in az groeninge Kortrijk werden behandeld. Alle patiënten dienden de Belgische nationaliteit en Nederlands of Frans als moedertaal te hebben. De patiënten waren 70 jaar of ouder, met uitzondering van één patiënte die op aanvraag van de behandelende arts gescreend werd. Alle patiënten werden geconfronteerd met een nieuwe kankerdiagnose (solide tumor of hematologische maligniteit) en/of kregen een nieuwe behandeling. Enige uitzondering vormden patiënten met lokaal baso- of spinocellulaire carcinoma van de huid met lokale behandeling. Zowel patiënten met een curatieve als palliatieve behandeling werden in het onderzoek opgenomen.

### Procedure

---

Het onderzoek werd georganiseerd in az groeninge Kortrijk waar ik als psycholoog verbonden ben aan de dienst oncogeriatric. De dataverzameling maakte deel uit van routinebevragingen (waarvoor reeds goedkeuring werd verkregen bij de interne commissie medische ethiek (protocolnummer AZGS2015081)) en werd opgesteld volgens de richtlijnen van de NCCN. In de periode van 2 januari tot 13 juni 2017 werd bij 200 oncologische patiënten van 70 jaar of ouder (met uitzondering van 1 patiënt) een volledige CGA afgenomen met inbegrip van twee screeningsinstrumenten naar alcoholgebruik, meer bepaald de Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) en de CAGE. Patiënten werden gerekruteerd op aanmelding van de behandelende arts of via selectie o.b.v. opnamelijsten en lijsten van het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC-lijsten) binnen het ziekenhuis.

Afname van het oncogeriatrisch bilan vond steeds plaats in het ziekenhuis, zij het bij een geplande ambulante behandeling of consultatie, zij het tijdens ziekenhuisopname. De CGA werd zo snel mogelijk gepland na diagnosestelling of bij opstart van de behandeling. Patiënten werden vooraf geïnformeerd over het doel van het contact. Eén van de drie psychologen van het oncogeriatrisch team stond in voor de afname. Het bilan werd individueel afgenomen, echter soms in aanwezigheid van belangrijke derden (kinderen, partner) en/of van een kamergenoot in geval van meerpersoonskamers (mits toestemming van de patiënt).

De afnameduur bedroeg gemiddeld 30 minuten. De afnamevolgorde van de instrumenten was steeds dezelfde en komt overeen met de volgorde van de afnamebundel in bijlage 2. Er zijn drie modaliteiten van afname afhankelijk van instrument en patiënt: bepaalde gegevens werden verkregen via interview, andere instrumenten werden door de patiënt zelf ingevuld en tot slot werden ook gegevens verzameld via het elektronische patiëntendossier. Modaliteit per instrument staat vermeld bij de rubriek "materiaal".

Na afname werden de gegevens geanonimiseerd, gecodeerd en geregistreerd in een datafile. Op basis van de resultaten, werd elke testpersoon ondergebracht onder een categorie van frailty, m.b. fit, kwetsbaar of frail. Patiënten werden als fit beschouwd bij een negatieve score op de G8. Een kwetsbaar profiel werd toebedeeld aan patiënten met een positieve score op de G8. Patiënten met kwetsbaarheid op twee of meer bevraagde domeinen werden frail gescoord.

Zes maanden na afname werd via het rijksregister de halfjaar overleving van de patiënten nagegaan.

## Materiaal

---

Van alle patiënten werd het rijksregisternummer genoteerd om de halfjaar overleving na te kunnen gaan. Na oncogeriatrische screening en bevraging van demografische en sociale gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke status, woonsituatie, aantal kinderen, opleidingsniveau, professionele thuiszorg) werd een volledige Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) afgenomen. Screening naar alcoholgebruik en -misbruik werd in deze CGA opgenomen. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de geselecteerde instrumenten. De volledige afnamebundel is terug te vinden in bijlage 2. In functie van de statistische analyse werden voor alle patiënten ook enkele medische gegevens m.b.t. diagnose en behandeling geregistreerd.

### G8-vragenlijst (G8)

De G8 is de meest gebruikte vragenlijst om kwetsbaarheid bij ouderen te detecteren (Soubeyran et al., 2014). Het screeningsinstrument telt acht items en peilt naar leeftijd, nutritionele status, mobiliteit, neuropsychologisch functioneren, polyfarmacie en gezondheidsbeleving. Afname neemt ongeveer vijf minuten in beslag. De patiënt behaalt een score van 0 tot 17. Hoe hoger de score, hoe fitter het profiel van de patiënt. In dit onderzoek wordt een cut-off van  $\leq 14$  gehanteerd.

### Functionaliteit

Het nagaan van de functionele status is een essentieel onderdeel van de CGA. Er bestaat evidentie dat de mate van afhankelijkheid voor dagelijkse activiteiten de overleving bij oudere patiënten beïnvloedt (Rockwood et al., 1999). Ook voor dit onderzoek is zicht krijgen op de functionaliteit belangrijk. Zo is een mogelijke hypothese dat functioneel sterkere patiënten meer alcohol drinken omdat het middel voor hen beter toegankelijk is dan voor bijvoorbeeld een bedlegerige patiënt. Onderstaande instrumenten worden het vaakst gebruikt om functionele afhankelijkheid in kaart te brengen.

#### *Katz's Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL)*

De ADL gaat de mogelijkheid van de patiënt na om zes basisactiviteiten van het dagelijkse leven te volbrengen. Meer bepaald wordt voor de items "wassen", "kleden", "verplaatsen", "toiletbezoek", "continentie" en "eten" op basis van gesprek met de patiënt of op basis van observatie een score toegekend van 1 t.e.m. 4 met een totaalscore gaande van 6 tot 24. Hoe hoger de score, hoe sterker de afhankelijkheid van de persoon. In dit onderzoek wordt een cut-off van  $>6$  gehanteerd (Wallace, Shelkey & Hartford Institute for Geriatric, 2007).

#### *Lawton's Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven (IADL)*

De IADL gaat het vermogen van de oudere na om activiteiten te volbrengen die een hoger niveau van cognitie en beoordeling vergen. Via interview met de patiënt wordt het functioneren gescoord voor acht items waaronder voedselbereiding, boodschappen doen en vervoer. Op elk item kan een score van 0 of 1 behaald worden met een totaalscore van

minimum 0 en maximum 8. Hoe lager de score, hoe sterker de afhankelijkheid van de persoon. De cut-off voor deze vragenlijst ligt op  $\leq 7$  (Graf & Hartford Institute for Geriatric, 2008).

### **Fysieke Capaciteiten**

Een ander belangrijk onderdeel van de CGA is het nagaan van het fysieke functioneren van de patiënt. In optimale omstandigheden wordt aangeraden om gang, evenwicht en valrisico na te gaan. Echter wordt dergelijke evaluatie vaak bemoeilijkt door de toestand van de patiënt (bedlegerig, beperkte mobiliteit t.g.v. infuus, ...). Een alternatief hiervoor is een analyse van de handknijpkracht. Verder kan verwacht worden dat patiënten die meer alcohol drinken een hoger valrisico hebben.

#### *Handknijpkracht (JAMAR®)*

Uit onderzoek is gebleken dat de handknijpkracht een goed zicht biedt op de algemene lichaamskracht (Taekema, Gussekloo, Maier, Westendorp & de Craen, 2010). In az groeninge beschikt het oncogeriatrisch team over enkele handdynamometers van JAMAR®. Er wordt de patiënt gevraagd om het toestel vast te nemen met de dominante hand en met de arm in een rechte hoek en er zo hard als mogelijk in te knijpen. Op het toestel is een meter bevestigd met twee naalden. Wanneer de patiënt knijpt, bewegen beide naalden tot het aantal kg dat de patiënt drukt. Wanneer de patiënt het toestel loslaat, blijft een van de naalden staan op het maximaal gedrukte gewicht. De cut-off score die wordt gehanteerd, hangt af van het geslacht en BMI van de patiënt. De gebruikte normtabel is opgenomen in de afnamebundel. De JAMAR® werd niet afgenomen indien dit een risico kon inhouden, bijvoorbeeld vlak na mastectomie.

#### *Valhistoriek*

In gesprek met de patiënt wordt bevraagd of hij/zij het afgelopen jaar gevallen is. Bij een positief antwoord wordt nagegaan hoe vaak dit gebeurde en of de persoon daarbij mineure of majeure verwondingen opliep. Er wordt ook bevraagd in welke mate de patiënt last heeft van valangst.

### **Sensorische Disfuncties**

Aansluitend bij het fysieke functioneren wordt voor dit onderzoek ook nagegaan in welke mate de patiënt sensorische disfuncties ervaart. Er kan verwacht worden dat patiënten met meer disfuncties een mindere levenskwaliteit en gezondheidsbeleving ervaren en dat dit samenhangt met drinkgedrag. Concreet werd patiënten gevraagd om pijn en vermoeidheid te scoren op een visueel analoge schaal (VAS) gaande van 0 tot 10 waarbij 0 staat voor geen en 10 voor extreme pijn/vermoeidheid. Voor gezondheidsbeleving en levenskwaliteit werden vraag 29 en 30 van de EORTC QLQ C-30 afgenomen. Hierbij dient de patiënt de items te quoteren met een score van 1 t.e.m. 7 waarbij 7 een uitstekende gezondheidsbeleving/levenskwaliteit voorstelt (Groenvold, Klee, Sprangers & Aaronson, 1997).

### **Cognitie**

Ook cognitie vormt een onmisbaar domein om in de CGA op te nemen. Onderzoek heeft aangetoond dat tot 50% van de patiënten zich kunnen aanbieden met cognitieve afwijkingen die verdere aandacht nodig hebben. Het is aangetoond dat cognitieve stoornissen kunnen



intervenieren met het inschattingvermogen van de patiënt bij het beoordelen van de voor- en nadelen van een voorgestelde behandeling, alsook bij het herkennen van belangrijke neveneffecten ervan.

#### *Mini-Mental State Examination (MMSE)*

Screening voor cognitie gebeurt meestal a.d.h.v. de Folstein Mini-Mental Status Examination (MMSE) die nog steeds als gouden standaard wordt gezien voor screening naar cognitieve problemen. Het instrument werd gevalideerd in verschillende patiëntenpopulaties en is beschikbaar in verschillende talen waaronder Nederlands en Frans. De subdomeinen van de test omvatten oriëntatie, geheugen, aandacht, taal, planning en visuoconstructie. Afname neemt ongeveer 10 minuten in beslag (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Een totaalscore van 0 t.e.m. 30 kan worden behaald. Bij dit onderzoek werd een cut-off van <24 gehanteerd.

#### *Freund Clock Drawing Test (CDT)*

Hoewel de MMSE nog steeds het eerste keuze instrument is, staat het steeds meer ter discussie. Omdat afname van het instrument toch enige tijd in beslag neemt en soms op weerstand stuit bij patiënten, werden patiënten eerst een ander screeningsinstrument voorgelegd nl. de Freund Clock Drawing Test (CDT). De CDT werd ontwikkeld door dr. Barbara Freund en is snel en eenvoudig af te nemen. Er wordt de patiënt gevraagd om een klok te maken van een voorgevormde cirkel door de cijfers en wijzers te plaatsen met een uurindicatie van tien na elf. Dr. Freund ontwikkelde ook een duidelijk scoringsstelsel waarbij een minimum- en maximumscore van respectievelijk 0 en 7 kan behaald worden (Freund, Gravenstein, Ferris, Burke & Shaheen, 2005). Het instrument werd recent gevalideerd als cognitief screeningsinstrument binnen de CGA voor oncogeriatrische patiënten met een hoge sensitiviteit (94,3%) en specificiteit (97,4%) (Lycke et al., 2014). Op basis van dit onderzoek werd de cut-off op  $\leq 4$  gelegd.

Indien de patiënt onder de cut-off waarde scoorde op de CDT werd ook een MMSE afgenomen. Bij patiënten met analfabetisme of die om een andere reden gehinderd werden om te schrijven, werden deze instrumenten niet of slechts gedeeltelijk afgenomen.

### **Affectieve Status**

Internationale oncologieverenigingen zoals de NCCN adviseren om de affectieve status van de oudere oncologische patiënt na te gaan. Dit is niet vreemd gezien tot 50% van de oudere patiënten tekenen van depressie kunnen vertonen (Brunello et al., 2009; Repetto et al., 2002). Het kan verwacht worden dat patiënten die meer depressieve symptomen signaleren ook meer alcohol zullen drinken.

#### *Geriatrische Depressie Schaal-15 (GDS)*

De GDS is een vaak gebruikt screeningsinstrument voor depressie bij ouderen. De originele versie omvat 30 ja-nee vragen, echter bestaan er ook kortere versies zoals de GDS-15. Per vraag kan een score 0 of 1 gegeven worden (Burke, Roccaforte & Wengel, 1991). Een totaalscore t.e.m. 4 wordt als normaal beschouwd, een score 5 t.e.m. 8 wijst op milde depressie, 9 t.e.m. 11 duidt op gematigde depressie en een score van 12 of meer wordt genormeerd als ernstige depressie (Greenberg, 2012). In kader van dit onderzoek leek de GDS-15 het meest geschikt, omwille van afnameduur en belasting voor de patiënt. Afhankelijk van

de algemene toestand en voorkeur van de patiënt, kon hij/zij de vragenlijst zelf invullen of werden de vragen door de onderzoeker voorgelezen en gescoord. De patiënt diende het meest passende antwoord te kiezen voor zijn of haar beleving gedurende de voorbije week. Gezien een score van 5 of meer als afwijkend kan worden beschouwd, werd hier de cut-off gelegd.

### **Nutritie**

Aangezien verschillende studies aantoonde dat gewichtsverlies een voorspellende factor is voor overleving bij kankerpatiënten, is het belangrijk kwetsbaarheid op dit vlak na te gaan. Vermoedelijk zal alcoholgebruik geen duidelijk verband hebben met kwetsbaarheid op vlak van nutritie. Hoewel ernstig drinkgedrag het hongergevoel en mogelijk de eetlust van een patiënt vermindert, leidt dit niet altijd tot vermagering of tot een lager BMI omdat ook sprake kan zijn van ongezonde voedingsgewoontes of zelfs oedeemvorming en ascites bij leverproblemen (De Doncker et al., 2016). Desondanks blijft het bevragen van de nutritionele aspecten belangrijk gezien een risico op ondervoeding aanwezig kan zijn tot bij 40% van de algemene geriatrische patiënten (Vellas et al., 1999). Een frequent gebruikt en gevalideerd screeningsinstrument naar ondervoeding bij ouderen is de Mini-Nutritional Assessment.

#### *Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)*

De MNA-SF bekijkt zes items, m.b. eetlust, gewichtsverlies, mobiliteit, ervaren distress, neuropsychologisch functioneren en BMI. Elk item wordt gescoord o.b.v. gesprek met de patiënt of via observatie. Bij elk ziekenhuiscontact wordt gewicht en lengte van de patiënt bepaald, waardoor deze gegevens en berekening van het BMI beschikbaar zijn via het elektronisch patiëntendossier. De totaalscore is minimum 0 en maximum 14. Voor dit onderzoek wordt een cut-off van  $\leq 12$  gehanteerd (Kaiser et al., 2009).

### **Comorbiditeiten**

Naarmate men ouder wordt, stijgt ook het aantal comorbide aandoeningen. Bij kanker werd een verband aangetoond tussen de aanwezigheid van comorbiditeiten en prognose. Tevens zouden deze het gedrag van kanker aan zich beïnvloeden (Extermann & Hurria, 2007; Mohile & Magnuson, 2013). I.k.v alcoholgebruik, kan verwacht worden dat problematisch alcoholgebruik verschillende comorbiditeiten met zich mee kan brengen (peptische ulcera, leverfunctiestoornissen, diabetes) (De Doncker et al., 2016). Een gevalideerd instrument om comorbiditeiten te bepalen, is de Charlson Comorbidity Index.

#### *Charlson Comorbidity Index (CCI)*

De CCI lijst 19 ziektebeelden op die gewogen worden met een score van 0 t.e.m. 6. De totaalscore bedraagt maximaal 37. In dit onderzoek werd de medische voorgeschiedenis van de patiënt nagegaan via inspectie van het elektronisch patiëntendossier of via interview van de patiënt in geval van ontbrekende gegevens. Een cut-off van  $>3$  werd gehanteerd (Frenkel, Jongerius, Mandjes-van Uitert, van Munster & de Rooij, 2014).

### **Polyfarmacie**

Een laatste essentieel onderdeel van de CGA is het medicatiegebruik van de patiënt. Er is sprake van polyfarmacie bij het gebruik van vijf of meer verschillende middelen. Hoewel algemeen wordt aangenomen dat polyfarmacie een vaak voorkomend probleem is bij

ouderen, zijn onderzoeksresultaten hierover niet eenduidig. Wel kan verwacht worden dat medicatiegebruik toeneemt bij opstart van een kankerbehandeling en dat therapietrouw en correct innemen van medicatie bij de patiënt negatief in verband staat met het aantal middelen dat een patiënt moet nemen (Velghe, Noens, De Buyser, De Muynck & Petrovic, 2016; Zelko, Klemenc-Ketis & Tusek-Bunc, 2016). Bij polyfarmacie dient ook rekening te worden gehouden met interactie-effecten met de kankerbehandeling en in kader van dit onderzoek ook met interacties met alcoholgebruik. Voor dit onderzoek werd via het elektronisch patiëntendossier de voorgeschreven medicatie voor opstart van kankerbehandeling geregistreerd.

### **Screening Naar Alcoholgebruik en -misbruik**

Alcoholscreening gaat na of het drinkgedrag van een patiënt al dan niet risicovol is, hoe ernstig een eventueel drinkprobleem is en of er sprake is van afhankelijkheid. Het resultaat van de screening bepaalt mee of een kortdurende interventie op maat van de patiënt zinvol is (Möbius, 2013). De laatste jaren werden diverse screeningsinstrumenten naar alcoholgebruik ontwikkeld. Het niveau van sensitiviteit en specificiteit van de meeste instrumenten is aanvaardbaar tot opmerkelijk hoog (Coulton et al., 2009). In kader van dit onderzoek was het belangrijk rekening te houden met de betrouwbaarheid en validiteit van de geselecteerde instrumenten voor ouderen. Even belangrijk was het om gebruiksgemak en belasting t.a.v. de patiënt in overweging te nemen. Gezien de screening zowel aan Nederlands- als Franstalige patiënten voorgelegd kon worden, was validiteit in deze beide talen nodig. Op basis van deze overwegingen werden de CAGE en Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C) geselecteerd.

#### *CAGE*

De CAGE-vragenlijst is het meest wijdverspreide, gevalideerde screeningsinstrument naar alcoholmisbruik (Ganry, Joly, Queval & Dubreuil, 2000). CAGE is een acroniem, waarbij de letters staan voor de Engelse woorden Cutdown, Annoyed, Guilty en Eye-opener. De vragenlijst bestaat uit vier ja-nee vragen over drinkgewoontes. Twee of meer positieve antwoorden duiden op de aanwezigheid van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid (Ewing, 1984). De test toont een sensitiviteit van 43 tot 93% en een specificiteit van 70 tot 93% voor alcoholproblemen (Möbius, 2013). Onderzoek heeft aangetoond dat de CAGE voldoende sensitief en specifiek is als alcoholscreeningsinstrument bij ouderen (Buschbaum, Buchanan, Welsh, Centor & Schnoll, 1992; Jones, Lindsey, Yount, Soltys & Farani-Enayat, 1993). De vragenlijst heeft echter ook enkele nadelen. Zo detecteert de CAGE laag, maar risicovol alcoholgebruik niet en is de test minder aangepast voor vrouwen (Steinbauer, Cantor, Holzer & Volk, 1998). Meerdere bronnen zijn het er over eens dat de CAGE alleen niet volstaat om riskant drinkgedrag te detecteren, maar dat ook bevraging van hoeveelheid en frequentie van drinkgedrag nodig is (Ganry et al., 2000; Möbius, 2013). Omwille hiervan werd in dit onderzoek ook de AUDIT-C opgenomen als screeningsinstrument.

#### *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)*

De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg. De

AUDIT-C bestaat uit de eerste drie vragen van deze vragenlijst en verschilt weinig in validiteit met de AUDIT (Möbius, 2013). De vragen gaan frequentie en hoeveelheid van alcoholgebruik na. Het antwoord op elke vraag krijgt een score van 0 tot 4 met een totaalscore van 12. Er zijn verschillende scoringsnormen in omloop. Voor dit onderzoek werd een genderspecifieke cut-off waarde gehanteerd. Er werd gekozen voor een cut-off  $\geq 4$  voor vrouwen en  $\geq 5$  voor mannen om te spreken over alcoholmisbruik. Bij een waarde  $\geq 10$  voor beide geslachten is sprake van afhankelijkheid. Gebruik van deze cut-off waarden bij onderzoek in de eerste lijn toonde een sensitiviteit 92% en specificiteit 74% voor mannen en 91% en 68% voor vrouwen respectievelijk (Gual, Segura, Contel, Heather & Colom, 2002). Volgens Möbius (2013) werd de interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en validiteit in het herkennen van risicovol of problematisch alcoholgebruik als hoog gekwalificeerd. Hoewel hierover geen consensus is, wordt de AUDIT-C omwille van deze redenen aangeraden als eerste keusinstrument in een medische setting. Onderzoek van Gomez et al. (2006) toonde bovendien de bruikbaarheid aan van de AUDIT-C bij ouderen met resultaten voor sensitiviteit en specificiteit die in lijn lagen van deze bij jongere leeftijdsgroepen (Gómez et al., 2006).

---

### Statistische Analyse

---

De verkregen data werden geanalyseerd met SPSS software (versie 21; IBM SPSS Statistics, Chicago, IL) . Er werd gebruik gemaakt van descriptieve statistiek om de eigenschappen van de onderzoeksgroep, de kankertypes en de onderzochte (geriatrische) domeinen van de CGA te bestuderen. Om het verband na te gaan tussen leeftijd, scores op de AUDIT-C en op de CAGE werden Pearson correlaties berekend. Voor significantie werd een p-waarde van 0.05 weerhouden. Daarnaast gebeurden verschillende lineaire of logistische binaire regressieanalyses om na te gaan of de resultaten op de CAGE en AUDIT-C respectievelijk de resultaten op de G8-vragenlijst, de verschillende domeinen van de CGA en de halfjaar overleving kunnen voorspellen. Er werd niet gecontroleerd voor de variabelen geslacht, opleidingsniveau of gezinssamenstelling, maar deze gegevens werden wel in rekening gebracht bij de interpretatie van de resultaten.

## RESULTATEN

---

Tijdens de inclusieperiode werden 200 patiënten in az groeninge Kortrijk onderworpen aan een oncogeriatrisch bilan met inbegrip van bevraging naar hun alcoholgebruik. Van deze 200 patiënten konden 193 patiënten worden weerhouden voor data-analyse. Zeven patiënten werden geëxcludeerd ten gevolge van teveel ontbrekende data. Patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 77.7 jaar (spreiding: 67-94 jaar) en een gemiddelde opleidingsleeftijd van 10.3 jaar (spreiding: 6-18 jaar). Bijna twee derde van de onderzoeksgroep was 75 jaar of ouder (64.2%). De onderzoeksgroep bevatte meer mannen (57%) dan vrouwen (43%). De meerderheid van de patiënten was gehuwd (66.3%) en woonde nog thuis (94.3%). Bij de patiënten werden volgende kankertypes vastgesteld: digestieve kanker (26.9%), genito-urinaire kanker (25.4%), borstkanker (12.4%), thoracale kanker (12.4%), hematologische aandoeningen (10.9%), gynaecologische tumoren (6.2%), hoofd-hals kanker (2.6%), huidkanker (2.6%) en kanker van ongekeerde origine (0.5%). Bijna twee derde kreeg een behandeling met curatieve intentie (63.2%) (Tabel 1). Analyse van de halfjaar overleving leert dat 16.6% van de geïncludeerde patiënten overleden waren zes maanden na afname van de CGA .

Tabel 1

*Patiënt- en kankereigenschappen*

Variabele	Categorie	Gemiddelde (spreiding)	n (%)
Geslacht	Man		110 (57.0)
	Vrouw		83 (43.0)
Leeftijd		77.7 (67-94)	
	< 70		1 (0.5)
	70-74		68 (35.2)
	75-79		53 (27.5)
	80-84		47 (24.4)
	85-89		17 (8.8)
	90-94		7 (3.6)
Opleidingsniveau			
Burgerlijke staat	Alleenstaand		9 (4.6)
	Gescheiden		10 (5.2)
	Wettelijk samenwonend		2 (1.0)
	Gehuwd		128 (66.3)
	Weduwe/weduwnaar		44 (22.8)
Woonsituatie	Thuis – alleen		49 (25.4)
	Thuis met familielid		1 (0.5)
	Thuis met partner		132 (68.4)
	Geïstitutionaliseerd		4 (2.1)
	Serviceflat		7 (3.6)
Kankertype	Borst		24 (12.4)
	Digestief		52 (26.9)
	Genito-urinair		49 (25.4)
	Gynaecologisch		12 (6.2)
	Hoofd-Hals		5 (2.6)
	Hematologisch		21 (10.9)
	Huid		5 (2.6)
	Thoracaal		24 (12.4)
	Ongekende origine		1 (0.5)
Behandelintentie	Curatief		122 (63.2)
	Palliatief		62 (32.1)
	Geen actieve behandeling/ comfortzorg		9 (4.7)

Van alle patiënten werd een negatieve G8-score genoteerd bij 38.3% van de onderzochte patiënten. 6.7% scoorde zowel op de G8 als de CGA negatief, wat overeenstemt met een fit profiel. Bijna twee derde van de onderzochte patiënten scoorde positief op de G8-vragenlijst (61.7%). Bij slechts 0.5% was sprake van een vals positieve G8 of werd er m.a.w. een positieve score behaald op de G8, maar was er geen uitval op de CGA. Opvallend is dat bij 31.6% van de patiënten de G8 negatief was, terwijl op de CGA wel op minstens twee domeinen uitval werd vastgesteld (Tabel 2).

Tabel 2

*Kruistabel van kwetsbaarheid op G8 en CGA*

CGA	G8		N (%)
	Negatief	Positief	
Negatief	13 (6.7)	1 (0.5)	14 (7.3)
Positief	61 (31.6)	118 (61.1)	179 (92.7)
	74 (38.3)	119 (61.7)	193

92.7% scoorde positief op de CGA of viel m.a.w. uit op minstens twee domeinen van de CGA en heeft aldus een kwetsbaar profiel. De voornaamste domeinen van kwetsbaarheid betroffen nutritie (47.7%), polyfarmacie (64.8%) en functionaliteit (83.4%), waarvan meest uitgesproken voor complexere functies (81.3%) (Tabel 3).

Tabel 3

*Overzicht van gemiddelde scores en percentage van kwetsbare patiënten per domein*

Domein	Diagnostiek	Spreiding	Gemiddelde	% Kwetsbaar
Functionaliteit	ADL	0-24	7.5	43.5
	IADL	0-8	5.5	81.3
				83.4
Fysieke capaciteiten	Valhistoriek	n.v.t.	n.v.t.	28.5
Cognitie	MMSE (n = 20)	0-30	22.9	55.0
	CDT (n = 171)	0-7	5.1	28.1
				22.8
Affectieve status	GDS-15	0-15	1.7	5.7
Nutritie	MNA-SF	0-14	11.1	47.7
Comorbiditeiten	CCI	0-37	1.3	9.3
Polyfarmacie	Aantal medicijnen	n.v.t.	6.1	64.8

Van de bevraagde patiënten, scoorde 4.1% hoger of gelijk aan de afkappingswaarde van 2 op de CAGE, wat wijst op de aanwezigheid van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Op de AUDIT-C ligt het aantal patiënten met een positief resultaat beduidend hoger: bij vrouwen scoort 21.7% en bij mannen 30% hoger of gelijk aan de respectievelijke afkappingswaarden van 4 en 5 (Tabel 4). Gezien het eerste item van de AUDIT-C peilt naar de frequentie van alcoholgebruik werden de resultaten op deze vraag ook afzonderlijk geanalyseerd. Patiënten die op dit item een score 4 halen, drinken minstens 4 dagen per week. Dit benadert het best dagelijks alcoholgebruik. Voor mannen haalt 44.5% een score 4 op item 1, voor vrouwen is dit 19.3%.

Tabel 4

*Frequenties en respectievelijke percentages op de alcoholscreeningsvragenlijsten*

	Geslacht	Negatief (%)	Positief (%)	Totaal
CAGE	n.v.t.	185 (95.9)	8 (4.1)	193
AUDIT-C	M	77 (70.0)	33 (30.0)	110
	V	65 (78.3)	18 (21.7)	83

Uit de kruistabel van de CAGE met de AUDIT-C kan weerhouden worden dat de meerderheid van de patiënten negatief scoort op beide screeningsinstrumenten (72.5%). Echter scoort 23.3% negatief op de CAGE en tegelijkertijd positief op de AUDIT-C. Deze vaststelling geldt zowel voor mannen als vrouwen (Tabel 5).

Tabel 5

*Kruistabel van de resultaten op de CAGE en AUDIT-C*

		AUDIT-C			
		Man		Vrouw	
		Negatief (%)	Positief (%)	Negatief (%)	Positief (%)
CAGE	Negatief (%)	75 (68.2)	28 (25.5)	65 (78.3)	17 (20.5)
	Positief (%)	2 (1.8)	5 (4.5)	0 (0.0)	1 (1.2)

Om het verband na te gaan tussen de resultaten op de alcoholvragenlijsten en leeftijd werden Pearson correlaties berekend. Voor significantie werd een p-waarde van 0.05 weerhouden. Er werd een significant omgekeerd verband vastgesteld tussen de resultaten op de AUDIT-C en leeftijd ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.008$ ). Dit betekent dat naarmate men ouder wordt, de score op de AUDIT-C lager wordt. Er kon geen verband aangetoond worden tussen de CAGE en leeftijd ( $r = -0.11$ ,  $p = 0.14$ ) (Tabel 6).



Tabel 6

*Resultaten op CAGE en AUDIT-C per leeftijd en geslacht*

Leeftijd	CAGE				AUDIT-C			
	M		V		M		V	
	Negatief	Positief	Negatief	Positief	Negatief	Positief	Negatief	Positief
<70	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)
70-74	35 (31.8)	5 (4.5)	28 (33.7)	0 (0)	24 (21.8)	16 (14.5)	22 (26.5)	6 (7.2)
75-79	30 (27.3)	1 (0.9)	21 (25.3)	1 (1.2)	23 (20.9)	8 (7.3)	14 (16.9)	8 (9.6)
80-84	27 (24.5)	1 (0.9)	19 (22.9)	0 (0)	22 (20.0)	6 (5.5)	16 (19.3)	3 (3.6)
85-89	8 (7.3)	0 (0)	9 (10.8)	0 (0)	5 (4.5)	3 (2.7)	9 (10.8)	0 (0)
90-94	3 (2.7)	0 (0)	4 (4.8)	0 (0)	3 (2.7)	0 (0)	3 (3.6)	1 (1.2)
Totaal	110 (100.0)		83 (100.0)		110 (100.0)		83 (100.0)	

Noot: resultaten zijn weergegeven volgens n (%)

Aan de hand van regressieanalyses werd nagegaan of de score op de CAGE of AUDIT-C een voorspellende waarde heeft voor de score op de G8, de resultaten op de verschillende domeinen van de CGA en de halfjaar overleving. Voor de resultaten op de CAGE geldt, op basis van dit onderzoek, dat het geen van bovenstaande kan voorspellen (data niet weergegeven). De AUDIT-C is echter wel in staat de score op de G8 te voorspellen, zij het enkel voor mannen ( $p = 0.015$ ); het betreft een positief verband tussen beide vragenlijsten. De AUDIT-C voorspelt eveneens de score op de IADL, in deze enkel voor vrouwen ( $p = 0.036$ ); hoe hoger de score op de AUDIT-C hoe beter de functionaliteit voor dagelijkse, hogere activiteiten. Tot slot werd een negatief verband weerhouden tussen de AUDIT-C en polyfarmacie, echter opnieuw enkel voor mannen ( $\beta = -0.355$ ,  $p = 0.038$ ). Er werd geen verband gevonden tussen de alcoholvragenlijsten en de overige onderzochte variabelen (data niet weergegeven).

## DISCUSSIE

---

Dit onderzoek heeft als doel meer zicht te krijgen op het alcoholgebruik bij ouderen met kanker. Meer bepaald geven de resultaten een indicatie van de incidentie van stoornissen in alcoholgebruik bij oncogeriatrische patiënten. Daarenboven geeft dit onderzoek meer informatie over de oude ouderen (75-plussers) waar in bestaand onderzoek weinig over beschreven staat.

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat, hoewel beide alcoholscreeningsinstrumenten peilen naar alcoholmisbruik, een discrepantie te noteren valt tussen de resultaten van beide vragenlijsten. Terwijl slechts 4.1% van de patiënten positief scoort op de CAGE, scoort 21.7% van de vrouwen en 30% van de mannen positief op de AUDIT-C. Wanneer de antwoorden van beide vragenlijsten naast elkaar gelegd worden, zien we dat de meerderheid van de patiënten negatief scoort op beide vragenlijsten (72.5%). Daarnaast valt op dat ongeveer een kwart van de patiënten, die negatief scoren op de CAGE, positief scoren op de AUDIT-C. Deze bevindingen bevestigen de suggestie van eerder onderzoek waarbij men stelt de CAGE steeds te combineren met een andere alcoholscreeningsvragenlijst (Ganry et al., 2000; Möbius, 2013). Hoewel beide vragenlijsten hetzelfde horen te meten, lijkt de AUDIT-C objectief alcoholmisbruik - op basis van frequentie en aantal eenheden - in kaart te brengen, terwijl de CAGE eerder peilt naar de subjectieve inschatting van het alcoholmisbruik van de persoon in kwestie. De CAGE lijkt meer ruimte toe te laten aan de patiënt om sociaal wenselijke antwoorden te formuleren. Dit zou meteen een verklaring kunnen zijn voor de verschillende resultaten qua kwetsbaarheid tussen beide vragenlijsten. Een andere verklaring kan zijn dat oncogeriatrische patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van de definitie van schadelijk drinkgedrag en zich bijgevolg niet bewust zijn van hun eigen, mogelijks te hoge alcoholgebruik. Op basis van de AUDIT-C ligt het aantal oncogeriatrische patiënten, die zich presenteren met alcoholmisbruik, opvallend hoog. Wanneer de resultaten op het eerste item van deze vragenlijst meer in detail bekeken worden, stellen we vast dat maar liefst 44.5% van de mannen en 19.3% van de vrouwen minstens vier dagen per week alcohol drinkt. Hoewel op basis van dit item geen absolute uitspraken over dagelijks alcoholgebruik gedaan kunnen worden, kan wel gesteld worden dat deze resultaten in lijn liggen met de bevindingen in de literatuur waarbij gerapporteerd wordt dat het dagelijks alcoholgebruik bij 55- tot 75-jarigen (ongeveer een kwart) hoger ligt dan bij de jongere leeftijdsgroepen (13%) (De Doncker & Vanmarcke, 2016). Daarnaast suggereren de resultaten van dit onderzoek zelfs een hoger dagelijks alcoholgebruik bij oncogeriatrische mannen in vergelijking met de algemene geriatrische populatie.

In lijn met de verwachtingen toont het onderzoek aan dat alcoholgebruik en voorkomen van stoornissen in alcoholgebruik hoger ligt bij mannen dan vrouwen. Tevens bevestigt dit onderzoek dat het alcoholgebruik en -misbruik bij oncogeriatrische patiënten afneemt naarmate leeftijd stijgt.

Verrassend is dat geen duidelijke verbanden weerhouden kunnen worden tussen de resultaten op de alcoholscreeningsvragenlijsten en de G8, de domeinen van de CGA en overleving. Zo kan geen enkel verband worden aangetoond tussen de resultaten op de CAGE en bovengenoemde variabelen. Daarnaast heeft ook de AUDIT-C geen voorspellende waarde voor valrisico en comorbiditeiten en is er geen (positief) verband met depressieve klachten, hoewel dit op basis van eerder onderzoek verwacht zou worden. Wel is er een positief verband tussen de AUDIT-C

en de G8 voor mannen, wat betekent dat mannen met een fitter oncogeriatrisch profiel hoger scoren op de AUDIT-C en aldus meer alcohol gebruiken of zelfs misbruiken. Dit verband kon niet aangetoond worden bij vrouwen. Mogelijk kan dit verklaard worden door het feit dat de onderzoeksgroep minder vrouwen bevatte. Voor vrouwen geldt echter wel een positief verband tussen AUDIT-C en IADL, die de functionaliteit voor dagelijkse, complexere activiteiten meet. Dit betekent dat een hogere score op de AUDIT-C voor vrouwen meer functionele onafhankelijkheid voorspelt. Dit verband kon niet aangetoond worden voor mannen. Beide bevindingen liggen echter wel in lijn met de vaststelling in eerder onderzoek dat vooral functioneel meer onafhankelijke ouderen meer alcohol drinken (Van Den Wijngaert, 2014).

Hoewel dit niet de focus van dit onderzoek was, dient de kanttekening te worden gemaakt dat er opvallend veel vals negatieve resultaten voor de G8 werden verkregen (31.6%). Dit zou het gevolg kunnen zijn van inclusie van een groot aantal gehospitaliseerde patiënten. Deze vaststelling heeft echter geen impact op de resultaten van dit onderzoek, gezien er bij elke patiënt ook een volledige CGA werd afgenomen, ongeacht de G8-score.

Samenvattend kan op basis van dit onderzoek besloten worden dat alcoholgebruik en voorkomen van stoornissen in alcoholgebruik bij oncogeriatrische patiënten indrukwekkend hoog ligt. Het gebruik alsook misbruik ligt zoals verwacht hoger bij mannen en neemt af met stijgende leeftijd. Inschatting van het dagelijks alcoholgebruik op basis van de resultaten ligt hoger dan in de algemene populatie en lijkt vnl. voor mannen ook hoger te liggen dan bij de niet-oncologische geriatrische populatie. De resultaten suggereren verder dat vooral fitte mannen en functioneel meer onafhankelijke vrouwen meer alcohol drinken. Gezien de onderzoeksgroep voor bijna twee derden bestaat uit personen van 75 jaar of ouder zijn deze bevindingen eveneens van toepassing voor de oude ouderen.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de onderzoeksgroep meer mannen dan vrouwen bevatte. Dit kan de resultaten mogelijk beïnvloed hebben. In toekomstig onderzoek zou een meer evenwichtige verdeling o.b.v. geslacht nagestreefd kunnen worden. Daarnaast beperkte dit onderzoek zich tot één onderzoekssetting, nl. het az groeninge te Kortrijk. Het zou interessant zijn om dit onderzoek te repliceren in andere ziekenhuizen om zo meer globale uitspraken te kunnen doen betreffende (stoornissen in) alcoholgebruik bij oncogeriatrische patiënten in België. Wat het onderzoeksmateriaal betreft, werd hier gekozen voor de CAGE en AUDIT-C. Scores op beiden vragenlijsten worden verkregen op basis van zelfrapportage. Zoals hierboven beschreven bij de resultaten van de CAGE kan dit tot zowel onder- als overschatting van het gebruik leiden. Zelfrapportage is niet steeds even accuraat (Möbius, 2013). De vragenlijsten stelden ons bovendien niet in staat absolute uitspraken te doen over dagelijks alcoholgebruik. Verder zijn beide vragenlijsten niet specifiek ontwikkeld voor bevraging bij ouderen, wat bijvoorbeeld wel het geval is bij de Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric version (MAST-G) (Blow et al., 1992). Er werd echter gekozen voor de CAGE en AUDIT-C op basis van verschillende criteria zoals betrouwbaarheid, validiteit, gebruiksgemak, belasting t.a.v. de patiënt en beschikbaarheid van de instrumenten in zowel Nederlands als Frans. Beperkingen met betrekking tot het gebruikte materiaal zouden in toekomstig onderzoek teniet kunnen worden gedaan door afname van de MAST-G te combineren met één van de beide bovenstaande vragenlijsten, met heteroanamnese en met expliciete bevraging van het dagelijkse alcoholgebruik.

Bij huidig onderzoek werd alcoholbevraging ingebed in de CGA en gebeurde afname zo snel mogelijk na vaststelling van een kankerdiagnose of bij opstart van de behandeling. Het is echter niet ondenkbaar dat het alcoholgebruik van de patiënt verandert door de distress die gepaard gaat met de confrontatie met kanker. Vermoedelijk kunnen neveneffecten van behandeling tevens het drinkgedrag beïnvloeden. Het zou om deze redenen interessant zijn om in toekomstig onderzoek een herevaluatie te voorzien om de impact van deze factoren op alcoholgebruik na te gaan. De focus van dit onderzoek lag op oncogeriatrische patiënten, echter over het alcoholgebruik bij jongere kankerpatiënten is eveneens weinig geweten. Onderzoek focust zich vnl. op de invloed van alcoholconsumptie in het ontstaan van kanker, maar er is weinig gekend over het alcoholgebruik en –misbruik bij kankerpatiënten voor, tijdens en na behandeling. Dit zou tevens een interessant onderwerp kunnen zijn voor toekomstig onderzoek.

Ondanks bovenstaande beperkingen, zijn de bevindingen van deze verhandeling van grote waarde. Hoewel de resultaten op de alcoholscreeningsinstrumenten geen duidelijke samenhang toonden met of voorspellende waarde hadden voor kwetsbaarheid op de G8, de domeinen van de CGA of overleving, werd wel een significant hoge mate van alcoholgebruik en –misbruik vastgesteld bij de oncogeriatrische doelgroep. Het lijkt dan ook van kapitaal belang om, zoals de VAD in zijn richtlijnen suggereert, alcoholgebruik routinematig te blijven bevragen bij (oudere) kankerpatiënten. Dit stelt zorgverleners in staat om alcoholgebruik op laagdrempelige manier bespreekbaar te maken en sensibilisatie en psycho-educatie op maat te voorzien. Binnen az groeninge werd in 2014 het federaal project “zorgpad alcohol” uitgerold in samenwerking met de VAD. Het zorgpad wordt momenteel al toegepast op verschillende ziekenhuisafdelingen, maar werd nog niet uitgerold op de oncologische afdelingen. De resultaten van dit onderzoek kunnen de aanzet vormen om in overleg met de stuurgroep van het zorgpad alsook de stuurgroep van de Kliniek Geriatrische Oncologie een aangepast aanbod uit te werken voor oncogeriatrische patiënten en in de toekomst uit te breiden naar alle oncologische patiënten.

## REFERENTIES

---

- American Psychiatric Association (2013). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Babor T.F. & Higgins-Biddle J.C. (2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care: World Health Organization, Department of Blood Safety and Clinical Technology.
- Baumgartner J., Browner I.S., Burhenn P., Cohen H.J., Edil B.H., et al. (2017). Older Adult Oncology version 2.2017: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology *J Natl Compr Canc Netw*.
- Belgian Cancer Registry (2015). Cijfers over kanker. *Tabellen op jaarbasis voor België*.
- Blow F.C., Brower K.J., Schulenberg J.E., Demo-Dananberg L.M., Young J.P., et al. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G): a new elderly specific screening instrument. *Alcohol Clin Exp Res*, 16 : 372.
- Brunello A., Sandri R. & Extermann M. (2009). Multidimensional geriatric evaluation for older cancer patients as a clinical and research tool. *Cancer Treat Rev*, 35, 487-492.
- Burke W.J., Roccaforte W.H. & Wengel S.P. (1991). The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 4, 173-178.
- Buschbaum D.G., Buchanan D.G., Welsh J., Centor R.M. & Schnoll S.H. (1992). Screening for drinking disorders in elderly using the CAGE questionnaire. *Journal of the American Geriatric Society*, 40, 662-665.
- Chapman A.E., Swartz K., Schoppe J. & Arenson C. (2014). Development of a comprehensive multidisciplinary geriatric oncology center, the Thomas Jefferson University Experience. *J Geriatr Oncol*, 5, 164-170.
- Coulton S., Perryman K., Bland M., Cassidy P., Crawford M., et al. (2009). Screening and brief interventions for hazardous alcohol use in accident and emergency departments: a randomised controlled trial protocol. *BMC Health Serv Res*, 9, 114.
- De Doncker J., De Donder E. & Möbius D. (2016). Dossier Alcohol. <http://www.vad.be/materialen/detail/dossier-alcohol>: Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD).
- De Doncker J. & Vanmarcke K. (2016). Ouderen en alcohol. Brussel: Van Deun, P.
- Ewing J.A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Extermann M. & Hurria A. (2007). Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol*, 25, 1824-1831.
- Folstein M.F., Folstein S.E. & McHugh P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Frenkel W.J., Jongerius E.J., Mandjes-van Uitert M.J., van Munster B.C. & de Rooij S.E. (2014). Validation of the Charlson Comorbidity Index in acutely hospitalized elderly adults: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc*, 62, 342-346.
- Freund B., Gravenstein S., Ferris R., Burke B.L. & Shaheen E. (2005). Drawing clocks and driving cars. *J Gen Intern Med*, 20, 240-244.
- Ganry O., Joly J.P., Queval M.P. & Dubreuil A. (2000). Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. *Addiction*, 95, 107-113.
- Gómez A., Conde A., Santana J.M., Jorrín A., Serrano I.M., et al. (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health*, 10, 558-561.
- Graf C. & Hartford Institute for Geriatric N. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living (IADL) scale. *Medsurg Nurs*, 17, 343-344.

- Greenberg S.A. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing.
- Groenvold M., Klee M.C., Sprangers M.A. & Aaronson N.K. (1997). Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol*, 50, 441-450.
- Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*, 37, 591-596.
- Hoffe S. & Balducci L. (2012). Cancer and age: general considerations. *Clin Geriatr Med*, 28, 1-18.
- Hurria A. & Balducci L. (2009). *Geriatric oncology : treatment, assessment, and management*. Dordrecht ; New York: Springer Science + Business Media.
- Hurria A., Browner I.S., Cohen H.J., Denlinger C.S., deShazo M., et al. (2012). Senior adult oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 10, 162-209.
- Jones T.V., Lindsey B.A., Yount P., Soltys R. & Farani-Enayat B. (1993). Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients? *J Gen Intern Med*, 8, 674-678.
- Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., et al. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*, 13, 782-788.
- Kenis C., Flamaing J., Debruyne P.R., Rasschaert M., Focan C., et al. (2015). A nationwide implementation of a multidisciplinary geriatric assessment and intervention program in Belgian older patients with cancer *SIOG*. Prague, Czech Republic.
- Lycke M. (2017). Screening measures to detect cognitive and auditory dysfunctions in (older) cancer patients *Department of Radiation Oncology and Experimental Cancer Research*. Ghent: Ghent University, p. 216.
- Lycke M., Ketelaars L., Boterberg T., Pottel L., Pottel H., et al. (2014). Validation of the Freund Clock Drawing Test as a screening tool to detect cognitive dysfunction in elderly cancer patients undergoing comprehensive geriatric assessment. *Psychooncology*, 23, 1172-1177.
- Lycke M., Pottel L., Boterberg T., Ketelaars L., Wildiers H., et al. (2015). Integration of geriatric oncology in daily multidisciplinary cancer care: the time is now. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 24, 143-146.
- Lycke M., Pottel L., Boterberg T., Mohile S.G., Brain E., et al. (2017). 5. Cancer. In: R. Docking & J. Stock (eds.) *Routledge international handbook of Positive Ageing*. Oxford, UK: Routledge. Taylor & Francis Group Ltd.
- Matthews D.A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *J Am Geriatr Soc*, 32, 253-258.
- Möbius D. (2013). Een gesprek over alcohol, een korte interventie op de spoeddienst - achtergrond dossier: Vereniging Alcohol en andere Drugproblemen vzw (VAD).
- Mohile S.G. & Magnuson A. (2013). Comprehensive geriatric assessment in oncology. *Interdiscip Top Gerontol*, 38, 85-103.
- Pal S.K., Katheria V. & Hurria A. (2010). Evaluating the older patient with cancer: understanding frailty and the geriatric assessment. *CA Cancer J Clin*, 60, 120-132.
- Repetto L., Fratino L., Audisio R.A., Venturino A., Gianni W., et al. (2002). Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol*, 20, 494-502.
- Rockwood K., Stadnyk K., MacKnight C., McDowell I., Hébert R., et al. (1999). A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*, 353, 205-206.

- Siegel R., DeSantis C., Virgo K., Stein K., Mariotto A., et al. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 62, 220-241.
- Solomon D.H., Judd H.L., Sier H.C., Rubenstein L.Z. & Morley J.E. (1988). New issues in geriatric care. *Ann Intern Med*, 108, 718-732.
- Soubeyran P., Bellera C., Goyard J., Heitz D., Cure H., et al. (2014). Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *Plos One*, 9.
- Steinbauer J.R., Cantor S.B., Holzer C.E. & Volk R.J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med*, 129, 353-362.
- Taekema D.G., Gussekloo J., Maier A.B., Westendorp R.G. & de Craen A.J. (2010). Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age Ageing*, 39, 331-337.
- Van Den Wijngaert V. (2014). Problematisch alcoholgebruik bij ouderen: definitie, prevalentie, klinische karakteristieken en comorbiditeit *Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen*. Gent: Universiteit Gent.
- Velghe A., Noens L., De Buyser S., De Muynck R. & Petrovic M. (2016). Loss of functional autonomy in medication management after start of therapy in older patients with haematological malignancies. *Eur J Oncol.*, 20 (1).
- Vellas B., Guigoz Y., Garry P.J., Nourhashemi F., Bennahum D., et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15, 116-122.
- Wallace M., Shelkey M. & Hartford Institute for Geriatric N. (2007). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urol Nurs*, 27, 93-94.
- Yancik R. (1997). Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview. *Cancer*, 80, 1273-1283.
- Zelko E., Klemenc-Ketis Z. & Tusek-Bunc K. (2016). Medication Adherence in Elderly with Polypharmacy Living at Home: A Systematic Review of Existing Studies. *Mater Sociomed*, 28, 129-132.

## BIJLAGEN

### Bijlage 1

#### **Stoornis in alcoholgebruik**

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit tenminste twee van de volgende criteria die zich in een periode van twaalf maanden voordoen:

1. Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te verminderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken, of het herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, of een sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
5. Recidiverend alcoholgebruik, met als gevolg dat de belangrijkste roloverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, school of thuis.
6. Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
8. Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dat fysiek gevaarlijk oplevert.
9. Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd wordt door de alcohol.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
  - a. Behoeft aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
  - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
  - a. Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van alcohol.
  - b. Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Milde stoornis in alcoholgebruik: 2-3 criteria aanwezig

Matige stoornis in alcoholgebruik: 4-5 criteria aanwezig

Ernstige stoornis in alcoholgebruik: 6 of meer criteria aanwezig

Overgenomen uit *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* door American Psychiatric Association, 2013, Amsterdam: Boom



# KLINIEK GERIATRISCHE ONCOLOGIE

## AFNAMEFORMULIER COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT

*(klever patient)*

**RRN:** \_\_\_\_\_

Afnamedatum: □□/□□/□□□□

Patiëntnummer: □□□□

Afgenomen door:  
.....

Handtekening:

## G8-vragenlijst

	Items	Mogelijke antwoorden	Score
<b>A</b>	Bent u de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij kauwen en/of slikken?	<b>0</b> = sterk verminderde eetlust <b>1</b> = matig verminderde eetlust <b>2</b> = geen verminderde eetlust	.....
<b>B</b>	Gewichtsafname gedurende de drie afgelopen maanden	<b>0</b> = gewichtsafname groter dan 3 kg <b>1</b> = weet niet <b>2</b> = gewichtsafname tussen 1 en 3 kg <b>3</b> = geen gewichtsafname	.....
<b>C</b>	Mobiliteit	<b>0</b> = aan bed of stoel gebonden <b>1</b> = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen, maar gaat niet buiten <b>2</b> = gaat zelfstandig naar buiten	.....
<b>E</b>	Neuropsychologische problemen	<b>0</b> = ernstig dement of depressief <b>1</b> = licht dement <b>2</b> = geen psychologische problemen	.....
<b>F</b>	BMI: (gewicht in kg) / (lengte in m x 2)	<b>0</b> = BMI < 19 <b>1</b> = 19 ≤ BMI < 21 <b>2</b> = 21 ≤ BMI < 23 <b>3</b> = BMI ≥ 23	.....
<b>H</b>	Neemt de patiënt meer dan 3 geneesmiddelen?	<b>0</b> = ja <b>1</b> = neen	.....
<b>P</b>	Vindt de patiënt dat hij gezonder is, of minder gezond, dan de meeste mensen van zijn leeftijd?	<b>0,0</b> = minder gezond <b>0,5</b> = weet niet <b>1,0</b> = even gezond <b>2,0</b> = gezonder	.....
	Leeftijd	<b>0</b> = > 85 <b>1</b> = 80 – 85 <b>2</b> = < 80	.....
	<b>Totaalscore (0-17)</b>		.....

## Sociale gegevens

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Leeftijd</b></li> </ul>	..... jaar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Geboortedatum</b></li> </ul>	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Geslacht</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Burgerlijke status</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwnaar <input type="checkbox"/> Wettelijk samenwonend <input type="checkbox"/> Andere: .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Woonsituatie</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Thuis: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> alleen</li> <li><input type="checkbox"/> met partner</li> <li><input type="checkbox"/> met familielid</li> </ul> <input type="checkbox"/> Serviceflat <input type="checkbox"/> Woon- en zorgcentrum (WZC) <input type="checkbox"/> Andere: .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aantal kinderen</b></li> </ul>	..... dochters + ..... zonen = ..... kinderen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Opleiding</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Analfabeet <input type="checkbox"/> Naar school geweest tot de leeftijd van ..... jaar: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Basisschool</li> <li><input type="checkbox"/> Middelbare school                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lager middelbaar (tot 15 jaar)</li> <li><input type="checkbox"/> Hoger middelbaar (tot 18jaar)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Hoger onderwijs</li> <li><input type="checkbox"/> Universitair onderwijs</li> <li><input type="checkbox"/> Andere: .....</li> </ul> <input checked="" type="checkbox"/> Beroep: .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Professionele thuiszorg</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: specificeer: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Thuisverpleging</li> <li><input type="checkbox"/> Gezinshulp</li> <li><input type="checkbox"/> Maaltijden aan huis</li> <li><input type="checkbox"/> Poetsdienst</li> <li><input type="checkbox"/> Andere: .....</li> </ul>

## Alcoholgebruik

### Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)

<b>1. Hoe vaak gebruikte u het afgelopen jaar een alcoholhoudende drank?</b>	<b>0</b>	Nooit
	<b>1</b>	Maandelijks of minder
	<b>2</b>	2 tot 4 maal per maand
	<b>3</b>	2 tot 3 maal per week
	<b>4</b>	4 of meer maal per week
<b>2. Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikte u op een doorsnee dag in het afgelopen jaar?</b>	<b>0</b>	1 of 2
	<b>1</b>	3 of 4
	<b>2</b>	5 of 6
	<b>3</b>	7,8 of 9
	<b>4</b>	10 of meer
<b>3. Hoe vaak gebruikte u zes of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar? (genderspecifieke vraag)</b>	<b>0</b>	Nooit
	<b>1</b>	Minder dan eens per maand
	<b>2</b>	Maandelijks
	<b>3</b>	Wekelijks
	<b>4</b>	Dagelijks of bijna iedere dag
<b>Totaalscore man (0-12)</b>		
<b>Totaalscore vrouw (0-12)</b>		

### CAGE

<b>1. Heeft uw weleens het gevoel gehad het alcoholgebruik te moeten minderen? (cutdown)</b>	<b>1</b>	Ja
	<b>0</b>	Nee
<b>2. Heeft u zich weleens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw drankgebruik? (annoyed)</b>	<b>1</b>	Ja
	<b>0</b>	Nee
<b>3. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u heeft gedaan toen u had gedronken? (guilty)</b>	<b>1</b>	Ja
	<b>0</b>	Nee
<b>4. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (eye-opener)</b>	<b>1</b>	Ja
	<b>0</b>	Nee
<b>Totaalscore (0-4)</b>		

**Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL)**

criterium	Score	1	2	3	4
<b>WASSEN</b>	.....	Wast zich volledig zonder hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven en onder de gordel	Moet volledig geholpen worden bij het wassen boven en onder de gordel
<b>KLEDEN</b>	.....	Kleedt zich aan en uit zonder hulp	Heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich aan te kleden onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	Heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich aan te kleden boven en onder de gordel	Moet volledig geholpen worden bij het aankleden boven en onder de gordel
<b>VERPLAATSEN</b>	.....	Staat op en verplaatst zich volkomen onafhankelijk, zonder mechanische hulp of hulp van derden	Staat onafhankelijk op uit stoel of bed , maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich autonoom te verplaatsen	Heeft absoluut hulp van derden nodig om op te staan en zich te verplaatsen	Is bedlegerig of is aangewezen op rolstoel en is afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
<b>TOILETBEZOEK</b>	.....	Gaat alleen naar het toilet en maakt zich zonder hulp schoon	Heeft hulp nodig om naar het toilet te gaan en zich schoon te maken	Moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan en zich schoon te maken	Kan niet naar het toilet noch op de kamerstoel
<b>CONTINENTIE</b>	.....	Is continent voor urine en feces	Is af en toe incontinent voor urine of feces (met inbegrip van blaassonde of kunstmatige anus)	Is incontinent voor urine	Is incontinent voor feces en urine
<b>ETEN</b>	.....	Eet en drinkt alleen	Eet en drinkt alleen, maar met voorbereidende hulp	Eet en drinkt met enige hulp	Eet en drinkt met volledige hulp

**Totaalscore (6-24)**

.....

## Instrumentele Activiteiten van het Dagelijkse Leven (IADL)

	Score
<p><b>GEBRUIK VAN DE TELEFOON</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bedient zich van de telefoon op eigen initiatief. Zoekt nummers op, kiest ze, enz.)</p> <p><input type="checkbox"/> Kiest slechts enkel welbekende nummers</p> <p><input type="checkbox"/> Neemt de telefoon op, maar belt zelf niet op</p> <p><input type="checkbox"/> Gebruikt de telefoon helemaal niet</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p><b>WINKELLEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kan zelfstandig alle nodige boodschappen doen</p> <p><input type="checkbox"/> Is alleen voor sommige boodschappen zelfstandig</p> <p><input type="checkbox"/> Moet begeleid worden om boodschappen te doen</p> <p><input type="checkbox"/> Is volledig onbekwaam om boodschappen te doen</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p><b>VOEDSELBEREIDING</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kan zelfstandig maaltijden plannen, bereiden en opdienen</p> <p><input type="checkbox"/> Kan geschikte maaltijden bereiden indien hij/zij van ingrediënten voorzien wordt</p> <p><input type="checkbox"/> Kan bereide maaltijden opwarmen en opdienen of kan maaltijden bereiden, maar is niet in staat het aangewezen dieet te volgen</p> <p><input type="checkbox"/> De maaltijden moeten voor hem/haar bereid en opgediend worden</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
<p><b>HUISHOUDEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Zorgt alleen voor het huishouden of doet het met occasionele hulp (vb. voor zwaar werk)</p> <p><input type="checkbox"/> Voert lichte dagelijkse taken uit (zoals de vaat doen, het bed opmaken)</p> <p><input type="checkbox"/> Voert lichte dagelijkse taken uit maar op occasionele wijze</p> <p><input type="checkbox"/> Vergt hulp voor alle huishoudelijke taken</p> <p><input type="checkbox"/> Neemt helemaal niet deel aan de huishoudelijke taken</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>

<b>WASSEN</b>	
<input type="checkbox"/> Doet zijn/haar eigen was	1
<input type="checkbox"/> Kan het klein linnengoed wassen, maar vergt hulp voor zwaarder linnenhoed zoals laken	1
of handdoeken	0
<input type="checkbox"/> De was moet door anderen gedaan worden	
<b>VERVOER</b>	
<input type="checkbox"/> Reist zelfstandig met het openbaar vervoer, de taxi of bestuurt eigen wagen	1
<input type="checkbox"/> Gebruikt de taxi, maar geen openbaar vervoer	1
<input type="checkbox"/> Gebruikt het openbaar vervoer indien begeleid	1
<input type="checkbox"/> Verplaatsingen zijn beperkt tot taxi of wagen met hulp van een derde	0
<input type="checkbox"/> Verplaatst zich helemaal niet buitenshuis	0
<b>GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN</b>	
<input type="checkbox"/> Neemt zelfstandig geneesmiddelen in op het gewenste uur en de voorgeschreven dosis	1
<input type="checkbox"/> Is in staat zelfstandig geneesmiddelen in te nemen, indien deze op voorhand klaargelegd worden	0
<input type="checkbox"/> Is niet in staat om zelfstandig geneesmiddelen in te nemen	0
<b>FINANCIËEL BEHEER</b>	
<input type="checkbox"/> Regelt zelfstandig financiële zaken (budget, schrijft cheques uit, betaalt de huur en de facturen, gaat naar de bank)	1
<input type="checkbox"/> Is in staat dagelijkse aankopen te doen, maar heeft hulp nodig voor zijn/haar bankrekening of voor grote aankopen	1
<input type="checkbox"/> Is onbekwaam om geldzaken te regelen	0
<b>Totaalscore (0-8)</b>	.....
<b>Totaalscore vrouw (0-8)</b>	.....
<b>Totaalscore man (0-5) (zonder item voedselbereiding / huishouden / wassen)</b>	.....

## Vallen

<ul style="list-style-type: none"> <li>Bent u gevallen in het afgelopen jaar?</li> </ul> <p><b>INDIEN JA:</b> hoe vaak: .....</p>	<b>JA</b>	<b>NEE</b>
---	-----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>Heeft u letsel opgelopen ten gevolge van het vallen (afgelopen jaar)?</li> </ul> <p><b>INDIEN JA:</b> welke letsels?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Mineure letsels</b> Definitie: schrammen en krassen, hematomen, oppervlakkige wonden die geen of minimale medische hulp vereisen</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Majeure letsels</b> Definitie: verstuikingen, ernstige weke delen hematomen, ernstige verwondingen aan het hoofd, distorsie of dislocatie van gewrichten, snijwonden, verlies van bewustzijn, fracturen</li> </ul>	<b>JA</b>	<b>NEE</b>
---	-----------	------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>Heeft u angst om te vallen?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nooit</li> <li><input type="checkbox"/> soms</li> <li><input type="checkbox"/> vaak</li> <li><input type="checkbox"/> altijd</li> </ul>
---

## JAMAR

Knijpkracht	..... kg
-------------	----------

Beperkte knijpkracht?	<b>JA</b>	<b>NEE</b>
-----------------------	-----------	------------

<b>Cut-off's</b>			
MANNEN		VROUWEN	
BMI	Knijpkracht	BMI	knijpkracht
$\leq 24$	$\leq 29$	$\leq 23$	$\leq 17$
24,1-26	$\leq 30$	23,1-26	$\leq 17,3$
26,1-28	$\leq 30$	26,1-29	$\leq 18$
$\geq 28$	$\leq 32$	$\geq 29$	$\leq 21$



**Pijn**

SCORE (0-10)

...../10

**Vermoeidheid**

SCORE (0-10)

...../10

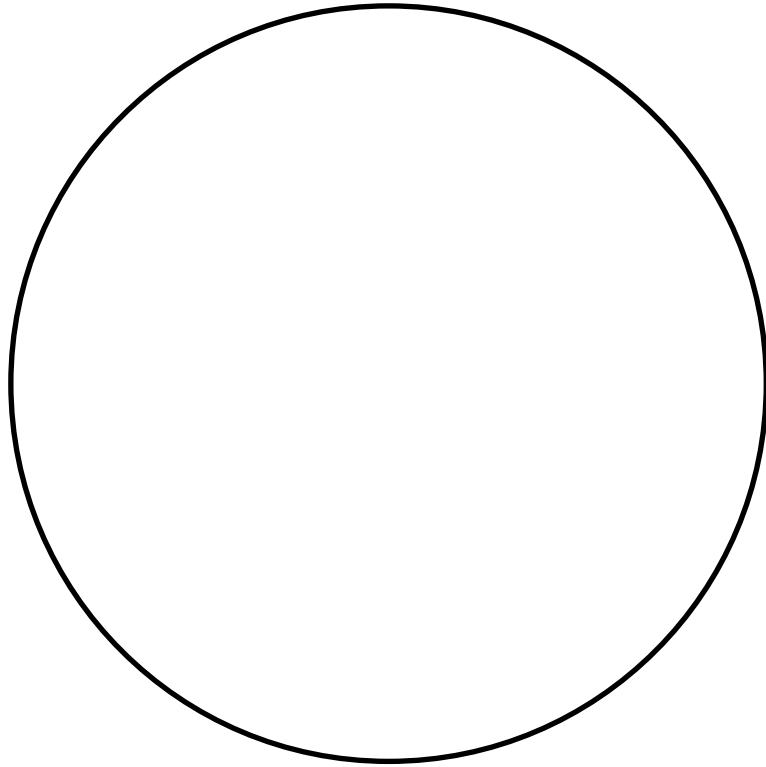
**Kwaliteit van Leven**

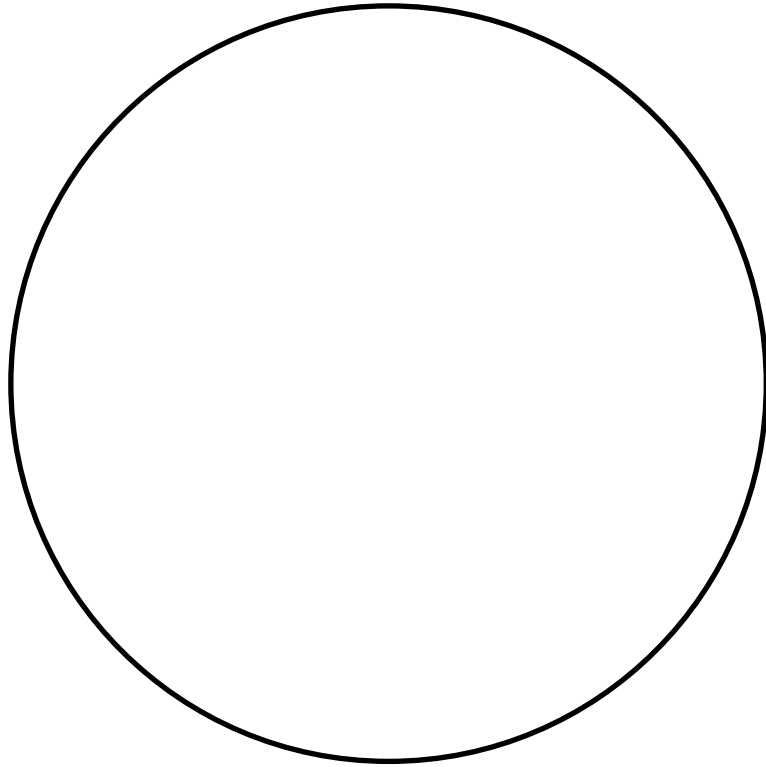
Wilt u voor de volgende vragen het getal tussen 1 en 7 omcirkelen dat het meest op u van toepassing is

	Erg slecht Uitstekend	→				
1. Hoe zou u uw <u>algehele gezondheid</u> gedurende de afgelopen week beoordelen?	1 7	2	3	4	5	6
2. Hoe zou u uw <u>algehele "kwaliteit van het leven"</u> gedurende de afgelopen week beoordelen?	1 7	2	3	4	5	6

**Freund Clock Drawing Test (CDT)**

ELEMENT	CRITERIUM	SCORE	
<b>Nummers</b>	Alle nummers van 1-12 zijn aanwezig, geen toevoegingen of weglatingen	0	1
	Alle nummers staan binnen de cirkel	0	1
<b>Plaatsing</b>	Nummer staan even ver of bijna even ver van elkaar	0	1
	Nummer staan even ver of bijna even ver van de rand van de cirkel	0	1
<b>Tijd</b>	Er zijn exact 2 wijzers	0	1
	Één wijzer wijst naar de 2 (of naar het symbool dat de 2 voorstelt)	0	1
	Afwezigheid van storende tekens; voorbeeld: geschreven tekst, wijzers wijzen verkeerde tijd aan, wijzer wijst naar het nummer 10, tijd in geschreven tekst	0	1
<b>Totaalscore (0-7)</b>		_____	





**Mini Mental State Examination (MMSE)****(ENKEL INDIEN CDT ≤ 4!)****Oriëntatie:**

	Maximum score	Score
In welk jaartal zijn we?	1	
In welk seizoen zijn we?	1	
In welke maand zijn we?	1	
Welke dag is het vandaag?	1	
De hoeveelste is het vandaag?	1	
In welk land leven we?	1	
In welke provincie leven we?	1	
In welke stad zijn we nu?	1	
In welk ziekenhuis zijn we nu?	1	
Op welke verdieping zijn we nu?	1	

**Inprentingsvermogen:**

Wil je de voorwerpen die ik nu zal opnoemen, onthouden; en wil je ze herhalen als ik ze opgenoemd heb?	3	.....
BAL ... VLAG ... BOOM	Aantal pogingen:	.....

**Aandacht:**

Wilt u van het getal 100 zeven aftrekken en van de uitkomst telkens weer zeven aftrekken tot ik stop zeg? (93 86 79 72 65)	5	.....
Wil je het volgende woord spellen? Het woord is DORST. Kun je het woord DORST nu van achteren naar voren spellen? T S R O D	5	.....
	Hoogste score	.....

**Geheugen:**

Wil je de namen van de 3 voorwerpen die we zopas hebben ingeoeffend, herhalen? (bal, vlag, boom)	3	.....
--	---	-------

**Taal:**

Wat is dit? (wijs een horloge aan)	1	
Wat is dit? (wijs een potlood aan)	1	
Wil je de volgende zin nazeggen: "noch vis, noch vlees"	1	
Wil je het volgende uitvoeren: "Neem een papier in je linker-/rechterhand, plooi het dubbel en geef het aan mij."	3	

Ik ga je iets laten zien, lees wat er op het papier staat, en doe wat er gevraagd wordt.	1	
Wil je een korte zin opschrijven? (waaraan denk je nu?)	1	
Wil je deze figuur natekenen?	1	

<b>Totaalscore (0-30)</b>	.....
---------------------------	-------

# Sluit uw ogen

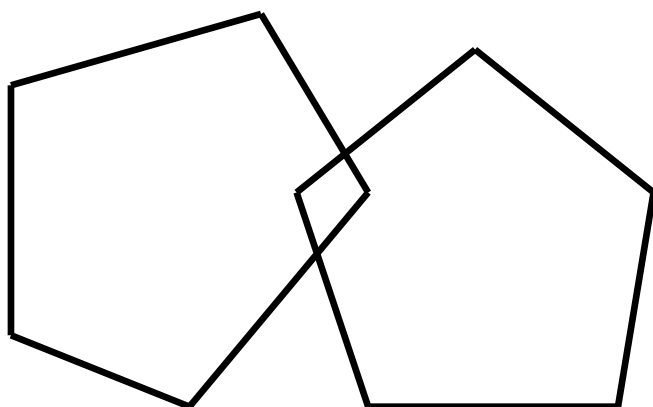
---

SCHRIJF EEN ZIN

.....

---

TEKEN DIT NA



### Geriatric Depression Scale (GDS-15)

	JA	NEE
1. Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?		
2. Heeft u veel van uw activiteiten of interesses laten vallen?		
3. Heeft u het gevoel dat uw leven leeg is?		
4. Verveelt u zich soms?		
5. Bent u meestal goedgezind?		
6. Bent u bang dat er u iets 'ergs' zal overkomen?		
7. Voelt u zich meestal gelukkig?		
8. Voelt u zich soms hopeloos?		
9. Blijft u soms liever thuis, dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?		
10. Heeft u het gevoel dat u meer moeilijkheden ondervindt met uw geheugen, dan de meeste andere mensen van uw leeftijd?		
11. Bent u blij nu te leven?		
12. Voelt u zich nogal waardeloos zoals u nu bent?		
13. Voelt u zich vol levensenergie?		
14. Heeft u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?		
15. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?		
<b>Totaalscore (0-15)</b>	.....	

## Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

<b>Lengte</b>	..... cm	<b>Gewicht</b>	..... kg
---------------	----------	----------------	----------

	<b>Items</b>	<b>Mogelijke antwoorden</b>	<b>Score</b>
<b>A</b>	Bent u de afgelopen drie maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij kauwen en/of slikken?	<b>0</b> = sterk verminderde eetlust <b>1</b> = matig verminderde eetlust <b>2</b> = geen verminderde eetlust	.....
<b>B</b>	Gewichtsafname gedurende de drie afgelopen maanden	<b>0</b> = gewichtsafname groter dan 3 kg <b>1</b> = weet niet <b>2</b> = gewichtsafname tussen 1 en 3 kg <b>3</b> = geen gewichtsafname	.....
<b>C</b>	Mobiliteit	<b>0</b> = aan bed of stoel gebonden <b>1</b> = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen, maar gaat niet buiten <b>2</b> = gaat zelfstandig naar buiten	.....
<b>D</b>	Hebt u gedurende de afgelopen drie maanden last gehad van mentale spanning (stress) of een ernstige ziekte?	<b>0</b> = ja <b>2</b> = neen	.....
<b>E</b>	Neuropsychologische problemen	<b>0</b> = ernstig dement of depressief <b>1</b> = licht dement <b>2</b> = geen psychologische problemen	.....
<b>F1</b>	BMI: (gewicht in kg) / (lengte in m x 2)	<b>0</b> = BMI < 19 <b>1</b> = 19 ≤ BMI < 21 <b>2</b> = 21 ≤ BMI < 23 <b>3</b> = BMI ≥ 23	.....
Indien BMI niet bekend is, vervang vraag F1 door vraag F2. Beantwoord vraag F2 niet indien vraag F1 al ingevuld is.			
<b>F2</b>	Omtrek van de kuit (CC) in cm	<b>0</b> = CC kleiner dan 31 <b>3</b> = CC 31 of groter	.....
	<b>Totaalscore (0-14)</b>		.....

**Charlson Comorbidity Index (CCI)**

<b>Comorbiditeit</b>	<b>Punten</b>
1. Myocardinfarct	1
2. Decompensatie	1
3. Perifeer vaatlijden	1
4. Cerebrovasculaire aandoeningen	1
5. Dementie	1
6. COPD	1
7. Autoimmuunziekte	1
8. Ulcus pepticum (slokdarm, maag, duodenum)	1
9. Milde leverfunctiestoornissen	1
10. Diabetes (zonder complicaties)	1
11. Diabetes met eindorgaanschade	2
12. Hemiplegie	2
13. Matige/ernstige nierfunctiestoornis	2
14. Tweede solide tumor (zonder metastasen)	2
15. Leukemie	2
16. Maligne lymfoom	2
17. Matige/ernstige leverfunctiestoornis	3
18. Tweede solide tumor (met metastasen)	6
19. aids	6
<b>Totaalscore (0-37)</b>	.....



**Polyfarmacie**

- Aantal geneesmiddelen die zijn voorgeschreven / toegediend aan de patiënt tijdens de week voorafgaand aan de geriatrische screening / evaluatie	.....
---	-------

**ECOG-PS**

	Normale activiteit zonder beperkingen	<b>0</b>
	Beperkt in activiteit die een fysieke inspanning vereisen In staat om te wandelen en licht werk uit te voeren	<b>1</b>
	Mobiel en volledig in staat tot zelfzorg Niet in staat om enig werk te doen gedurende meer dan de helft van de dag	<b>2</b>
	In staat tot beperkte zelfzorg Meer dan de helft van de dag gekluisterd aan bed of stoel	<b>3</b>
	Volledig invalide Geen enkele mogelijkheid tot zelfzorg Gekluisterd aan bed of stoel	<b>4</b>
	Dood	<b>5</b>

<b>Medische gegevens</b>	
--------------------------	--

<b>Datum van diagnose</b>	[[ ]]/[[ ]]/[[ ]]
<b>Diagnose: algemeen</b>	<input type="checkbox"/> Carcinoom <input type="checkbox"/> Hematologische maligniteit
<b>Diagnose: specifiek</b>	<input type="checkbox"/> Nieuwe diagnose <input type="checkbox"/> Recidief <input type="checkbox"/> Progressief
<b>Diagnose carcinoom</b>	<input type="checkbox"/> <b>Borst (BREAST)</b> <input type="checkbox"/> <b>Centraal zenuwstelsel (CENTRAL NERVOUS SYSTEM)</b> <input type="checkbox"/> Hersenen en ruggemerg (brain and spinal cord) <input type="checkbox"/> <b>Digestief (DIGESTIVE SYSTEM)</b> <input type="checkbox"/> Slokdarm (esophagus) <input type="checkbox"/> Maag (stomach) <input type="checkbox"/> Colorectaal (colon and rectum) <input type="checkbox"/> Neuro-endocrien (neuroendocrine tumors) <input type="checkbox"/> Lever (live) <input type="checkbox"/> Gal (-wegen) (bile (duct)) <input type="checkbox"/> Pancreas (pancreas) <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> <b>Urogenitaal (GENITOURINARY SITES)</b> <input type="checkbox"/> Prostaat (prostate) <input type="checkbox"/> Nier (kidney) <input type="checkbox"/> Blaas (urinary bladder) <input type="checkbox"/> Bijnier (adrenal) <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> <b>Gynaecologie (GYNECOLOGICAL SITES)</b> <input type="checkbox"/> Baarmoederhals (cervix uteri) <input type="checkbox"/> Baarmoeder – endometrium (corpus uteri) <input type="checkbox"/> Ovarium en primaire peritoneal carcinoma (ovary and primary peritoneal carcinoma) <input type="checkbox"/> other (23) <input type="checkbox"/> <b>Hoofd- en hals (HEAD AND NECK)</b> <input type="checkbox"/> Spinocellulair carcinoom hoofd en hals <input type="checkbox"/> Thyroid (thyroid) <input type="checkbox"/> Andere

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Weke delen tumoren (MUSCULOSKELETAL SITES)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bot (bone)</li> <li><input type="checkbox"/> Weke delen sarcoom (soft tissue sarcoma)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Oftalmologie (OPHTALMIC SITES)</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Huid (SKIN)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cutaan plaveiselcelcarcinoom en andere cutane carcinoma (cutaneous squamous cell carcinoma and other cutaneous carcinoma)</li> <li><input type="checkbox"/> Merkelcel carcinoom (Merkel cell carcinoma)</li> <li><input type="checkbox"/> Huid melanoom (melanoma of the skin)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Thorax (THORAX)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Long (lung)</li> <li><input type="checkbox"/> Pleurale mesothelioma (pleural mesothelioma)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Ongekende primaire oorsprong (CANCER OF UNKNOWN ORIGIN – CUP)</b></li> </ul>
<p><b>Carcinoom: staging</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> I</li> <li><input type="checkbox"/> II</li> <li><input type="checkbox"/> III</li> <li><input type="checkbox"/> IV</li> </ul>

<p><b>Diagnose: hematologische maligniteit</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NHL (Non Hodgkin Lymphoma)</li> <li><input type="checkbox"/> HL (Hodgkin Lymphoma)</li> <li><input type="checkbox"/> AML (Acute Myeloid Leukemia)</li> <li><input type="checkbox"/> CML (Chronic Myeloid Leukemia)</li> <li><input type="checkbox"/> ALL (Acute Lymphocytic Leukemia)</li> <li><input type="checkbox"/> CLL (Chronic Lymphocytic Leukemia)</li> <li><input type="checkbox"/> M. Kahler</li> <li><input type="checkbox"/> Andere</li> </ul>
--	--

THERAPIEBESLISSING				
	NEE	JA		SETTING
<b>Chirurgie</b>				<input type="checkbox"/> Curatief <input type="checkbox"/> Palliatief <input type="checkbox"/> NR
<b>Chemotherapie</b>			Welke: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Curatief <input type="checkbox"/> Neo-adjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliatief <input type="checkbox"/> NR
<b>Radiotherapie</b>				<input type="checkbox"/> Curatief <input type="checkbox"/> Neo-adjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliatief <input type="checkbox"/> NR
<b>Hormoontherapie</b>				<input type="checkbox"/> Neo-adjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliatief <input type="checkbox"/> NR
<b>Andere</b>			Welke: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Curatief <input type="checkbox"/> Neo-adjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliatief <input type="checkbox"/> NR

**Biochemie**

Datum van bloedafname: [ ]/[ ]/[ ]

		Waarde	Unit
Hemoglobine	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> .....
Serum creatinine	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> .....
C-Reactive Protein	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> .....
Albumine	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> %