

Een kwalitatieve exploratie van het chronisch gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra

Lukas Leten · Majda Azermai · Maarten Wauters · Jan De Lepeleire

Samenvatting

Achtergrond Hoewel de richtlijnen niet-medicamenteuze therapieën naar voren schuiven en het chronisch gebruik van psychofarmaca afraden, worden psychofarmaca in de Belgische woonzorgcentra nog vaak voorgeschreven.

Doel Het nagaan van de redenen voor het starten, doorgeven en stoppen van psychofarmaca bij ouderen met dementie die gedragsproblemen vertonen in het woonzorgcentrum.

Methode Zevenentwintig interviews werden overgenomen van een eerder verschenen project, dat vertrok van semi-gestructureerde interviews bij de verpleging, artsen en mantelzorgers van elf willekeurig geselecteerde residenten uit drie woonzorgcentra. Een kwalitatieve analyse volgens de 'Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL)' werd uitgevoerd door drie onafhankelijke beoordelaars. Een eerste analyse focuste zich op het starten, doorgeven en stoppen van medicatie. Een tweede analyse legde de verschillende deelnemers van elk interview naast elkaar en zocht naar gelijkenissen en verschillen.

Resultaten Zeventien codes werden opgesteld voor vier thema's: (1) *Starten, stoppen of doorgeven?*; (2) *Gedrag*; (3) *Therapie*; en (4) *Alternatieven*. Redenen voor opstart van psychofarmaca waren het verminderen van storend gedrag en het verbeteren van de levenskwaliteit van de bewoner. Een vergelijking tussen de verschillende geïnterviewden toonde aan dat psychofarmaca werden gestart op vraag van de verpleegkundige staf. Artsen noch verpleegkundigen achtten de opvolging van de medicatie als hun taak en neigden de verantwoordelijkheid hierover van zich af te schuiven. Eenmaal gestart werd de medicatie chronisch gegeven. Het gebruik maakte deel uit van een dynamisch proces waarin naar een evenwicht werd gezocht tussen werking en nevenwerking. Meer inzicht in het gedrag van de bewoner leidde tot een betere behandeling van de gedragsproblemen.

Besluit Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij het initiëren en doorgeven van psychofarmaca. Artsen moeten mogelijk een meer actieve rol opnemen in de indicatiestelling en monitoring van psychofarmaca. Afbouw van psychofarmaca alsook het toepassen van niet-farmacologische alternatieven blijven belangrijke knelpunten in de woonzorgcentra. Opleiding, aanpassingen van de praktijkrichtlijnen, gedegen onderzoek, verdere professionalisering en beleidsmatige elementen kunnen in een complex samenspel voor verandering ten goede zorgen.

Trefwoorden Dementie · Langdurige zorg · Woonzorgcentra · Antidepressiva · Antipsychotica · Gedragsproblemen

A qualitative exploration of the chronic use of psychotropic drugs in nursing homes

Abstract

Background Although guidelines put forward non-pharmacological therapies and advise against the chronic use of psychotropic drugs, these are still being prescribed regularly in Belgian nursing homes.

Goal To explore the reasons for initiation, continuation and cessation of psychotropic drug treatment of elderly with dementia and behavioral problems, residing in the nursing home.

Method Twenty-seven interviews from an earlier project were used, in which a semi-structured interview was conducted with the nursing staff, the physicians and the caretakers of eleven randomly selected residents from three nursing homes. A qualitative analysis was performed by three independent researchers according to 'The Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL)'. A first analysis focused on the process of initiation, continuation and cessation of medication. A second analysis compared the different participants of each interview and looked for similarities and differences.

Results Seventeen codes were developed for four themes: (1) *To initiate, to continue or to cease?*; (2) *Behavior*; (3) *Therapy*; and (4) *Alternatives*. The reasons for initiating psychotropic drugs were reducing disruptive behavior and improving the quality of life of the resident. A comparison between the interviewed showed that psychotropic drugs were initiated at the request of the nursing staff. Neither doctors nor nurses considered the monitoring of the drug therapy their task, and tended to pass on this responsibility. Once psychotropic drugs were started, the treatment was chronic but remained part of a dynamic process in which a balance was sought between benefits and adverse effects. More insights into the behavior of the resident led to a better treatment of the behavioral problems.

Conclusion Nurses play an important role in the initiation and continuation of psychotropic drugs. Physi-

cians should take a more active role in the process of indication and monitoring of psychopharmaceuticals. Discontinuation of psychotropic drugs and the use of non-pharmacological alternatives are important bottlenecks in nursing homes. Education and training, updated practice guidelines, appropriate research, professionalization and management elements can, in a complex interaction, change this situation for the better.

Keywords Dementia · Long-Term Care · Nursing Homes · Antidepressive Agents · Antipsychotic Agents · Behavioral Symptoms

Achtergrond

Het gebruik van psychofarmaca in de Belgische woonzorgcentra is erg hoog. Volgens de studie van het Christelijk Ziekenfonds in 2009 en de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2011 varieert respectievelijk het gebruik van antidepressiva van 42 tot 49 % en van antipsychotica van 22 tot 24 % [1, 2]. De 'Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium' (PHEBE) studie toonde in 2006 een gebruik aan van antipsychotica bij 33 % en van antidepressiva bij 40 % van de bewoners [3].

Verskillende factoren zouden hierbij een rol spelen. Studies van Wood-Mitchell et al., Cornegé-Blokland et al. en Azermai et al. wijzen op de druk die artsen ervaren vanuit de omgeving en van de verpleging om medicatie te starten [4–6]. Aan het opsporen van depressie zou weinig tijd gependeed worden en artsen zouden veelal uitgaan van de observatie van de verpleegkundigen [7]. Zij zouden zich bewust zijn van het chronisch karakter van de medicatie maar overtuigd zijn dat de voordelen doorwegen op de nadelen. Hiermee zouden ze ook meer ingrijpende maatregelen zoals fixatie willen vermijden. Angst voor heropflakking van het gedrag zou een drempel zijn voor het stoppen van medicatie [8]. Niet alle zorgverleners zouden bekend zijn met de alternatieven voor medicatie en praktische problemen en conservatieve opvattingen zouden een struikelblok voor de implementatie ervan vormen. Dendoncker F et al. bestudeerden daarom in 2015 het effect van een informatieavond voor artsen en verpleegkundigen op het antipsychoticagebruik maar konden geen voordeel aantonen [9].

Men zou dit kunnen begrijpen vanuit de vaststelling dat vele psychofarmaca gebruikt worden voor de aanpak van gedragsproblemen bij personen met dementie, die meer dan de helft van de bewonersgroep uitmaken. Maar de richtlijnen geven een andere richting aan.

Zo beveelt het Nederlands Huisartsen Genootschap in haar 'Standaard Dementie' (laatst herzien in 2012) een grondige evaluatie van de patiënt en diens omgeving als eerste stap aan [10]. Een medicamenteuze interventie dient om een acuut probleem te deblokken en hierbij gelden de regels om zo weinig mogelijk

L. Leten (✉)

Burgemeester Heymansplein 5/1, 3581 Beverlo, België
e-mail: dokter_leten@outlook.com

L. Leten

KU Leuven, Leuven, België

M. Azermai

Universitair Ziekenhuis Gent, Gent, België

M. Wauters

Heymans Instituut voor Farmacologie, Universiteit Gent, Gent, België

J. De Lepeleire

Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Leuven, België

geneesmiddelen te gebruiken, in een zo laag mogelijke dosis en zo snel mogelijk af te bouwen. De NICE richtlijn 'Dementia' (laatst herzien in 2012) beveelt het gebruik van antipsychotica slechts aan bij uitgesproken agressie met gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen [11]. De Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) beveelt in haar richtlijn 'Probleemgedrag' (laatst herzien in 2008) een geïntegreerde aanpak aan, waarin niet-medicamenteuze maatregelen zo nodig aangevuld kunnen worden met psychofarmaca [12].

Wat betreft de alternatieven vond het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in België (KCE) in 2011 evidentie voor gecombineerde psycho-educatieve of psychosociale interventies gericht op mantelzorgers, opleiding van verzorgend personeel in instellingen, programma's met lichaamsbeweging en cognitieve stimulering of training van de patiënt [13].

Rationale en onderzoeksvraag

Het is duidelijk dat het veelvuldig gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra niet strookt met de aanbevelingen. In dit onderzoek trachten we daarom de onderliggende redenen om medicatie te starten en vol te houden uit te diepen aan de hand van de omgeving van bewoners met gedragsproblemen, met name de mantelzorger/familie, de verpleegkundige equipe en de behandelende arts. De onderzoeksvraag is: Welke zijn de redenen van de arts, van de verpleegkundige staf en van de familie voor het starten, stoppen en doorgeven van psychofarmaca bij patiënten met dementie die gedragsproblemen vertonen?

Methode

Deze studie betreft een onafhankelijke analyse vertrekkende van de onderzoeksvraag en de interviews uit een eerder uitgevoerd project [14]. De opzet is om gebruik te maken van een grondige en gevalideerde methode om een rijker en dieper uitgewerkt antwoord te krijgen op de oorspronkelijke vraagstelling. In het oorspronkelijke werk werd in elk van de drie woonzorgcentra behorende tot dezelfde groep, die respectievelijk aan 128, 70 en 111 bewoners plaats bieden, de coördinerende en raadgevende arts (CRA) gevraagd residenten te selecteren die voldeden aan de eerste vijf van onderstaande inclusiecriteria:

1. Resident van één van de drie betrokken woonzorgcentra in de regio Leuven.
2. Bekend met de diagnose van een vorm van dementie.
3. Mini-Mental State Examination (MMSE) ≤ 23 bij inclusie.
4. Minstens reeds 4 maanden verblijven in het woonzorgcentrum op het moment van inclusie.

5. Op dagelijkse basis inname van ten minste twee psychofarmaca met ATC codes N05A (antipsychotica), N05B (anxiolytica), N05C (hypnotica/sedativa), N06A (antidepressiva) of N06D (middelen tegen dementie).
6. Informed consent door de betrokkene of proxy.

Vervolgens gaf de CRA een geanonimiseerde lijst door aan de onderzoeker. Deze selecteerde per instelling vier residenten en vier reserve residenten door middel van Randomised Excel Tool[®]. Tot slot werd aan de geselecteerde residenten informed consent gevraagd al dan niet via de proxy.

Het semi-gestructureerd interview omvatte themata zoals medicatiegebruik, probleemgedrag, opname en ziekteproces. Een eerste versie werd proefgedraaid bij minstens één huisarts, één verpleegkundige en één patiënt die later niet werden opgenomen in de bevraging. Op basis van de geformuleerde opmerkingen en ervaringen werd het interviewschema bijgesteld. De interviews werden door de eerste onderzoeker van het eerder verschenen werk afgenomen in een reëel contact en de afname gebeurde per patiënt binnen een periode van 14 dagen in het voorjaar van 2012.

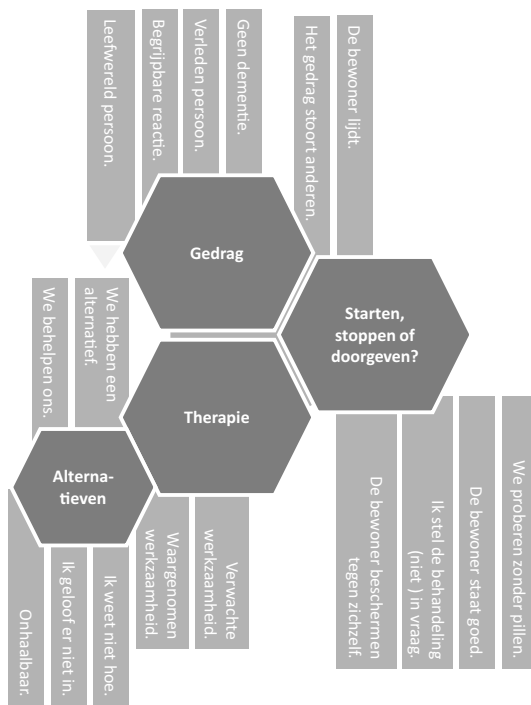
De analyse gebeurde een eerste maal door een eerste onderzoeker (L L) en vervolgens nogmaals door twee onafhankelijke onderzoekers (A M en W M). Deze analyses gebeurden aan de hand van 'The Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL)' [15]. Deze methode bestaat uit 2 delen en maakt gebruik van 10 opeenvolgende stappen. Het eerste deel is de voorbereiding van het eigenlijke coderingsproces en gebeurt in 5 stappen:

1. Het grondig lezen van de interviews.
2. Een mondeling verslag opstellen van elk interview.
3. Het opstellen van een conceptueel schema van het interview.
4. Het testen of elk schema past bij het desbetreffende interview.
5. Een constant vergelijkingsproces tussen het schema, het interview, de overige schema's en de overige interviews.

Vervolgens wordt overgegaan naar het eigenlijke coderen, opnieuw via 5 opeenvolgende stappen. Hierbij werd gebruik gemaakt van QDA Miner Lite[®]:

1. Het opstellen van een lijst met concepten.
2. Het verbinden van tekstfragmenten aan de codes.
3. Het definiëren van elk concept.
4. De essentiële structuur tussen de concepten opstellen.
5. Het omschrijven van de resultaten.

Vervolgens werden de interviews bij verpleegkundige staf, artsen en familie naast elkaar gelegd bij die bewoners waarbij deze alle 3 afgenomen konden worden (5 bewoners, 15 interviews). Hier werd de focus op



Figuur 1 Schematische voorstelling van de analyse. De primaire redenen voor het starten en stoppen van medicatie waren het lijden van de bewoner en storend gedrag. Overige elementen die met het (door)geven van medicatie te maken hadden, waren of de bewoner al dan niet onder controle was en of de bewoner tegen zichzelf moest worden beschermd. De behandeling werd al dan niet in vraag gesteld en een poging om niet-medicamenteus te behandelen kon worden ondernomen. Het gedrag kon worden verklaard vanuit de leefwereld en het verleden van de persoon. Wat dat betreft was het gedrag een begrijpbare reactie. Niet elk gedrag was ten gevolge van dementie. Inzicht in het gedrag van de bewoner gaf de sleutel voor een oplossing. Bij de bewoners waarbij zo'n oplossing werd gevonden, klaarde het gedrag op. Bij de anderen bleef men zich behelpen, al dan niet met medicatie. Wat betreft de ingestelde behandeling was er een onderscheid tussen de verwachte en de waargenomen werkzaamheid. De meningen over de alternatieven voor medicatie waren een kluwen van ongeloof, onhaalbaarheid en gebrek aan voorkennis

de verschillen en raakpunten tussen deze 3 groepen gelegd.

Ethische Commissie

De studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (28 oktober 2011).

Resultaten

Een totaal van 27 interviews werd afgenomen betreffende elf residenten, waarvan elf bij een verpleegkundige, acht bij de huisarts en acht bij de proxy. De betrokken groep residenten omvatte twee mannen en negen vrouwen. De leeftijd van de residenten varieerde tussen de 74 en 101 jaar. Bij zeven bewoners was de MMSE gekend en deze varieerde van 8/30 tot 20/30. Tien bewoners namen één of meerdere antidepressiva (90%), zeven één of meerdere antipsychotica (63%), vier één of meerdere benzodiazepines (36%) en vijf één of meerdere anti-Alzheimer geneesmiddelen (45%).

De redenen voor het starten, doorgeven en (al dan niet) stoppen van psychofarmaca kan begrepen worden door een samenspel van vier hoofdelementen: het proces van starten en stoppen, het gedrag, de therapeutische mogelijkheden en de alternatieven. Ze worden schematisch weergegeven in fig. 1 en worden hieronder in detail besproken.

Starten, stoppen of doorgeven van psychofarmaca?

Starten

Incidenten zoals een fugue, verbale of fysieke agressie of het verlies van een naaste zijn een aanleiding voor het starten van medicatie. De problematische situatie wordt het eerst opgemerkt door de verpleegkundige equipe die de vraag naar medicatie stelt.

‘Hij heeft zichzelf op een dag opgesloten in de badkamer en de deur naar de gang op slot gedaan en is dan via het venster aan de straatkant proberen te ontsnappen (verpleegkundige, bewoner 1).’

‘Als mijn team aangeeft dat de zorg niet meer mogelijk is dan ga ik ermee naar de huisarts. Het team is de maatstaf (verpleegkundige, bewoner 1).’

Wanneer een geneesmiddel wordt opgestart en langere tijd wordt gegeven ontstaat een dynamiek. Hierin wordt een balans gezocht tussen het effect op de symptomen waarvoor de medicatie werd gestart en de zichtbare nevenwerkingen die de medicatie heeft op de oudere. Dit kan bijvoorbeeld sufheid zijn of een verhoogde valneiging. Wanneer het behandelende team de voordelen van de medicatie groter acht dan de nadelen, verandert er weinig aan het beleid. Zoniet wordt gezocht naar een nieuw evenwicht. Dit wijst erop dat chronisch gebruik van psychofarmaca geen statisch gegeven is maar een dynamisch systeem waarbij veranderingen bij de bewoner aanleiding geven tot veranderingen in de medicatie.

Anderzijds kan deze dynamiek worden onderbroken en herleid worden tot een statische situatie wanneer de bewoner van omgeving verandert. De geïnterviewden geven aan niet te twijfelen aan de juistheid van een middel dat door een andere arts is opgestart en dit

vormt een drempel om medicatie te wijzigen of af te bouwen.

‘Vermits hij van een ziekenhuis naar een rusthuis en vervolgens naar een psychiatrische geriatrie is gegaan veronderstel ik dat de medicatie wel terecht gegeven zal zijn (arts, interview 1).’

Stoppen

Pogingen om medicatie te stoppen gebeuren bij het optreden van nevenwerkingen. Wanneer het probleem waarvoor de medicatie werd gestart terugkeert, wordt de medicatie snel weer herstart en blijft het ook bij één enkele poging. Wat betreft de drempels om medicatie af te bouwen werd weinig informatie teruggevonden in de interviews en hierover wordt dan ook geen uitspraak gedaan.

‘De quetiapine stoppen was absoluut geen goed idee. Maar we hebben het geprobeerd (verpleegkundige, bewoner 5).’

Psychofarmaca: verschillende doelen, verschillende middelen, verschillende verwachtingen

Een eerste belangrijke reden voor het starten van medicatie is om het storende gedrag van een bewoner te beperken. Dit om de verzorging makkelijker te maken of het functioneren van de bewoner in de groep te verbeteren. Antipsychotica zijn hier de eerste keuze, maar hebben een zwakke evidentie voor deze indicatie. De verwachtingen en observaties van arts en verplegend personeel zijn in overeenstemming hiermee. Het gedrag verdwijnt niet volledig en men poogt de bewoner te brengen van een staat van storend en onhandelbaar gedrag naar een toestand waarin de bewoner *handelbaar* is.

‘We verwachtten dat haar gedrag wat ingeperkt zou worden, dat haar lastig gedrag zou verdwijnen, dat ze gemakkelijker zou worden voor de verzorging, dat haar weggloepgedrag zou verdwijnen en dan vooral haar weggeefgedrag (verpleegkundige, bewoner 3).’

Een tweede reden is het verminderen van verdriet of een ander lijden bij de bewoner en hiervoor worden antidepressiva gestart. De opzet is niet het vlotter maken van de verzorging maar het comfort van de bewoner te verbeteren.

‘We zijn de sertraline opgestart omdat ze zo intens verdrietig was door het overlijden van haar man. Ze besefte heel goed dat ze alleen op de wereld was. Dat was schrijnend toen (verpleegkundige, bewoner 2).’

‘Ik blijf erbij. Ze wordt dit jaar 86 en ik wil dat ze zo comfortabel mogelijk de rest van haar dagen kan slijten. Dat is mijn mening. En als antidepressiva daartoe kunnen bijdragen, dan graag (familie, bewoner 3).’

Wat met de alternatieven?

De alternatieven voor medicatie waren niet of slecht gekend door de ondervraagden. Bovendien heerste er op voorhand de perceptie dat ze niet zouden werken. Praktische bezwaren werden ook aangehaald, zoals tijdsgebrek bij de verpleging of onmogelijkheid om een bepaalde maatregel te rijmen met de dienstverlening of het groepsleven in het woonzorgcentrum.

‘Dat is schoon in de boekjes, maar in realiteit is dat toch helemaal anders hoor. Dat lukt niet altijd. Theorie is geen praktijk hé (verpleegkundige, bewoner 1).’

Op zoek naar een oplossing vanuit de leefwereld van de bewoner...

Storend gedrag is te begrijpen vanuit het standpunt van de bewoner. Het woonzorgcentrum is een nieuwe omgeving waaraan hij of zij moeilijk kan wennen. Het samenwonen, de confrontatie met onbekenden en met ziekte, alsook het opgeven van verworven vrijheden en privacy zijn hier niet vreemd aan. Een opname wordt niet ervaren als een positieve gebeurtenis en geeft aanleiding tot het opstarten van medicatie.

‘Dat is natuurlijk omdat we inbreken in zijn privacy. Dat is een normale reactie (verpleegkundige, bewoner 1).’

Een antwoord vinden op het gedrag is niet eenvoudig. Wanneer een oplossing gevonden wordt, vertrekt deze bijna steeds vanuit de leefwereld van de bewoner zelf. Omgekeerd, wanneer iets fout loopt in de realiteit van de patiënt kan dit ook een uitgesproken negatief effect hebben op diens gedrag.

‘Ze kwam van een eenpersoonskamer en dan moest ze hier naar een kamer van drie, dus dat was wel een stap achteruit. Sinds ze opnieuw alleen op een kamer ligt, is ze helemaal veranderd. Ze is totaal niet meer agressief (verpleegkundige, bewoner 11).’

Gelijkenissen en verschillen tussen verpleegkundige staf, artsen en familie

Medicatie op vraag van de verpleegkundige staf

Zowel artsen als verpleegkundigen geven aan dat het de verpleegkundige staf is die de vraag naar medicatie stelt. Deze vraag volgt op een periode waarin zij zelf naar een oplossing hebben gezocht. Dit impliceert dat een aantal niet-medicamenteuze technieken reeds geprobeerd zijn, hoewel deze in de interviews niet altijd naar voren komen.

‘Dat was op onze vraag, omdat de verzorging niet beter ging. Hij was te verward en daardoor bleef hij te agressief (verpleegkundige, bewoner 1).’

Opvolgen van de medicatie

Zowel bij de verpleegkundige staf als bij de artsen bestaat de neiging om de opvolging van de medicatie niet zelf te doen maar over te laten aan iemand die in hun ogen een grotere expertise heeft. In het geval van de verpleegkundige equipe is dit de arts, in geval van de arts is dit de specialist. In één van de drie woonzorgcentra werd de bewoner en diens medicatie wel overlegd in teamverband. Hierbij dient de nuance te worden gemaakt dat in dit woonzorgcentrum een neuropsychiater instond voor de opvolging, hetgeen niet de regel is wat betreft de Belgische woonzorgcentra.

‘Dat is de reden waarom een neuropsychiater hier de opvolging doet en daarover beslist (arts, bewoner 1).’

Het effect van de medicatie

Verpleegkundige staf en artsen zijn het er over eens dat het effect van antipsychotica op gedragsproblemen weinig overtuigend is. Over het effect van antidepressiva op depressieve symptomen zijn zij positiever. Het effect van antipsychotica op wanen en hallucinaties is uitgesproken positief.

‘De acute agitatiemomenten zijn duidelijk verminderd sinds het verhogen van de medicatie, maar echt weg is het nooit geweest (arts, bewoner 1).’

De verwachtingen rond medicatie

In het geval van gedragsproblemen zijn de verwachtingen van de verpleegkundige staf dat de bewoner makkelijker te hanteren is, de verzorging toelaat en de afdeling niet (meer) verstoort. De verwachting van de arts in deze optiek is tevens de pieken van het gedrag wat af te toppen met als bedoeling het globale functioneren van de bewoner in de groep te bevorderen.

Antidepressiva worden opgestart om het psychisch lijden van een bewoner te verminderen en de verwachting is dan ook zowel van arts als verpleegkundige staf dat zij dit leed wegnemen.

‘De verwachting was dat we die agressie tijdens de zorg zouden kunnen temperen, zodat we hem wat beter zouden kunnen verzorgen (verpleegkundige, bewoner 1).’

Proberen zonder pillen?

In de twee woonzorgcentra waar er geen georganiseerde opvolging bestond voor de medicatie zijn noch artsen, noch verpleegkundige staf te vinden voor het afbouwen hiervan. Schrik voor herval in het oude gedrag vormt het grootste struikelblok. Wat betreft de alternatieven geven zowel artsen als verpleging te kennen deze niet in de vingers te hebben en stellen eveneens de werkzaamheid ervan in vraag. Dit geldt voor alle drie de woonzorgcentra.

‘Hij is nu goed met deze medicatie, waarom zouden we minderen? Hij verdraagt het goed en heeft geen bijwerkingen (arts, bewoner 1).’

Type dementie en symptomen

Bij drie van de elf bewoners is er een discrepantie tussen artsen en verpleegkundige staf qua type dementie waarvan sprake zou zijn. Een voorbeeld is hoe een verpleegkundige spreekt van een Lewy Body dementie, terwijl de arts een vasculaire dementie als hoofdpathologie weerhoudt voor dezelfde bewoner. Bij twee van de elf bewoners bestaat er ook een gelijkaardig verschil in de symptomen die arts en verpleegkundige aanhalen als reden voor het starten van medicatie. Over één bewoonster vertelt de verpleegkundige bijvoorbeeld over een moeilijk aanvaardingsproces en het missen van haar hondje na de opname, terwijl de arts spreekt van gedragsstoornissen, woedeaanvallen en paranoïde wanen.

De familie: een verhaal apart

Medicatie is niet mijn zaak

De familie vertrouwt het medicatiebeleid toe aan de arts en verpleegkundige staf. Wanneer er excessen aan medicatie optreden vallen deze ook de familie op en wankelt uiteraard het vertrouwen dat zij hebben in de voorschrijver.

‘Ik ben niet op de hoogte van de medicatie, ik weet wel dat hij wat druppeltjes neemt. Ik weet niet of je het sedatie mag noemen, om hem een beetje kalm te houden (familie, bewoner 1).’

Het gedrag door een andere bril bekeken

De familie kent de bewoner het langst. Hun zicht op het gedrag van de bewoner is meer bepaald door hoe zij hem of haar in het verleden gekend hebben en minder door het ziektebeeld waaraan de bewoner nu lijdt. Hun aanwezigheid heeft ook een opvallende en doorgaans rustgevendende invloed op het gedrag dat de bewoner stelt.

‘Het gedrag is begonnen toen zijn vrouw en hun aangenomen zoon overleden zijn. Toen al klaagde zijn vrouw over zijn drankgebruik, maar wij geloofden dat niet (familie, bewoner 1).’

Alles wat kan helpen is welkom

De familie vraagt een zo comfortabel mogelijk leven voor hun familielid. Alles wat hiertoe een steentje kan bijdragen is welkom, ook als dit medicatie is. Zij zijn doorgaans niet gewonnen voor het afbouwen hiervan. Ook de familie stelt zich vragen bij de werkzaamheid van niet-medicamenteuze manieren om met gedrag om te gaan.

‘Nu, ik ben geen expert en ook geen dokter. Maar kan dat nog bij mensen van die leeftijd? Iets doen opdat ze anders gaan denken (familie, bewoner 3)?’

Discussie

Deze studie schetst een beeld van drie Vlaamse woonzorgcentra en hoe er omgegaan wordt met psychofarmaca in de setting van ‘behavioral and psychological symptoms of dementia’ (BPSD). Hierbij worden een aantal bevindingen uit de literatuur bevestigd, zoals de soms dwingende vraag van de verpleegkundige staf aan de artsen naar medicatie, het niet toegepast worden van niet-medicamenteuze maatregelen omwille van ongelof over hun werkingen of omwille van praktische beperkingen en de belangrijke rol van mantelzorgers [4–9]. Voortbouwend op het reeds gekende, tracht het onderzoek meer diepgang en nuance te brengen en zeker betreffende de opstart en het chronisch worden van medicatie zijn een aantal nieuwigheden naar voren gekomen.

De vraag naar en de opstart van medicatie gebeurt in een acute setting. Een incident zoals een fugue of een moment van al dan niet fysieke agressie schudt het behandelende team wakker en drukt hen met de neus op de feiten. Het gestelde gedrag is niet onlogisch, maar volgt op een verandering in de leefwereld van de bewoner. In eerste plaats is dit de opname in het woonzorgcentrum zelf. Er komen in de interviews geen initiatieven naar voren om werk te maken van een niet-medicamenteuze, preventieve aanpak om dit acute moment voor te zijn, weze het vanaf de opname of in de aanloop daar naartoe.

Wat betreft de reden waarom de medicatie wordt gestart zijn kwaliteit van zorg en het vermijden van lijden achtingswaardige doelen, maar de vraag kan gesteld worden wat de ondervraagden hieronder verstaan: dat men rustig is, desnoods met medicatie die vaak te beschouwen is als een vorm van chemische fixatie? Hieraan gekoppeld is het onduidelijk wat men verstaat onder ‘lijden’ en ‘storend gedrag’. Storend voor wie: de resident, de medebewoner, het personeel of de familie? De algemene attitude en zorgcultuur van de instelling kan hier een doorslaggevende rol spelen. De gerapporteerde data laten hieromtrent geen grondige analyse toe, maar een sterke indruk ontstond bij de lectuur dat er zelfs tussen deze drie instellingen van dezelfde organisatie op dit vlak al verschillen voelbaar zijn. Een update van het Phebe onderzoek in een beperkte regio toonde dat zelfs binnen één regio de verschillen tussen woonzorgcentra, wat medicatieverbruik betreft, zeer groot kunnen zijn [16].

Richtlijnen bevelen een niet-medicamenteuze aanpak aan, waarvan uit de literatuur blijkt dat deze op het veld niet goed gekend is, vooraleer bij onrust en agressie naar antipsychotica te grijpen. Verder vragen zij bij verdriet een gedegen diagnose van depressie te

stellen, alvorens medicatie hiervoor te starten. In de acute setting wordt hier echter aan voorbij gegaan. Er heerst bij de ondervraagden een besef dat geneesmiddelen BPSD niet volledig kunnen oplossen en dit wordt ook niet verwacht, maar wanneer het probleem zich opdringt wordt er toch gestart vanuit de gedachte dat op dat ogenblik de voordelen groter zijn dan de nadelen. Het ‘geloof’ dat deze professionelen hebben in de meerwaarde van psychofarmaca, wat dan ook verder afstraalt op de familie en het gebrek aan vertrouwen en kennis met de niet-farmacologische strategieën is verbazend in een omgeving waar veel documenten, rapporten en adviezen rond deze materie werden gepubliceerd. De vraag is dan ook waarom deze kennis en vaardigheden onvoldoende worden geïmplementeerd op het werkveld. Mogelijk is hiervoor meer aandacht nodig tijdens de basisopleiding en de professionele ontwikkeling. Het is bekend dat de implementatie van evidence-based materiaal een moeizaam proces is, maar misschien spelen beleidsmatige elementen zoals bestafing ook een rol [17]. De niet-medicamenteuze strategieën vergen veel inzet en tijd van personeel. In een Europees vergelijkend onderzoek bleek dat de Belgische instellingen, samen met de Spaanse, zwaar onderbemand zijn [18]. Ander onderzoek toonde aan dat er een verband is tussen antipsychoticagebruik en bestafing, naast andere karakteristieken van de instellingen [19, 20].

Het is evenwel zo dat er bij BPSD een gemis is aan goede behandelingsstrategieën. Want ook voor de niet-medicamenteuze alternatieven is de evidentie schaars. Van de vele mogelijkheden die reeds geprobeerd zijn, kon het KCE er slechts vier aanbevelen waarvan maar twee gericht op de bewoner en de vraag stellen of zij implementeerbaar zijn in de acute setting is niet altijd onterecht. Of een gestandaardiseerde behandeling zelfs maar mogelijk is voor elke bewoner met BPSD blijft eveneens een open vraag. Aangezien ook uit de interviews blijkt dat daar waar een oplossing gevonden wordt, deze steeds vertrekt vanuit de unieke leefwereld van de bewoner.

Gelijklopend met andere studies, worden ook in deze groep te weinig pogingen ondernomen om de medicatie, eens gegevens, opnieuw af te bouwen. Men is blij dat het gedrag beter onder controle is en zolang de bewoner geen zichtbare nevenwerkingen vertoont, wijzigt er weinig tot niets. Dit wijst op twee dingen. Ten eerste ontstaat er een dynamiek tussen de werking van het geneesmiddel op het gedrag en de zichtbare nevenwerkingen bij de bewoner. Niet zichtbare risico’s zoals een verhoogde kans op oa. beroerte en QT-verlenging worden niet in rekening gebracht en een verandering van het behandelende team lijkt deze dynamiek te bevriezen. Ten tweede mist men de kans om tijdens deze periode van relatieve stabiliteit werk te maken van niet-medicamenteuze maatregelen om herhal in hetzelfde

gedrag te voorkomen en de nood aan medicatie te verminderen.

Een markant gegeven is dat noch de arts, noch de verpleegkundige voor zichzelf een rol ziet om het gebruik van psychofarmaca op te volgen of het initiatief te nemen het gebruik ervan in vraag te stellen. De artsen laten hun professionele autonomie, namelijk zelf beslissingen nemen rond het voorschrift, over aan anderen. Dit is in tegenspraak met de heersende cultuur en opvattingen daaromtrent en vergt nader onderzoek.

Een aantal suggesties kunnen gedaan worden om de vastgestelde problemen weg te werken. Vooreerst moet werk gemaakt worden van duidelijke werkafspraken rond het proces van voorschrijven en monitoren van medicatie in het algemeen en psychofarmaca in het bijzonder. Sinds 2014 wordt actief werk gemaakt van het 'Medisch Farmaceutisch Overleg' in de woonzorgcentra, dat daarbij een rol kan spelen. De gegevens uit evidence-based materiaal en de ontwikkelde richtlijnen moeten dringend worden geïmplementeerd door een samenspel van strategieën zoals opleiding, peer review, kwaliteitscontrole, zorgplannen en overleg. Er kan ook sterk ingezet worden op betere diagnostiek en beoordeling van residenten: De diagnostiek van dementie moet scherper en eenduidiger zijn en 'het hebben van verdriet' mag niet gelijkgesteld worden met de diagnose depressie. De beslissing van de Belgische overheid om een gestandaardiseerde evaluatieprocedure in te voeren, met name de Belrai, kan hier een belangrijke rol in spelen. De Belrai is de voor België gevalideerde versie van de MDS/Interrai tool dat op een gestructureerde manier de zorgbehoefte en klinische aandachtspunten van residenten inventariseert [21]. Dit hulpmiddel bevordert een multidisciplinaire en holistische aanpak van een bewoner met of zonder BPSD. De beslissing deze over gans België in te voeren, maakt dat meer spelers bekend raken met dit instrument. Dit zou transmurale zorg moeten vergemakkelijken, hetgeen ook in deze studie een pijnpunt was.

Vergelijking met gelijkaardige (inter)nationale studies

De resultaten van deze studie zijn in lijn met die van een ander kwalitatief onderzoek bij huisartsen in Vlaanderen, dat in dezelfde periode werd uitgevoerd door een andere onderzoeksploeg, met name: Er is onvoldoende kennis van niet farmacologische strategieën, de neveneffecten van de medicatie worden minimaal ingeschat en de angst voor heropflakking van de symptomen bij het stoppen van de medicatie ligt aan de basis van chronisch gebruik van psychofarmaca in het woonzorgcentrum [8]. Het gelijklopende van de resultaten van twee onafhankelijke onderzoeken in eenzelfde periode in eenzelfde gewest rond twee universiteitssteden, Leuven en Gent, versterkt de relevantie van deze resultaten. Deze studie levert dan ook een wezenlijke

bijdrage aan de bevestiging van de empirisch verworven inzichten. De resultaten ondersteunen de oproep om dringend werk te maken van opleiding en vooral aanpassing van de zorgcultuur aan de op evidentie gebaseerde inzichten. Hierbij zijn patiënt georiënteerde zorg en processen als 'shared decision making' belangrijke uitgangspunten. Het onderzoek maakt ook duidelijk dat de denkplaatse van de Vlaamse en Belgische overheden om huisartsen verantwoordelijk te stellen voor het voorschrijfgedrag en desnoods daarvoor te penaliseren, niet het gewenste resultaat zou opleveren: de mechanismen zijn te complex om ze eenzijdig aan het handelen van artsen toe te schrijven.

Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Ondanks de beperkte onderzoeksgroep is dit een van de weinige studies die trachtte een inzicht te krijgen in de mechanismen rond psychofarmacagebruik in Vlaamse woonzorgcentra. Deze studie had als doel een diepe en grondige exploratie te maken van een zeer frequent probleem. De analyse gebeurde aan de hand van de QUAGOL, hetgeen een systematische en goed beschreven methode is. De voornaamste beperkingen van het onderzoek liggen in de kwaliteit van de interviews zelf. Ten eerste waren er twee bewoners geïncludeerd waar de gedragsproblemen volgens de geïnterviewden geen gevolg waren van dementie, ondanks dat de diagnose van dementie een inclusiecriteria was in de originele studie. Hierbij betrof het enerzijds één bewoner met nierfunctiestoornissen die hierdoor hallucinaties en wanen ervaarde en anderzijds één bewoner met een persoonlijkheidsstoornis. De vraag stelt zich of het zinvol is deze interviews te weerhouden voor de bespreking van BPSD en het spreekt voor zich dat deze problemen een eigen aanpak vereisen. Dit neemt niet weg dat de omgang met deze bewoners dezelfde grote lijnen volgde als met de rest van de geïncludeerde residenten. Een tweede beperking was dat meer dan de helft van de interviews onvolledig was en dat hetzij de arts, hetzij de familie niet deelgenomen heeft aan het onderzoek. Een derde beperking is dat hoewel er zeventwintig interviews werden afgenomen, dit slechts elf bewoners betrof. Er wordt in het oorspronkelijke werk niet gesproken van data saturatie en het is ook te verwachten dat de groep van personen met een vorm van dementie in de woonzorgcentra veel diverser is dan met dit onderzoek kan worden aangetoond. Ook werd een bewoner wel betrokken bij het proefdraaien van de vragenlijsten, terwijl bij het eigenlijke afnemen van de interviews geen bewoners ondervraagd werden. Ten vijfde werd er weinig informatie ingewonnen rond de motivaties en drempels voor het stoppen van medicatie zodat hierover geen conclusies konden worden getrokken, dit ondanks dat dit wel een belangrijk criterium was in de opgestelde vragenlijsten en zelfs deel uitmaakt van de oorspronkelijke onderzoeksvraag. Tot

slot stelt de vraag zich of en, indien zo, in welke mate de deelnemers van de studie zich verplicht voelden sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Aanzet tot verder onderzoek

Zoals hierboven aangegeven, geeft dit onderzoek onvoldoende inzicht in de motivaties en drempels om te stoppen met medicatie bij patiënten met dementie. Meer en specifiek onderzoek is noodzakelijk om algemeen geldende conclusies te kunnen trekken. Op basis van deze resultaten kan een kwantitatieve survey meer inzicht brengen betreffende de relevantie en extrapolatiebaarheid van deze resultaten. Belangrijk is na te gaan of de introductie van de Belrai hier een meerwaarde zou kunnen bieden. Op basis van het resultaat van deze studie moet de hypothese onderzocht worden dat het tot stand komen van een voorschrift voor psychofarmaca en de verderzetting ervan gestuurd worden door een dynamisch proces tussen professionelen. De vraag stelt zich welke elementen in dit proces een rol spelen en wat die rol dan precies is. Tot slot is

meer doorgedreven onderzoek van niet-medicamenteuze benaderingen wenselijk om klinici meer handvatten aan te reiken bij de aanpak van BPSD, wanneer het zich stelt.

Algemene conclusie

Het chronisch gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra is geen statisch, maar een complex en dynamisch gegeven waarbij gezocht wordt naar een evenwicht tussen zichtbare nevenwerkingen en baten. Verpleegkundigen spelen hierin een belangrijke rol terwijl artsen mogelijk een meer actieve rol moeten opnemen in de indicatiestelling en monitoring van psychofarmaca. Afbouw van psychofarmaca alsook niet-farmacologische alternatieven blijven belangrijke aandachtspunten voor artsen en verpleegkundigen in de woonzorgcentra. Opleiding, aanpassingen van de praktijkrichtlijnen, gedegen onderzoek, verdere professionalisering en beleidsmatige elementen kunnen in een complex samenspel voor verandering zorgen.

Literatuur

- Gillis O, Verniest V. Geneesmiddelengebruik in rusthuizen. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen. *CM informatie*. 2011;245:11–9.
- Karakaya G, Huyghebaert C, Macken E. Onderzoekstudie over het verbruik van geneesmiddelen in rusthuizen. *Dienst Studies & Strategie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen* 2011. <http://www.mloz.be/files/maisonreposit17062014.pdf>. Geraadpleegd op: 18.06.2014.
- Bourgeois J, Elseviers MM, Bortel L van, Petrovic M, Vander Stichele RH. The use of antidepressants in Belgian nursing homes: focus on indications and dosages in the PHEBE study. *Drugs Aging*. 2012;29(9):759–69.
- Wood-Mitchell A, James IA, Waterworth A, Swann A, Ballard C. Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age Ageing*. 2008;37(5):547–52. doi:10.1093/ageing/afn135.
- Cornegé-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CM, Marum RJ van. Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(1):80.e1–80.e6. doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004.
- Azermai M, Vander Stichele R, Elseviers M, Rompaey K van, D'Hont H. Barriers of antipsychotic discontinuation among older adults: a focus group discussion study. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(suppl. 1):S263–S263.
- Iden KR, Hjørleifsson S, Ruths S. Treatment decisions on antidepressants in nursing homes: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(4):252–6. doi:10.3109/02813432.2011.628240.
- Govaert H, Declercq T, Christiaens T, Bogaert H. Antipsychotica bij ouderen met dementie in woonzorgcentra: redenen voor opstarten, duur van het gebruik en drempels voor stoppen van deze medicijnen. *Huisarts Nu*. 2016;45(2):79–83.
- Dendoncker F, Declercq T, Christiaens T. Antipsychotica in woonzorgcentra: effect van een informatiemoment voor huisartsen en verpleegkundigen op het gebruik en voorschrijven van deze medicatie. *Masterthesis, Universiteit Gent*; 2015.
- Moll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet*. 2012;55(7):306–17.
- NICE. NICE clinical guideline 42 Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care 2006. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>. Geraadpleegd op: 01.03.2015.
- NVVA. Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008. Utrecht: Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso); 2008.
- Vander Stichele RH, de Voorde C van, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M. et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 47A (D/2006/10.273/61).
- Peeters M, De Lepeleire J, Craenen J. Psychofarmaca in de woonzorgcentra: de ene stopt niet wat de andere

- start. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde; 2012.
15. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):360–71. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012).
 16. Soogen P, Dilles T, Elseviers M. Het huidige geneesmiddelenbeleid in Vlaamse Woonzorgcentra en de evolutie ten opzichte van vijf jaar geleden: Universiteit Antwerpen; 2011.
 17. Fernandez A, Sturmberg J, Lukersmith S, Madden R, Torkfar G, Colagiuri R, Salvador-Carulla L. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? *Health Res Policy Syst*. 2015;13:66. doi:[10.1186/s12961-015-0057-0](https://doi.org/10.1186/s12961-015-0057-0).
 18. Baeyens J, Closon M. Differences in nurse (aid) staffing in acute geriatric departments in general hospitals in Europe. *Eur Geriatr Med*. 2010;1(5):320–2.
 19. Shorr RI, Fought RL, Ray WA. Changes in antipsychotic drug use in nursing homes during implementation of the OBRA-87 regulations. *JAMA*. 1994;271(5):358–62.
 20. Elseviers MM, Vander Stichele RR, Bortel L van. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(10):1041–8.
 21. interRAI. [interRAI.org](http://interrai.org/welcome.html) 2016. <http://interrai.org/welcome.html>. Geraadpleegd op: 14.12.2016.