



PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8571

De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen

6 juli 2011

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

In de laatste 10 jaar is de prevalentie van psychiatrische problemen in de Belgische populatie niet gestegen, maar de consumptie van psychofarmaca stijgt ondanks de campagne rond het gebruik van benzodiazepines.

Vanuit de FOD Volksgezondheid (DG 1 – Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen) kwam een vraag voor de Hoge gezondheidsraad (HGR) om de mogelijke en ongewenste effecten na te gaan van benzodiazepines op de gezondheid van ouderen en in het bijzonder met betrekking op dementie. Als gevolg van deze aanvraag wees de Hoge Gezondheidsraad (HGR) op de rol van andere psychotrope farmaca ander dan de benzodiazepines, zoals antidepressiva en antipsychotica, en vraagt een uitbreiding van het onderzoekerrein: om niet allen de rol van de benzodiazepines maar ook die van de antidepressiva en antipsychotica aan te snijden. Hierbij is gekeken naar het rationeel voorschrijven hiervan in de algemene populatie, met een speciale focus op ouderen, en in het bijzonder in de Woon- en Zorgcentra (WZC).

De HGR was vertrouwd met enkele verontrustende rapporten van de laatste jaren in België: de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), (2004 en 2008), Farmanet, het PHEBE rapport (KCE, 2006), de cijfers en rapporten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), studies van de Socialistische (2006) en van de Christelijke Mutualiteiten (2008), de Consensusconferenties over antidepressiva (2006 en 2007), alsook de recente visietekst van de werkgroep Metaforum (2010). Ook internationaal maakt men zich zorgen over de overconsumptie van psychotrope farmaca, vooral bij patiënten met dementie (NHS, 2009).

Het unieke van dit advies bestaat erin dat er een bundeling gebeurt betreffende het rationeel voorschrijven van de drie grootste groepen psychofarmaca (benzodiazepines en aanverwanten, antidepressiva en antipsychotica) en dit vooral bij ouderen, in of buiten de WoonZorgcentra. Het toepassen van deze aanbevelingen kan de overconsumptie van deze psychofarmaca drastisch doen dalen, met als gevolg een toename van de gezondheid van de oudere populatie en een significante besparing voor de patiënt en het RIZIV. Aan dit alles worden aanbevelingen gekoppeld die de strategie uitwerken om tot de realisatie te komen van dit rationeel voorschrijfgedrag.

De HGR heeft geprobeerd een antwoord te vinden op de volgende vragen:

- A. Wat is de epidemiologie van deze problematiek van psychofarmaca: hoe is het verbruik, wie zijn de gebruikers, wat zijn de kosten voor het RIZIV en de patiënt?
- B. Welke factoren beïnvloeden het voorschrijfgedrag?
- C. Wat is rationeel voorschrijven van psychofarmaca, en dan vooral bij ouderen: zijn deze psychofarmaca doeltreffend? Welke zijn hun ongewenste effecten? Welke zijn de juiste indicaties, de duur van toediening en de mogelijkheden van afbouw?
- D. Welke zijn de wetenschappelijke conclusies voor deze drie categorieën van psychofarmaca?
- E. Welke aanbevelingen kunnen aan de bevoegde overheid voor deze materie gegeven worden?

Om een advies te kunnen geven over de impact van psychofarmaca op de gezondheid in het algemeen met een bijzondere aandacht voor ouderen werd er een ad-hoc werkgroep opgericht, bestaande uit deskundigen in de volgende disciplines: psychiatrie, psychologie, geriatrie, farmacologie, farmacie en huisartsgeneeskunde. Het advies berust op de resultaten uit de wetenschappelijke literatuur en het oordeel van de experts

2. SAMENVATTING VAN HET ADVIES

A. Epidemiologie

- Uit de gezondheidsenquête 2008 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat in België 15% van de personen van 15 jaar en ouder naar eigen zeggen in de afgelopen twee weken psychofarmaca genomen hebben: 9 % nam een slaapmiddel, 7% een kalmeermiddel en 6 % een antidepressivum. Het gebruik neemt toe volgens de leeftijd: van 3 % in de jongste tot 36 % in de oudste leeftijdscategorieën.

- Uit het PHEBE - project blijkt dat het chronische gebruik van psychotrope middelen in Woon- en Zorgcentra (WZC) erg hoog is: 68 % van de residenten neemt een benzodiazepine en/of een antipsychoticum, 52% een benzodiazepine, 46 % een antidepressivum en 33 % een antipsychoticum.

- Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het aantal voorgeschreven antidepressiva gestegen is van 100 miljoen *Defined Daily Dose* (DDD) in 1997 naar 250 miljoen DDD in 2008. Dit is meer dan een verdubbeling op 10 jaar tijd. Voor het RIZIV betekende dit een kostenstijging van 60 miljoen euro in 1997 naar 150 miljoen euro in 2008.

- Nog uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het aantal DDD voor antipsychotica van 1997 tot 2008 gestegen is van 20 miljoen naar 37 miljoen. De globale kostprijs is in diezelfde periode gestegen van 18 miljoen euro naar 95 miljoen euro: een verviervoudiging die vooral te maken heeft met het hoger gebruik van de nieuwere, maar veel duurder atypische antipsychotica. In 1997 bestond het aantal voorschriften voor antipsychotica slechts voor 10 % uit atypische antipsychotica, terwijl dit in 2008 65 % was.

- Hetzelfde RIZIV-rapport geeft tevens een overzicht van het gebruik van de benzodiazepines op basis van *International Medical Statistics* (IMS) gegevens, gezien hierover geen Farmanetgegevens voorhanden zijn. In 1998 werden er ongeveer 14 miljoen verpakkingen verkocht; dit steeg tot bijna 16 miljoen in 2004-2005 en daalde daarna lichtjes, maar het aantal verpakkingen bedroeg in 2009 nog steeds meer dan 15 miljoen. Dit betekent een totale kostprijs (voor de patiënt) van ongeveer 120 miljoen euro in 2009.

Waarschijnlijk is het dankzij de campagnes voor rationeel voorschrijven van benzodiazepines dat er een (niet- significante) daling was in het totaal aantal verkochte verpakkingen. Daarentegen is het aantal voorschriften voor antidepressiva in het afgelopen decennium meer dan verdubbeld en ligt het aantal voorschriften voor antipsychotica bijna twee keer zo hoog als 10 jaar geleden.

Verontrustend is het feit dat spijs de campagne rond benzodiazepines, België nog steeds de wereldkoploper is qua globaal gebruik. In de periode 2006-2008 gebruikten we 15 % meer slaap- en kalmeermiddelen dan de tweede in de rij (Frankrijk), ongeveer 3 keer meer dan Groot-Brittannië, Nederland en Duitsland en 5 keer meer dan Noorwegen. (INCB,2009)

B. Factoren die het gebruik van psychofarmaca doen toenemen

Bij de vaststelling dat het gebruik van psychofarmaca verontrustend stijgt, kan men onmiddellijk de vraag stellen of de prevalentie van psychiatrische stoornissen in dezelfde mate is toegenomen. Het werk van Kessler (2005 in de USA) zocht een antwoord op deze vraag: een vergelijking van de prevalentie van psychiatrische stoornissen in 1990-1992 met de periode 2001-2003 wees er op dat er geen objectieve toename was van het aantal psychiatrische ziektebeelden, maar wel een toename van de hulpvraag.

Daarom is het van belang na te gaan welke factoren een invloed hebben op dit voorschrijfgedrag.

Eén van de besluiten is dat artsen het moeilijk hebben om met dergelijke hulpvragen om te gaan. Zij vangen dagelijks de toenemende spanningen op die onze moderne samenleving kenmerkt: prestatiedruk op school en werk versus werkloosheid en toenemende armoede. Dit gaat gepaard met afkalving van de sociale structuren (Metaforum 2010). Eerste gebruikers maximaliseren hun problemen en de artsen voelen zich erdoor overrompeld en ze willen hun patiënt helpen. Het tekort aan vaardigheden om een niet-medicamenteuze aanpak naar voor te schuiven, drijft artsen naar een eerste voorschrift (Anthierens 2007). Daarnaast is er het feit dat de niet-medicamenteuze aanpak niet zo vlug werkt als de medicamenteuze: dit is soms een reden voor de voorschrijver om een geneesmiddel voor te schrijven.

Daarnaast zijn er nog talloze andere factoren, zoals de kwaliteit van de opleiding en de navorming, de populatiekenmerken en de setting van de praktijk. In België is er daarbij nog steeds de betaling per prestatie: de meeste ons omringende landen hebben een forfaitair of gemengd systeem: dit vermindert de druk op de artsen om vlug geneesmiddelen voor te schrijven. Tenslotte is er in België nog steeds een grote invloed van de farmaceutische industrie met ondermeer een hoog aantal medische vertegenwoordigers per arts: de negatieve invloed op het voorschrijfgedrag is hiervan aangetoond (Wazana, 2000). De HGR heeft hier geen verder onderzoek over verricht.

C. Rationeel voorschrijven vooral bij ouderen

Geconfronteerd met deze verontrustende cijfers, heeft de Hoge Gezondheidsraad een wetenschappelijke analyse uitgevoerd over drie grote groepen psychofarmaca: benzodiazepines en aanverwanten, antidepressiva en antipsychotica. Hierbij werden telkens antwoorden gezocht op drie vragen.

- Wat zijn de juiste indicaties, de juiste duur van voorschrijven en de mogelijke kansen op afbouw?
- Wat is de weerslag op en eventueel het gevaar voor de volksgezondheid?
- Wat zijn de niet-medicamenteuze alternatieven en randvoorwaarden om tot een beter voorschrijfgedrag te komen? (zie D)

D. Conclusies

Wat betreft de analyse van het rationele voorschrift van psychofarmaca, voornamelijk voor ouderen, kunnen de volgende conclusies getrokken worden uit Belgisch, internationale aanbevelingen en uit de recente wetenschappelijke literatuur:

1° De hoge voorschrijfcijfers zijn niet in overeenstemming met de recente wetenschappelijke evidentie en richtlijnen omtrent de indicaties voor het opstarten van psychofarmaca, de werkzaamheid van niet-medicamenteuze alternatieven en de beperkte tijdsduur waarvoor deze medicatie in de regel gegeven dient te worden (bij slapeloosheid, angst, stress, acute depressie en agressiviteit).

2° Deze gegevens betekenen een probleem voor de volksgezondheid en vooral voor de gezondheid van ouderen. Paradoxaal genoeg worden deze middelen vooral voorgeschreven bij ouderen, terwijl zij juist gevoeliger zijn voor de ongewenste effecten, die de symptomen van dementie kunnen versterken en de diagnose nog moeilijker maken. Niet alleen de morbiditeit maar ook de mortaliteit is verhoogd bij ouderen met dementie die antipsychotica nemen.

3° Het overmatig gebruik van antidepressiva en antipsychotica door ouderen zorgt voor zeer hoge kosten in de ziekteverzekering. Benzodiazepines worden niet terugbetaald: de kost wordt volledig gedragen door de patiënt.

Het probleem in België is dus driedelig: deze drie groepen van psychofarmaca worden te vlug voorgeschreven; als ze voorgeschreven worden, gebeurt dit meestal (onterecht) voor onbepaalde duur en bij langdurige gebruikers wordt er zelden een poging gedaan om ze uiteindelijk toch af te bouwen.

E. Adviezen om de zorgwekkende evolutie in goede banen te leiden

De Hoge Gezondheidsraad is er van overtuigd dat het gaat om een zorgwekkende evolutie, met een ernstige weerslag op de volksgezondheid.

De drie groepen van psychofarmaca worden enkel op medisch voorschrift afgeleverd: de eerste reeks maatregelen dient zich dus tot de artsen te richten. Maar een optimale aanpak vraagt ook een aantal randvoorwaarden: deze zijn zelfs '*conditiones sine qua non*' voor het welslagen van de voorgestelde maatregelen.

1. De campagne omtrent benzodiazepines in het kader van het Federaal Fonds ter bestrijding van de verslavingen in samenwerking met de Federaal Overheidsdiensten (FOD) Volksgezondheid, dient voortgezet maar ook uitgebreid te worden tot het rationele voorschrijven van antidepressiva en antipsychotica. Hierbij spelen ook de apothekers en de andere gezondheidswerkers een belangrijke rol in de ondersteuning van het beleid van de arts. Ten slotte dienen ook de patiënten als doelgroep betrokken te worden bij de campagne: patiëntenverenigingen en verzekeringsinstellingen.

Parallel hiermee dienen ook de specialisten in ziekenhuizen nascholing te krijgen over deze materie. Opname in een ziekenhuis verhoogt het risico dat er een behandeling met een benzodiazepine wordt opgestart, maar er wordt vooral dikwijls vergeten de toediening na de nodige tijd te stoppen. De medisch-farmaceutische comités kunnen hier een belangrijke rol spelen.

De kern van de boodschap is driedelig: de indicatie van deze drie psychofarmaca dient strikt te worden gesteld, waarbij de niet-medicamenteuze aanpak in de meeste gevallen de voorkeur krijgt; de duur van de toediening dient in de regel beperkt in de tijd en waar mogelijk dienen deze drie psychofarmaca bij chronische gebruikers afgebouwd te worden.

2. Huisartsen en apothekers dienen incentives te krijgen voor het volgen van training in de niet-medicamenteuze aanpak. Hierbij kan het accrediteringssysteem een rol spelen. De raadplegingen door huisartsen gebaseerd op een niet medicamenteuze aanpak moeten ook op financieel vlak gevaloriseerd worden omdat ze vaak langer duren dan een gewone raadpleging.

3. Artsen dienen *feedback* te krijgen over hun voorschrijfgedrag i.v.m. psychofarmaca. Artsen waarvan het voorschrijfprofiel duidelijk afwijkt, dienen ter verantwoording geroepen te worden.

Een basisvoorwaarde om deze doelstelling te bereiken, is de nauwgezette registratie van de voorschrijfcijfers. Voor de antidepressiva en antipsychotica (terugbetaalde geneesmiddelen) zijn de gegevens beschikbaar via Farmanet. Voor de benzodiazepines die niet terugbetaald worden, dient de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) (eventueel IMS) te worden aangesproken.

4. Er dient naar gestreefd te worden dat er ook verpakkingen van benzodiazepines van niet meer dan 10 tabletten beschikbaar zijn. Een regeling hiervoor wordt uitgewerkt in de Geneesmiddelencommissie.

5. In de WZC dient meer nadruk gelegd te worden op de opleiding en de uitbreiding van de bestaande. Uit enkele studies blijkt een verband tussen de reductie van het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines enerzijds en de versterking van de bestaande anderzijds. In de WZC van het Verenigd Koninkrijk kon op die manier het aantal voorschriften voor antipsychotica gehalveerd worden. Aansluitend hierbij wordt gepleit voor gerichte opleiding van verpleegkundigen/paramedici van WZC tot referentiepersoon psychosociale zorg. Andere mogelijke initiatieven zijn de invoering van klinisch psychologen in WZC zoals bijvoorbeeld in Nederland.

6. Het gebruik van het WZC Formularium dient intensiever gepromoot, met o.a. bijkomende trainingen voor de huisartsen die in een WZC werken. Hierbij dient vermeld dat de rol van de Coördinerende en Raadgevende Arts (CRA) dient versterkt te worden. Hierbij kan gedacht worden aan incentives voor WZC die een positief effect van hun kwaliteitsplan rond psychofarmacagebruik voorleggen.

7. Meer middelen dienen te gaan naar de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ) zodat de wachtlijsten weggewerkt worden. Hierbij is het van belang bestaande samenwerkingsprojecten te stimuleren zoals "Therapeutisch Project Zorg", waarbij WZC een beroep kunnen doen op de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg voor bijstand aan het personeel en patiënten.

8. De erkenning van de klinische psychotherapeuten dient gerealiseerd zodat onder meer de terugbetaling van hun prestaties overwogen kan worden.

9. In dit kader pleit de werkgroep voor het opstarten van onafhankelijke studies omtrent de evaluatie van de niet-medicamenteuze aanpak door artsen en andere gezondheidswerkers, naast epidemiologische studies en diagnosestelling van psychiatrische aandoeningen, en dit in het bijzonder in de WZC.

10. Naar analogie met de geslaagde campagne van het *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC) is het aangewezen een Stuurgroep "Verantwoord Gebruik Psychotrope Farmaca" op te richten met geriateren, psychiaters, psychologen, neurologen, farmacologen, apothekers en huisartsen en aangevuld met stafleden van de universitaire huisartsencentra, wetenschappelijke verenigingen en ook van Crataegus/Aframeco (Nederlandse en Franse vereniging van coördinerende en raadgevende artsen in WCZ).

De overheid dient middelen en mensen te voorzien om deze doelstellingen waar te maken. BAPCOC heeft bewezen dat de kwaliteit van de volksgezondheid significant verhoogd kan worden (bv. de resistentie t.o.v. antibiotica verlaagt). Daarenboven kan daardoor het nu zeer hoge budget voor psychofarmaca beduidend verminderd worden. Aangezien het hierbij in hoofdzaak over een problematiek van chronisch gebruik gaat (in tegenstelling tot de antibiotica), zal men pas op langere termijn een merkbare verbetering in het voorschrijfgedrag mogen verwachten.

3. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Lijst van de gebruikte afkortingen

ACE Inhibitor	:	<i>Angiotensine converting enzym inhibitor</i>
APB	:	Algemene Pharmaceutische Bond
BAPCOC	:	<i>Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee</i>
BCFI	:	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
CGGZ	:	Centrum voor Geestelijke GezondheidsZorg
CGT	:	Cognitieve Gedragstherapie
CRA	:	Coördinerende en Raadgevende Arts
DDD	:	<i>Defined Daily Dose</i>
DSM IV	:	<i>Diagnostic Statistical Manual IV</i>
DTB	:	<i>Drug and Therapeutics Bulletin</i>
EBM	:	<i>Evidence Based Medicine</i>
FAGG	:	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FDA	:	<i>Food and Drug Administration</i>
FOD	:	Federale Overheidsdienst
GEBU	:	Geneesmiddelenbulletin
GGR	:	Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium
HGR	:	Hoge Gezondheidsraad
IMS	:	<i>International Medical Statistics</i>
KCE	:	Kenniscentrum voor Gezondheidszorg
LOK	:	Locale Kwaliteitskring
o.a.	:	Onder andere
PHEBE	:	<i>Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium</i>
PICO	:	<i>Patient, Intervention, Control and Outcome</i>
QT	:	Electrocardiogram repolarisatie interval
RCT	:	<i>Randomized Controlled Trial</i>
RIZIV	:	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RVT	:	Rust- en verzorgingstehuis (zie ook WZC)
SSRI	:	<i>Selective Serotonin reuptake inhibitors</i>
TCA	:	Tricyclische antidepressiva
VVVL	:	Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
WZC	:	Woon- en Zorgcentra (andere benaming voor RVT)
WIV	:	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

3.1 Uitwerking

Vanuit de FOD Volksgezondheid (DG 1) werd aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om de mogelijke effecten na te gaan van benzodiazepines op de gezondheid van ouderen, en dit met bijzondere aandacht voor dementie.

De HGR vond dit een relevante vraag, maar stelde vast dat naast benzodiazepines, ook antidepressiva en antipsychotica van belang zijn en dat deze drie groepen van farmaca reeds gebruikt worden bij jongeren, maar vooral bij volwassenen en ouderen. Daarom werd gevraagd om de problematiek open te trekken naar het gebruik van benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica in de populatie, met speciale aandacht voor ouderen en in het bijzonder voor de WZC.

De HGR was vertrouwd met enkele verontrustende rapporten van de laatste jaren in België: de gezondheidsenquêtes van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2004 (WIV, 2006) en 2008 (WIV, 2010), Farmanet (via RIZIV, 2008), het PHEBE- rapport van het Kenniscentrum (KCE, 2006), de cijfers en rapporten van het RIZIV (RIZIV, 2008), studies van de Socialistische (SM, 2006) en de Christelijke Mutualiteiten, (CM, 2008), de Consensusconferenties over antidepressiva van 2006 (RIZIV, 2006) en 2007 (RIZIV, 2007), alsook de recente visietekst van de werkgroep Metaforum (Casteels & al., 2010). Ook internationaal maakt men zich zorgen over de overconsumptie van medicatie en dan vooral bij patiënten met dementie (NHS, 2009).

De HGR nam zich voor om op basis van goed onderbouwde studies, een antwoord te vinden op enkele basisvragen:

- A. Wat is de epidemiologie van deze problematiek, hoe is het verbruik, wie zijn vooral de gebruikers en wat zijn de kosten voor het RIZIV en de patiënt?
- B. Welke factoren beïnvloeden dit gebruik?
- C. Wat is rationeel voorschrijven van psychofarmaca, vooral bij ouderen, en dit op basis van EBM: zijn ze actief? Welke ongewenste effecten hebben ze? Wat zijn de juiste indicaties, de duur van de toediening en de mogelijkheden tot afbouw?
- D. Welke zijn de wetenschappelijke conclusies voor de drie categorieën?
- E. Welke aanbevelingen kunnen gegeven worden aan de bevoegde overheid voor deze materie?

A. Epidemiologie

Uit de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van 2008 (WIV, 2010) blijkt dat in België 15% van de personen van 15 jaar en ouder naar eigen zeggen in de afgelopen 2 weken psychofarmaca genomen hebben: 9 % nam een slaapmiddel, 7% een kalmeermiddel en 6 % een antidepressivum. Het gebruik neemt toe volgens de leeftijd: van 3 % bij de jongste tot 36 % bij de oudste leeftijdscategorieën.

De hoge prevalentie bij ouderen wordt vooral verklaard door het gebruik van slaapmiddelen (door de oudere zelf als zodanig bestempeld): 28% heeft in de afgelopen weken een slaapmiddel gebruikt. Het zijn ook de ouderen die op grotere schaal kalmeermiddelen gebruiken (13%). Een afzonderlijke analyse van gegevens bij 65-plussers uit 2004 toonde aan dat het gebruik dubbel zo hoog ligt bij ouderen die in een instelling verblijven dan bij thuiswonenden (WIV, 2006).

- Uit het PHEBE - project (KCE, 2006) weten we dat het chronisch gebruik van psychotrope middelen in WZC erg hoog is: 68 % neemt een benzodiazepine of antipsychoticum, 52% een benzodiazepine, 46 % een antidepressivum en 33% een antipsychoticum. Gecombineerd gebruik van antidepressiva met antipsychotica of benzodiazepines wordt bij 25% van de bewoners vastgesteld.

- Uit cijfers van het RIZIV (RIZIV, 2008) blijkt dat het gebruik van antidepressiva gestegen is van 100 miljoen DDD in 1997 naar 250 miljoen DDD in 2008. Dit is meer dan een verdubbeling op 10 jaar tijd. Voor het RIZIV betekende dit een kostenstijging van 60 miljoen euro in 1997 naar 150 miljoen euro in 2008.

De prevalentie van majeure depressie wordt geschat op 5 à 8% (CM, 2008; Heyman & al., 2008), terwijl het gebruik van antidepressiva 13 % bedraagt.

Er is dus een verschil van 5 %: antidepressiva worden dus ook voor andere indicaties voorgeschreven (lichte depressie, angst, slaapstoornissen en neuropathische pijn). Huisartsen nemen 80 % van de voorschriften voor antidepressiva voor hun rekening.

- Uit gegevens van Farmanet (RIZIV) van 2004 tot 2007 blijkt dat 57 % van de patiënten de behandeling met antidepressiva stopt binnen de drie maanden en dat 27 % zelfs maar één verpakking neemt.

- De cijfers van het RIZIV (RIZIV, 2008) wijzen erop dat het aantal DDD voor antipsychotica van 1997 tot 2008 gestegen is van 20 miljoen naar 37 miljoen, maar dat de kostprijs in diezelfde periode gestegen is van 18 miljoen euro naar 95 miljoen euro: een verviervoudiging dus, die vooral te maken heeft met het hoger gebruik van de nieuwere, maar veel duurere atypische antipsychotica. In 1997 werd slechts in 10 % van de gevallen atypische antipsychotica voorgeschreven, terwijl dit in 2008 reeds 65 % was. De prevalentie van gebruikers van antipsychotica is 3,4 % in de totale populatie en we zien een exponentiële stijging bij ouderen (33 % in WZC) (KCE, 2006). Dit cijfer ligt dus onbegrijpelijk veel hoger dan de prevalentie van schizofrenie en aanverwante psychosen: dit bedraagt 0,6%. Dit is een merkwaardige vaststelling, gezien antipsychotica worden voorbehouden voor een psychose en deze gewoonlijk optreedt op de leeftijd van 16 tot 30 jaar. In bijna drie op de vier gevallen werd het antipsychoticum door een huisarts opgestart.

- Het RIZIV-rapport (RIZIV, 2008) geeft tevens een overzicht van het gebruik van benzodiazepines op basis van de IMS- gegevens, gezien hierover geen Farmanetgegevens voorhanden zijn. In 1998 werden er ongeveer 14 miljoen verpakkingen verkocht. Dit steeg tot bijna 16 miljoen in 2004-2005 en daalde daarna lichtjes, maar het aantal verpakkingen bedroeg in 2009 nog steeds meer dan 15 miljoen. Dit betekent een totale kostprijs (voor de patiënt) van ongeveer 120 miljoen euro in 2009.

Nochtans werden in het laatste decennium een viertal federale campagnes gevoerd omtrent het verantwoord voorschrijven en het gebruik van benzodiazepines. Er werden trainingen georganiseerd bij artsen en apothekers over de mogelijkheden van niet-medicamenteuze alternatieven bij slapeloosheid, angst en stress. Daarnaast werd campagne gevoerd voor de patiënten via onder meer folders en TV- spots. Een evaluatie via pre- en posttest van de laatste publiekscampagne (2009-2010) stelde een daling vast in het gebruik van benzodiazepines en sprak van een impactvolle campagne (VVVL- FOD, 2009).

Positief is het feit dat het aantal voorgeschreven benzodiazepines niet significant gestegen is in de laatste tien jaar en dit in tegenstelling tot de antidepressiva en antipsychotica: toch een positief effect van de campagne of eerder een verschuiving naar andere psychofarmaca?

Daarnaast is het aantal voorschriften voor antidepressiva in het afgelopen decennium meer dan verdubbeld en ligt het aantal voorschriften voor antipsychotica bijna twee maal zo hoog als 10 jaar geleden (RIZIV, 2008).

Verontrustend is het feit dat spijts de campagne rond benzodiazepines België nog steeds de koploper blijft qua globaal gebruik: in de periode 2006-2008 gebruikten we gemiddeld 15% meer slaap-en kalmeermiddelen dan de tweede in de rij (Frankrijk), 3 maal meer dan Groot Brittannië, Nederland en Duitsland en 5 keer meer dan Noorwegen (INCB, 2009).

B. Factoren die het hoge gebruik van psychofarmaca kunnen uitleggen

Bij de vaststelling dat het gebruik van psychofarmaca verontrustend stijgt, kan men onmiddellijk de vraag stellen of ook de prevalentie van psychiatrische stoornissen in dezelfde mate is toegenomen. Kessler (Kessler & al., 2005) in de USA zocht een antwoord op deze vraag: een vergelijking van de prevalentie van psychiatrische stoornissen in 1990-1992 met de periode 2001-2003 wees erop dat er geen objectieveerbare toename was van het aantal psychiatrische ziektebeelden, maar wel van de hulpvraag.

Daarom is het van belang na te gaan welke factoren inwerken op dit voorschrijfgedrag.

Eén van de besluiten van de HGR is dat artsen het moeilijk hebben om met deze hulpvragen om te gaan. Zij vangen dagelijks de toenemende spanningen op die onze moderne samenleving kenmerkt: prestatiedruk op school en werk, werkloosheid en toenemende armoede. Dit gaat gepaard met afkalving van de sociale structuren (Casteels & al., 2010). Eerste gebruikers maximaliseren hun problemen en de artsen voelen zich erdoor overrompeld. Anderzijds willen ze hun patiënt ook helpen. Het gebrek aan vaardigheden om een niet-medicamenteuze aanpak naar voor te schuiven, drijft artsen naar een eerste voorschrift (Anthierens & al., 2007). Daarbij komt nog dat de meeste psychofarmaca zoals benzodiazepines en antipsychotica een onmiddellijk effect hebben, in tegenstelling tot de niet-medicamenteuze therapieën: ook dat is een reden voor sommige artsen om te kiezen voor een geneesmiddel.

De HGR is van oordeel dat de randvoorwaarden zoals beschreven in bijlage 2 een belangrijke rol spelen, vooral in de WZC.

Er zijn patiëntgebonden factoren: chronische pijn, infecties, moeilijkheden met de aanpassing (rouw of herhaaldelijke hospitalisaties) of cognitieve achteruitgang. Schuldgevoelens bij de familie (plaatsing van de ouderen) kunnen leiden naar de vraag naar medicatie. Ook het personeel speelt een cruciale rol: de uurregelingen spelen de residenten soms parten (vroeg slaapuur). Daarbij spelen de opleiding en het gebrek aan personeel een significante rol (zie E).

Daarnaast zijn er nog talloze andere factoren zoals de kwaliteit van de opleiding en de navorming, de populatiekenmerken en de setting van de praktijk. In België is er daarbij nog steeds de betaling per prestatie: de meeste ons omringende landen hebben een forfaitair of gemengd systeem: dit vermindert de druk op de artsen om vlug geneesmiddelen voor te schrijven. Tenslotte is er in België nog steeds een grote invloed van de farmaceutische industrie, met ondermeer een hoog aantal medische vertegenwoordigers per arts: de negatieve invloed op het voorschrijfgedrag is hiervan aangetoond (Wazana, 2000). De HGR heeft hier geen verder literatuuronderzoek over verricht.

C. Rationeel voorschrijven van psychofarmaca, vooral bij ouderen

Geconfronteerd met de verontrustende cijfers, heeft de HGR een analyse uitgevoerd van drie groepen van psychofarmaca: benzodiazepines en aanverwanten, antidepressiva en antipsychotica. Hierbij werden telkens naar een antwoord gezocht op drie vragen:

- Wat zijn de juiste indicatie, de juiste duur van voorschrijven en de mogelijke kansen op afbouw?
- Wat is de weerslag op, en eventueel het gevaar voor de volksgezondheid?
- Wat zijn de niet-medicamenteuze alternatieven en randvoorwaarden om tot een beter voorschrijfgedrag te komen? (zie punt E. Adviezen)
- Polimediatie met risico op medicamenteuze interacties.

Gemeenschappelijk aan de drie groepen psychofarmaca is de speciale gevoeligheid van ouderen voor psychofarmaca (Bergeron & al., 2008; BCFI, 2010; Farmaka, 2010) (zie bijlage 1). Volgende factoren spelen een rol:

- farmacokinetische verschillen, zoals verminderde afbraak en excretie van geneesmiddelen;
- farmacodynamische verschillen: verhoogde gevoeligheid van de eindorganen, met ook risico van farmacodynamische interacties: verergering van de cognitieve stoornissen bij het slikken van meerdere psychofarmaca;
- comorbiditeit;

- problemen van therapietrouw met gevaar van onder- of overdosering.

C.1. Benzodiazepines en aanverwanten

C.1.1. Werkzaamheid

Het staat vast dat benzodiazepines en aanverwanten (Z-drugs) werkzaam zijn bij slapeloosheid (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; Declercq & al., 2005; Montgomery & Lily, 2008; Anonymus, 2004; Anonymus, 2005): zowel de duur van het slapen wordt verlengd (49 tot 61 minuten), als de inslaaptijd verkort (gemiddeld 14 minuten).

De werkzaamheid is echter maar onderbouwd voor de duur van een week en vermindert met de tijd.

Voor angst is de werkzaamheid ook onderbouwd voor een behandeling gedurende enkele weken (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; BCFI, 2004; McIntosh & al., 2004).

C.1.2. Ongewenste effecten in het bijzonder bij ouderen

- Reeds tientallen jaren zijn de ongewenste effecten van *benzodiazepines* bekend (BCFI, 2010): het gaat om verwardheid, overdreven sedatie, slaperigheid, geheugenstoornissen, concentratiestoornissen, *hangover*, paradoxale reacties, psychische en fysieke afhankelijkheid, dervingsverschijnselen na stoppen en mogelijke acute intoxicaties. Er is ook een myorelaxatie te vermelden.

Dit rapport wil de nadruk leggen op het feit dat deze ongewenste effecten nog frequenter en ernstiger zijn bij ouderen, alsook dat zij een mogelijke dementie kunnen accentueren en kunnen interfereren met de diagnostiek ervan.

Meerdere studies en rapporten van onafhankelijke bronnen beklemtonen het belang van deze problematiek bij ouderen. Dit is samengevat in het *Drugs and Therapeutic Bulletin* (Anonymus, 2004), waarvan een vertaling beschikbaar is in het Geneesmiddelenbulletin (Anonymus, 2005).

Het gaat bij ouderen meer speciaal om sedatie en cognitieve stoornissen die zich nog de dag na inname kunnen manifesteren, een grotere gevoeligheid aan de 'dempende' effecten op het centrale zenuwstelsel (Curran & al., 2003), een grotere kans op interactie met sederende geneesmiddelen en een grotere kans op paradoxale reacties, een gebrek aan motorische coördinatie met als gevolg grotere kans op vallen en fractures, zowel thuis als elders (Herings & al., 1995; Wang & al., 2001; Barbone & al., 1998), een grotere gevoeligheid, zelfs aan kleine dosissen (Farmaka, 2010), een grotere kans op anterograde amnesie (Verwey & al., 2005) en het bevorderen van urine-incontinentie, vooral bij benzodiazepines met langere werkingsduur (Landi & al., 2002).

De meeste van de hierboven opgesomde ongewenste effecten bij ouderen kunnen verkeerdelijk aanzien worden als symptomen van een beginnende dementie (Curran & al., 2003; Ashton 1995; Lader, 1999).

Over de *Z-drugs*, verwant aan de benzodiazepines, wordt in het "Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium" (BCFI, 2010) gesteld dat ze qua doeltreffendheid of veiligheid geen bewezen voordelen hebben ten opzichte van de benzodiazepines. Zij hebben daarbij nog het nadeel dat, in tegenstelling tot de benzodiazepines, een precies afbouwschema nog niet op punt staat (BCFI, 2010).

Het WZC- formularium (Farmaka, 2010) bevestigt dit advies en benadrukt dat er evenveel kans is op gewenning, alsook op risico om te vallen (heupfracturen) (Herings & al., 1995; Wang & al., 2001; Barbone & al., 1998). Er wordt in dat formularium dan ook geen niet-benzodiazepine geselecteerd. In de onafhankelijke literatuur is er dus een consensus dat de Z-drugs geen alternatief zijn voor de benzodiazepines.

Over de plaats van plantenextracten is er geen consensus. Er is onvoldoende onderzoek gebeurd en dan zeker bij ouderen. Zelfs over valerian is de werkzaamheid onvoldoende aangetoond, maar de ongewenste effecten zijn wel gekend: *hangover* bij overdosis en leverlijden (BCFI, 2010).

De plaats van melatonine bij slaapstoornissen is onvoldoende onderbouwd door gecontroleerd onderzoek en er zijn ook weinig gegevens over het veiligheidsprofiel (BCFI, 2010). De laatste jaren zijn enkele waardevolle onderzoeken gebeurd, vooral bij ouderen: maar er is nog geen voldoende bewijs om dit aan te bevelen, gezien er nog een gebrek bestaat aan vergelijkende studies met benzodiazepines en een niet –medicamenteuze aanpak (DTB, 2009).

C.1.3. Juiste indicatie

Bij slapeloosheid zijn benzodiazepines een tweede keus na de niet-medicamenteuze aanpak. Voor ouderen worden ze best vermeden. Ze zijn enkel verantwoord indien het om een erge vorm gaat van slapeloosheid, ofwel omdat de niet-medicamenteuze aanpak niet aanslaat of moeilijk toe te passen is. In de regel dient na een week een evaluatie te gebeuren en wordt het benzodiazepine gestopt.

Bij angstsymptomen zijn benzodiazepines slechts een derde keuze. Voor de meeste vormen is een niet-medicamenteuze aanpak aangewezen. Alleen bij ernstige vormen of wanneer de klachten niet reageren op de niet-medicamenteuze aanpak, zullen antidepressiva overwogen worden. Enkel bij acute angst kan een korte kuur met benzodiazepines overwogen worden.

C.1.4. Is er een probleem voor de volksgezondheid?

Na het tijdperk van de barbituraten waren de benzodiazepines een welgekomen alternatief, vooral door hun geringere toxiciteit en dus lagere kans op mortaliteit bij zelfmoordpoging. Er is echter een duidelijke tegenstelling tussen het vastgesteld voorschrijfgedrag en het voorschrijfgedrag dat men zou verwachten op basis van de wetenschappelijke onderbouwing. Uit bovenstaande informatie blijkt dat benzodiazepines nog slechts een beperkte plaats hebben, vooral bij de aanpak van slapeloosheid, stress en angst bij volwassenen, indien de niet-medicamenteuze aanpak niet aanslaat of bij ernstige vormen. Toegepast op de oudere populatie, blijkt uit de literatuur dat benzodiazepines en aanverwanten slechts een tweede keus geworden zijn na de niet-medicamenteuze aanpak. Dit staat in tegenstelling tot de huidige situatie waar in WZC's meer dan de helft van de ouderen dagelijks een benzodiazepine inneemt (KCE, 2006).

C.1.5. Rationeel voorschrijven van benzodiazepines en aanverwanten

C1.5.1. Slaapeloosheid en angst

Alle belangrijke onafhankelijke bronnen komen tot het besluit dat zowel bij slapeloosheid als bij angst niet-medicamenteuze aanpak een eerste keuze is (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; Declercq & al., 2005; Montgomery & Lily, 2008; Anonymus, 2004; Anonymus, 2005; BCFI, 2004; McIntosh, 2004).

Wat de psychotherapieën betreft, heeft de HGR een advies uitgebracht waarin vier types van therapieën als ze voldoende gevalideerd beschouwd worden: cognitieve gedragstherapie (CGT), psychodynamische, systeem- en cliëntgerichte psychotherapie (HGR, 2005).

a. Voor slaapstoornissen

Elementair is het voorlichten over en realiseren van **slaaphygiëne** (Farmaka, 2010; BCFI, 2010; Declercq & al., 2005; BCFI, 2004):

- Slaap enkel zoveel als nodig is om je fris te voelen tijdens de volgende dag.
- Sta elke dag op omstreeks hetzelfde uur.
- Doe elke dag lichaamsbeweging, maar best niet voor het slapen.
- Isoleer de slaapkamer tegen lawaai en licht.
- Zorg voor een ideale temperatuur in de slaapkamer.
- Vermijd het gebruik van tabak.
- Vermijd zware maaltijden voor het slapen.
- Vermijd alcohol en cafeïnehoudende dranken voor het slapen; alcohol vergemakkelijkt het inslapen maar maakt dat je vaker wakker wordt.
- Als je niet kunt inslapen: ga naar een andere kamer en probeer daar wat te ontspannen.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt in heel wat richtlijnen aanbevolen. Er is meer en meer onderbouwing voor het voordeel van CGT, ook bij ouderen (BCFI, 2010; Hunot & al., 2007). Hierbij kunnen ook verpleegkundigen, en in het bijzonder dan paramedisch personeel dat geschoold is in de psychologie, worden ingeschakeld. Gelijktijdig voorschrijven van een benzodiazepine en CGT zou de efficaciteit van CGT doen afnemen.

Lichttherapie heeft geen invloed op de duur van het slapen of het aantal keren ontwaken. Enkel de duur van de fases van nachtelijk ontwaken werd gunstig beïnvloed (Wolkove & al., 2007; Alessi & al., 2005).

Indien nodig kan de arts verwijzen naar een relaxatietherapeut, een gedragstherapeut of een groepsaanpak voor slaapklachten (Declercq & al., 2005).

b. Voor angstsymptomen

Uit onafhankelijk onderzoek blijkt dat in de meeste gevallen CGT een eerste keus is. Indien een medicatie vereist is, wordt de voorkeur gegeven aan antidepressiva, die ook wel heel wat ongewenste effecten hebben, maar ze worden gemakkelijker afgebouwd, hebben geen bekend negatief effect op de niet-medicamenteuze interventie en hebben mogelijks een beter effect op lange termijn (Heyrman & al., 2008; Farmaka, 2010).

Bij gegeneraliseerde angst zijn CGT en relaxatie doeltreffend gebleken (BCFI, 2004; Hunot & al., 2007; Gale & Milchamp, 2008). Het toevoegen van een benzodiazepine heeft een nadelig effect (BCFI, 2004).

Bij paniekstoornissen zijn CGT een eerste keuze naast een combinatie met SSRI's, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt (Furakuwa, 2007).

Bij specifieke fobie is niet- medicamenteuze therapie de standaardaanpak, vooral dan CGT en *exposure in vivo* (BCFI, 2004).

Bij posttraumatische stress zijn de psychologische interventies zeker eerste keuze: een verwijzing is gewoonlijk nodig (Forbes & al., 2007). Indien een farmacon nodig is, zijn SSRI's een eerste keuze.

Sociale fobie is een indicatie voor psychologische behandeling, individueel of in groep (Van der velde, 2003).

Obsessief-compulsieve stoornissen ten slotte worden in eerste instantie met intense CGT behandeld, maar in een deel van de gevallen zal een SSRI eraan toegevoegd worden (Van der velde, 2003).

C.1.5.2. Belang van het eerste voorschrift

Recent is een proefschrift gewijd aan de problematiek van het eerste geneesmiddelvoorschrift voor een benzodiazepine (Anthierens & al., 2007). In een poging om de overconsumptie te verklaren, wijst de auteur onder meer op het feit dat eerste gebruikers de impact van hun problemen op hun dagelijks leven maximaliseren en dat de artsen zich overrompeld voelen door deze psychosociale problemen.

In die zin zouden artsen strategieën moeten ontwikkelen om de patiënt te overtuigen dat ze het probleem wel ernstig nemen, ook al eindigt de consultatie niet altijd met een voorschrift. Een aansporing voor aangepaste opleiding en nascholing in communicatietraining omtrent 'moeilijke en veeleisende patiënten'; het aanleren van niet-medicamenteuze strategieën is hierbij cruciaal. Momenteel zijn deze trainingen voor huisartsen reeds op punt gesteld en worden ze al jaren in de opleiding en de nascholing aangeleerd (Rogiers, 2000).

Een deel van dit onderzoek werd ook verricht bij verplegenden, waarbij hun belangrijke rol wordt belicht.

C.1.5.3. Afbouw van benzodiazepines

a. Motivatie

Momenteel zijn er heel wat ouderen in de eerste lijn en ook in WZC die ten onrechte afhankelijk zijn van benzodiazepines. Uit bovenstaande punten blijkt dat de ongewenste effecten heel talrijk zijn en dat er nu vooral het probleem bijkomt dat dementie daardoor gemaskeerd kan worden.

De afbouw motivatie voor ouderen is vooral dat ze dan verlost zijn van die ongewenste effecten van de benzodiazepines en dat onder meer de cognitieve functie verbetert (Denis, & al., 2006).

b. Onderbouwing

In een onderzoek in de eerste lijn konden bij 81 van de 104 patiënten (gemiddeld 77 jaar), de benzodiazepines geleidelijk afgebouwd worden. In de hele onderzoeksgroep verbeterde de cognitieve functie, zonder negatieve invloed op slaap en angst (Denis, 2006).

Er zijn dus heel wat argumenten om systematisch benzodiazepines af te bouwen bij de meeste ouderen in of buiten de WZC's. Alle onafhankelijke bronnen pleiten hiervoor (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; BCFI, 2010; Declercq & al., 2005; Anonymus, 2004; Anonymus, 2005; BCFI, 2004; McIntosch & al., 2004; HAS, 2007).

Op dit ogenblik is bewezen dat benzodiazepines ook bij ouderen afgebouwd kunnen worden, zowel in als buiten de WZC's (Curran & al., 2003; Zitman & Couvée, 2001; Voshaar & al., 2003; Gorgels & al., 2005; Niessen & al., 2001; Oude Voshaar & al., 2001). Ook in België zijn hieromtrent belangrijke studies verricht in de eerste lijn (Habraken & al., 1997) en in een geriatrische opnamedienst (Petrovic, 2002).

c. Methodes om benzodiazepines af te bouwen

Het abrupt stoppen van de behandeling met benzodiazepines kan gepaard gaan met ontwenningverschijnselen zoals angststoornissen, slapeloosheid, verwardheid, hallucinaties en nachtmerries (Curran & al., 2003). Ontwenningverschijnselen worden zelden opgemerkt bij de afbouw van langwerkende benzodiazepines en zijn mild bij halflangwerkende benzodiazepines. Uitgesproken *rebound* slapeloosheid werd gemeld na afbouw van triazolam, een kortwerkend benzodiazepine (Greenblatt & al., 1987).

In België en in het buitenland bestaan heel wat handleidingen die een protocol aanbieden om benzodiazepines af te bouwen. Het “Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium” (BCFI, 2010) en daaraan gekoppeld de Folia Pharmacotherapeutica (BCFI, 2002), alsook draaiboeken voor huisartsen, (De Meyere & al., 2005) trachten een instrument aan te reiken aan de artsen die benzodiazepines willen afbouwen, en dit in het bijzonder bij ouderen.

Een *Cochrane review* geeft aan dat geleidelijke afbouw te verkiezen is boven abrupt stoppen (Denis & al., 2006). In de meeste publicaties raadt men aan om 10% van de dagdosis te verminderen om de 10 dagen, nadat men overgeschakeld is op het milligramequivalent van een benzodiazepine met lange halfwaardetijd zoals diazepam. Equivalentielijsten worden onder meer in het GGR (BCFI, 2010) aangegeven.

Andere bronnen geven aan dat overschakelen op benzodiazepine met lange halfwaardetijd meer sufheid zou veroorzaken. Volgens deze bronnen wordt overschakelen op diazepam best voorbehouden voor patiënten die overdag een benzodiazepine met korte halfwaardetijd nemen (Farmaka, 2010). Bij ouderen is een snelle afbouw over een week tijd tijdens een ziekenhuisopname mogelijk gebleken (Petrovic, 2002).

Meerdere producten (hydroxyzine, propranolol, dothiepine, buspiron, progesteron, carbamazepine, imipramine, trazodon, natriumvalproaat, flumazenil en melatonine) zijn beperkt onderzocht als mogelijke hulp bij de afbouw van benzodiazepines. Voor geen enkel product is er overtuigend bewijs dat het de ontwenningverschijnselen kan verminderen of de kans op slagen doet toenemen (Murphy & Tyler, 1991; KKS, 2009).

Gerandomiseerd onderzoek heeft aangetoond dat het aanbieden van cognitieve gedragstherapie aan gemotiveerde patiënten tijdens de afbouw de kans op succes verhoogt. Ook bij ouderen wordt een grotere kans op slagen vastgesteld wanneer de afbouw gepaard gaat met cognitieve gedragstherapie, maar over het behoud van de meerwaarde op langere termijn zijn de bevindingen niet eenduidig (Murphy & Tyler, 1991; KKS, 2009; Anonyme, 2004; Oude Voshaar & Couvée, 2006; O'Malley & Reed, 2004).

Onderzoek heeft aangetoond dat het afbouwen van benzodiazepines bij ouderen een gunstig effect heeft op de cognitieve en psychomotorische functies (HAS, 2007).

C.1.5.4. Afbouw van “z-drugs”

Onderzoek naar strategieën voor het afbouwen van “z-drugs” werd niet gevonden. In richtlijnen worden dezelfde principes voor afbouw gehanteerd als voor de benzodiazepines (BCFI, 2010).

C.2. ANTIDEPRESSIVA

C.2.1. Werkzaamheid en ongewenste effecten

C.2.1.1. Werkzaamheid

Bij milde en matige depressie is bewezen dat een niet-medicamenteuze aanpak wel degelijk effectief is, ook bij ouderen (Clinical Evidence, 2009; Guidance, 2007; Cuijpers & al., 2008). In de laatste jaren is aangetoond dat antidepressiva wel werkzaam zijn bij ernstige depressie en niet bij lichte vormen van depressie (BCFI, 2010; Kirsch & al., 2008; De Meyere, 2008). TCA's en SSRI's zijn even werkzaam (BCFI, 2010; Clinical evidence, 2009; Mottram & al., 2006).

Hierbij wordt gesteld dat een eerste evaluatie gebeurt na vier tot zes weken: bij respons zal men de therapie verder zetten tot zes maanden: ook hier is een herevaluatie aangewezen. Enkel bij

herval, bij recidiverende depressies of bij een persisterende ernstige depressie zal men soms jarenlang dienen te behandelen.

Bovenstaande uitgangspunten worden ondersteund door alle Belgische onafhankelijke bronnen (Heyrman & al., 2008; BCFI, 2010; Farmaka, 2010; De Meyere, 2008; Declercq & al., 2009).

C. 2.1.2. Ongewenste effecten en contra-indicaties

De ongewenste effecten van de antidepressiva zijn al jaren gekend. Een overzicht is te vinden in het "Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium" (BCFI, 2010). Hierbij is het belangrijk te vermelden dat SSRI's en TCA's een totaal verschillend profiel van ongewenste effecten hebben.

Daarom wordt de keuze tussen TCA's en SSRI's vooral bepaald op basis van comorbiditeit, eerdere behandeling met antidepressiva, contra-indicaties, ongewenste effecten, interacties met geneesmiddelen, kostprijs en de voorkeur van de patiënt (BCFI, 2010). TCA's dienen best niet voorgeschreven bij vrees voor anticholinerge effecten (bij moeilijke mictie, glaucoom, cognitieve stoornissen), cardiaal risico en ritmestoornissen.

SSRI's zijn minder aangewezen bij patiënten met gastro-intestinale problematiek (met o.a. verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen), en bij risico voor centraal-nerveuze bijwerkingen zoals extrapiramidale symptomen. Ook zijn ze anorexigeeën, wat vermagering kan teweegbrengen en nog meer depressie kan induceren. Speciale voorzichtigheid is geboden bij ouderen gezien de kans op hyponatriëmie. Zeker in combinatie met andere farmaca kan een serotoninesyndroom ontstaan.

Met beide klassen bestaat tijdens de eerste weken een verhoogde kans op zelfmoordpoging (BCFI, 2010), vooral dan bij kinderen en adolescenten (Pieters, 2007; Fergusson & al., 2005). TCA's zijn in overdosis toxischer dan SSRI's; bij ernstige depressie met verhoogde kans op zelfmoordpoging zijn SSRI's dus te verkiezen.

De frequentie van ongewenste effecten is met TCA's mogelijk iets groter dan met SSRI's, maar de klinische relevantie hiervan is nog onduidelijk (Declercq & al., 2009).

Bij ouderen zal men eerder een SSRI voorschrijven dan een TCA (Heyrman & al., 2008; Farmaka, 2010; Declercq & al., 2009; Berra & Torra, 2007; Petrovic & al., 2005) : minder kans op orthostatische hypotensie (gevaar om te vallen) (Woolcott & al., 2009) of op anticholinerge effecten en minder gevaarlijk bij overdosis gezien een geringere cardiotoxiciteit.

C.2.1.3. Juiste indicatie

Bij het merendeel van de milde en matige depressies verdient de niet-medicamenteuze aanpak de voorkeur (Heyrman & al., 2008; Kirsch & al., 2008; De Meyere & al., 2008; Clinical evidence, 2009; Guidance Dépression, 2007; BCFI, 2010).

Antidepressiva dienen zeker opgestart bij ernstige unipolaire depressie, bij een recidief of bij patiënten die niet geschikt zijn voor een psychotherapeutische aanpak (Heyrman & al., 2008; Farmaka, 2010; Declercq & al., 2009). Hierbij dient nog vermeld dat antidepressiva momenteel een eerste keuze zijn bij verschillende vormen van angst (Clinical evidence, 2009) en dat ze ook bij neuropathische pijn kunnen worden gebruikt (RIZIV, 2007) in geval een geneesmiddel nodig is.

C.2.2. Is er een probleem voor de volksgezondheid?

Er bestaat een discrepantie tussen de prevalentie van depressie en het gebruik van antidepressiva in België. In de huisartsenpraktijk zou de prevalentie van depressie 1 à 6% bedragen: de meerderheid vertoont een milde tot matige vorm. Onderzoek via vragenlijsten geeft percentages tot 15 % aan (Heyrman & al., 2008). Antidepressiva worden in meer dan 11 % van de bevolking genomen (SM, 2006).

In WZC's zou depressie bij 37 % van de bewoners vastgesteld worden door de behandelende huisarts die dan ook in 46 % van deze patiënten een antidepressivum voorschrijft (KCE, 2006). Dit komt niet overeen met de literatuur waar slechts bij 10 tot 20 % van de patiënten in WZC's een depressie wordt gerapporteerd (Teresi & al., 2001). Daarbij komt dat de meeste vormen van depressie niet behandeld moeten worden met antidepressiva (Heyrman & al., 2008). In de WZC stelt zich dus een probleem van overdiagnostiek en medicalisatie van depressie.

Naast de hierboven beschreven ongewenste effecten zowel van de TCA's als van de SSRI's, komt er nog bij dat ouderen talrijke andere geneesmiddelen erbij nemen, waarvan een deel ook andere psychofarmaca: dit betekent een nog groter gevaar voor hun gezondheid (BCFI, 2010).

C.2.3. Rationeel voorschrijven van antidepressiva

De indicatie voor antidepressiva dient **beperkt te worden tot ernstige unipolaire depressie**: voor een lichte tot matige unipolaire depressie dient de voorkeur gegeven aan de niet-medicamenteuze aanpak. De werkzaamheid van antidepressiva is inderdaad enkel aangetoond voor de ernstige vorm van unipolaire depressie (zie C.2.1.1). Dit veronderstelt een goede diagnosestelling door de artsen: de huidige aanbeveling "Depressie in de eerste lijn" maakt ondermeer gebruik van de criteria van de *Diagnostic Statistical Manuel IV* (DSM IV) (Heyrman & al., 2008).

Voor de milde en matige vormen van depressie dient gestart met een niet-medicamenteuze aanpak. De werkzaamheid van deze niet-medicamenteuze aanpak is aangetoond door wetenschappelijk onderzoek (Clinical evidence, 2009; Mottram & al., 2006; Guidance depression, 2007), ook bij ouderen (Cuiper & al., 2008). Er zijn geen grote verschillen in effectiviteit tussen de meest gekende vormen van psychotherapie bij patiënten met milde tot matige depressie (Ekers & al., 2008). Ook voor huisartsen staan deze trainingen in niet-medicamenteuze aanpak op punt en ze worden overal aangeboden (Rogiers, 2002): ze dienen een basisvaardigheid te worden van elke huisarts.

Indien bij een eerste ernstige depressie een antidepressivum is gestart en indien er geen herhal is en er geen persisterende depressie of recidieven in de anamnese zijn gekend, dan kunnen de antidepressiva **in de regel na zes maanden worden afgebouwd**. Ook bij de mensen die **al jaren een antidepressivum** nemen **dient dit te worden afgebouwd**. Gezien ook hier ontwenningverschijnselen zijn beschreven, wordt dit best gespreid over enkele weken (RIZIV, 2006).

C.3. Antipsychotica

C.3.1. Werkzaamheid en ongewenste effecten

C.3.1.1. Werkzaamheid

De werkzaamheid van de antipsychotica bij schizofrenie en aanverwante psychosen wordt hier buiten beschouwing gelaten.

Klassieke antipsychotica hebben weinig effect op de meeste neuropsychiatrische symptomen (Sink & al., 2005; De Paepe & Petrovic, 2006). Een Cochrane systematische *review* vond geen voordeel voor haloperidol ten opzichte van een placebo, tenzij bij agressiviteit; of dit klinisch relevant is, wordt in vraag gesteld (Lonigan & al., 2002).

Voor de atypische antipsychotica is er nog het meest evidentie van hun doeltreffendheid, vooral dan voor risperidone waar 5 waardevolle *Randomized controlled trials* (RCT's) zijn gerealiseerd en dit voor erge vormen van agitatie en zeker voor agressiviteit.

Uit een andere systematische *review* blijkt dat atypische antipsychotica niet beter werken dan typische (Zuidema & al., 2006).

Hierbij dient opgemerkt dat er maar weinig studies zijn die over langer dan zes maanden lopen: één studie toont dan nog een matig effect aan (Lon S. Schneider & al., 2006), terwijl er twee geen effect meer vaststellen (Ballard & al., 2005; Ballard & al., 2008).

De studies waarbij de nieuwere antipsychotica worden onderzocht zijn wel van betere methodologische kwaliteit dan de studies voor de oudere antipsychotica.

C.3.1.2. Ongewenste effecten

- Voor een overzicht verwijzen we naar het "Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium" (BCFI, 2010) en het WZC Formularium (Farmaka, 2010).

- Voor de "typische" antipsychotica zijn de ongewenste effecten al jaren gekend: dosisafhankelijke extrapiramidale symptomen en tardieve dyskinesie, vooral bij langdurige toediening. Daarnaast zijn er nog de verlaging van de drempel voor epileptische crisis, hyperprolactinemie, verlenging van electrocardiogram repolarisatie interval (QT-interval) en het maligne neuroleptisch syndroom met mogelijk fatale afloop. Ten slotte is er de sedatie en kans op versnelde cognitieve achteruitgang.

- Met een dergelijk profiel van ongewenste effecten bij de "typische" antipsychotica verwachtte men veel van de "atypische" antipsychotica.

Spoedig bleek echter dat er meer kans was op gewichtstoename, hyperglykemie en hyperlipidemie (metabool syndroom): dit risico is het grootst bij clozapine en olanzapine.

Het staat wetenschappelijk vast dat clozapine minder risico geeft om extrapiramidale stoornissen en tardieve dyskinesie te ontwikkelen, maar de mogelijkheid blijft. Daarentegen bestaat er bij clozapine een verhoogde kans op agranulocytose, myocarditis en cardiomyopathie.

Het "Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium" vermeldt dat clozapine wegens zijn ongewenste effecten enkel gebruikt dient te worden bij patiënten die resistent zijn tegen andere antipsychotica: in het begin van de behandeling dient er wekelijks een bloedbeeld genomen en ook cardiaal dient de toestand gevolgd (BCFI, 2010) te worden.

Wat betreft ouderen, hebben alle antipsychotica enkele risico's waarvoor ze speciaal gevoelig zijn:

- sedatie, erg verschillend volgens de molecule;
- vermindering van de cognitie;
- orthostatische hypotensie en dus gevaar op vallen;
- grotere gevoeligheid aan de gekende interacties: versterking van de sedatie door benzodiazepines of sederende antidepressiva, vermindering van het effect van antiparkinsonmiddelen, toename van de kans op extrapiramidale symptomen vooral door SSRI's, toename van het risico van convulsies, vooral bij gelijktijdig gebruik van antidepressiva (BCFI, 2010);
- grotere kans op mortaliteit is mogelijk voor alle antipsychotica bij ouderen met dementie, waarschijnlijk op basis van cerebrovasculaire accidenten (Schneider & al., 2006). Op basis van deze vaststellingen publiceerde het FDA een waarschuwing voor verhoogde kans op mortaliteit bij ouderen die behandeld werden met atypische antipsychotica (FDA, 2005).

C.3.2. Indicaties

Gezien de hoge frequentie van ongewenste effecten en zelfs verhoogde kans op mortaliteit, vooral bij patiënten met dementie, dient de indicatie zorgvuldig te gebeuren en voortdurend te worden geherevalueerd. De dosis dient zo laag mogelijk gehouden en de duur van de toediening zo kort mogelijk.

Onafhankelijke bronnen zijn het eens over de noodzaak van een strikte indicatiestelling van antipsychotica bij agitatie en agressiviteit bij ouderen, o.a. bij patiënten met dementie (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; Howard & al., 2007; NHS, 2009). Er wordt ook aangedrongen op het afbouwen ervan met gebruik van psychologische technieken (Ballard & al., 2009; Cohen-Mansfield, 1999).

De CATIE-studie (Lon S. Schneider & al., 2006), een RCT over 36 weken met atypische antipsychotica, komt tot het besluit dat het matige voordeel qua werkzaamheid van deze farmaca niet opweegt tegen de frequente en ernstige ongewenste effecten. Ook andere auteurs (Ballard & al., 2009) pleiten ervoor om antipsychotica in eerste instantie te vervangen door een veiliger therapeutische aanpak.

Uit de literatuur blijkt dat ook hier een niet-farmacologische aanpak de voorkeur verdient (Ballard & al., 2009): men sluit eerst de medische oorzaken uit (blaasretentie, infecties, delirium en pijn) en pas daarna gaat men interventies op de omgeving uitvoeren met sociale en gedragsaanpassingen.

Educatie en ondersteuning van de verzorgenden lijkt effectief (Fossey & al., 2006; Doody & al., 2001) en psychosociale training van de zorgverstrekkers leidt tot een vermindering van het gebruik van antipsychotica bij de patiënten met dementie (BCFI, 2006).

C.3.3. Probleem voor de volksgezondheid?

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat de ongewenste effecten van de antipsychotica ernstig zijn en dan vooral bij ouderen. Daarbij komt nu nog de recente vaststelling dat er een verhoogd risico bestaat op mortaliteit als gevolg van een verhoogde kans op cardiovasculaire accidenten. Antipsychotica zijn slechts aangewezen bij ernstige vormen van agitatie en agressiviteit.

Studies tonen aan dat de effectiviteit na 6 maanden niet bewezen is (C.3.1.1) (Lon S. Schneider & al., 2006; Ballard & al., 2005; Ballard & al., 2008). Dit alles staat in tegenstelling tot het feit dat in België 33 % van de bewoners van de WZC's continu een antipsychoticum krijgen (KCE, 2006).

C.3.4. Rationeel voorschrijven van antipsychotica

C.3.4.1. Indicatie scherper stellen: ernstige vorm van agitatie en zeker bij agressiviteit

Zoals hierboven vermeld, pleiten sommige auteurs ervoor in principe geen antipsychoticum meer op te starten, omdat de voordelen niet opwegen tegen de soms ernstige ongewenste effecten (Whitaker, 2004).

Anderen beperken de indicatie tot ernstige vormen van agitatie en agressiviteit (NHS, 2009; Ballard & al., 2009). De voorkeur dient gegeven aan een niet-medicamenteuze aanpak bij de neuropsychiatrische symptomen van de patiënten met dementie: dit heeft zijn effectiviteit bewezen (Fosey & al., 2006).

In de toekomst dient werk gemaakt van vorming en ondersteuning van de zorgverstrekkers. Ook wordt gepleit voor voldoende omkadering en infrastructuur (Fossey & al., 2006; BCFI, 2006; Avorn & al., 1992; Schmidt & al., 1998; Ray & al., 1993).

C.3.4.2. Duur van de toediening beperken tot enkele weken, hoogstens 3 maanden

Het is niet verantwoord om bij agitatie en agressiviteit antipsychotica systematisch en continu verder te geven: de weinige studies die langer liepen dan zes maanden konden geen effect meer aantonen (Lon S. Schneider & al., 2006; Ballard & al., 2005; Ballard & al., 2008).

Eenmaal gestart dient systematisch gepoogd om het antipsychoticum na enkele maanden af te bouwen (BCFI, 2010; Farmaka, 2010; Whitaker, 2004). Dit geldt natuurlijk niet voor schizofrenie of psychosen.

C.3.4.3. Afbouw van antipsychotica waar het kan

Er zijn verschillende studies waarin bewezen wordt dat het stoppen van antipsychotica mogelijk is zonder veel problemen. De meeste van deze studies zijn gebeurd bij patiënten met alzheimerdementie of andere vormen van dementie, die wegens gedragsproblemen antipsychotica kregen toegediend. Deze studies gaan niet over patiënten met schizofrenie. Het stoppen van de antipsychotica bij de alzheimerpatiënten kon in deze studies bruusk gebeuren, zonder geleidelijke afbouw (Ballard & al., 2008; Ballard & al., 2009; Cohen-Mansfield & al., 1999; Ballard & al., 2004; Bridges-Parlet & al., 1997; van Reekum & al., 2002; Ruth & al., 2002; Ruths & al., 2008).

D. BESLUIT voor de drie groepen psychofarmaca

Wat betreft de analyse van het rationele voorschrift van psychofarmaca, voornamelijk voor ouderen, kunnen de volgende conclusies getrokken worden uit Belgisch, internationale aanbevelingen en uit de recente wetenschappelijke literatuur:

1. De hoge voorschrijfcijfers zijn niet in overeenstemming met de recente wetenschappelijke evidentie en richtlijnen omtrent de strikte indicaties voor het **opstarten van psychofarmaca**, de werkzaamheid van **niet-medicamenteuze alternatieven** en de **beperkte tijdsduur** waarvoor deze medicatie in de regel gegeven dient te worden (slapeloosheid, angst, stress, milde en matige depressie).
2. Deze vaststellingen betekenen een probleem voor de volksgezondheid en vooral voor de gezondheid van ouderen. **Paradoxaal** genoeg worden deze middelen **vooral voorgeschreven bij ouderen**, terwijl zij juist gevoeliger zijn voor de ongewenste effecten, die daarenboven de symptomen van dementie kunnen nabootsen en de diagnose ervan nog bemoeilijken. Niet alleen de morbiditeit maar ook de mortaliteit is verhoogd bij ouderen met dementie die antipsychotica nemen.
3. Het overmatig gebruik van antidepressiva en antipsychotica door ouderen zorgt voor **hoge kosten** voor de ziekteverzekering en voor de patiënten. Benzodiazepines worden niet terugbetaald en de kost wordt volledig gedragen door de patiënt.

E. Aanbevelingen om de zorgwekkende evolutie in goede banen te leiden

De Hoge Gezondheidsraad is ervan overtuigd dat het gaat om een zorgwekkende evolutie, met een ernstige weerslag op de volksgezondheid.

De drie groepen van psychofarmaca worden enkel op medisch voorschrift afgeleverd: de eerste reeks maatregelen dient zich dus tot de artsen te richten. Maar een optimale aanpak vraagt ook een aantal randvoorwaarden: deze zijn zelfs *conditiones sine qua non* voor het welslagen van de voorgestelde maatregelen.

1. De campagne omtrent benzodiazepines, in het kader van het Fonds Verslavingen in samenwerking met de FOD Volksgezondheid, dient voortgezet maar ook uitgebreid te worden tot het rationele voorschrijven van antidepressiva en antipsychotica. Hierbij spelen ook de apothekers en de andere gezondheidswerkers een belangrijke rol in de ondersteuning van het beleid van de arts. Ten slotte dienen ook de patiënten als doelgroep betrokken te worden bij de campagne: patiëntenverenigingen en verzekeringsinstellingen.

- De indicatiestelling (1^{ste} voorschrift) voor deze drie groepen van psychofarmaca is beperkt.

Voor slaapstoornissen, angst en stress dient de voorkeur te gaan naar een niet-medicamenteuze aanpak. Bij ernstige vormen of bij patiënten waar dit niet mogelijk is (bv. ernstige dementie) is er een tijdelijke plaats voor benzodiazepines of aanverwanten en ook bij sommige vormen van angst waar antidepressiva aangewezen kunnen zijn.

- Voor een eerste acute depressie is bij de milde en matige vormen een niet-medicamenteuze aanpak prioritair. Enkel voor ernstige depressies, een minderheid van de gevallen in de eerste lijn, is een antidepressivum aangewezen.
- Een antipsychoticum dient enkel gestart bij ouderen met ernstige agitatie en bij agressiviteit en dit enkel nadat men de oorzaken ervan heeft opgezocht. Psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie of bipolaire stoornis worden hier buiten beschouwing gelaten.

- Wanneer een middel uit één van deze drie groepen psychofarmaca opgestart wordt, dient dit, conform de aanbevelingen, na een bepaalde tijdsduur ook afgebouwd te worden, tenzij er een gegronde reden is om de medicatie toch verder te zetten.

- Bij acute slapeloosheid betekent dit dat de benzodiazepines binnen de 10 dagen afgebouwd dienen te worden en bij acute angstsymptomen of stress, na 2 tot 4 weken.
- Bij acute (unipolaire) depressie dienen de antidepressiva na ongeveer 6 maanden afgebouwd te worden.
- Bij agressiviteit of agitatie dienen de antipsychotica binnen enkele maanden te worden afgebouwd.

- Bij patiënten die jarenlang psychofarmaca nemen, dient men systematisch te proberen deze af te bouwen. Uit onderzoek is gebleken dat dit voor de grote meerderheid van de patiënten zonder problemen verloopt als dit geleidelijk gebeurt, zowel in het ziekenhuis als in de eerste lijn.

Deze intensieve campagne zal op heel wat factoren dienen in te werken:

- De onafhankelijke informatiebronnen kunnen informatie geven over de problematiek van overmatig gebruik van psychofarmaca in de vorm van publicaties (BCFI-CBIP, vzw Farmaka asbl, ...). Om de informatie tot bij de artsen te brengen, kunnen onafhankelijke artsenbezoekers een belangrijke rol spelen.
- Bijscholingen aan de universiteit en door wetenschappelijke verenigingen en artsengroepen kunnen aanvullend zijn: trainingen in de niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid, angst en depressie; trainingen in de afbouw van psychofarmaca, opleiding in de niet-medicamenteuze opvang van psychische problematiek.

- Dit thema dient gebracht te worden in LOK-groepen, waarbij de voorschrijfcijfers van de leden van de LOK-groep een uitgangspunt kunnen vormen; door het systeem van *train the trainers* kunnen deze thema's in alle LOK-groepen van België gebracht worden.

Daarnaast dienen ook specialisten in ziekenhuizen nascholing te krijgen over het beperkt opstarten van psychofarmaca en het systematisch afbouwen ervan. Opname in een ziekenhuis of een andere verzorgingsinstelling brengt een risico mee dat een behandeling met een benzodiazepine wordt gestart, maar dikwijls wordt vergeten de toediening achteraf te stoppen. De medisch-farmaceutische comités kunnen daar een belangrijke rol in spelen.

2. Huisartsen en apothekers dienen incentives te krijgen voor het volgen van training in de niet-medicamenteuze aanpak. Hierbij kan het accrediteringssysteem een rol spelen. De raadplegingen door huisartsen gebaseerd op een niet medicamenteuze aanpak moeten ook op financieel vlak gevaloriseerd worden omdat ze vaak langer duren dan een gewone raadpleging.

3. Artsen dienen *feedback* te krijgen over hun voorschrijfgedrag i.v.m. antipsychotica. Artsen waarvan het voorschrijfprofiel duidelijk afwijkt, dienen ter verantwoording geroepen te worden. Uiteraard dient er rekening gehouden te worden met het type van patiënten dat door de desbetreffende arts wordt gevolgd. Indien herhaaldelijk een afwijkend profiel wordt vastgesteld waarvoor geen duidelijke verklaring kan geboden worden, moeten maatregelen mogelijk zijn.

Een basisvoorwaarde hierbij is de nauwgezette registratie van de voorschrijfcijfers. Voor de antidepressiva en antipsychotica (terugbetaalde geneesmiddelen) zijn de gegevens beschikbaar via Farmanet. Voor de benzodiazepines die niet terugbetaald worden, dient APB (eventueel IMS) te worden aangesproken.

4. Er dient naar gestreefd te worden dat er ook verpakkingen van benzodiazepines van niet meer dan 10 tabletten beschikbaar zijn. Een regeling hiervoor wordt uitgewerkt in de geneesmiddelencommissie.

5. In de WZC dient meer nadruk gelegd op de opleiding en uitbreiding van de bestaffing. Uit enkele studies blijkt een verband tussen de reductie van het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines enerzijds en de versterking van de bestaffing anderzijds. In rust- en verzorgingstehuizen van het Verenigd Koninkrijk kon op die manier het aantal voorschriften voor antipsychotica gehalveerd worden. Aansluitend hierbij wordt gepleit voor gerichte opleiding van verpleegkundigen/paramedici van WZC tot referentiepersoon psychosociale zorg. Andere mogelijke initiatieven zijn de invoering van klinisch psychologen in WZC zoals in Nederland bij voorbeeld.

6. Het gebruik van *het WZC Formularium*, dient intensiever gepromoot met ondermeer bijkomende trainingen voor de huisartsen die in een WZC werken. Hierbij dient vermeld dat de rol en het statuut van de CRA dient te worden versterkt. Hierbij kan gedacht worden aan incentives voor WZC die een positief effect van hun kwaliteitsplan rond psychofarmacagebruik voorleggen.

7. Meer middelen dienen te gaan naar de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zodat de wachtlijsten weggewerkt worden. Hierbij is het van belang bestaande samenwerkingsprojecten te stimuleren zoals "Therapeutisch Project Zorg" waarbij WZC een beroep kunnen doen op de CGGZ voor bijstand aan het personeel en patiënten.

8. De erkenning van de klinische psychotherapeuten dient geregeld te worden, zodat onder meer ook de terugbetaling van hun prestaties overwogen kan worden.

9. In dit kader meent de HGR dat het noodzakelijk is onafhankelijke studies op te starten rond het probleem van de niet-medicamenteuze aanpak van de psychiatrische problematiek in de eerste

lijn door artsen en andere gezondheidswerkers, naast epidemiologische studies en diagnosestelling van psychiatrische aandoeningen, vooral in WZC.

10. Naar analogie met de geslaagde campagne van BAPCOC, is het aangewezen een Stuurgroep "Verantwoord Gebruik Psychotrope Farmaca" op te richten met geriater, psychiaters, psychologen, neurologen, farmacologen, apothekers en huisartsen, aangevuld door stafleden van de universitaire huisartsencentra, wetenschappelijke verenigingen en ook Crataegus/Aframeco.

De overheid dient middelen en mensen te voorzien om deze doelstellingen waar te maken. BAPCOC heeft bewezen dat de kwaliteit van de volksgezondheid significant verhoogd kan worden door vorming en sensibilisering. Daarenboven kan daardoor het nu zeer hoge budget voor psychofarmaca beduidend verminderd worden. Aangezien het hierbij in hoofdzaak over een problematiek van chronisch gebruik gaat (in tegenstelling tot de antibiotica), zal men pas op langere termijn een merkbare verbetering in het voorschrijfgedrag mogen verwachten.

4. REFERENTIES

- Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia Kim E, Harker JO, Josephson KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:803-10.
- Anonymous. Insomnie: augmenter les chances de réussite du sevrage en benzodiazépine. *La Revue Prescrire* 2004;24:854-5.
- Anonymous. Wat is er verkeerd aan het voorschrijven van slaapmiddelen? *Geneesmiddelenbulletin* 2005;39:73-79.
- Anonymous. What's wrong with prescribing hypnotics? *Drug and Therapeutics Bulletin* 2004;42:89-93.
- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2007;53:1200-01.
- Ashton H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. *Psychiatric Annals* 1995;25:158-65.
- Avorn J, Dreyer P, Connelly K, Soumerai SB. Use of psychoactive medication and the quality of care in rest homes. Findings and policy implications of a statewide study. *N Engl J Med* 1989;320:227-32.
- Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D & al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 1992;327:168-73.
- Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K & al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2009;8:151-7.

- Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Jacoby R & al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS Med* 2008;5:e76.
- Ballard C, Margallo-Lana M, Juszcak E, Douglas S, Swann A, Thomas A et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer's disease: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ* 2005;330:874.
- Ballard CG, Thomas A, Fossey J, Lee L, Jacoby R, Lana MM, & al. A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *J Clin Psychiatry* 2004;65:114-9.
- Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, & al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998; 352:1331-6.
- BCFI – Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutisch Informatie. Geneesmiddelen bij dementia. Transparantiefiche. Gent: BCFI; 2006.
- BCFI - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Aanpak van slapeloosheid. Transparantiefiche. Gent: BCFI;2010.
- BCFI - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Aanpak van Angststoornissen. Transparantiefiche. Gent: BCFI;2004.
- BCFI - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium. Gent: BCFI;2010.
- BCFI - Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Verantwoord gebruik van benzodiazepines. *Folia Pharmacotherapeutica*. Gent: BCFI;2002.
- Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L. Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie: illustration à l'aide d'un cas de patient. *Pharmactuel* 2008;41:11-25.
- Berra C , Torta R. Therapeutic rationale of antidepressant use in the elderly. *Arch Geront Geriatrics* 2007;49(S)83-90.
- Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1997;10:119-26.
- Campbell N, Boustani M, Limbil T, Ott C, Fox C, Maidment I & al. The cognitive impact of anticholinergics: a clinical review. *Clin Interv Aging* 2009;4:225-33.
- Cancelli I, Beltrame M, Gigli GL, Valente M. Drugs with anticholinergic properties: cognitive and neuropsychiatric side-effects in elderly patients. *Neurol Sci* 2009;30:87-92.
- Casey P. Depression in the dying—disorder or distress. *Prog Pall Care* 1994;2:1-3.
- Casteels M, Claes S, Danckaerts M, De Lepeleire J, Demyttenaere K, Laekeman G & al. Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Werkgroep Metaforum Leuven, 2010. Available from: URL: <<http://www.kuleuven.be/metaforum>>.
- Castle NG, Lin M. Top management turnover and quality in nursing homes. *Health Care Manage Rev*;35:161-74.

- Catterson ML, Preskorn SH, Martin RL. Pharmacodynamic and pharmacokinetic considerations in geriatric psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:205-18.
- CKS – Clinical Knowledge Summaries. Benzodiazepine and z-drug withdrawal. Newcastle: CKS; 2009. Available from: [URL:<Http://www.cks.nhs.uk>](http://www.cks.nhs.uk).
- CKS - Clinical Knowledge Summaries. Depression. Newcastle: CKS; 2007. Available from: [URL:<https://www.cks.nhs.uk>](https://www.cks.nhs.uk).
- Clinical Evidence. Depression in adults: drugs and physical treatments 2009. Available from: [URL:<https://www.clinicalevidence.bmj.com>](https://www.clinicalevidence.bmj.com).
- CM – Christelijke Mutualiteit. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica: een analyse van de ambulante sector op basis van gegevens van de leden van de christelijke mutualiteit. Brussel: CM; 2008.
- Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, Billig N, Taylor L, Woosley R. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1999;159:1733-40.
- Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1675-85.
- Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SC, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med* 2003;33:1223-37.
- De Meyere M, Christiaens T, Pelc I, Corten Ph & al Angst, stress, slaapproblemen. Hulpmiddelenboek voor huisartsen. Brussel: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2005.
- De Meyere M. Verband tussen ernst van depressie en werkzaamheid van nieuwere antidepressiva? *Minerva* 2008;7:118-9.
- De Paepe P, Petrovic M. Medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij dementie. *Minerva* 2006;5:7-10.
- Declercq T, Michels J, De Meyere M. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Opvolgrapport 1. Aanbeveling voor goede medische praktijk. *Domus Medica; Berchem* 2009.
- Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn: Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2005;34:346-71.
- Denis C, Fatseas M, Lavie E & al. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane database of systematic reviews* 2006 Issue 3.
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L & al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-66.

- DTB – Drug and Therapeutics Bulletin. Melatonine for primary insomnia? DTB 2009;47:74-77.
- Dunn SL, Corser W, Stommel M, Holmes-Rovner M. Hopelessness and depression in the early recovery period after hospitalization for acute coronary syndrome. J Cardiopulm Rehabil 2006;26:152-9.
- Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. Psychol Med 2008;38:611-23.
- Farmaka - WZC-Formularium. Leidraad bij het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen. Brussel: vzw Farmaka asbl; 2010.
- FDA – Food and Drug Administration. Public Health Advisory: Deaths with Antipsychotics in Elderly Patients with Behavioral Disturbances. Silver Spring 2005. Available from: URL: <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm>.
- Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P & al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2005;330:396-402.
- Finclay DJ, Sharma J, Mc Ewen J, Ballinger BR, MaClennan WJ, Mc Harg AM. Double-blind controlled withdrawal of thioridazine treatment in elderly female inpatients with senile dementia. Int. J Geriatr Psychiatry 1989;4:115-120.
- Forbes D, Creamer MC, Phelps AJ, Couineau AL, Cooper JA, Bryant RA & al. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. Med J Aust 2007;187:120-3.
- Ford DE, Erlinger TP. Depression and C-reactive protein in US adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arch Intern Med 2004;164:1010-4.
- Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R & al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 2006;332:756-61.
- Furakuwa T, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Cochrane; 2007.
- Gale C, Millichamp J. Generalised anxiety disorder. BMJ Clin Evid 2007;11:1002.
- Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, van den Hoogen HJ & al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. Drug Alcohol Depend 2005;78:49-56.
- Greenblatt DJ, Harmatz JS, Zinny MA, Shader RI. Effect of gradual withdrawal on the rebound sleep disorder after discontinuation of triazolam. N Engl J Med 1987; 317:722-8.
- Grenier L. Pharmacologie. In: Arcand M, Hébert R, editors. Précis pratique de gériatrie. 3rd Ed. Edisem-Maloine, St-Hyacinthe;2007.

- Habraken H, Soenen K, Blondeel L & al. Gradual withdrawal from benzodiazepines in residents of homes for the elderly: experience and suggestions for future research. *Eur J Clin Pharmacol.* 1997;51:355-8.
- Hammerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes in the elderly. Clinical implications. *Clin Pharmacokinet* 1998;35:49-64.
- HAS – Haute Autorité de santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. France: HAS;2007.
- Herings RM, Stricker BH, de Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. *Arch Intern Med* 1995;155:1801-7.
- Hermann N. Management of neuropsychiatric disorders. In: Gauthier S., editors. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. London: Informa Health Care;2007:265-74.
- Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michiels J, Goetinck M & al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.
- HGR – Hoge Gezondheidsraad. Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden. Brussel: HGR;2005. Advies nr. 7855.
- HGR – Hoge Gezondheidsraad. Advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende kalmerende en hypnotische middelen. Brussel: HGR;2002. Advies nr. 7600.
- Howard RJ, Juszcak E, Ballard CG, Bentham P, Brown RG, Bullock R & al. Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2007;357:1382-92.
- Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane*;2007
- INCB – International Narcotics Control Board. Report Part three: Estimated requirements of narcotic drugs. 2009. Available from:
URL : <<http://www.incb.org/pdf/technical-reports-/psychotropics/2009/Publication Parts 09 english/Part three Table IV EFS 2009>>
- KCE – Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust-en verzorgingshuizen. Brussel: KCE; 2006. KCE Reports 47A.
- Kessler R, Demler O, Frank R, Olfson M, Pincus H, Walters E & al. Prevalence and Treatment of Mental Disorders. *N Engl J Med* 2005; 352:2515-23.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
- Kotlyar M, Dysken M, Adson DE. Update on drug-induced depression in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005;3:288-300.
- Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *Eur Neuropsychopharmacol* 1999;9:S399-405.

- Landi F, Cecari M, Russo A, Graziane O, Sgadari A, Bernabei R & al. Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clin Pharm Ther* 2002;72:729-34.
- Lantz M. Adjustment Disorders in Later Life. In: Agronin ME, Maletta G, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2006:421-7.
- Lon S, Schneider MD, Pierre N, Tariot MD, Karen S, Dagerman MS & al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Eng J Med* 2006;355:1525-38.
- Lonergan E, Luxenberg J, Colford J et al. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane*; 2002.
- Mallet L, Grenier L, Guimond J, Barbeau G. *Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie*: Presses de l'Université Laval; 2003.
- McCarberg BH. Rheumatic diseases in the elderly: dealing with rheumatic pain in extended care facilities. *Clin Geriatr Med* 2005;21:543-61.
- McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J & al. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder* Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care 2004.
- Montgomery P, Lily J. Insomnia in the elderly. *Clinical Evidence Handbook*. BMJ Evidence Centre, dec 2008.
- Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004;161:332-42.
- Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003491.
- Murphy SM, Tyrer P. A double-blind comparison of the effects of gradual withdrawal of lorazepam, diazepam and bromazepam in benzodiazepine dependence. *Br J Psychiatry* 1991;158:511-6.
- NHS – National Health Service. Dementia: The use of medication for non-cognitive symptoms, behaviour that challenges and behaviour control. NICE: Clinical guideline 42; 2009.
- NHS. Dementia: the use of medication for non-cognitive symptoms, behaviour that challenges and behaviour control. NICE. Clinical guideline 42, 2009.
- Niessen W, Stewart R, Broer J. & al. Vermindering van gebruik van benzodiazepines door een brief van de eigen huisarts aan de chronische gebruikers. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;149:356-61.
- O'Malley PG, Reed W. CBT added to tapering helped patients with chronic insomnia discontinue benzodiazepine use. *Evid Based Med* 2004;9:147. Comment on: Morin C, Bastien C, Guay B, & al. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive

behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004;161:332-42.

- Oude Voshaar R, Couvée J, Van Balkom A, Mulder P, Zitman F. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatrie* 2006;189: 213-20.
- Oude Voshaar RC, Gorgels W, Mol AJ. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepine te staken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1347-50.
- Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Modgill G, Jette N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:407-13.
- Petrovic M, De Paepe P, Van Bortel L. Pharmacotherapy of depression in old age. *Acta Clin Belg* 2005;60:150-6.
- Petrovic M. Use and discontinuation of hypnotic medications in geriatric inpatients. PhD thesis. Gent: Universiteit Gent, 2002.
- Pieters G. Antidepressiva bij kinderen en jongeren. *Minerva* 2007;6:160-1.
- Rantz MJ, Mehr DR, Hicks L, Scott-Cawiezell J, Petroski GF, Madsen RW, & al. Entrepreneurial program of research and service to improve nursing home care. *West J Nurs Res* 2006;28:918-34.
- Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Lichtenstein MJ, Griffin MR, Fought R & al. Reducing antipsychotic drug use in nursing homes. A controlled trial of provider education. *Arch Intern Med* 1993;153:713-21.
- RIZIV - Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie. Consensusconferentie, Brussel: RIZIV; 2006.
- RIZIV - Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Het doelmatig gebruik van antidepressiva in de behandeling van andere indicaties dan stemmingsstoornissen. Consensusconferentie. Brussel: RIZIV;2007.
- RIZIV – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Farmanet: via Evaluatie van de Medische Praktijk inzake geneesmiddelen. Brussel: RIZIV.
- RIZIV – Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering. Intern rapport: gebruik van psychofarmaca. Brussel: RIZIV;2008.
- Rogiers R. Niet-medicamenteuze aanpak van angst: protocollaire aanpak met cognitieve gedragstherapie. *Huisarts Nu* 2000;29:118-30.
- Rogiers R. Unipolaire depressie: niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts. *Tijdschr Geneeskunde* 2002;58:1426-34.
- Rosenzweig A, Prigerson H, Miller M, Charles F, Reynolds L. Bereavement and late-life depression: grief and its complications in the elderly. *Annu Rev Med* 1997; 48:421-8.
- Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008;168:508-13.

- Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study--the Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:889-95.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. *The Bergen District Nursing Home Study. J Am Geriatr Soc* 2004;52:1737-43.
- Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:77-82.
- Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:191-210.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005;293:596-608.
- SM – Socialistische Mutualiteit. Socio-economische gegevens en een longitudinale studie betreffende het voorschrijven van antidepressiva. Studiedienst. Brussel: SM; 2006.
- Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc.Psych Epid*, 2001;36:613-20.
- Testad I, Ballard C, Bronnick K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*;71:80-6.
- Van der velde V. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Trimbos Instituut 2003.
- van Reekum R, Clarke D, Conn D, Herrmann N, Eryavec G, Cohen T & al. A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long-term antipsychotics in dementia. *Int Psychogeriatr* 2002;14:197-210.
- Verwey B, Muntendam A, Ensing K, Essink G, Pasker-de Jong PC, Willekens FL & al. Clinically relevant anterograde amnesia and its relationship with blood levels of benzodiazepines in suicide attempters who took an overdose. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:47-53.
- Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, van Balkom AJ, van de Lisdonk EH, Breteler MH & al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;182:498-504.
- VVVL - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Slaap- en kalmeermiddelen. Brussel: VVVL; 2009. Available from: URL: <http://www.health.fgov.be/benzo.campagne>.
- Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Zolpidem use and hip fractures in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1685-90.
- Wassenberg MW, Severs D, Bonten MJ. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *J Hosp Infect* 2010;75:124-7.

- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA 2000;283:373-80.
- Whitaker R. The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good. Med Hypotheses 2004;62:5-13.
- WIV - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête, 2004. Brussel: WIV;2006.
- WIV - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête, 2008. Brussel: WIV;2010.
- Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. CMAJ 2007;176:1449-54.
- Woolcott J, Richardson J, Matthew O & al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. Arch. Int. Med 2009;169(21):1952-1960.
- Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. Int J Geriatr Psychiatry 2009.
- Zitman FG, Couvee JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off: report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. Br J Psychiatry 2001;178:317-24.
- Zuidema SU, Van Iersel MB, Koopmans RT, Verhey FR, Olde Rikkert MG. Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review. Ned Tijdschr Geneesk 2006;150:1565-73.

5. BIJLAGE(N)

De bijlagen worden ter informatie meegedeeld. De HGR kan in geen geval verantwoordelijk worden gesteld voor hun inhoud.

Bijlage 1: Waarom zijn ouderen gevoeliger voor iatrogene effecten bij geneesmiddelengebruik?

Bijlage 2: De factoren die een ongeschikt voorschrijven van psychofarmaca in een rusthuis kunnen meebrengen.

6. AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

In dit kader meent de HGR dat het noodzakelijk is *onafhankelijke studies* op te starten rond het probleem van de niet-medicamenteuze aanpak van de psychiatrische problematiek in de eerste lijn door artsen en andere gezondheidswerkers, naast epidemiologische studies en diagnosestelling van psychiatrische aandoeningen, vooral in WZC.

7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk * aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

BOGAERT Marc	Farmacotherapie	UGent
BRAND Daniel	Psychiatrie	OCMW Brussel
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychotherapie	PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge
CORTEN Philippe *	Psychiatrie	ULB
DELMEE Evelyne	Klinische Farmacie	IRIS Ziekenhuizen Zuid
DE MEYERE Marc	Huisartsgeneeskunde	UGent
DE MOL Jacques*	Psychologie	ULB
HERMANS Emmanuel	Farmacologie	UCL
PETROVIC Mirko	Geriatric	UGent
ROGIERS Anne	Psychiatrie	FAMHP
SALMON Eric	Neurologie	ULg
VAN NES Marie-Claire	Gerontologie	CHR de la Citadelle - Liège

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend aan de peer review :

BEKE Anne-Marie	Verpleegkundig diensthoofd - UCH Brugmann	
CHRISTIAENS Thierry	Psychiatrie	
	Huisartsgeneeskunde	Heymansinstituut voor Farmacologie - UGent

De volgende personen werden gehoord:

BORRENBEGEN Karel		DG1, Dienst psychosociale gezondheidzorg – cel drugs
HUARD Katia		DG1, Dienst psychosociale gezondheidzorg
VANDER STICHELE Bob	Farmacologie	UGent

Het voorzitterschap werd verzekerd door Philippe CORTEN en het wetenschappelijk secretariaat door Anne-Madeleine PIRONNET.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van

wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten, een referentiec comité) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingorgaan). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be), behalve wat betreft vertrouwelijke adviezen. Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (*European Science Advisory Network for Health*), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U zich abonneren op een mailing-list en/of een RSS-feed via volgende link: <http://www.hgr-css.be/rss>.

Bijlage 1: Waarom zijn ouderen gevoeliger voor iatrogene effecten bij geneesmiddelengebruik?

Ouderen die in onze maatschappij in aantal toenemen zijn gevoeliger voor iatrogene effecten van de geneesmiddelen en hun ongewenste neveneffecten.

Verskillende factoren kunnen deze toegenomen gevoeligheid verklaren (Bergeron & al., 2008; Grenier, 2007; Mallet & al., 2003).

1. De aard van de ongewenste effecten van psychofarmaca kan voor ouderen schadelijker zijn: risico voor valpartijen met ernstiger gevolgen (ook wegens osteoporose), veelvuldige orthostatische hypotensie, cognitieve stoornissen en psychomotorische vertraging. De gevolgen op het rijgedrag verergeren eveneens.
2. Verschillende fysiologische wijzigingen gaan gepaard met de normale veroudering en tasten de homeostatische mechanismen van de geneesmiddelen aan. Het metabolisme van de oudere is verschillend: verminderde lever- en nierfunctie, verlaging van het albuminegehalte in het bloed (Catterson & al., 1997).
3. Hierbij komen vaak nog aan één of meer ziekten gebonden pathologische wijzigingen (comorbiditeit). Die zwakheid benadrukt zowel de vatbaarheid voor als de ernst van de ongewenste effecten van geneesmiddelen, terwijl het vermogen tot herstel beperkt is. Die vormen van comorbiditeit weerspiegelen zich vaak door het gelijktijdig slikken van talrijke andere geneesmiddelen met waarschijnlijke farmacokinetische interacties (inhibitie van het metabolisme en opstapeling). Die interacties kunnen aan de oorsprong liggen van talrijke iatrogene effecten, over- of onderdoseringen van geneesmiddelen.
4. De compliance/naleving van de posologieën stelt bij ouderen met cognitieve stoornissen een probleem, wat ongewenste effecten meebrengt (rebound / ontwenningseffecten enz...).
5. Over het algemeen beïnvloeden die verschillende fysiologische en pathologische wijzigingen de farmacokinetiek en de farmacodynamiek van de geneesmiddelen.

a. Farmacokinetische wijzigingen

Tabel III: Wijzigingen van de farmacokinetische parameters bij bejaarden		
	Wijzigingen	Klinische betekenis
Absorptie	↑ pH van de maag	Wijziging van de ionisatiegraad van de zwakke zuren (mogelijke ↓ van de absorptie) en lage basen (mogelijke ↑ van de absorptie). Weinig betekenisvolle klinische invloed.
	↓ gastro-intestinale motiliteit	Vertraging van de maaglediging Verlenging van de darmpassagetijd van geneesmiddelen
	↓ concentratie van de eiwitten verantwoordelijk voor het actieve transport	↓ absorptie van de opgenomen geneesmiddelen door actief transport (bv. calcium, ijzer, vitamine B12)
Distributie	↑ vetmassa	↑ distributievolume van de vetoplosbare geneesmiddelen bv. antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepines
	↓ totaal lichaamswater	↓ distributievolume van de wateroplosbare geneesmiddelen bv. digoxine, lithium, acetaminofen
	↓ serumalbumine	↑ vrije fractie van het geneesmiddel (bv. fenytoïne, niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen, warfarine)
Metabolisme	↓ hepatische bloedstroom	↓ leverklaring van de geneesmiddelen met een hoge extractiecoëfficiënt
	↓ levermassa	↓ aantal functionele hepatocyten
	↓ enzymatische activiteit	↓ van de fase I-reacties, eventueel met inbegrip van de door de enzymen van het cytochroom P450 gemoduleerde oxidatiereacties
Uitscheiding	↓ glomerulaire filtratie	↓ uitscheiding van de geneesmiddelen of actieve metabolieten
	↓ tubulaire secretie	Opstapeling van de tubulair gesecreteerde geneesmiddelen (bv. cimetidine, trimetropine)

Bergeron et coll. ; *Pharmactuel* 2008 ; 41 S1 11-25

Bemerkingen:

Voorbeeld van geneesmiddelen met hoge extractiecoëfficiënt: tricyclische antidepressiva, morfine, propranolol, verapamil, ...

De verminderde metabolismereacties van fase 1 (oxidatie) brengen een verlaagd metabolisme van bepaalde geneesmiddelen met lage extractiecoëfficiënt mee, bijvoorbeeld: diazepam, flurazepam, alprazolam, valproïnezuur, carbamazepine, warfarine,...

In deze context dient er te worden opgemerkt dat bepaalde verbindingen aan het fase-1-metabolisme ontsnappen en dus minder onderhevig zijn aan farmacokinetische schommelingen (lorazepam, oxazepam en temazepam).

Voorbeeld van geneesmiddelen met aanzienlijke nieruitscheiding: allopurinol, amantadine, anti-H2, Angiotensine convertend enzym inhibitor (ACE Inhibitor), ciprofloxacin, fluconazol, ...

b. Wijziging van de farmacodynamiek (Hammerlein & al., 1998)

Bepaalde fysiologische wijzigingen kunnen de reactie van het organisme op geneesmiddelen wijzigen. Die wijzigingen brengen bij ouderen soms een toegenomen gevoeligheid mee voor geneesmiddelen of omgekeerd een verlaging van de effecten ervan. Heel vaak maken ze de oudere patiënten gevoeliger voor de ongewenste effecten. Tijdens de veroudering worden de cholinergische, dopaminergische, adrenergische en GABA-ergische stelsels in verschillende mate aangetast. Een afname van de cholinergische activiteit bij ouderen draagt waarschijnlijk bij tot het betrekkelijk veelvoudige voorkomen van verwardheid of zelfs van delirium, als nevenwerking van anticholinergische geneesmiddelen. Het dopaminergische stelsel is waarschijnlijk het meest door de veroudering aangetast. De normale veroudering leidt tot een geleidelijk verlies van de D2-receptoren van dopamine in het striatum van de hersenen. Dat verlies leidt tot de toename van de corrigerende bewegingen om een geschikte houding te behouden. Het verlies van de D2-receptoren kan de gevoeligheid van ouderen voor antipsychotische medicatie of metoclopramide eveneens verklaren.

De in het adrenergische stelsel vastgestelde wijzigingen zijn voor elk weefseltype specifiek. Hieruit vloeien verschillende effecten voort en dat volgens het orgaan waar zich de receptoren bevinden. Zo stelt men bijvoorbeeld een afname vast van het antihypertensief effect van bètablokkers. Op het vlak van het GABA-ergische stelsel stelt men bij ouderen een toegenomen gevoeligheid voor benzodiazepines vast, wat vaak leidt tot ongewenste effecten zoals geheugenverlies, aandachtsstoornissen, delirium of valpartijen.

6. De aanwezigheid van veelvuldige pathologieën leidt tot polymedicatie en stelt de patiënt bloot aan de aan elk geneesmiddel inherente ongewenste effecten of effecten voortvloeiend uit medicamenteuze farmacokinetische (inhibitie van het metabolisme en opstapeling) en farmacodynamische interacties (verergering van de cognitieve stoornissen bij het slikken van meerdere psychofarma, anticholinergica,...) (Catterson & al., 1997).
7. Ouderen vertonen ten slotte ook nog moeilijkheden inzake therapietrouw, in het bijzonder bij een ingewikkelde behandeling met geneesmiddelen alsook fysieke beperkingen en cognitieve stoornissen.

Bijlage 2: De factoren die een ongeschikt voorschrijven van psychofarma in een rusthuis kunnen meebrengen

Het voorschrijven van anxiolytica, antidepressiva en neuroleptica moet geschieden volgens de regels van goede praktijkvoering met precieze indicaties. Het vergt een medische opvolging en voor de meeste ouderen met cognitieve moeilijkheden moeten anxiolytica en neuroleptica beperkt blijven in de tijd.

De leefomstandigheden in een rusthuis kunnen bij de bewoners tot een symptomatologie leiden waarbij het verstandiger is in te spelen op de oorzaken dan geneesmiddelen voor te schrijven. Het komt ook voor dat er om verkeerde redenen psychofarma voorgeschreven worden. Als er enkel psychofarma gebruikt worden, kan dat ten slotte ontoereikend blijken, zodat ze met andere therapeutische middelen gekoppeld moeten worden.

1. Patiëntgerelateerde factoren

A. Chronische pijn

Men raamt dat 45 tot 80 % van de rusthuisbewoners pijn lijden van verschillende etiologische oorsprong en dat die ofwel onbehandeld ofwel onvoldoende behandeld wordt (McCarberg, 2005)ⁱ.

B. De miskende aandoeningen

Chronische of subacute infecties (Ford & Erlinger, 2004), hartdecompensatie (Yohannes & al., 2009; Patten & al., 2008), systemische ontstekingsziekten kunnen depressiebeelden veroorzaken. De beste behandeling is derhalve die van de onderliggende aandoening. Ondervoeding kan tegelijkertijd oorzaak en gevolg van depressie zijn. Psychopathologie kan eveneens van de miskende ziekten deel uitmaken.

C. De niet-aanpassing (Lantz, 2006)

Een patiënt kan het moeilijk hebben om zich aan het verschijnen van vormen van onvermogen ingevolge chronische aandoeningen aan te passen. Het is noch verheugend noch gemakkelijk om de noodzaak van een plaatsing in een rusthuis te aanvaarden. Men moet zich aan nieuwe regels en richtsnoeren aanpassen zowel qua personen als op het gebied van de omgeving. Deze slechte aanpassing kan via angst, slapeloosheid en depressie tot uiting komen. Een aanpak met geneesmiddelen alleen zal waarschijnlijk ontoereikend blijken.

1. Rouw (Rosenzweig & al., 1997)

Tijdens zijn leven zal de senior met verschillende vormen van rouw te maken krijgen. Het verlies van een kind wordt zeer sterk ervaren en lijkt moeilijker te verwerken dan het verlies van een echtgenoot. We onthouden hier dat rouw een normaal proces is en dat dit de reden is waarom er pas behandeling nodig is als die qua intensiteit of duur pathologisch wordt.

Het verlies van een gezelschapsdier bij opname in een rusthuis is een veel voorkomende bron van aanpassingsmoeilijkheden.

Het zelfbeeldverlies en het verlies van zijn zelfredzaamheid maakt aanpassing aan de verandering ook moeilijk.

Wanneer men naar een rusthuis moet, verliest men niet alleen zijn thuis maar ook zijn goederen en zijn intimiteit. De overgang naar een rusthuis wordt te vaak als een alledaags feit afgedaan, omdat het plotseling noodzakelijk wordt bij ziekenhuisopname. De senior heeft dan nauwelijks de kans zich erop voor te bereiden.

2. Herhaalde ziekenhuisopnamen

Het is niet zeldzaam dat een bewoner meerdere keren op een jaar in een ziekenhuis opgenomen wordt (Dunn & al., 2006). Elke opname kan als een breuk ervaren worden, alsof men in de steek gelaten wordt en dan vooral als de persoon in kwestie aan cognitieve stoornissen leidt. De

bewoner heeft meestal zelfs de gelegenheid niet om al dan niet voor opname in een ziekenhuis te opteren.

Chronische ziekten veroorzaken veelvuldig een depressiesyndroom en hun behandeling kan daar bovendien nog toe bijdragen.

3. Eindeloos doorbehandelen

De afwezigheid van een anticiperend zorgproject kan tot zware medische onderzoeken leiden, tot ziekenhuisopnamen en zware ingrepen waar de patiënt eigenlijk niet om vraagt (Casey, 1994). Dat kan het geval zijn bij kankerdiagnose of bij gevorderde cardiovasculaire ziekten.

D. Vragen om voorschriften

Wegens hun gevoelens van onbehagen kunnen bepaalde patiënten zelf om een voorschrift vragen. Familie en verzorgend personeel kunnen daar eveneens om vragen.

E. Cognitieve deficiëntie

Patiënten met dementie kunnen gedragsstoornissen vertonen die in bepaalde zorgstructuren moeilijk beheerd kunnen worden (Herrmann, 2007), zoals: rondzwerven, vocalisaties en agressiviteit. Het staat nu duidelijk vast dat ook de niet-medicamenteuze aanpak noodzakelijk is en dat het gebruik van psychofarma maar voor een beperkte periode mag gebeuren.

Apathie kan het gevolg zijn van een hypoactief delirium waarvan de oorzaken bepaald moeten worden.

Weigeren om te eten is een houding die de omgeving zorgen baart en waarop een multimodaal antwoord nodig is.

De cel "Chronische, Ouderen- en Palliatieve zorg" van de FOD Volksgezondheid heeft maatregelen genomen die vooral gericht zijn op de voeding van de ouderen:

1. Het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België 2005-2010 (DG 4) bevatte een specifiek luik inzake preventie en aanpak van ondervoeding bij ouderen in de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en de thuissituatie. Werkgroepen trachten deze bepalingen in concrete maatregelen om te zetten.

2. De Universiteit van Gent heeft tevens een studie uitgevoerd om een strategie voor de transmurale aanpak van de voedingsproblematiek uit te werken.

3. Op dit ogenblik is een studie lopende over "Evaluatie van de ondervoeding in geriatrische eenheden".

F. Het geïsoleerd houden wegens infectie

Het gebeurt geregeld dat een bejaarde geïsoleerd wordt, omdat die drager is van resistente kiemen (Wassenberg & al., 2010). Het staat vast dat in dergelijke omstandigheden de contacten met de omgeving wegens de te nemen hygiënemaatregelen sterk afnemen. Het zal geen opzien baren dat een depressieve symptomatologie vrij vlug kan optreden.

G. Neveneffecten van geneesmiddelen

Geneesmiddelen met een anticholinergische werking (Campbell & al., 2009; Cancelli & al., 2009; Rudolph & al., 2008) kunnen gedragsstoornissen meebrengen en een delirium veroorzaken. Die medicamenteuze bijdrage is vaak onbekend. In plaats van de veroorzakende stof weg te laten voegt men er een bijkomende behandeling aan toe waardoor de neveneffecten samengevoegd worden.

Een depressie kan door het slikken van bepaalde antidepressiva soms nog verergeren (Kotlyar & al., 2005).

2. Familiegebonden factoren

Vaak verwerken de families de opname van hun verwante in een rusthuis niet goed. Er kunnen schuldgevoelens ontstaan, omdat men de bejaarde niet thuis kan opvangen. Het verergert nog

wanneer de verwante tekens van aanpassingsmoeilijkheden vertoont. De familie kan de huisarts dan vragen om psychofarma voor te schrijven.

De familiale context kan angst en depressie meebrengen bij familieconflicten, vooral wanneer het om materiële en financiële goederen gaat. Bepaalde families komen nooit op bezoek, wat het gevoel van eenzaamheid bij de rusthuisbewoner nog verhoogt.

3. Factoren verbonden aan het verzorgend personeel

De uurregeling die het personeel moet naleven, kan het onbehagen bij de bewoners nog verhogen. Het zeer vroeg maken van het toilet, de laatste maaltijd om 17 uur en het vroege slapengaan kunnen slaapstoornissen meebrengen.

De bekwaamheid van het personeel, zijn wijze van communiceren en de mate van motivatie zijn allemaal parameters die de opvang van de bewoner en zijn graad van welbehagen beïnvloeden. De opleiding, meer in het bijzonder wat de gedragsstoornissen betreft, speelt ook een belangrijke rol (Testad & al., 2010).

Een veelvuldige personeelsswisseling is voor de bewoners een factor van onzekerheid. Zo kunnen die immers de affectieve steun van een goede relatie met een personeelslid verliezen.

Het voorschrijven van psychofarmaca kan als een kwaliteitsindicator beschouwd worden (Avorn & al., 1989): hoe minder psychotropen voorgeschreven worden hoe beter de toestand van de RVT is.

4. De omgeving

Het rusthuis kan een omgeving zijn die bijdraagt tot een aanpassingsproblematiek. Bepaalde rusthuizen zijn uitzonderlijk luidruchtig. Ze kunnen naargeestig zijn en niet voldoende licht binnenlaten, een factor die tot het verschijnen van een depressie kan bijdragen.

Kamers met een kleine oppervlakte waar men ternauwernood persoonlijke meubels kan plaatsen en weinig gezellige gemeenschapsruimten om familie te ontvangen zijn op hun beurt factoren die aanpassingsstoornissen kunnen meebrengen.

5. Het management van het rusthuis

In het licht van de talrijke ziekten waaraan de bewoners kunnen lijden, worden rust- en verzorgingstehuizen ziekenhuizen (omvorming van V-bedden) die echter hoegenaamd niet over dezelfde middelen beschikken. Ze ploeteren dus voort om leefomgevingen te blijven.

Een RVT beheren is uiterst complex wat de wetgeving betreft. Ze hangen af van verschillende federale en gewestelijke ministeries/FOD's. Hun financiering is ook heel ingewikkeld. De personeelsnormen maken het niet noodzakelijkerwijs mogelijk om op de ingewikkelde behoeften van de bewoners met zware pathologieën in te spelen.

Voor een beheerder is het dus niet gemakkelijk een beheersbeleid van de menselijke hulpbronnen op te zetten om de niet-medicamenteuze opvang van de aanpassingsstoornissen bij bewoners, die uit de bovengenoemde factoren voortvloeien, te bevorderen (Rantz & al., 2006; Castle & Lin, 2010).

Het voorschrijven van psychofarmaca verminderen, impliceert bijgevolg het nemen van structurele maatregelen om een gezelliger opvang in rust- en verzorgingstehuis mogelijk te maken. Het is bovendien noodzakelijk dat de patiënten toegang krijgen tot aanvullende therapieën en dat die terugbetaald worden.