Belgian Psychotropics Experts Platform BelPEP

Globale visienota en actieplan van de 3 werkgroepen

December 2014

INHOUDSTAFEL

INLEIDING **5**

DEEL 1 : Visienota van het coördinatiecomité **6**

1. Inleiding: probleemstelling 6
2. Statuut van het platform Psychofarmaca BelPEP 8
   - 2.1 Historiek 8
   - 2.2 Strategieën van het Platform 8
   - 2.3 Onderscheid tussen de doelgroepen: 9
3. Algemene actiepunten voor alle categorieën van substanties en voor alle leeftijdsgroepen 9
   - 3.1 Algemene globale acties (uitsluitend coördinatiecomité) 10
   - 3.2 Acties ontwikkeld in elke groep met gecentraliseerde coördinatie. 10
4. Onderscheid van de doelgroepen 11
   - 4.1 Werkgroep 1: Adequaat gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jong volwassenen (0 tot 25 jaar) 11
   - 4.2 Werkgroep 2 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij niet geïnstitutionaliseerde volwassenen 12
     - 4.2.1. Inleiding 12
     - 4.2.2. Antidepressiva 12
     - 4.2.3. Antipsychotica 14
     - 4.2.4. Benzodiazepines 15
   - 4.3 Werkgroep 3 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen 17
5. Referenties 19

DEEL 2 : Actieplan van de werkgroepen **20**

Werkgroep 1 : Adequaat gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jongvolwassenen 20

1. Inleiding en context 20
2. Actiepunten, prioriteiten en argumentatie 21
   - 2.1 Stimuleren van het onderzoek 21
   - 2.2 Sensibilisering van de artsen 22
   - 2.3 Andere te sensibiliseren sectoren 23
   - 2.4 Zorgnetwerk en zorgtrajecten 24
   - 2.5 De behandeling voor iedereen bevorderen 24

Werkgroep 2 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij volwassenen (niet-geïnstitutionaliseerd) 25

Werkgroep 3: Psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen 31

1. Inleiding 31
2. Actieplan 34
   - 2.1 Specifieke aanbevelingen voor BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia; ‚Gedragsstoornissen en psychologische/psychiatrische symptomen bij dementie). 34
   - 2.2 Specifieke aanbevelingen voor angst 36
   - 2.3 Slaapproblemen 37
   - 2.4 Specifieke aanbevelingen 40
   - 2.5 Actieplan werkgroep psychofarmaca 42
   - 2.6 Algemene aanbevelingen – Conclusies 46

LEDENLIJST VAN DE WERKGROEPEN

Secretariaat BelPEP bij de FOD Volksgezondheid:

Caroline Theisen, Karel Borrenbergen & Paul Matthys

Coördinatiecomité :

Thierry Christiaens	**Huisarts (covoorzitter)**
Monique Debauche	**Psychiater (covoorzitter)**
Koen Demyttenaere	Psychiater
Bruno Deschuiteneer / Nele Berthels	FAGG
Geert Dom	Psychiater
Lydia Gisle / Peter Blanckaert	WIV
Marc Ansseau	Psychiater
Maria Eyssen	KCE
Pierre Chevalier	RIZIV
Carl Cauwenbergh	RIZIV
Thierry Pepersack	Geriater
Thomas Orban	Huisarts - S.S.M.G.
Tom Declercq / Dr. Jan Michels	Huisarts - Domus Medica
Mirko Petrovic	Geriater
Pierre Oswald	Psychiater
Dominique Lamy	Huisarts
Jurgen Defruyt	Psychiater

Werkgroep 1 : adequaat gebruik van psychofarmaca bij kinderen en de jongvolwassenen :

Pierre OSWALD	**Psychiater (voorzitter)**
Marina DANCKAERTS	Pedopsychiater
Patricia EECKELEERS	Huisarts (SSMG)
Peter DIELEMAN	Huisarts (Domus Medica)
Fabienne DE BOECK	Departement voor Farmacologie
Monique DEBAUCHE	Psychiater
Sophie Ghariani	Neuropediater
Sanneke WILSON	Psycholoog centrum voor geestelijke gezondheid
Pascale De Coster	Patiëntenvereniging ADHD
Muriel Delcomenne	Pedopsychiater
Moniek De Keyser	CLB
Emmanuel Nelis	Psychiater voor kinderen en jongvolwassenen
Lise Maskens	Vertegenwoordiger van de Franse Gemeenschap
Muriel Mendez	Vertegenwoordiger van de Duitstalige Gemeenschap
Dirk Ramaekers	Vertegenwoordiger van de Vlaamse Gemeenschap

Werkgroep 2 : adequaat gebruik van psychofarmaca bij de non geïnstitutionaliseerde volwassenen :

Koen Demyttenaere	**Psychiater (voorzitter)**
Dominique Lamy	**Huisarts (vicevoorzitter)**
Koen Lowet	Psycholoog
Christine Vanoverbeke	Huisarts (SSMG)
Geert Dom	Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
Hans Van Den Ameele	Psychiater
Hilde Habraken	Farmaka VZW
Jan Saevels	Apotheker IPSA
Lydia Gisle	WIV
Marc Ansseau	Psychiater
Carole Lannoy	Apotheker SSPF
Nicole Delvaux	Psycholoog
Thierry Christiaens	Huisarts
Tom Declercq	Huisarts
Sibyl Anthierens	Socioloog

Werkgroep 3 : adequaat gebruik van psychofarmaca bij geinstitutionaliseerde ouderen :

Mirko Petrovic	**Geriater (covoorzitter)**
Thierry Peppersack	**Geriater (covoorzitter)**
Rudy Faelens	Huisarts – CRA
Willy Staessen	Huisarts
Marc Demeyer	Huisarts
Christian Gilles	Psychogeriater
Daniel Brand	Psychogeriater
Jan De Lepeleire	Huisarts- CRA
Tom Declercq	Huisarts
Mike Schuerch	Psychogeriater
Michel Hanset	Huisarts – CRA
Jolyce Bourgeois	Apotheker, Phd
Catherine De Monie	Apotheker
Hilde Habraken	Apotheker
Koen Verhofstadt	Huisarts - CRA
Majda Azermai	Verpleegkundige, PhD, onderzoeker
Dirk De Meester	Verpleegkundige, directeur rustoord
Jan Michels	Huisarts
Sylvie Gerard	Hoge Gezondheidsraad
Lisa Renson	Psychologe
Samira Allach	Hoofdverpleegkundige
Bellinde Kabera	Verpleegkundige RVT
Jo Lissaerde	Huisarts- CRA

INLEIDING

Het gebruik van psychofarmaca in België is belangrijk, zelfs verontrustend. In 2013 is daarom BelPEP (Belgian Psychotropics Experts Platform) opgericht.

Het doel van BelPEP is om tot een beter gebruik te komen van psychostimulantia, benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica. Sensibiliseren (bijvoorbeeld door middel van publieke campagnes), opstellen en implementeren van richtlijnen en aanbevelingen, het stimuleren van onderzoek en monitoring zijn de belangrijkste taken van dit platform.

Het platform bestaat uit drie werkgroepen (adequaat gebruik van psychofarmaca bij jongeren/adequaat gebruik van psychofarmaca bij niet-geïnstitutionaliseerde volwassenen/ adequaat gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen), onder leiding van een plenair orgaan, het coördinatiecomité, dat verantwoordelijk is voor de algehele coördinatie en de missie heeft om coherentie te waarborgen en om een algemene visie te bepalen.

Dit rapport bestaat uit twee delen.

Om efficiënt het inadequaat voorschrijfgedrag en gebruik van psychofarmaca aan te pakken, was het, ten eerste, essentieel een algemene visienota op te stellen.
De eerste 4 hoofdstukken geven een overzicht van de historiek, context, epidemiologie en van de specifieke problematiek in elke leeftijdsgroep en bij elk type psychofarmaca.
Bovendien is in dit deel ook een beschrijving opgenomen van de actiepunten die een algemene impact zouden kunnen hebben op alle leeftijdsklassen en op alle soorten psychofarmaca. Dit document is uitvoerig besproken en goedgekeurd in het coördinatiecomité.

In een tweede fase werden de werkgroepen opgericht. Elke werkgroep kreeg de opdracht om de prioritaire actiepunten voor de komende jaren te bepalen. De 3 actieplannen die in detail de aan te bevelen maatregelen weergeven zijn opgenomen in deel 2.

DEEL 1 : VISIENOTA VAN HET COÖRDINATIECOMITÉ

1. Inleiding: probleemstelling

Uit de gezondheidsenquête van 2008 uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat in België 15% van de mensen van 15 jaar en meer, volgens eigen rapportage, psychofarmaca hebben gebruikt tijdens de afgelopen twee weken: 9% nam een slaappil, 7% een anxiolyticum en 6% een antidepressivum. 20% van de vrouwen en 10% van de mannen van meer dan 15 jaar hebben ten minste één psychofarmaca gebruikt.

Oudere mensen gebruiken meer psychofarmaca dan alle mensen behorende tot jongere leeftijdscategorieën. Ze cumuleren verschillende medische problemen en gebruiken vaak verschillende geneesmiddelen op hetzelfde moment.

Bij de vaststelling dat het gebruik van psychofarmaca stijgt, stelt de Hoge Gezondheidsraad de vraag of de prevalentie van psychiatrische stoornissen in dezelfde mate is toegenomen. Onderzoek wees evenwel uit dat er geen objectieve toename is van het aantal psychiatrische ziektebeelden, maar wel van de detectie ervan en van de vraag naar hulp.

Gelet op de toename in België van het aantal voorschriften voor psychofarmaca, kunnen we vragen stellen m.b.t. de adequaatheid van deze voorschriften. Zo wordt aan een deel van de patiënten psychofarmaca voorgeschreven, terwijl een niet-medicamenteuze alternatief mogelijk is. Aan de andere kant zien we dat voor een ander deel van de patiënten geen voorschrift werd uitgereikt, terwijl psychofarmaca nodig waren geweest voor een optimale behandeling van hun pathologie. We stellen vast dat op het vlak van het voorschrijven van psychofarmaca er dus een tendens van een onaangepast voorschrijfgedrag bestaat die betrekking heeft op te weinig en verkeerd voorschrijven, evenals een tendens van overprescriptie. Van essentieel belang is het rationeel kunnen voorschrijven door de indicaties te volgen, adequaat en op de juiste wijze de verschillende psychofarmaca te gebruiken en de risico's en bijwerkingen die inherent zijn aan elk van deze producten te kennen. Het is belangrijk dat psychofarmaca niet te snel en voor een niet te lange periode worden voorgeschreven en bovendien geëvalueerd worden bij voorschrijven.

Verschillende problemen werden waargenomen bij het voorschrijven van Psychofarmaca:

- Psychostimulantia: de laatste jaren spreekt men van een duidelijke stijging van het gebruik van psychostimulantia bij kinderen en adolescenten in de behandeling van ADHD (volgens de gegevens van IMS en Farmanet). Adequate informatie over de mogelijke risico’s zijn noodzakelijk alsook een passend beleid op dit vlak. Niet-medicamenteuze alternatieven bestaan en moeten geïnventariseerd worden. Enerzijds is het mogelijk dat kinderen blootgesteld worden aan onnodige risico’s. Anderzijds zijn er zijn kinderen voor wie deze behandeling nuttig zou kunnen zijn maar die ze niet krijgen omwille van angst voor gezondheidsrisico’s.

- Antidepressiva: de meerderheid van de depressies zijn mineure depressies waarbij wetenschappelijke gegevens hebben aangetoond dat de werking van medicatie zeer beperkt is in termen van effectiviteit. Daarentegen worden bij ernstige depressies veel voorschriften voor een te korte duur afgeleverd om een ernstige depressie episode te kunnen behandelen. Een groot deel van de patiënten stopt te vroeg met de behandeling. Daarbij stelt men vast dat een subgroep van patiënten met een ernstige depressie niet bereikt worden en geen enkele voorschrift krijgt. Het is enerzijds belangrijk om de ernst van de depressie te identificeren om het meest geschikte alternatief (medicatie of niet) te kunnen overwegen. Anderzijds merken we op dat veel behandelingen over een te lange periode lopen. Er moet daarom over gewaakt worden dat antidepressiva voorgeschreven worden voor een welomschreven periode met regelmatige follow-up.

- Antipsychotica: veel antipsychotica worden voorgeschreven buiten de indicatie "psychose". De meeste voorschriften bij ouderen worden opgesteld binnen het kader van gedragsstoornissen bij dementie. Wetenschappelijke gegevens duiden op een beperkte effectiviteit van antipsychotica voor deze indicatie. Bovendien worden veel bijwerkingen gelinkt aan het gebruik van antipsychotica (voornamelijk bij oudere mensen, maar ook bij jongeren). Bij ouderen werd in dit verband een hoger sterftecijfer bewezen. Er moeten dus duidelijke richtlijnen komen om aan te geven wanneer, hoelang en hoe deze krachtige middelen voorgeschreven kunnen worden.

- Benzodiazepines en aanverwanten : er wordt te snel overgegaan tot het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen. Zowel bij slapeloosheid als bij angst, moet een niet medicamenteuze aanpak de eerste keuze zijn. Meerdere ongewenste effecten doen zich voor bij het gebruik van deze middelen, vooral bij ouderen. De werkzaamheid van slaapmiddelen is onderbouwd voor één week en vermindert met de tijd, bij angst is dit enkele weken. Heel wat ouderen in de eerste lijn en ook in WZC zijn afhankelijk van benzodiazepines. De ongewenste effecten zijn bij hen talrijk. Daarnaast merken we op dat veel behandelingen over een te lange periode lopen. Er moet daarom over gewaakt worden dat benzodiazepines voorgeschreven worden voor een welomschreven periode.

Meer dan 10% van de uitgaven voor medicatie in openbare apotheken houden verband met het gebruik van psychofarmaca. Het is daarom van essentieel belang dat deze uitgaven doordacht gebeuren.

Eén van de besluiten van de Hoge Gezondheidsraad 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. De patiënten en artsen zoeken soms een snelle oplossing voor het probleem. Niet-farmacologische mogelijkheden worden slechts beperkt onderzocht of zijn niet gekend.

Tot slot zijn er nog veel andere factoren die het onaangepaste karakter van een voorschrift kunnen verklaren, zoals de opleiding (basis en navorming) van gezondheidswerkers, de populatiekenmerken (sociaal en economische statuut).

Om het juiste gebruik van psychofarmaca in België te bevorderen werd een wetenschappelijke platform met multidisciplinaire experts opgericht. Voor elke groep psychofarmaca moeten verschillende vragen aan bod komen:

- Wat is de juiste indicatie, de juiste voorschrijfperiode en de mogelijke geleidelijke afbouw?
- Wat zijn de niet-medicamenteuze alternatieven en de randvoorwaarden om tot een rationeel voorschrijfgedrag te komen ?
- Wat is de impact op, en eventueel welk is het gevaar voor, de volksgezondheid ?
- Wat is de kost van de medicamenteuze behandeling versus de niet-medicamenteuze behandeling ?

2. Statuut van het platform Psychofarmaca BelPEP

2.1 Historiek

In 2010 heeft Minister Onkelinx een rondetafelconferentie rond het onderwerp psychofarmaca georganiseerd met wetenschappelijke vertegenwoordigers en de huisartsen. In juli 2011 heeft de Hoge Gezondheidsraad twee relevante adviezen over het onderwerp uitgebracht.

De federale overheid heeft zich, in haar regeringsakkoord van 2011, geëngageerd in de strijd tegen het overmatig gebruik van psychofarmaca door o.a. de gezondheidsactoren te sensibiliseren.

Een platform 'psychofarmaca' werd door de Federale Minister van Volksgezondheid opgericht met als doel een beleid op te stellen voor het buitensporig voorschrijven van deze medicaties.

Dit platform streeft naar objectiviteit en werkt volgens de recentste evidence-based kennis.
De FOD VVVL heeft, in samenwerking met het RIZIV, de nodige stappen ondernomen voor de oprichting, de opvolging en de ondersteuning van dit platform.

Dit platform bevat een coördinatiecomité en werkgroepen.

Het coördinatiecomité is samengesteld uit wetenschappers en leden van de FOD VVVL, het RIZIV en het FAGG. De belangrijkste missies zijn het realiseren en controleren van een algemeen kader, de doelstellingen en het plannen van acties.

De werkgroepen zijn gemandateerd om specifieke acties uit te voeren en om de implementatie te organiseren of te ondersteunen.

2.2 Strategieën van het Platform

Het doel van het platform is om te streven naar een beter gebruik van psychostimulantia, benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica.

Dit is mogelijk dankzij o.a. 4 actielijnen:

1. Het opstellen en het implementeren van richtlijnen en aanbevelingen voor de professionelen (bijvoorbeeld het opstellen van hulpmiddelenboeken);
2. Sensibilisatie (bijvoorbeeld door middel van publieke campagnes) van gezondheidsbeoefenaars en/ of de bevolking;
3. Stimuleren van onderzoek en monitoring (bijvoorbeeld m.b.t. overmatig gebruik van stimulerende middelen).
4. Het formuleren van beleidsaanbevelingen naar de bevoegde overheden

2.3 Onderscheid tussen de doelgroepen:

Het gebruik van psychofarmaca varieert naargelang de levensloop, de sociaal economische situatie, het geslacht… Er werd besloten om een onderscheid te maken tussen drie groepen.

Ten eerste, is de consumptie van psychostimulantia vooral aanwezig bij **kinderen en jong volwassenen (0 tot 25jaar),** Dit thema zal worden behandeld in groep 1 genaamd *'adequaat gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jong volwassenen'* (zie punt D.1).

Ten tweede, stellen we bij **de niet geïnstitutionaliseerde volwassenen** een grotere consumptie van antidepressiva, slaapmiddelen en tranquillizers vast. Deze problematieken alsook deze gebonden aan het voorschrijven van antipsychotica binnen deze doelgroep zullen worden besproken binnen werkgroep 2 genaamd *'adequaat gebruik van psychofarmaca bij niet geïnstitutionaliseerde volwassenen* (zie punt D.2).

Ten derde zal de doelgroep van de **geïnstitutionaliseerde ouderen** in rust- en verzorgingstehuizen het onderwerp uitmaken van een laatste werkgroep. Het thema ouderen met een belangrijke consumptie van benzodiazepines, antidepressiva en eventueel van antipsychotica zal worden besproken in werkgroep 3 genaamd *'adequaat gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen*' (zie punt D.3).

3. Algemene actiepunten voor alle categorieën van substanties en voor alle leeftijdsgroepen

Verschillende concrete acties kunnen uitgevoerd worden ongeacht de leeftijdsgroep en de betreffende substanties.
De uitvoering hiervan kan een effect hebben op de oneigenlijke consumptie van alle psychofarmaca.
De relevantie van deze acties moet worden beoordeeld door de verschillende werkgroepen. Ze kunnen niet allemaal in eerste instantie als prioritair worden beschouwd.

Lijst van de globale acties (niet-exhaustief):

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de acties die alleen besproken kunnen worden binnen het coördinatiecomité en deze die het onderwerp zullen uitmaken van besprekingen binnen elke werkgroep gecoördineerd door het coördinatiecomité.

3.1 Algemene globale acties (uitsluitend coördinatiecomité)

- Nationale Monitoring van het voorschrijfgedrag en van het afleveren van alle psychofarmaca, met als doel: de mogelijkheden bekijken om de gegevens uit de databanken van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) of van de APB te gebruiken om zicht te krijgen op de consumptie van psychofarmaca, zowel terugbetaalde als niet-terugbetaalde (deze worden niet geregistreerd in Farmanet).
    - Artsen dienen feedback te krijgen over hun voorschrijfgedrag i.v.m. psychofarmaca. Artsen waarvan het voorschrijfprofiel duidelijk afwijkt, dienen dit te verantwoorden;
        - Nauwgezette registratie van de voorschrijfcijfers
    - Epidemiologie
    - Toezicht/farmacovigilantie
- Evaluatiecriteria voor de terugbetaling van medicatie.
- Erkenning van de “psychotherapeuten” en evaluatie van de terugbetalingsmogelijkheden voor consultaties (zie inventaris van de debatten)
- De rol van de huisarts als counselor, psychologisch begeleider, moet versterkt worden. Dit kan betekenen dat huisartsen incentives dienen te krijgen voor het volgen van vormingen in de niet-medicamenteuze aanpak. Hierbij kan het accrediteringssysteem een rol spelen. Ook apothekers dienen extra incentives te krijgen voor counseling i.p.v. verkoop.

3.2 Acties ontwikkeld in elke groep met gecentraliseerde coördinatie.

- Centraal beschikbaar stellen van de informatie ter attentie van de professionelen (omvat o.a. de invloed van psychofarmaca, recente wetenschappelijke informatie, informatie over de pathologieën, tools voor differentiële diagnose, guidelines voor een geschikte behandeling of ontwenning, …) De mogelijke tools zijn:
    - Gids met aanbevelingen o.a. Domus, SSMG;
    - Websites voor professionals;
    - Onlineforum.
- Basis- en permanente opleiding inzake luisteren en counseling ter attentie van de huisartsen.
- Betrekken van de apothekers, andere gezondheidswerkers, eerste- en tweedelijns experten (zoals de eerstelijnspsycholoog) van de geestelijke gezondheidszorg of sociaal werkers die een rol spelen in de ondersteuning van de behandeling.
- Het organiseren van publiekscampagnes ter sensibilisering van de patiënten en het publiek. De relevantie van de beschikbare informatie voor het grote publiek evalueren (vooral op internet).
- Daarnaast dienen ook specialisten in ziekenhuizen nascholing te krijgen over het beperkt opstarten van psychofarmaca, en het systematisch afbouwen ervan;
- Ondersteuning van de huisartsen door de specialisten: Psychiaters, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrische Ziekenhuizen moeten, naast hun huidige focus op langetermijnbehandelingen, aan huisartsen de mogelijkheid bieden om op korte termijn een consult te vragen, eventueel zelfs telefonisch.

4. Onderscheid van de doelgroepen

Zoals reeds vermeld zal een onderscheid gemaakt worden tussen 3 doelgroepen. In dit hoofdstuk zal de context en de problematiek specifiek aan elke leeftijdsgroep worden uitgelegd. Bovendien zullen voor groep 2 de specificaties in de context en de doelstellingen duidelijk worden gepresenteerd per categorie van psychofarmaca.

4.1 Werkgroep 1: Adequaat gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jong volwassenen (0 tot 25 jaar)

Context en problematiek :

Aangezien men de laatste jaren spreekt over een duidelijke toename van het gebruik van deze psychostimulantia, vooral bij kinderen en adolescenten, is adequate informatie over de potentiële risico's en de implementatie van een aangepast beleid nodig. Deze psychofarmaca, namelijk methylfenidaat maar ook dexamfetamine en atomoxetine, nemen een plaats in bij de behandeling van mensen - kinderen, jongeren (en volwassenen) die aan ADHD lijden. ADHD is een van de meest voorkomende psychiatrische aandoening met een wereldwijde prevalentie van ongeveer 5% bij kinderen en 3% bij de volwassenen.

Psychostimulantia zoals methylfenidaat, atomoxetine en amfetaminederivaten werden de afgelopen jaren verantwoordelijk gesteld voor het verhoogd risico voor hartproblemen, sterfte en verhoogd zelfmoordrisico. Er kwamen recentelijk ook vragen over de rol van deze stoffen bij het al dan niet veroorzaken van psychotische symptomen. Ten slotte blijven bepaalde vragen zoals bijvoorbeeld hun invloed op de slaap, de grootte en het gewicht of over middelenmisbruik nog steeds onbeantwoord.

Bovendien wordt algemeen erkend en aanvaard dat een medicamenteuze behandeling slechts één van de elementen is voor een effectieve behandeling bij mensen die lijden aan deze ontwikkelingsstoornis.

Sommige elementen wekken daarom bezorgdheid op met een dubbel consequentie. Enerzijds is het mogelijk dat kinderen worden blootgesteld aan onnodige risico's en anderzijds zijn er kinderen voor wie deze behandeling heilzaam zou kunnen zijn maar die ze niet krijgen omwille van gezondheidsbezorgdheden. Inadequaat gebruik van stimulerende middelen wordt regelmatig gerapporteerd, vooral bij studenten. Er worden geen gegevens in de literatuur teruggevonden over dit onderwerp. Het verdient aanbeveling om dit fenomeen te bestuderen zowel wat betreft het belang ervan als wat betreft de gebruikte hoeveelheden.

Prioriteiten van de werkgroep

- Ontwikkeling richtlijnen mede op basis van adviezen HGR
- Zoeken naar niet-medicamenteuze alternatieven voor ADHD
- Onderzoek betreffende het gebruik van stimulantia;
- uitwerken interdisciplinair protocol 'opvolging ADHD patiënt onder psychostimulantiatherapie' tussen enerzijds diagnostische expertisecentra met anderzijds huisartsen, apothekers en scholen (bvb Brugs model)

- Kwalitatief onderzoek bij psychostimulantiagebruikers over perceptie, compliance, inadequaat gebruik en verkoop van psychostimulantia
- Voor 2013 zal vooral het indienen van projecten vanaf 2014 op de agenda staan.

4.2 Werkgroep 2 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij niet geïnstitutionaliseerde volwassenen

Omvat antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepines

4.2.1. Inleiding

Uit de gezondheidsenquête van 2008, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, blijkt dat in België 15% van de mensen van 15 jaar en meer, volgens eigen rapportage, psychofarmaca hebben gebruikt tijdens de afgelopen twee weken: 9% nam een slaappil, 7% een anxiolyticum en 6% een antidepressiva.

Wij trachten hier een overzicht te geven inzake de context en de problematiek (substantie per substantie) alsmede een overzicht van de prioriteiten van de werkgroep.

4.2.2. Antidepressiva

Context en problematiek

Volgens het rapport over de evolutie van het voorschrijfgedrag van antidepressiva opgemaakt in 2012 door de Unie van Socialistische Mutualiteiten, heeft in ons land meer dan één persoon op tien ouder dan 18 jaar, ten minste één antidepressivum gebruikt in 2010.

De analyse over de jaarlijkse afgifte van antidepressiva toont aan dat het aantal DDD (daily defined dosis) steeg met meer dan de helft tussen 2002 en 2010.

Ondanks de hoge consumptie van antidepressiva, merkt men dat een groot deel van de mensen die lijden aan depressie niet wordt opgevangen. Men spreekt in dit verband daarom even veel over een fenomeen van onderprescriptie dan van overprescriptie.

Verschillende elementen kunnen deze vaststelling ondersteunen:

- Volgens gegevens van het RIZIV bedroeg het aantal volwassen patiënten die minstens één verpakking antidepressiva voorgeschreven kreeg in 2008, 1.103.379 of 13,0% van de Belgische volwassenen. Volgens eerdere studies ligt de prevalentie van ernstige depressie bij volwassenen in België, geschat op jaarbasis, echter eerder tussen 5 en 8%. Het is wel belangrijk om er rekening mee te houden dat er andere niet-depressiegebonden indicaties bestaan voor antidepressiva.
- De consumptiecijfers van antidepressiva in België en de omliggende landen suggereren overconsumptie. Er zou echter ook onvoldoende behandeling voor de ernstige vormen zijn.
- Uit een studie uitgevoerd door het KCE in 2006 blijkt dat 60% van de patiënten aan wie een antidepressivum voorgeschreven werd binnen de drie maanden met hun behandeling stopten.

49% kreeg slechts één doos voorgeschreven (ongeveer een maand behandeling): dit is een te korte behandelingsduur om een majeure depressie te behandelen.

- Een studie uitgevoerd door Solidaris (Socialistische Mutualiteiten) heeft aangetoond dat driekwart van de consumptietoename van antidepressiva tussen 2002 en 2010, kan worden verklaard door een toename van de gemiddelde hoeveelheid voorgeschreven per patiënt. Bovendien respecteert de patiënt het voorschrift en de posologie beter tijdens zijn behandeling. Deze resultaten zijn eerder positief gezien de aanbevelingen ter zake. Meer dan één patiënt op twee stelt zich evenwel tevreden met een eenmalige inname (dit is ongeveer één maand behandeling), wat veel te weinig is om een ernstige depressie episode te behandelen.

Een andere belangrijke vaststelling is dat hoewel antidepressiva geen dure geneesmiddelen zijn, een derde van de patiënten een van de duurste werkzame bestanddelen gebruikt (in netto kost per DDD).

Het effect van medicatie op lichte tot matige depressie staat ter discussie; zeker bij licht depressieve beelden is niet medicamenteuze aanpak aan te bevelen (Zie recent BMJ artikel BMJ2013; 346doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f540 - Published 26 February 2013)

Psychotherapie kent grote barrières: weerstand bij de patiënten, financiële barrières, wachttijden in gesubsidieerde initiatieven, inefficiënte van aangeboden behandelingen.

Prioriteiten van de werkgroep

- **Een betere differentiële diagnose bevorderen**
  - Antidepressiva *hebben hun doeltreffendheid in de behandeling van lichte depressie niet bewezen*. Bij patiënten met een eerste episode van een lichte depressie, moet een medicamenteuze behandeling niet systematisch worden opgestart. Een niet-medicamenteuze aanpak ovv watchfull waiting, psycho-educatie, activatie en eventueel psychotherapie worden wel aanbevolen.
  - Het is daarom essentieel *een onderscheid te maken volgens de ernst* van de depressie. Lichte depressies met antidepressiva behandelen is zinloos en stelt de patiënt onnodig bloot aan de nevenwerkingen.
  - *Diagnose «triestheid» - «depressie» - rouw verbeteren.* Geïsoleerde depressiesymptomen, door de algemene bevolking gegroepeerd onder de term 'depressie', maar ook angst en depressieverschijnselen, wijzen meestal op lichte depressies en niet op ernstige depressies. Rouw is dan weer een normale reactie op verlies en hoeft in de overgrote meerderheid van de gevallen niet gemedicaliseerd te worden. Dit onderscheid maken is dus van essentieel belang.

- **Niet medicamenteuze behandelingen overlopen**
  - Een inventaris maken van de niet-medicamenteuze behandelingen die hun efficiëntie reeds hebben bewezen.

- Verwijzing naar de niet-medicamenteuze psychosociale tweedelijnsopvang toelaten en dus de samenwerking tussen de verschillende zorgniveaus verbeteren.
- Een opleiding aanbieden aan de huisartsen in luistertechnieken of «counseling» meer gespecialiseerde technieken bvb in de cognitieve gedragstherapie zoals activatie met steun (tijdens of buiten de consultatie) van psychologen of psychiaters.
- De mogelijkheden van een specifieke nomenclatuur voor dit type consultaties (langer en complexer) evalueren.
- Training van huisartsen in begeleiding van patiënten met lichte en matige depressie, zelf of in samenwerking met psychotherapeuten.
- Training apothekers i.v.m. eerste afgifte en opvolging benzodiazepines en antidepressiva.
- Experimenten met eerstelijnspsychologen (werkzaam in huisartsenpraktijken) moeten verdergezet worden en eventueel uitgebreid.
- Zelfhulp-initiatieven voor patiënten (oa via internet) moeten bestudeerd worden.

- **Naleving van de posologie door de patiënt aanmoedigen**
  - Eraan herinneren dat antidepressiva niet snel werken en men gemiddeld drie tot zes weken moet wachten om de klinisch werking ervan waar te nemen.
  - Eenmalige voorschriften van antidepressiva vermijden.
  - De optimale behandelingsduur van een depressieve episode met antidepressiva wordt meestal geschat op 4 tot 6 maanden na remissie, soms zelf langer, als de patiënt een persoonlijke voorgeschiedenis van depressies heeft.
  - De patiënt beter informeren over de te verwachten resultaten en nevenwerkingen van de behandeling om vroegtijdige stopzetting van de behandeling tegen te gaan.
  - Het stopzetten van de behandeling moet liefst geleidelijk gebeuren, over een periode van minstens 6 à 8 weken na een langdurige behandeling.

- **Kijken naar het voorschrijfgedrag buiten-depressie**
  - Het bewijzen van de efficiëntie van antidepressiva bij angst heeft het toepassingsgebied van antidepressiva sterk verruimd.
  - Wel ook gebruik in andere psycho-pathologieën: slaapstoornissen, … Het is vaak onduidelijk wat het nut is van een antidepressieve behandeling in deze context zonder comorbiede depressie.

4.2.3. Antipsychotica

Context en problematiek

Het gebruik van antipsychotica in termen van DDD is met 77% gestegen tussen 1997 en 2008. Het percentage gebruikers groeit tot de leeftijd van 65 jaar min of meer lineair, maar stijgt aanzienlijk op gevorderde leeftijd. Een psychose treedt echter meestal op tussen 16 en 30 jaar en schizofrenie

treedt meestal op tussen het 20ste en 35ste levensjaar. Men schat de prevalentie van schizofrenie en haar aanverwante psychoses op 0,6% van de bevolking.

We zien vaak dat dit type antipsychotica ‘ buiten psychose’ wordt voorgeschreven. Dit stelt een probleem op het vlak van de volksgezondheid gezien de nevenwerkingen van deze producten, voornamelijk bij oudere patiënten en ‘patiënten met polymedicatie’. Bij oudere patiënten worden AP vaak chronisch gebruikt voor gedragsstoornissen bij dementie. In deze indicatie is de werking beperkt. Er zijn aanwijzingen van oversterfte bij gebruik van de verschillende types antipsychotica bij ouderen.

Prioriteiten van de werkgroep

- **Indicatie scherper te stellen: ernstige vorm van agitatie en agressiviteit**
  - Uitwerken van richtlijnen rond beleid bij gedragsstoornissen; goed gebruik en eventueel afbouw van antipsychotica
  - Voorkeur geven aan niet-medicamenteuze aanpak bij neuropsychiatrische symptomen van de patiënten met dementie;
  - Werk maken van vorming en ondersteuning van de zorgverstrekkers;
  - Zorgen voor voldoende omkadering en infrastructuur.
  - Een verkeerd gebruik bij oudere personen vermijden. De antipsychotische behandelingen bij oudere personen zijn immers niet gunstig voor het behouden van hun cognitieve functies. Ze worden vaak gecombineerd met sedatieve behandelingen en er bestaan veel interacties met de andere therapeutische klassen (antihypertensiva, antibiotica, enz.). De meeste recente studies wijzen op een nadelig effect van de typische of atypische neuroleptica op de cognitieve functies, waarschijnlijk wegens een sedatief en inhiberend effect op de initiatieven en het gedrag.

- **Keuze van de klasse van antipsychotica bij ouderen**
  - Voor deze bevolkingsgroep zijn de aanbevelingen duidelijk: deze geneesmiddelen moeten in een lage dosis gebruikt worden en gedurende een korte periode. De juiste plaats van atypische antipsychotica versus klassieke antipsychotica moet verder bestudeerd worden.

4.2.4. Benzodiazepines

Context en problematiek

Het staat vast dat benzodiazepines en aanverwanten (Z-drugs) werkzaam zijn bij slapeloosheid: 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.

Reeds tientallen jaren zijn de ongewenste effecten van *benzodiazepines* bekend: het gaat om verwardheid, overdreven sedatie, slaperigheid, vallen, geheugenstoornissen, concentratiestoornissen, *hangover*, paradoxale reacties, psychische en fysieke afhankelijkheid, dervingsverschijnselen na stoppen en mogelijke acute intoxicaties. Er is ook een myorelaxatie te vermelden. Deze ongewenste effecten zijn nog frequenter en ernstiger bij ouderen, zij kunnen een mogelijke dementie accentueren en interfereren met de diagnostiek ervan.

Bij slapeloosheid zijn benzodiazepines een tweede keus na de niet-medicamenteuze aanpak. Voor ouderen worden ze best vermeden. Benzodiazepines bij niet-ouderen zijn enkel verantwoord indien het om een erge vorm gaat van slapeloosheid met grote weerslag op het functioneren, 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.

Historiek van de campagnes

Sinds 2002 worden federale campagnes gevoerd die tot doel hebben de bevolking bewust te maken van de gevaren van overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Deze campagnes zijn een uitvoering van de Federale Beleidsnota Drugs uit 2001 waarin bepaald wordt "*Er zal tevens een preventiecampagne opgezet worden om de bevolking te wijzen op de gevaren van benzodiazepines (waaronder verkeersrisico's)*".

Aanvankelijk werd er een algemene informatiecampagne inzake slaap- en kalmeringsmiddelen gevoerd, gericht op de gehele bevolking (via TV, radio, folders).
De jaren na deze algemene informatiecampagne richtte de campagne zich vooral op de persoonlijke interactie tussen de zorgverlener (in dit geval huisartsen en apothekers) en de patiënt door de betrokken beroepsgroepen informatie te geven en hulpmiddelen aan te reiken om patiënten te begeleiden die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Hiervoor werden volgende zaken ontwikkeld:

- Folders en affiches die verspreid werden onder alle huisartsen en apothekers om in hun wachtkamer/officina te leggen of mee te geven met patiënten;
- Een hulpmiddelenboek voor huisartsen en apothekers met informatie over slaap- en kalmeermiddelen, alternatieven, afbouw en motivationele gespreksvoering;
- Interactieve trainingen voor huisartsen in kleine groep inzake het begeleiden van patiënten die specifieke vragen hebben over het gebruik of de afbouw van slaap- en kalmeringsmiddelen die begeleid worden door een duo (huisarts en psycholoog). Het hulpmiddelenboek dient hierbij als basismateriaal voor deze trainingen. Een tweede doel van deze trainingen is een meer verantwoord voorschrijfgedrag van de huisartsen inzake benzodiazepines. Ook bij apothekers liepen aangepaste trainingssessies.

Ondertussen werden ongeveer 4.000 huisartsen en 3.800 apothekers gevormd inzake de niet medicamenteuze behandeling.

Voor wat de publiekscampagnes betreft, kwam uit een evaluatieonderzoek van de campagne uit 2009-2010 naar voren dat de gevoerde campagne een sterk activerend effect en een groot draagvlak (voor herhaling) heeft.
De jongste campagne werd gevoerd in december 2012 – januari 2013. Ze was een vervolg op de campagne uit 2009-2010 "*Slaap- en kalmeringsmiddelen slik je niet zomaar – Praat erover met je huisarts of je apotheker*". De campagne werd ontwikkeld in de drie landstalen (Nederlands, Frans en Duits) en bevatte onder andere een TV-spot, een campagnewebsite en affiches in een aantal weekbladen. Folders en de eerder vernoemde handboeken worden hierbij gratis ter beschikking gesteld.

Prioriteiten van de werkgroep

Het is noodzakelijk om verder te blijven informeren, zowel ter attentie van het grote publiek als van de voorschrijvers. Er moeten twee doelgroepen worden onderscheiden: de recente of niet-gebruikers enerzijds en de langdurige gebruikers anderzijds. De mediacampagnes die gevoerd worden door de FOD VVVL beogen voornamelijk de eerste categorie. Voor de langdurige gebruikers is de problematiek complexer en vereist een individuele sensibiliserende benadering door de arts.

- Evaluatie van de acties bestemd voor het publiek en de professionelen
- Opleidingen voor professionelen: verderzetting en /of uitbreiding naar andere doelgroepen bvb omgaan met rouw
- Actualiseren van hulpmiddelenboeken
- Het verder verspreiden van de handboeken
- Het voorschrijfgedrag verbeteren door de focus te leggen op een beperkt gebruik van slaapmiddelen.
- Beperking van de verpakkingen van benzodiazepines tot kleiner aantal tabletten.

4.3 Werkgroep 3 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen

Context en problematiek

Ouderen gebruiken meer geneesmiddelen dan personen uit andere leeftijdscategorieën. Ze lijden vaker aan langdurige ziektes of chronische ziektes en aangezien ze gelijktijdig aan verschillende van deze ziektes lijden, gebruiken ze vaak verschillende geneesmiddelen terzelfdertijd. Ongeveer 8 % van de Belgen van meer dan 65 jaar en 42 % van de Belgen van meer dan 85 jaar verblijven in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis en deze percentages nemen nog steeds toe. Het verbruik van geneesmiddelen door ouderen die in een instelling opgenomen zijn, vormt bijgevolg een belangrijke bekommernis voor de overheidsbeheerders. In de loop van de komende tien jaar zal de groep van meer dan 85-jarigen toenemen van 180.000 naar 285.000 personen.

Uit een studie van het Federaal Kenniscentrum in 2006 over het gebruik van geneesmiddelen in de rusthuizen en in de rust- en verzorgingstehuizen voor het jaar 2004 bleek dat de meest gebruikte geneesmiddelen de psycholeptica (benzodiazepinen en antipsychotica) (68 % van de bewoners), de laxativa (50 %) en de antidepressiva (46 %) waren. Het KCE stelde bv. vast dat 43 % van de bewoners uit ROB's/RVT's van meer dan 65 jaar antidepressiva voorgeschreven kregen tegenover 19 % van de ambulante patiënten uit dezelfde leeftijdscategorie die in Farmanet geregistreerd werden. Bovendien combineert één op vier bewoners het gebruik van antidepressiva met het gebruik van benzodiazepines of antipsychotica. We hebben ook vastgesteld dat het chronisch gebruik van antipsychotica ongeveer 12 % bij de bewoners bedraagt.

Het is van belang om erop te wijzen dat de behandelingen met antipsychotica bij ouderen niet gunstig zijn voor het behoud van hun cognitieve functies. **De ongewenste effecten van neuroleptica zijn bovendien zeer aanzienlijk.** Met de vroegere krachtige afgeleide producten kwamen motorische stoornissen zoals vroegtijdige of laattijdige dyskinesieën en dystonieën frequent voor. Het feit dat men zich bewust werd van de te hoge doses, de behandelingen die te veel werden verlengd en een te krachtige antidopaminergische werking heeft ertoe geleid dat er sinds ongeveer 15 jaar afgeleide producten van de tweede generatie, die atypische neuroleptica worden genoemd, worden ontwikkeld. Deze geneesmiddelen hebben minder ongewenste effecten op de motoriek. Sinds drie à vier jaar ziet men in dat er andere risico's bestaan namelijk: vasculaire, cardiale, metabolische (gewichtstoename, diabetes) risico's, dus de risico's op middellange termijn mogen niet worden verwaarloosd.

We wijzen erop dat er een verhoogd risico op CVA en overlijden is vastgesteld met alle (atypische of klassieke) antipsychotica bij dementerende ouderen.

<u>Prioriteiten van de werkgroep</u>

- Indicatie scherper te stellen: ernstige vorm van agitatie en agressiviteit:
  - Uitwerken van richtlijnen rond beleid bij gedragsstoornissen: goed gebruik en eventueel afbouw van antipsychotica;
  - Voorkeur geven aan niet-medicamenteuze aanpak bij neuropsychiatrische symptomen van de patiënten met dementie;
  - Werk maken van vorming en ondersteuning van de zorgverstrekkers;
- Uitwerken van richtlijnen rond beleid bij gedragsstoornissen; goed gebruik en eventueel afbouw van antipsychotica (en antidepressiva en benzodiazepines);
- Vorming huisartsen en CRA's rond de problematiek in overleg met verpleegkundigen, ergotherapeuten en kinesitherapeuten;
- Aanpassing van de condities in de WZC, met nadruk op de opleiding en de uitbreiding van de bestaffing;
- Het intensiever promoten van het gebruik van het WZC Formularium, met bijkomende trainingen voor de huisartsen die in een WZC werken. Hierbij dient vermeld dat de rol en het statuut van de CRA dient versterkt. Hierbij kan gedacht worden aan incentives voor WZC die een positief kwaliteitsplan;

- Experimenten over medication-review door getrainde apothekers of klinisch farmacologen dienen verdergezet te worden; In de UK en Nederland blijken deze reviews een positief effect te hebben;
- De mogelijkheid om binnen elk rusthuis een "referentpersoon psychofarmaca" (naar analogie met de referent wondzorg en referent dementie) dient overwogen;
- Keuze van de klasse van antipsychotica bij ouderen;
- Voor deze bevolkingsgroep zijn de aanbevelingen duidelijk: deze geneesmiddelen moeten in een lage dosis gebruikt worden en gedurende een korte periode (max 6 tot 12 weken). De juiste plaats van atypische antipsychotica versus klassieke antipsychotica moet verder bestudeerd worden;
- Voor 2013 zal vooral het indienen van projecten vanaf 2014 op de agenda staan.

5. Referenties

- AFSSAPS ; *« Bon usage des médicaments anti-dépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles de l'anxiété de l'adulte »* ; oktober 2006
- *Boutsen, M. , Laasman J-M. , Maron, L. ; « Anti-dépresseurs : évolution des prescriptions ; Union Nationale des Mutualités Socialistes » ; 2012*
- *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ; « Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen» ; 2006*
- *Hoge Gezondheidsraad; publicatie nr. 8571 ; « De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen »; juli 2011*
- *Hoge Gezondheidsraad; publicatie nr. 7.600 ; « Kalmerende en hypnotische middelen » ; april 2002*
- *Hoge Gezondheidsraad; publicatie nr. 8570 ; « De veiligheid en nevenwerkingen van stimulantia » ; juli 2011*
- *Gezondheidsenquête; deel geestelijke gezondheid; 2008*
- *Gisle, L. (2010) Geestelijke Gezondheid. In : Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Gezondheidsenquête, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance; Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, ISSN : 2032-9172 – Depotnummer. D/2010/2505/08 – Nr. interne referentie : 2010/007*
- *Oriëntatienota psychomedicatie die is opgesteld door de Beleidscel van Laurette Onkelinx ; 18/11/2010*

DEEL 2 : ACTIEPLAN VAN DE WERKGROEPEN [1]

Werkgroep 1 : Adequaat gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jongvolwassenen

1. Inleiding en context

Het toedienen van psychostimulantia is de laatste jaren sterk toegenomen (gegevens IMS en Farmanet). Parallel met dit fenomeen is ook de erkenning van de aandachttekortstoornis/hyperactiviteit of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) toegenomen. Ter herinnering: uit de literatuurgegevens blijkt dat ADHD een van de meest frequente psychiatrische stoornissen is met een wereldwijde prevalentie van ongeveer 5 % bij kinderen en 3 % bij volwassenen (zelfs 4% in België volgens de gegevens van de WHO).

Psychostimulantia, en in het bijzonder methylfenidaat, dat in België verhandeld wordt onder de benamingen Rilatine®, Concerta®, Equasym® of Medikinet®, zijn erkend als efficiënte behandelingen bij ADHD. Anderzijds is het algemeen aanvaard en erkend dat een behandeling met geneesmiddelen slechts een van de componenten is van een globale behandeling voor personen die lijden aan deze ontwikkelingsstoornis.

We stellen echter verschillende fenomenen vast :

- Sommige kinderen, adolescenten en jongvolwassenen krijgen psychostimulantia toegediend terwijl dit niet nodig blijkt. Deze personen worden dus blootgesteld aan onnodige risico's en bijwerkingen.
- Sommige kinderen, adolescenten en jongvolwassenen krijgen geen psychostimulantia toegediend terwijl dit de aangewezen behandeling is gelet op het geheel van symptomen.
- Over het geheel genomen is de behandeling van ADHD nog al te veel beperkt tot het louter voorschrijven van psychostimulantia.

Het is dus van essentieel belang dat er duidelijke, adequate en objectieve informatie wordt verspreid over de diagnose van ADHD om de betrokken beroepsbeoefenaars zo goed mogelijk te sensibiliseren. Deze laatsten moeten trouwens gewaarschuwd worden voor het belang, de gevolgen maar ook de beperkingen en de ongewenste bijwerkingen van psychostimulantia.

De werkgroep is vier keer bijeengekomen om grondige besprekingen te voeren over aanbevelingen die moeten worden geformuleerd om een adequaat gebruik van psychostimulantia aan te moedigen.

[1] Dit actieplan is een samenvatting van de besprekingen. Alle andere gerelateerde documenten en notulen van de vergaderingen zijn verkrijgbaar bij de administratie .

2. Actiepunten, prioriteiten en argumentatie

2.1 Stimuleren van het onderzoek

We stellen een gebrek vast aan Belgische gegevens in verband met de epidemiologie van ADHD (prevalentiestudies en longitudinaal onderzoek). Er bestaat geen goede Belgische studie inzake epidemiologie.

Bovendien beschikken we niet over gegevens over de link ADHD – behandeling met psychostimulantia. Aan de hand van de cijfers die beschikbaar zijn via de verschillende bestaande registratiesystemen krijgen we geen totaalbeeld. Bijna alle cijfers waarover we beschikken komen uit het buitenland.
Het ontbreekt ons aan informatie wat betreft het voorschrijven in België :

- De behandeling met psychostimulantia wordt maar tot 18 jaar terugbetaald. We beschikken dus enkel over gegevens in verband met het aantal dozen die zijn voorgeschreven aan min-18-jarigen. Boven de 18 jaar zijn er geen gegevens beschikbaar. Een verbetering van de registratiesystemen (zelfs voor niet terugbetaalde geneesmiddelen) is dus van primordiaal belang.
- We beschikken niet over gegevens in verband met het gebruik van methylfenidaat wanner er geen sprake is van ADHD (bijvoorbeeld : studenten tijdens examenperiodes).
- Er lijken grote verschillen te bestaan tussen de gewesten wat het voorschrijven betreft. Gegevens hieromtrent zouden nuttig zijn.

Via een analyse van de farmaco-epidemiologische gegevens zou het mogelijk zijn om:

- Het percentage voorschriften te evalueren in verhouding tot de verwachte prevalentie
- De verschillen qua voorschrijven te evalueren in functie van de leeftijd
- Het percentage niet terugbetaalde voorschriften te evalueren
- De verschillen te evalueren volgens de medische specialismen (RIZIV-nr.)
- Een eventuele stijging van het aantal voorschriften tijdens examenperiodes te evalueren
- De verschillen tussen de gewesten te evalueren

Voorstellen en aanbevelingen :

1. Een studie rond de monitoring zal binnenkort worden gefinancierd in het kader van het platform psychofarmaca. Het doel is om voor alle voorschriften van psychotrope middelen, na te gaan welke gegevens beschikbaar zijn en onder welke vorm, welke de lacunes en systematische fouten zijn in elk van de registratiesystemen. Op basis van de vaststellingen en aanbevelingen van elke werkgroep zal het team dat belast is met deze studie de modaliteiten moeten bepalen van een « ideaal » registratiesysteem.

   2 leden van de werkgroep « adequaat gebruik van psychostimulantia » verbinden zich ertoe deel te nemen aan de begeleidingscomités voor deze studie zodat er rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken eigen aan psychostimulantia.

2. Belspo beschikt over een jaarlijks onderzoeksprogramma dat gewijd is aan drugs en verslavingen in de ruime zin. Een van de prioriteiten voor 2015 zou deels kunnen gewijd worden aan psychostimulantia (studie over psychotrope middelen met specifieke onderzoeksvragen in verband met psychostimulantia).

   Er zal een werkgroep rond deze specifieke thematiek worden georganiseerd om allen samen te bepalen welke de meest relevante onderzoeksvragen zijn. Dit zijn alvast een aantal denkpistes :
   - *Kwalitatief onderzoek bij de gebruikers van psychostimulantia naar de perceptie, de 'compliance', het inadequaat gebruik en de verkoop van psychostimulantia (reeds opgenomen in de globale visienota)*
   - *Redenen van de voorschrijfverschillen tussen de gewesten*
   - *Doeltreffendheid van de niet-medicamenteuze alternatieven*
   - *…. (nog te bepalen)*

2.2 Sensibilisering van de artsen

Het advies geformuleerd in 2013 door de Hoge gezondheidsraad werd voorgesteld en grondig besproken tijdens een van de vergaderingen van de werkgroep. Alle leden zijn het eens met dit advies dat zij van uitstekende kwaliteit vinden. Dit advies kan als volgt worden samengevat :

- De beroepsbeoefenaars hebben nood aan kennis
- De diagnose is de taak van het team van experts van de 2de en 3^{e} lijn
- Het trainingsprogramma voor ouders wordt aanbevolen (in groep of individueel)
- Het is niet aan de leerkrachten om een diagnose te stellen (vaardigheden om te begeleiden moeten geoptimaliseerd worden, ze hebben nood aan informatie over de leerlingen). Ze hebben echter wel een rol te spelen bij het opsporen van risicokinderen. Ze moeten leerlingen doorverwijzen voor een diagnose zonder het innemen van geneesmiddelen tot elke prijs aan te raden.
- Bij kinderen en adolescenten moet in geval van ADHD in matige of lichte vorm in eerste instantie steun van de ouders via training worden aangeprezen en, indien nodig nadien medicatie worden overwogen
- Bij kinderen en adolescenten moet in geval van ADHD in ernstige vorm, medicatie de eerstelijnskeuze zijn

Voor ADHD bij volwassenen is de eerstelijnsbehandeling medicatie behalve wanneer de betrokken persoon psychotherapie verkiest. De NICE guidelines hebben het over "part of a comprehensive treatment programme addressing psychological, behavioural and educational or occupational needs". Het zou interessant zijn om te kunnen beschikken over studies hierover.

De werkgroep suggereert om het advies van de Hoge Gezondheidsraad ruimer, en misschien anders te verspreiden.

De rol van de verschillende medische disciplines moet beter gedefinieerd worden.

Zo moet de rol van de huisarts (met zijn beperkingen en zijn competenties) bij het behandelen van aandachtstoornissen erkend en gedefinieerd worden.

De sensibilisatie zal meer impact hebben indien ze doelgerichter gebeurt.

Deze sensibilisatie mag ADHD niet « promoten », moet de nadruk leggen op de gediversifieerde etiologie van de stoornis, moet de « rilatinetest », die nog ruimschoots gezien wordt als diagnosetest, afwijzen, moet de aandacht vestigen op de alternatieve behandelingen en de ongewenste bijwerkingen van psychostimulantia... Interdisciplinair overleg, gegevensstromen tussen de betrokken actoren moeten aangemoedigd worden.

Voorstellen en aanbevelingen :

- Er zou een steekproef moeten worden georganiseerd onder de specialisten om de kennis van het advies van de HGR te evalueren. Het advies van de HGR zou aan de basis kunnen liggen van een gids voor goede praktijken, ondertekend door de specialisten die kennis hebben genomen van het advies van de HGR.
- Duidelijke/praktische informatie over het gebruik van psychostimulantia en over de diagnose van ADHD zou via een folder, affiches of een boekje moeten worden verspreid onder de huisartsen. Dit hulpmiddel, gebaseerd op het advies van de HGR, zou informatie bevatten over aandachtstoornissen in de ruime zin.
- Een opleiding van de huisartsen voorstellen via de LOKs, de dodecagroepen en de GLEMs

  Het doel hier is een betere kennis in verband met aandachtstoornissen en de behandeling(en). Het is vooral belangrijk dat het informatieve hulpmiddel dat zal worden uitgewerkt een positieve, onafhankelijke en constructieve toon hanteert, waarbij elke stigmatisering wordt vermeden. Er moet eerder gepraat worden over een adequaat gebruik van psychostimulantia dan over misbruik.

2.3 Andere te sensibiliseren sectoren

Tal van sectoren worden geconfronteerd met patiënten met aandachtstoornissen. Het is dus van essentieel belang om ook hen te sensibiliseren. Het gaat om een maatschappelijk probleem waarop de aandacht dient te worden gevestigd zonder deze stoornis evenwel te promoten. Het is belangrijk om de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de jeugdzorg, de overheidsinstellingen voor jeugdbescherming (IPPJ) en de scholen (leerkrachten, PMS + PSE ('diensten voor gezondheidspromotie op school') in de Franse Gemeenschap en de CLB's (in Vlaanderen) te ondersteunen. Het gaat hier echter om bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten.
In de klinische praktijk heeft men bijvoorbeeld vastgesteld dat de prevalentiegraad van ADHD veel hoger is in de gevangenissen dan bij de bevolking in het algemeen. Hoe vroeger de diagnose van ADHD wordt gesteld, hoe groter de kans om het risico op delinquent of verslavend gedrag te doen dalen. Het is echter belangrijk dat er een goed evenwicht wordt gevonden tussen de risico's (neveneffecten) en de baten. Er moet worden vermeden dat de gevangenissen worden overstelpt met amfetaminevoorschriften indien dit niet nodig blijkt.

Het zou interessant zijn om de leerkrachten op te leiden om dergelijke kinderen te begeleiden. Een debat over medicatie moet echter wel worden vermeden want de leerkrachten mogen niet tussenkomen in een medische beslissing. Sommige leerkrachten staan hier nog steeds niet voor open. De leerkrachten zouden de mogelijkheid moeten hebben om de kinderen van wie zij vermoeden dat ze ADHD hebben, door te verwijzen naar de CLB/PMS. Het is belangrijk dat de stoornis erkend en gedestigmatiseerd wordt.

Voorstellen en aanbevelingen :

- Uitwerken van een folder bestemd voor de pscyho-medische-sociale sectoren en de jeugdzorg
- Bekijken hoe een betere samenwerking met de CLB's/PMS en PSE (vooral aan Franstalige kant) kan worden tot stand gebracht

  Opgelet : het gaat hier om bevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten. Het zou relevant zijn om dit punt op de agenda te plaatsen van een volgende « cel gezondheidsbeleid». In deze cel zetelen immers de 7 vertegenwoordigers van de ministers die bevoegd zijn voor gezondheid in België en het is haar taak om een globaal, geïntegreerd en coherent beleid in de hand te werken.

2.4 Zorgnetwerk en zorgtrajecten

Uit de besprekingen van de werkgroep blijkt dat :

- Volgens de goede praktijken, een multidisciplinair team noodzakelijk is.
- De communicatie tussen de verschillende actoren (specialisten kinderen versus volwassenen, huisartsen, psycholoog, pediater, …) moet versterkt worden. Dit gebrek aan samenwerkingen tussen de actoren is vaak te wijten aan een gebrek aan kennis omtrent de bestaande structuren. De effecten van de behandeling evolueren met de volwassen leeftijd. Het is belangrijk dat ADHD goed wordt opgevolgd na de adolescentie en dat dus de zorgcontinuïteit kan gegarandeerd worden.

Voorstellen en aanbevelingen :

- Een interdisciplinair *protocol* 'opvolging van de ADHD-patiënt onder behandeling met psychostimulantia' uitwerken tussen enerzijds de expertisecentra voor diagnostiek en behandeling en anderzijds de huisartsen, de apothekers en de scholen (bijv. Brugs model) (reeds opgenomen in de globale visienota)
- Bekijken hoe de samenwerking tussen de CLB's, de huisartsen en de specialisten kan verbeterd worden

2.5 De behandeling voor iedereen bevorderen

Er moet ten zeerste worden vermeden dat de financiële mogelijkheden een belemmering zouden vormen voor een behandeling.

- Vaak stoppen patiënten hun behandeling als ze 18 jaar worden want zonder terugbetaling is dit financieel moeilijk haalbaar. De beslissing om de behandeling na 18 jaar niet meer terug te betalen is niet gebaseerd op evidence-based feiten. Dit creëert een verkeerd beeld dat de stoornis verdwijnt op de leeftijd van 18 jaar. Er moet worden aangedrongen op het feit dat deze stoornis des te meer gestigmatiseerd wordt daar er geen erkenning is van de doeltreffendheid van Rilatine (en andere gelijkaardige middelen) bij volwassenen (verplichting off-label voor te schrijven). Het is belangrijk te benadrukken dat deze stoornis kan blijven bestaan op volwassen leeftijd; indien deze stoornis niet behandeld of gediagnosticeerd wordt kan dit belangrijke gevolgen hebben voor het dagelijkse leven.
- Men stelt vast dat het voorschrijfpercentage soms 15 keer hoger is in de begoede sociaaleconomische klassen.
- Om te kunnen terugbetaald worden voor de leeftijd van 18 jaar, is een multidisciplinaire balans verplicht. Sommigen zien af van de terugbetaling omwille van de soms hoge kostprijs van deze balans of de lange wachttijden .

Werkgroep 2 : Adequaat gebruik van psychofarmaca bij volwassenen (niet-geïnstitutionaliseerd)

Deze werkgroep betreft de niet geïnstitutionaliseerden volwassenen en alle psychotrope substanties.

Als onderdeel van deze werkgroep, werden reeds 3 projecten die zich richten op anti-depressiva gepland:

- Actualisering van de richtlijnen “opvang van depressies in algemene geneeskunde. (aan de gang)
- Opleidingsmodule om de huisartsen te helpen een beter onderscheid te maken tussen "neerslachtigheid of stressvolle gebeurtenissen in het leven" en "depressie" (selectieprocedure afgerond).
- Begunstiging van partnerschapsovereenkomsten tussen de eerste en de tweede lijn (selectieprocedure aan de gang)

Andere prioriteiten moesten nog worden vastgesteld. Daarom is de werkgroep vier maal bijeen gekomen.

De taken van de werkgroep waren actiepunten te bepalen teneinde:

- Een betere differentiële diagnose te bevorderen
- Zoeken naar niet-medicamenteuze alternatieven
- Bij de medicamenteuze aanpak aandacht hebben voor o.a. posologie

De onderstaande tabel toont ons de, door de werkgroep, opgestelde prioriteiten.

Onderwerp	Voorgestelde acties of maatregelen	Opmerkingen
1) Online hulp	In kaart brengen van bestaande initiatieven en uitwerken van nieuwe modules. Belangrijk is wel om antwoord te krijgen op de volgende vragen: • Wat zijn de meest effectieve vormen van e-hulp • Aan welke specifieke modules is er nood. Ook online-modules die ter beschikking staan van de eerstelijnszorgverstrekkers (vb. voorzien van interactie tussen huisartsen en psychologen) kunnen voorzien worden.	De toegankelijkheid, de anonimiteit, de kosteloosheid, de vereenvoudiging van de contacten zijn net zoveel vooropgestelde troeven. Dat kan het mogelijk maken om sneller in te grijpen en personen te treffen die anders niet bereikt worden. DomusMedica is vragende partij om een online module rond de aanpak van slapeloosheid te ontwikkelen en binnen korte termijn ter beschikking te stellen aan huisartsen en patiënten (module voor kortdurende niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid met mogelijkheid tot inloggen door patiënt en huisarts).
2) Communicatie-boodschap	Media campagnes worden als een sterk medium beschouwd om de bevolking te bereiken. Het moet duidelijk zijn voor patiënten en professionelen dat ingeval van psychische problematieken, niet automatisch naar medicatie mag/moet worden gegrepen. Belangrijk is om de bevolking eerst en vooral aan te sporen om over psychische problemen te spreken. Om dit taboe te kunnen doorbreken, kan er een campagne opgezet worden naar het voorbeeld van de Black Dog campaign in het V.K. met ontwikkeling van een Belgische mascotte.	*Een studie met als doel het creëren van een algemene communicatie strategie is momenteel aan de gang teneinde de Belgische bevolking en de professionals te sensibiliseren voor een adequate gebruik van psychofarmaca. Deze communicatie strategie moet het mogelijk maken om te bepalen: wanneer, hoe, wie en waar de doelgroepen doeltreffend te bereiken. Het zal dus belangrijk zijn om met de conclusies rekening te houden. De opmerkingen geformuleerd in punt 1 betreffende de studie op het vlak van de communicatie zijn hier ook van toepassing. Het zou nuttig zijn om de noodzaak te evalueren de huisartsen en de verenigingen van patiënten bij een media campagne te betrekken. De huisartsen en patiënten moeten samen betrokken worden in het opzetten van een dergelijke campagne. Sinds 2002 voert de FOD VVVL een campagne rond het adequaat gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Het is de bedoeling deze campagne te laten evolueren naar een campagne psychofarmaca. Hiervoor is voldoende draagvlak bij de professionelen vereist. De brede boodschap van preventie en psycho-educatie (bvb. rond 'fit in eigen hoofd') kan op lokaal niveau verder vertaald worden door de klinisch psychologen in ruimere samenwerking met andere eerstelijnsactoren zoals de huisarts in de bestaande zorgregio's/de eerstelijnspsycholoog al dan niet ingebed bij de huisarts in de bestaande

		huisartsenkringen en dit in samenwerking met de bestaande lokale dienstencentra.
3) Alternatieven voor psychofarmaca	**1) Niet-medicamenteuze aanpak van veel voorkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid door de huisarts** In een getrapt zorgsysteem neemt de huisarts een aantal (milde) psychische problematieken op conform de gangbare aanbevelingen (zie verder). Specifieke training in de diagnostiek, niet-medicamenteuze aanpak en doorverwijzing van deze veel voorkomende problemen wordt voorzien door de respectievelijke beroepsorganisaties die voor het ontwikkelen van bvb. training in de niet-medicamenteuze aanpak van depressie in de eerste lijn de nodige middelen van de overheid ontvangen (zie implementatie: ontwikkelen van LOK-programma's). Binnen de LOK wordt gestreefd naar/eventueel verplicht gesteld om 1 LOK per 3 jaar rond het thema geestelijke gezondheidszorg verplicht te stellen, en dit ter versterking van competentie in het domein van de geestelijke gezondheidszorg volgens het intervisiemodel.	
	2) De ELP (eerstelijnspsycholoog) als preferentieel partner van de huisarts in de GGZ op de eerste lijn De bestaande proefprojecten (ELP- Vlaanderen) hebben aangetoond hoe waardevol psychologische hulpverlening is en hoe belangrijk de samenwerking huisarts – klinisch psycholoog is. Er dienen maatregelen genomen te worden zodat psychologische hulpverlening toegankelijker wordt (wegnemen van financiële drempels, prioriteit aan de eerstelijnspsychologische zorg) en de samenwerking huisarts –klinisch psycholoog meer gestimuleerd kan worden. Deze maatregelen dienen uitgewerkt te worden in samenspraak met de relevante actoren in het werkveld, in de eerste plaats Domus, SSMG en VVKP/BFP. Er wordt een opleiding en intervisie voor de ELP's voorzien in samenspraak met de beroepsorganisaties (huisartsen en psychologen), de respectievelijke vakgroepen (huisartsgeneeskunde en psychologie) aan de verschillende universiteiten, eventueel interuniversitair te voorzien. De federale overheid voorziet in een tijdslijn (vanaf 2016) en middelen voor terugbetaling van het psychologisch consult door de klinisch psycholoog/ELP. Bestaande documenten voor overleg en verwijzing tussen huisarts en klinisch psycholoog/ELP worden	Discussie tussen Koen Lowet (psycholoog) en Tom Declercq (arts, Domus): Er bestaat **consensus** over de noodzaak voor de huisarts om voor psychische klachten naast zijn eigen o.a. niet-medicamenteuze interventies ook gebruik te kunnen maken van alternatieven voor farmacologische behandelingen.. Eén van die alternatieven is het inschakelen van psychologische behandelingen door klinisch psychologen. Dat alternatief wil men beschikbaar stellen door drempels hiertoe weg te nemen: terugbetaling interventies, samenwerking huisarts-klinisch psycholoog, stimuleren,…) De samenwerking huisarts-klinisch psycholoog wordt breed gezien als samenwerking met een klinisch psycholoog binnen één of meerdere huisartsenpraktijken én samenwerking met de de klinisch psycholoog werkzaam buiten de huisartsenpraktijk. Over welke prioriteiten er dienen gegeven te worden naar het verstrekken van middelen en concreet invullen van deze samenwerking is er nog **geen consensus**. → dit debat moet nog worden verdergezet in een werkgroep met Domus, SSMG en

	verspreid en geïmplementeerd. Een wettelijke regeling rond gedeeld beroepsgeheim wordt voorzien. Er worden mogelijkheden en middelen voorzien voor de ELP om lokaal ook aan preventie te doen, en dit bijvoorbeeld op wijkniveau door het opzetten van laagdrempelige en groepsgerichte info-momenten (bvb rond fit in eigen hoofd), bijvoorbeeld in het plaatselijke lokaal dienstencentrum te voorzien (verband tussen gezondheid en welzijn).	VVKP/BFP → in de aanbeveling enkel opnemen 'samenwerking faciliteren': binnen het brede plaatje van de samenwerking huisarts-klinisch psycholoog dient ook de samenwerking huisarts-ELP een specifieke plek te vinden (Vlaanderen).
	3) De kinesitherapeut als partner ***Psychomotore therapie*** Alle in België opgeleide kinesitherapeuten worden gedurende hun opleiding beperkt gevormd in geestelijke gezondheid. Een aantal volgt een specifieke opleiding inzake het werken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het betreft ongeveer een 15-tal kine's per jaar. Voor de huisartsen is het interessant te weten welke kinesitherapeuten deze specifieke vorming hebben genoten. Daarom wordt voorgesteld een lijst ter beschikking te stellen van DomusMedica en SSMG. Het promoten van en ter beschikking stellen van bovenstaande opleiding, al dan niet binnen de basisopleiding van kinesitherapeuten, met mogelijkheid tot bijscholen van gevestigde kinesitherapeuten verdient de nodige aandacht zo dat de huisarts in zijn buurt op een kinesitherapeut met dergelijke interesse en kennis kan beroep doen. ***Lichaamsgeoriënteerde behandeling*** Het betreft het via het lichaam tot een verhaal komen. Deze aanpak, die een brug vormt tussen relaxatietherapie en psychotherapie is globaal heel efficiënt bij klachten, maar is onvoldoende geafficheerd en derhalve onvoldoende bekend bij hulpverleners. Elk initiatief dat de evidentie van deze therapierichting beter illustreert en beter kenbaar maakt zou een welgekomen verrijking zijn van het therapeutisch arsenaal.	Discussie waar moet deze opmerking staan ? - Ook cognitieve gedragstherapie (momenteel het best onderbouwd) werkt met lichaamsgeoriënteerde technieken - Idem voor interpersoonlijke therapie - Bewegingstherapie, ok maar lichaamsgeoriënteerde behandeling: te weinig onderzoek om het in het actieplan op te nemen
4) Implementatie instrumenten	De in het kader van werkgroep 2 ontwikkelde instrumenten rond het adequaat gebruik van antidepressiva moeten na finalisering geïmplementeerd worden. Het gaat om de projecten: • Actualiseren van de aanbeveling uit 2008 voor goede medische praktijkvoering "depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts". Deze actualisering is op	De drie hiernaast vernoemde projecten werd gevraagd een implementatieplan uit te werken.

	dit moment lopende in de schoot van de respectievelijke beroepsverenigingen en streefdatum voor afleveren van een afgewerkte herziening is januari 2016. • Het binnen de beroepsgroep ontwikkelen van opleidings-/sensibilisatie-instrumenten voor de huisartsen zodat een beter onderscheid gemaakt wordt tussen bijvoorbeeld stresserende levensgebeurtenissen en depressie, niet-medicamenteuze aanpak van depressie door de huisarts, doorverwijzen en samenwerken met de ELP bvb als LOK-pakket (zie hierboven). Daarvoor dienen de nodige middelen ter beschikking gesteld te worden. • Het ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerkingsafspraken voor de aanpak en opvolging van patiënten met majeure depressie	
5) Samenwerking eerste en tweede lijn	De werkgroep stelt dat er acties nodig zijn op verscheidene vlakken: • Een **aangepaste nomenclatuur voor huisartsen**: consultaties van langere duur die de huisarts toelaten patiënten met psychische problemen op te vangen. Als voorbeeld wordt verwezen naar de tabakconsultaties waarvoor een specifieke terugbetalingsregeling geldt. De medisch psychosociale consultaties ontwikkeld in het kader van de slaap- en kalmeringsmiddelen kunnen als voorbeeld worden gebruikt. • **Het optimaliseren van de samenwerking tussen de huisartsen en de klinisch psychologen/ eerstelijnspsychologen**: minstens één opleiding via de LOK's inzake psychosociale interventies, psychofarmaca en psychische stoornissen moet binnen een periode van 3 jaar door de huisarts gevolgd worden. • **Een beter doorverwijssysteem tussen huisartsen en psychologen**: er wordt gedacht aan de oprichting van een **hotline waar huisartsen terecht kunnen met vragen**. • Het ondersteunen van klinisch psychologen in het uitbouwen van elektronische patiëntendossiers die dan vb. gedeeld kunnen worden met huisartsen binnen het kader van een wettelijke regeling rond gedeeld beroepsgeheim. • Lokale **afspraken** tussen huisartsen en psychiaters, eventueel ingebed in de reeds bestaande initiatieven rond artikel 107 (afbouw van psychiatrische bedden en vermaatschappelijking van de psychiatrie) waarbij de mogelijkheid	Aan de apothekers wordt gevraagd hun rol o.a. in de overkoepelende geneesmiddelenbewaking bij de medicamenteuze aanpak van depressie op te nemen en bvb ook op de hoogte te zijn van de niet-medicamenteuze alternatieven. Er wordt binnen het RIZIV gekeken naar de mogelijkheid tot opwaarderen van een dergelijk (meer tijdrovend) "complex consult" via het opwaarderen van/ter beschikking stellen van een aangepaste nomenclatuur en billijke vergoeding (al dan niet gekoppeld aan de verplichting tot volgen van training in de niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts zoals hierboven beschreven). Van een dergelijke consultatie kan sprake zijn indien die minstens één/enkele van de volgende elementen omvat: - Een evaluatie van de medische en psychosociale toestand - Een diagnose van die medische en psychosociale toestand (geïntegreerd en globaal) - Een psychologisch gerichte opvang waarbij eventueel: *Verwezen wordt naar een psychotherapie *Psychotrope geneesmiddelen worden voorgeschreven - Verwezen wordt naar een psychiater - Een langere consultatie (minstens 30 minuten)

	bestaat tot: → inroepen van een dringend ambulant psychiatrisch consult bvb. binnen de 48 uur bij patiënt met suïcidegevaar → een eenmalig diagnostisch of therapeutisch psychiatrisch advies bvb bij medicamenteus falen met afspraken rond opvolging en terugverwijzing → de mogelijkheid om in het kader van collaborative care patiënten met bijvoorbeeld recidiverende of ernstige depressies periodiek samen met alle behandelaars te bespreken (initiatieven eventueel op te nemen binnen de bestaande LNM's). • Werk maken van de terugbetaling van prestaties door erkende psychologen/therapeuten. Een consult bij een privé psycholoog kost het dubbele van een consult bij de huisarts en er wordt niets van terugbetaald, zodat de drempel voor veel patiënten te hoog zal liggen.	- Multidisciplinaire contacten; <u>Verschillende programma's moeten aan de wetenschappelijke verenigingen ter beschikking worden</u> gesteld zodat de LOK-verantwoordelijken kunnen kiezen uit het aanbod. Daarnaast moeten er klinische situaties ter beschikking worden gesteld waar concrete situaties en oplossingen worden beschreven en die de huisartsen helpen bij het behandelen van een patiënt.
6) Samenwerking met teams voor psychiatrische thuiszorg	De overheid stelt voldoende mensen en middelen ter beschikking om de bestaande mobiele teams voor acute en chronische psychiatrische thuiszorg te versterken. Binnen de LOKs (zie hierboven) worden opleidingsmodules voorzien rond samenwerking tussen huisarts en deze teams.	
7) Samenwerking met de derde lijn (PAAZ)	Lokaal bestaan duidelijke afspraken rond wacht en opname-modaliteiten voor mensen met bvb ernstige depressie en acute suïcidaliteit. Huisartsen beschikken over aanmeldingsmodaliteiten inclusief wachtnummer wanneer een dergelijke al dan niet acute situatie zich voordoet.	
8) Antipsychotica gebruik buiten indicatiestelling	Bijzondere aandacht zal moeten uitgaan naar de problematiek van het off-label gebruik van antipsychotica. Dit punt zou het onderwerp van een KCE studie kunnen vormen.	De antipsychotica „van tweede generatie" hebben een profiel van doeltreffendheid/tolerantie die een respectabele keuze in de behandeling van de psychoses en met name van schizofrenie kan vertegenwoordigen. Zij hebben echter aanzienlijke bijwerkingen en met name gewichtstoename en het ontwikkelen van metabool syndroom. Deze antipsychotica van tweede generatie worden momenteel off-label ruimschoots gebruikt bij depressie, angststoornissen en slaapstoornissen. Bovendien zijn deze antipsychotica "van tweede generatie" aanzienlijk duurder dan de aangegeven behandelingen.

Werkgroep 3: Psychofarmaca bij geïnstitutionaliseerde ouderen

1. Inleiding

In België woont ongeveer 8% van de 65-plussers en 42% van de 85-plussers in een rust- of verzorgingstehuis (1). De kwaliteit van de geneesmiddelen die ouderen in de residentiële zorg gebruiken, als onderdeel van de beoogde kwaliteitsvolle zorg op maat, vormt op heden een belangrijke bekommernis voor het overheidsbeleid, gezien het toenemende aantal mensen in dit segment van de bevolking.
Hoewel slechts 1.4% van de bevolking in een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis woont, wijzen de nationale facturatiegegevens erop dat meer dan 5.6% van de publieke uitgaven voor geneesmiddelen (farmaceutische specialiteiten) worden gegenereerd door bewoners van residentiële instellingen voor ouderen.

Verschillende studies (1-4) hebben het geneesmiddelengebruik in Belgische rusthuizen al onderzocht. Het KCE rapport 'Geneesmiddelengebruik in Belgische ROB/RVTs' (2006) (1) had als doel de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik en van het voorschrijfgedrag in rust- en verzorgingstehuizen te onderzoeken en de mogelijke invloed van organisatiekenmerken van de instellingen na te gaan. De studie Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium (PHEBE) waarop het bovenvermelde rapport gebaseerd was, toonde aan dat de vier belangrijkste Anatomisch Therapeutisch Chemische classificatiegroepen van geneesmiddelengebruik bij geïnstitutionaliseerde ouderen in België betrekking hebben op het cardiovasculaire, zenuw-, gastro-intestinaal en luchtwegenstelsel. Bewoners kregen tussen 0 en 22 geneesmiddelen, die vermeld stonden op hun geneesmiddelenfiche (gemiddeld 8 waarvan 7 chronisch (> 3maanden)). Met betrekking tot de voorschrijfkwaliteit stelden de auteurs een aanzienlijke polyfarmacie vast bij de meeste bewoners. Het veruit hoogste gebruik werd vastgesteld voor psychofarmaca (79%) (1,5). Het chronische gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (benzodiazepines en aanverwanten), antidepressiva en antipsychotica (vaak in combinatie) was opvallend hoog en zorgwekkend. Van de ouderen in het rusthuis gebruikte 54% slaap- en kalmeermiddelen, 40% antidepressiva en 33% antipsychotica (5).
In de PHEBE vervolgstudie (2011) (6) bij een kleinere steekproef van 10 rusthuizen bleek het chronische geneesmiddelengebruik lichtjes te zijn opgelopen tot 8. Psychofarmaca bleven de frequentst gebruikte geneesmiddelen met een verder toename van het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen (benzodiazepines) (58%) en van antidepressiva (49%). Enkel het gebruik van antipsychotica daalde tot 26%.
Een studie (3) verricht door de Christelijke Mutualiteit (2011) toonde eveneens het hoge psychofarmacagebruik aan met een prevalentie van 42% voor antidepressiva en 21% voor antipsychotica.

Een recentere (2013) longitudinale studie van de Socialistische Mutualiteit (2) volgde een cohorte ouderen gedurende 6 maanden voor en 6 maanden na rusthuisopname. Uit de studie bleek dat ouderen in het rusthuis meer antidepressiva en antipsychotica namen tegenover thuiswonende ouderen (2). Een kwart van de rusthuisbewoners die antidepressiva namen en de helft van de rusthuisbewoners die antipsychotica kregen, was hiermee begonnen na de rusthuisopname. Dit wijst erop dat institutionalisering een risicofactor zou kunnen zijn voor het gebruik van psychofarmaca.

Alle studies in België wijzen op een alarmerend hoog gebruik van psychofarmaca, dat voor slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva verder lijkt toe te nemen, ondanks enkele sensibiliseringscampagnes in het verleden.

In 2011 formuleerde de Hoge Gezondheidsraad (7) de volgende probleemstelling met betrekking tot de hoge gebruiksgegevens van psychofarmaca bij ouderen:

1° *De hoge voorschrijfcijfers zijn niet in overeenstemming met de recente wetenschappelijke evidentie en richtlijnen over 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 drieledig: slaap- en kalmeermiddelen, antidepressiva en antipsychotica worden te vlug voorgeschreven; als ze voorgeschreven worden, gebeurt dit meestal (onterecht) voor lange en zelfs onbepaalde duur; en bij langdurige gebruikers wordt er zelden een poging gedaan om deze middelen uiteindelijk toch af te bouwen.

Afbouw van antipsychotica en slaap- en kalmeermiddelen werd al bestudeerd en lijkt haalbaar (8,9). Een Cochrane-review (10) toonde aan dat afbouw van de antipsychotica bij de meerderheid van de ouderen met 'dementiegerelateerde gedragsproblemen' haalbaar was en meestal niet leidde tot herval van de gedragsproblemen.

Uit een Belgische studie (11) werd ook aangetoond dat verpleegkundigen en huisartsen bij slechts 13,8% en 12,2% van de rusthuisresidenten, die chronisch antipsychotica gebruiken, bereid zijn om af te bouwen. Een belangrijke barrière bleek het theoretische risico op herval van de gedragsproblemen na de afbouw van de antipsychotica, hoewel afbouw niet werd geprobeerd (11). Uit een andere Belgische studie blijkt dat ook afbouw van benzodiazepines haalbaar was bij de meerderheid met een verbetering van de slaapkwaliteit (9,12).

Referenties:

1) Vander Stichele RH, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 47 A (D/2006/10.273/61).

2) Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Leila Manon, Jérome Vrancken. Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: een longitudinale analyse (2013).

3) Landsbond van christelijke mutualiteiten: Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen (2011).

4) Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. (2010) Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010 19(10):1041-8.

5) Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L, Vander Stichele R. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. Hum Psychopharmacol. 2011 26(1):12-20.

6) De Wolf Jonas, Dilles Tinne, Vander Stichele Robert, Elseviers Monique M. Evolution of drug utilization in nursing homes in Belgium. Short communication. To be submitted.

7) PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8571. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen. 6 juli 2011.

8) Azermai M, Petrovic M, Engelborghs S, Elseviers MM, Van der Mussele S, Debruyne H, Van Bortel L, Vander Stichele RH. The effects of abrupt antipsychotic discontinuation in cognitively impaired older persons: a pilot study. Aging Ment Health. 2013;17(1):125-32.

9) Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Stichele RH. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. Eur J Clin Pharmacol. 2014 Aug 8.

10) Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;3:CD007726.

11) Azermai M, Vander Stichele RR, Van Bortel LM, Elseviers MM. Barriers to antipsychotic discontinuation in nursing homes: an exploratory study. Aging Ment Health. 2014;18(3):346-53.

12) Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. One-Year Evolution of Sleep Quality in Older Users of Benzodiazepines: A Longitudinal Cohort Study in Belgian Nursing Home Residents. Drugs Aging. 2014 Aug 22.

2. Actieplan

2.1 *Specifieke aanbevelingen voor BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia; ‚Gedragsstoornissen en psychologische/psychiatrische symptomen bij dementie).*

Geïdentificeerde problemen	Voorgestelde acties of maatregelen	Opmerkingen
Geen gestandaardiseerde screening van BPSD Onvoldoende benutting van de referentiepersoon dementie	Gevalideerde evaluatie en screeningsinstrumenten/ observatieschalen in WZC gebruiken. Verdere verruiming van het profiel van de Referentiepersoon dementie	*De exploratie van triggers die het gedrag kunnen uitlokken beter moet bestudeerd worden in de praktijk.* *Exploratie van triggers dient multidisciplinair besproken te worden.* *Onjuiste inschatting van de werkelijke indicatie alsook een onjuiste ernstinschatting waardoor antipsychotica te snel geïnitieerd worden, zonder voldoende opvolging van gewenste en ongewenste effecten. De experten kiezen dan ook voor een gevalideerd meet instrument zoals de NPI-Q voor de gestandaardiseerde screening van BPSD.* *Een referentiepersoon dementie is een belangrijke meerwaarde binnen een rusthuis en is de uitgesproken persoon om de NPI-Q af te nemen zodat de verpleegkundige werkbelasting beperkt blijft. De opleiding tot referentiepersoon dementie dient dan ook gestimuleerd te worden binnen dit kader.*
Geen recente Belgische richtlijn ‘Omgaan met dementiegerelateerde gedragsproblemen’	Update van de Qualidem aanbeveling ‘Psychose bij dementerenden’	*De resultaten van de grote Qualidem studie werden onvoldoende gedissemineerd, met als gevolg dat de bestaande gevalideerde CEBAM aanbeveling ‘Psychose bij dementerenden1’ niet gekend was bij de experten.* *Dit wijst op het belang van een richtlijn met implementatieplan (zogenaamde randvoorwaarden).*
Problematische farmacologische behandeling van BPSD	Niet-farmacologische aanpak blijven pro-moten. - medicamenteuze behandeling van BPSD keuze medi-catie met WZC formularium. - richtlijn (geupdate Qualidem? promoten)	*Zie KCE rapport 160A[2]: Dementie: welke niet farmacologische interventie? Zie ook de WHELD[3] trial (UK).* *Gebruik WZC formularium promoten*
Gebruik van (externe) consulte-rende expertise is ondermaats	- consulterende psychogeriater - inschakeling van de referentiepersoon - geriatrisch verpleegkundige	*Het gebruik van een consulterende psychogeriater is mogelijk op aanvraag van de huisarts en dit 1 keer per jaar. Dit is echter onvoldoende bekend en wordt onvoldoende benut.*

Educatie	Artsen en verpleegkundigen vertrouwd maken met mogelijkheden van niet-farmacologische aanpak	*Educatie artsen, verpleegkundigen, alsook paramedici en verzorgenden. Extra tijd voor implementatie van de niet-farmacologische aanpak* *Multidisciplinair overleg over gedrag om een globaal/objectief beeld te vormen*
Potentieel attitudeprobleem	Een campagne om het zorgpersoneel te informeren en te sensibiliseren omtrent de haalbaarheid van afbouw van antipsychotica lijkt wenselijk.	*Chronisch gebruik van antipsychotica blijkt in de Belgische rusthuizen het grote probleem te zijn. Bovendien lijkt afbouw door het zorgpersoneel op veel weerstand te stuiten (Azermai M et al. 2013)4.* *Belangrijkste barrière was de angst voor herval van gedragsproblemen, terwijl deze zorg niet geheel gegrond is zoals werd aangetoond uit onderzoek (oa. Declercq T et al, 20135)*
Uitbreiding van de kernopdrachten van de huisartsenkring	Reductie variabiliteit in beleid en versterken van de rol van de coördinerend en raadgevend arts of CRA	*In het kader van de kernopdrachten van de huisartsenkring, kunnen initiatieven genomen worden om een algemeen beleid te volgen mbt het behandelen van BPSD, en dit in samenwerking met de CRA. Variaties in het beleid zijn net het gevolg van een verscheidenheid (gemiddeld 30) aan consulterende huisartsen per rusthuis, zonder eenvormig beleid. De rol van de CRA dient versterkt te worden om een eenvormig beleid te stimuleren.*
Geen inzicht in de eigen verbruiksgegevens	Feedback aan het woonzorgcentrum mbt cijfers van geleverde geneesmiddelen (leveringscijfers bevoorradende apotheek of RIZIV)	*Dit kan als een uitgangspunt gebruikt worden voor overleg (bv. MFO, medisch-farmaceutisch overleg)*

Referenties:

1) Richtlijn: Psychotische symptomen bij dementerenden: Gevalideerd door Cebam. http://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000695/qualidem/doc/interim/consensus-dementie-3-psychose.pdf

2) Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. Dementie: welke niet-farmacologische interventies? Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.

3) Whitaker R, Fossey J, Ballard C, Orrell M, Moniz-Cook E, Woods RT, Murray J, Stafford J, Knapp M, Romeo R, Carlton BW, Testad I, Khan Z. Improving Well-being and Health for People with Dementia (WHELD): study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2014 Jul 12;15:284. doi: 10.1186/1745-6215-15-284.

4) Azermai M, Vander Stichele RR, Van Bortel LM, Elseviers MM. Barriers to antipsychotic discontinuation in nursing homes: an exploratory study. Aging Ment Health. 2014;18(3):346-53.

5) Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 CD007726

2.2 Specifieke aanbevelingen voor angst

Geïdentificeerde problemen	Voorgestelde acties of maatregelen	Opmerkingen
Diagnose van angstproblemen	Gevalideerde evaluatie en screenings-instrumenten/observa-tie-schalen door huis-artsen, CRA, en in WZC gebruiken.	*https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html* *Beschikbaarheid van screeningsinstrumenten voor angstproblemen*
	Zowel artsen als verpleegkundigen vertrouwd maken met mogelijke observatie-schalen voor angst-problemen.	*Mogelijkheid van multidisciplinair overleg over gedrag om een globaal/objectief beeld te vormen (extra overlegmoment= extra tijd)*
	Mogelijkheid van externe professionele hulp (doorverwijzing naar psycholoog- geronto-psychiater)of functionele binding overwegen.	Grotere beschikbaarheid/bereikbaarheid van psychologen/-psychiaters gespecialiseerd in ouderenzorg voor hulp bij de diagnosestelling
Behandelen van angstproblemen	Niet-farmacologische aanpak promoten.	*Cognitieve, gedrags- en ondersteunende therapie*
	Medicamenteuze behande-ling van angst: keuze medicatie o.b.v. WZC formularium.	*WZC formularium*
Educatie	Artsen en verpleeg-kundigen vertrouwd maken met mogelijk-heden van niet-farmacologische aan-pak en correcte verwijzingsmogelijkheden.	*Educatie artsen, verpleegkundigen, alsook paramedici en verzorgenden. Extra tijd voor implementatie van de niet-farmacologische aanpak* *Multidisciplinair overleg over gedrag om een globaal/objectief beeld te vormen*

2.3 Slaapproblemen

Geïdentificeerde problemen	Voorgestelde acties of maatregelen	Opmerkingen
Diagnose van slaapproblemen (bij nieuwe slaapproblemen)	Slaapdagboek (gedu-rende 1 a 2 weken) bijhouden alvorens diagnose (tenzij noodsituatie).	Uniform en gemakkelijk in te vullen slaapdagboek (zowel door bewoners zelf- indien nog mogelijk- als door verzorgend personeel bij meer hulpbehoevende residenten). Belang van documenteren (in het elektronisch zorgdossier)
	Bij vermoeden speci-fieke slaap-problemen- onder-liggende oorzaken: obstructief slaap-apnoe-syndroom, depressie… mogelijkheid voor doorver-wijzen of raadplegen expert overwegen.	Samenwerking met slaapexperts (link met slaapcentra) voor ouderen wonend in een WZC
Behandelen van slaapproblemen	Slaap hygiëne promo-ten en op basis van slaap-dagboek naar op-lossingen zoeken Niet-farmacologische alter-natieven op maat van WZC.	Bvb. pilootproject 'Naar een beter gebruik van psychofarmaca in WZC' in Drongen; pilootproject 'Niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid in woonzorgcentra'
	Opstart slaapmedicatie ver-mijden in deze oudere populatie Indien slaapmedicatie toch opgestart wordt: zo kort mogelijk en een einddatum afspreken.	WZC formularium
Educatie	Kennis over slaap, slaapmedicatie en mogelijk-heden van niet-farmaco-logische aanpak in WZC setting verbeteren (opleidin-gen voor artsen, paramedici en verzorgenden) - goede dagstructuur promoten - fysieke activiteit promoten.	Extra tijd voor implementatie en stimuleren/motiveren van de niet-farmacologische aanpak
Afbouw slaapmedicatie	Informatie over de afbouwmodaliteiten ter beschikking stellen	Leidraad voor de afbouw Motivatietechnieken voor artsen, verpleegkundigen,…

	Motivatie verhogen (algemene idee van mogelijke afbouw moet door alle partijen gedragen worden: patiënt, arts, verpleeg-kundige, zorgkun-dige, en andere beïnvloedende fac-toren zoals familie).	

Bronnen

1. Habraken H, Soenen K, Blondeel L, Van Elsen J, Bourda J, Coppens E, Willeput M. Gradual withdrawal from benzodiazepines in residents of homes for the elderly: Experience and suggestions for future research. Eur J Clin Pharmacol 1997; 51: 355-358.
2. Petrovic M, Pevernagie D, Van Den Noortgate, Mariman A, Michielsen W, Afschrift M. A program for short-term withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: success rate and effect on subjective sleep quality. Int J Geriatr Psych 1999; 14: 754-760.
3. Petrovic M, Pevernagie D, Mariman A, Van Maele G, Afschrift M. Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: a randomised double-blind placebo-controlled trial. Eur J Clin Pharmacol 2002; 57: 759-764.
4. Petrovic M. Use and discontinuation of hypnosedative medications in geriatric inpatients. Universiteit Gent, 2002.
5. Buntinx F, De Lepeleire J, Fontaine O, Ylieff M (eds). Qualidem International Rapport. De hulp aan en de verzorging van demente personen in de Europese Gemeenschap en in België. Leuven-Liège, Qualidem, 2003.
6. Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, Petrovic M, Chevalier P, De Floor T, Mehuys E, Somers A, Gobert M, De Falleur M, Bauwens M, Christiaens T, Spinewine A, Devriese S, Ramaekers D. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. KCE reports Vol. 47A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidzorg, 2006.
7. 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: 1200-1201.
8. Publicatie van de Hoge gezondheidsraad nr. 8571. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen, 6 juli 2011.
9. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, Gallo PF, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Bernabei R, Landi F; SHELTER Project. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Bio Sci Med Sci 2012; 67: 698-704.
10. Onder g, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters G, Henrard JC, Nikolaus T, Topinkova E, Tosato M, Liperoti R, Landi F, Bernabei R, for the SHELTER project. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERm care (SHELTER) study. BMC Health Services Research 2012, 12: 5.

11. Bourgeois J, Elseviers M, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele R. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. Eur J Clin Pharmacol 2012; 68: 833-844.

12. Sharing knowledge to advance healthcare policies in Europe for people living with dementia and their carers: the ALCOVE project. Archives of Public Health 2012, 70: 21. http://www.archpublichealth.com/content/70/1/21

13. Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8898. Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties, december 2013. http://tinyurl.com/HGR-8898-angst

14. Zwijsen S, de Lange j, Pot A. Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie. Trimbos-instituut, Utrecht, 2013.

15. Habraken H, De Craene S, Pas L, Declercq T, Lannoy J, Christiaens T. Niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid in woonzorgcentra. Een pilootproject. Huisarts Nu 2013; 42:281-5.

16. WZC formularium. Leidraad bij het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen. Vzw Farmaka asbl, Brussel, 2014.

17. Bourgeois J, Elseviers M, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele R. Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: perceptions of general practitioners and nurses. Eur Geriatr Med 2014, 5: 181-187.

18. Bourgeois J, Elseviers M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele R. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. Eur J Clin Pharmacol 2014, in druk

19. https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html

2.4 Specifieke aanbevelingen

Depressie en depressieve klachten bij geïnstitutionaliseerde ouderen

Geïdentifi-ceerde problemen	*Voorgestelde acties of maatregelen*	*Opmerkingen*
Diagnose van depressie	Onderscheid maken tussen depressie en depressieve klachten	Depressieve klachten in WZC zijn zeer frequent maar zijn diagnostisch slechts in een minderheid te herleiden tot een diagnose van depressie.
	Diagnose van depressie uitbreiden met een aanduiding van de ernst van de depressie: licht / matig / zwaar	De ernst van de depressie bepaalt direct de aard van de therapie: Bij lichte en de meeste matige depressies heeft een farmacologische behandeling geen nut. Impact voor het elektronisch medisch dossier: naargelang de ernst van de depressie wordt een andere ICD code gebruikt.
	Observatieschalen ontwikkelen, te valideren voor de Belgische thuisvervangende ouderenzorg.	Long Term Care Facilities (LTCF) zijn anders dan Woonzorgcentra (WZC) of ROB. Ziekenhuiszorg is anders georganiseerd dan thuisvervangende zorg : gebruik van settingspeciefieke instrumenten *https://www.ehealth.fgov.be/nl/ap**plication/applications/BELRAI.html***
	Alle artsen (zowel huisartsen, geriaters, orgaanspecialisten) en verpleeg- en zorg-kundigen vertrouwd maken met de gevali-deerde observatie-schalen	Consensus over diagnostische terminologie Mogelijkheid tot multi- en interdisciplinair overleg(extra overlegmoment = extra tijd) Ouderen komen vaker en meer in contact met en worden vaker en meer behandeld door niet-geriatrisch geschoolden
	Mogelijkheid van externe professionele hulp creëren (correcte uitbouw externe liaison geriatrie, organiseren van een geriatrisch spreekuur in het WZC)	Vereist een grotere beschikbaarheid/bereikbaarheid van psychologen/psychiaters gespecialiseerd in ouderenzorg voor hulp bij de diagnosestelling.
	De epidemiologie van depressie en de-pressieve klachten in WZC in kaart brengen	Totaal gebrek aan gegevens over epidemiologie in WZC. Belang van de verplichte implementatie van een medische module in het elektronisch bewonersdossier
Behandelen van depressie	Farmacologische aan-pak voorbehouden voor ernstige de-pressies	Er is geen evidentie dat antidepressiva werkzaam zijn bij niet-ernstige depressies.

	Niet-farmacologische aanpak promoten voor alle deprressies	onderzoek doen naar de evidentie van cognitieve, gedrags-, bewegings-, ergo- en ondersteunende therapie bij depressie bij ouderen (80+) <u>Aandacht geven</u> aan alle depressieve <u>klachten</u>
	Bij ernstige depressies: Kiezen voor een rationeel medicatie-beleid adhv aanbeve-lingen in het WZC formularium.	Gebrek aan goede studies bij deze specifieke doelpopulatie (80+, multimorbiditeit, polyfarmacie, Voorkeur voor antidepressiva die beschikken over studies in de specifieke doelgroep Regelmatige (maandelijkse) evaluatie: Indien niet werkzaam of te veel bijwerkingen -> stoppen
Educatie	*Bedside teaching*	Opleiden van één of enkele referentiepersonen in het WZC, die verworven kennis en vaardigheden mbt depressie kunnen doorgeven aan het ganse zorgteam aan het bed van de bewoner
	Uitbreiden van de eer-stelijnspsychologische functie naar de WZC	Eerstelijnspsychologen inzetten op de ganse eerste lijn, dus ook in WZC
	Artsen en verpleeg-kundigen vertrouwd maken met mogelijk-heden van niet-farma-cologische aanpak	Educatie artsen, verpleegkundigen, alsook paramedici en verzorgenden. Extra tijd voor implementatie van de niet-farmacologische aanpak
Multidisciplinair overleg stimuleren	Op microniveau	Regelmatig bewonersoverleg organiseren waarop alle disciplines (huisarts, verpleegkundige, CRA, ev apotheker) worden uitgenodigd. Multidisciplinair overleg over gedrag om een globaal/objectief beeld te vormen
	Op mesoniveau	In kaart brengen van de lokale verwijs- en samenwerkingsmogelijkheden van een WZC of groep WZC's Een correcte uitbouw van de externe liaison geriatrie. De taken van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) uitbreiden van netwerken in uitsluitend diabetes- en nierinsufficiëntiezorg naar netwerken in de globale ouderenzorg
	Op macroniveau	Bekomen van consensus tussen alle wetenschappelijke verenigingen en overheden mbt de juiste aanpak van depressie en depressieve klachten bij ouderen.

Bronnen

Internationaal: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=depression+elderly+nursing+home

Nationaal:

- http://www.farmaka.be/nl/wzc_formularium_2014/_DEF_ALL_000_WZC_Formularium_FINAL.pdf
- http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/persberichten/627-aanbeveling-qdepressie-bij-volwasseneng.html
- www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie

2.5 Actieplan werkgroep psychofarmaca

Subgroep 3 DELIRIUM- C/O T Pepersack

Actieprioriteiten	Voorgestelde maatregelen	Opmerkingen/ argumenten
Opvoeding van de interdisciplinaire verzorgende teams (artsen inbegrepen) Diagnose en pre-ventie	De verzorgende teams inlichten over: **- factoren die patiënten vatbaar maken voor een delirium** **- factoren die een delirium versnellen** **-de screening en de diagnose (met behulp van de CAM-schaal)** **-niet-farmacologische benadering** **-het snelle onderzoek naar de oorzaken en risicofactoren:** • Medicatie (STOPP criteria) • Faecale impactie • Urineretentie • Infectie (urine, longen, huid) • Hypoxie • Deshydratatie • Hypo/hyperglycemie • Pijn • Immobiliteit • Sensorische deafferentie	*Ondanks de be-perkte bewijzen dat de interven-tie-strategieën efficiënt zijn om een del-rium bij bejaar-den in de instel-ling te voorko-men, zet het be-wijs van het begrip « efficiën-tie » van een multifactoriële behan-delings-, screening- en preventiebenadering van het delirium er ons toe aan om de implementatie van deze strate-gieën in de instel-lingen voor te stellen.*
Opvoeding van de verzorgende teams Preventie van ongevallen De universiteiten, de academische genoot-schappen, de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's), permanente vorming erbij betrekken	• Preventie van ongevallen • Kamer die zich dichtbij de verpleegkundige post bevindt (waarbij overdreven lawaai evenwel wordt vermeden) • Alarm (bewegingssensor) • Het valrisico evalueren • de katheters indien mogelijk wegnemen • Het toezicht verhogen • Bijkomende preventiestrategieën • De omgevingsstimuli zo adequaat mogelijk regelen • De patiënt mobiliseren • Vermijden dat de patiënt lange tijd bedlegerig is; mobiliteit en persoonlijke verzorging stimuleren. • Alternatief zonder geneesmiddelen voor slaapprobleem	

	• Vergewis u er desgevallend van dat de patiënt over zijn bril, zijn gehoorapparaat en zijn tandprotheses beschikt. • Sensorische hulpmiddelen, cognitieve stimulering aanbieden, hydrateren, voeden, de activiteiten personaliseren. • De familieleden bij de zorg betrekken, in het bijzonder voor de doorverwijzing en de preventie van ongevallen • Laat de patiënten hun eigen uurrooster beheren en betrek hen bij hun zorg. • Regelmatig met de patiënten en hun familie communiceren. **Opvolging** • *Voed de familie op* betreffende de aard van het delirium, waarbij je erop wijst dat het niet gaat om een «verernstiging van de dementie», maar om een acuut probleem. Maak een zorgplan op dat anticipeert op de opname- of ontslagperiodes • De cognitie verder met behulp van de CAM-schaal evauleren en observeer ook verder het gedrag. • De preventiestrategieën voortzetten. • De familie sensibiliseren via raadgevingen voor de tekenen van recidief en de duur (2 weken tot 6 maanden) van het delirium.	
Medicamenteuze behandelingen		
Behandeling van het <u>ontwennings-delirium</u>	Benzodiazepines met een trage werking (Valium ® en Tranxène ®) zijn gecontra-indiceerd bij de patiënt met een geriatrisch profiel, met een hoog risico op een respiratoire depressie, en bij de patiënt met een versnelde leverfunctie. Bij deze patiënten dient de voorkeur te worden gegeven aan een benzodiazepine met een snelle werking zoals Lorazepam en aan de kleinst mogelijke dosis. Lorazepam heeft geen actieve metabolieten en heeft geen invloed op het levermetabolisme (renale eliminatie). R/ Lorazepam 0.5 aan 1 mg PO of IV (+ thiamine 100mg/dag indien alcoholmisbruik)	*Benzodiazepines zijn efficiënter dan het placebo om een epilepsie door alcoholontwenning te voorkomen*
Behandeling van het <u>delirium met verschillende factoren</u>	Dosos haloperidol op basis van de ernst	*Haloperidol (<3.5 mg/d), risperido-ne, en olanza-pine zijn ook efficiënt bij de behandeling van het delirium, en veroorzaken wei-nig ongewenste reacties. Parkinsonisme is de meest voorko-mende nevenwer-king met*

		hoge doses haloperidol (>4.5 mg/dag) vergeleken met olanzapine. De preoperatieve toediening van haloperidol ver-mindert de ernst en de duur van het postopera-tieve delirium. Deze studies zijn beperkt en zou-den moeten wor-den bevestigd.
Matig of klein delirium	• haloperidol 1 mg per os (enkel efficiënt na > 60 min.) 's avonds in geval van nachtelijke onrust • haloperidol 1 mg per os 's morgens en 's avonds indien aanwezigheid van onrust overdag • dagelijkse maximale dosis van 4 mg per os in 2 innames (bv. 1/3 van de dosis 's morgens en 2/3 van de dosis 's avonds) • de meeste bejaarden reageren op een totale dosis van 1 tot 2 mg haloperidol • Indien nodig kan de dosis haloperidol i.m. (efficiënt in 30') of i.v. (efficiënt in 15') worden toegediend: 3 mg haloperidol per os is gelijkwaardig met 2 mg parenteraal	
Ernstig delirium	• haloperidol 2,5 mg à 5 mg i.m. of i.v. • in werkzame dosis • indien na klinische evaluatie de werking onvoldoende is, haloperidol 2,5 mg i.m. of i.v. • te herhalen na 60' tot een maximale dosis van 10 mg • indien nodig (bv. ernstige agressiviteit) kan 1 tot 2 mg per os lorazepam worden toegediend • in geval van onvoldoende controle, consulteer een beschikbare expert	
Voorzorgsmaatregelen	<u>Contra-indicaties voor antipsychotische middelen</u> ▪ Systolische bloeddruk < 100 mmHg • Patiënt met de ziekte van Parkinson of dementie met Lewy bodies ▪ Gekende hypersensibiliteit of antecedenten van ernstige nevenwerkingen op antipsychotische middelen ▪ Antecedenten van ernstige ventriculaire ritmestoornissen (fibrillatie of ventriculaire tachycardie) ▪ QTc > 500 ms <u>Atypische antipsychotische middelen</u>	*Momenteel kunnen benzo-diazepines niet worden aanbevo-len voor de behandeling van een delirium dat niet gepaard gaat met alcohol.* *Er bestaan mo-menteel geen be-wijzen op basis van RCT dat donepezil effi-ciënt is bij de behandeling van het*

	De maximale doses die hieronder opgenomen zijn, *zijn zelden geïndiceerd bij een* bejaarde • olanzapine (Zyprexa ®) 2,5 tot max. 10 mg per os 1 maal per dag • risperidone (Risperdal ®) 1 tot max. 4 mg per os één of tweemaal per dag volgens de dosis • quetiapine (Seroquel ®) 25 tot max. 200 mg per os één of tweemaal per dag volgens de dosis Opgelet voor het risico op hypotensie met risperidone en quetiapine. In geval van dementie met Lewy bodies en Parkinson is quetiapine de eerste keuze.	*delirium. Er zijn nog bijko-mende studies noodzakelijk waar cholineste-rase-inhibitoren worden gebruikt.* *We beschikken niet over bewij-zen die een medi-camenteuze be-handeling van het delirium van patiënten op het levenseinde verantwoorden. Er zijn bijkomen-de onderzoeken noodzakelijk.*
Perspectieven en aanbevelingen		
Link met BelRAI	Oprichting van een werkgroep om de aanbevelingen in verband te brengen met de CAPS van BelRAI , BestPractice, eHealth-Nursing	
Feedback van de gebruikers op het terrein	Enquête bij de coördinerende artsen, behandelende artsen en de verzorgende teams teneinde de haalbaarheid van de aanbevelingen van de werkgroep te evalueren	
Opleidingen	• Organisatie van *opleidingen voor de verzorgende teams binnen de RVT's* over factoren die patiënten vatbaar maken voor een delirium en factoren die het delirium versnellen alsook over de screening van het delirium met behulp van de Confusion Assessment Method. • Uitwerking door de vertegenwoordigers van de coördinerende artsen,, de huisartsen van boodschappen met als doel de *aanbevelingen systematisch te verspreiden* met het oog op preventie en een behandeling van het delirium in de RVT's. • Sensibilisering van de verzorgende teams voor de *ethische aspecten en de niet-farmacologische benadering* die samenhangen met het delirium	De universiteiten, de academische genoot-schappen, de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's), permanente vorming erbij be-trekken
Referenties	In de bijlage (volledig rapport)	
Websites	http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_d8.pdf http://www.ccsmh.ca/pdf/Delirium%20tool%20layout%20-%20FINAL.pdf https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-delier http://www.pallialine.nl/delier.	

	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_argumentaire.pdf http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1055540/alzheimer-s-disease-and-iatrogenicity-of-antipsychotics http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/brochure_programme_ami_alzh_vf_2011-03-03_11-35-59_520.pdf www.geriatrie.be	

SLEUTELBOODSCHAPPEN

1. Een delirium komt **frequent en aanzienlijk** voor bij bejaarden
2. Een delirium is een **medisch spoedgeval** dat moet worden geïdentificeerd en snel moet worden behandeld.
3. Een delirium vloeit vaak voort uit een etiologie met verschillende factoren die gepaard gaat met factoren die de patiënt vatbaar maken voor het syndroom, het syndroom versnellen en in stand houden.
4. **Een delirium kan vaak worden voorkomen**. Wanneer men op de hoogte is van de potentieel te wijzigen risicofactoren kan men aan preventie doen.
5. **Een delirium is vaak niet gekend of slecht gediagnosticeerd als dementie of depressie**. Een systematische screening, een snelle evaluatie van de suggestieve symptomen in een risicopopulatie kan het screeningspercentage verhogen en zorgen voor een snelle behandeling van de patiënten.
6. **Een delirium kan omkeerbaar zijn** met een evaluatie en een aangepaste behandeling.
7. Er is een **interdisciplinaire aanpak** vereist om de bejaarden met een delirium efficiënt te behandelen
8. Het verstrekken van **efficiënte zorg** aan bejaarden met een delirium houdt het volgende in :
   - Het onderzoek naar de onderliggende oorzaken;
   - Een vervroegd zorgplan om frequente complicaties te voorkomen
   - De evaluatie en de behandeling van gedragsstoornissen
   - De angst van de patiënt verzachten;
   - De veiligheid garanderen ; en
   - Alles in het werk stellen om de functionele vaardigheden en de mobiliteit te vrijwaren
9. Het gebruik van fysieke verbindingen zou moeten worden geminimaliseerd, aangezien ze de onrust kunnen doen toenemen en het delirium kunnen versnellen bij risicovolle patiënten.
10. Pas een **niet-farmacologische aanpak** toe om de slaap, angsten en onrust te beheren.
11. Behoud de **farmacologische aanpak voor patiënten met een ernstige onrustproblematiek** waardoor de continuïteit van een essentiële medische behandeling in gevaar komt of wanneer de patiënt gevaarlijk voor zichzelf wordt, of nog in geval van psychotische angstsymptomen (hallucinaties, wanen).

In de bijlage: het volledige rapport met de referenties

2.6 Algemene aanbevelingen – Conclusies

Extra psychologische ondersteuning is noodzakelijk, zowel bij de diagnose stelling als bij de therapeutische aanpak. Ook bij mogelijke afbouw is de niet-farmacologische ondersteuning cruciaal. Het gebruik van psychofarmaca moet oordeelkundig en *evidence based* zijn.

1. Verplicht gebruik van elektronisch WZC- formularium (elektronisch patiëntendossier met medicatiemodule)

2. Bewustmaking van personeel en huisartsen over psychofarmacagebruik in eigen WZC: de mogelijkheid om het verbruik van psychofarmaca per WZC na te gaan, zodat directie/CRA dit op algemene vergadering met de consulterende huisartsen kan bespreken.
   Zowel interne als externe audit van WZC die kan resulteren in extra hulp en middelen voor WZC om problematiek beter aan te pakken.

3. Referentiepersoon psychofarmaca
   - Takenpakket referentiepersoon dementie in WZC uitbreiden met noodzakelijke opleiding i.v.m. niet-farmacologische aanpak van psychologische problemen alsook kwaliteitscontrole psychofarmacagebruik, met link naar de CRA (zowel bij bewoners met als zonder dementie)
   - Alternatief: uitbreiden van de eerstelijns psychologische functie met kennis van psychofarmaca en niet-farmacologische aanpak naar WZC
   - Taak:
     - Geassisteerde diagnose: met behulp van observatie (schalen of noteren in zorgdossier) het gedrag van de bewoner documenteren en overdragen naar behandelende huisarts.
     - Multidisciplinair overleg m.b.t. psychologische problemen (zodat er een algemeen/objectief beeld kan gevormd worden)
     - Geassisteerde therapie: specifieke kennis en opleiding van niet-farmacologische aanpak en oordeelkundig gebruik van psychofarmaca
     - Geassisteerde en gemotiveerde afbouw: begeleiding van afbouw
     - Communicatie met huisarts (via CRA)
     - *Bedside teaching*, educatie en instructie

4. Kritische evaluatie medicatieschema
   - Binnen de maand na opname medicatieschema nakijken door hoofdverpleegkundige, huisarts, CRA en apotheker: extra aandacht voor psychofarmaca
     - Wat is de indicatie van geneesmiddel
     - Is het nog nodig
     - Stopdatum
     - Documenteren van reden van opstart en waarom er niet kan gestopt worden
   - Minstens driemaandelijks nazicht medicatieschema om onbedoelde chronische therapie te vermijden

5. Functionele binding met de eerstelijnspsycholoog al dan niet binnen een Centrum Geestelijke Gezondheidzorg (team ouderenzorg). Dit zodanig dat de referentiepersoon een extra ondersteuning krijgt bij moeilijke cases.

6. Visie van WZC op medicatiebeleid- kwaliteitshandboek voor psychofarmaca
   - Structuur-, proces- en resultaatsindicatoren
   - Organiseren van een interne audit (individuele medicatievoorbereiding- IMV maakt dit op een zeer overzichtelijke en vlotte manier mogelijk)