KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Psychofarmaca in woonzorgcentra: de ene stopt niet wat de andere start

Maarten Peeters, Faculteit Geneeskunde, KULeuven

Promotor: Prof. dr. J. De Lepeleire, KULeuven

Co-promotor: Prof. Dr. J. Craenen, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Indeling

I. Inleiding en verantwoording 3

II. Abstract 4

III. Artikel 5

1. Literatuuronderzoek 5

1.1. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia 5
1.2. Farmacologische benadering 6
1.3. Reductie psychofarmaca 7

2. Methode 9

3. Resultaat 11

4. Bespreking 19

5. Besluit 26

6. Referenties 27

IV. Bijlagen 29

V. Verantwoording artikelvorm 29

I. Inleiding en verantwoording

Het gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra (WZC) ligt hoog, niet alleen wereldwijd maar ook in België[1]. In ons land is dit reeds gebleken uit verschillende studies zoals de PHEBE-studie en Farma-net.[2, 3] Het recentste onderzoek over het thema, verricht door de Christelijke Mutualiteit (CM), bevestigde opnieuw het hoge gebruik.[4] Hierbij werd duidelijk dat 41,7 % van de residenten in een WZC een antidepressivum krijgt en 21,7 % van de residenten een antipsychoticum.

Naar aanleiding van deze studie van CM is er een vergelijking gemaakt door Prof. J. Craenen met 'Woonzorgnet Dijleland'. Deze woonzorgcentra scoren even hoog als het Belgisch gemiddelde op gebied van psychofarmaca gebruik, ondanks de nauwe samenwerking met psychiaters en neurologen. Men zou veronderstellen dat het overleg zou leiden tot minder psychofarmacagebruik.[5, 6]

De cijfers van de CM-studie zijn verontrustend omdat naar schatting slechts 2-3% van de bevolking aan een majeure depressie lijdt en 1% aan een psychose.[7] Psychotische symptomen zouden bij 34% tot 90% van de dementerenden voorkomen.[8, 9] Dit leidt tot een duidelijk off-label gebruik (gebruik van medicatie bij niet geregistreerde indicaties). Deze symptomen worden behandeld alsof zij veroorzaakt zijn door een psychose, waar het ontstaansmechanisme bij dementerenden anders is. Bovendien heeft het gebruik van deze farmaca op lange termijn heel wat gezondheidsrisico's.[10-12]

Uit onderzoek is nochtans gebleken dat succesvol reduceren van deze medicatie mogelijk is.[6, 13, 14] Bovendien bestaat er grote twijfel over de doelmatigheid van deze medicatie bij Behavioural and Psychological symptoms of Dementia (BPSD).[13, 15]

Het feit dat deze medicatie vaak niet doeltreffend is maar toch vaak voorgeschreven wordt, kunnen we beschouwen als een belangrijke paradox. Om deze paradox te ontwarren is het nuttig het verhaal van de medicatietoediening te achterhalen. Hoe en waarom wordt de medicatie in deze verzorgingsinstellingen voor ouderen opgestart? Wie initieert het voorschrift? Waarom wordt ze niet afgebouwd? Zijn deze geneesmiddelen nodig of zijn er alternatieven? Waar loopt het fout, waardoor deze medicatie zoveel wordt voorgeschreven?

Kortom, om welke reden en in welke context worden psychofarmaca opgestart en/of verder gezet bij dementerende residenten in een woonzorgcentrum?

II. Abstract

Doel: Ondanks talrijke richtlijnen en veiligheidsmaatregelen, blijft de voorschrijffrequentie van psychofarmaca bij dementerenden in Woon- en Zorgcentra hoog. Deze hoge prevalentie van psychofarmaca kan niet verklaard worden door de bescheiden succesratio, beschreven in de literatuur. In deze studie trachten we de reden te achterhalen waarvoor en de context waarin psychofarmaca opgestart en/of verder gezet worden bij dementerende residenten in een woonzorgcentrum.

Methodologie: Kwalitatieve onderzoeksmethode door semigestructureerd live interview van de betrokken huisarts, verpleegkundige en proxy. Uit de populatie van drie woonzorgcentra worden at random 12 residenten gekozen, die voldoen aan gespecifieerde inclusiecriteria. De verpleegkundige en de huisarts die bij de zorg betrokken zijn, worden eveneens geïncludeerd.

Resultaten: Psychofarmaca werden in meer dan de helft van de gevallen opgestart omwille van een acuut toestandsbeeld. Medicatie - al dan niet opgestart in acute setting - wordt verder gegeven door de huisarts, zonder ze in vraag te stellen en zonder het toepassen van inperkende maatregelen. Verpleegkundigen zijn vragende partij voor een antipsychoticum in het WZC. De ingesteldheid van de verpleegkundige speelt een grote rol in het al dan niet toedienen van medicatie. De familie weet meestal niet welke medicatie patiënten nemen; Huisartsen overwegen te weinig om de psychofarmaca te stoppen.

Conclusie: In deze geselecteerde populatie werd medicatie vooral opgestart in een acute setting of op vraag van verpleegkundigen. Huisartsen herevalueren de verdere nood van deze medicatie na de acute episode onvoldoende of niet.

III. Artikel

1. Literatuuronderzoek

1.1. Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

'Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia' (BPSD): het zijn gedragsmatige en psychiatrische symptomen bij dementie. Symptomen van gestoorde perceptie, gedachten, stemming of gedrag die vaak optreden bij patiënten met dementie. BPSD treden op bij ongeveer 90% van de patienten met dementie.[16]

De BPSD kunnen op verschillende manieren ingedeeld worden. De International Psychogeriatric Association (IPA) hanteert vijf symptomenclusters: psychose, depressie, slaapstoornissen, agitatie en agressie, en angst.[16] Er zijn verschillende schalen ontwikkeld om BPSD te evalueren, waarvan de NPI (Neuropsychiatric Inventory) in België het best bekend is omdat deze schaal moet gebruikt worden in de terugbetalingsprocedure van medicatie tegen dementie. De oorzaken voor het ontstaan van BPSD zijn erg uiteenlopend: urine-retentie, constipatie, slaapdeprivatie, pijn, overprikkeling door te veel drukte in de directe omgeving, een slecht functionerend hoorapparaat, oncomfortabele kledij, … Een delirium op basis van bijvoorbeeld een infectie of intoxicatie moet altijd eerst uitgesloten worden voordat men de symptomen benoemt als "BPSD".[16]

Volgens de Amerikaan Reisberg verloopt de achteruitgang bij dementie in een omgekeerde volgorde vergelijkbaar met het proces van een opgroeiend kind [21]. Hij noemt dit "retrogenese". In zeven verschillende stadia van dementie beschrijft hij het verlies van vaardigheden die verworven worden bij de ontwikkeling van baby tot jong volwassene. Door het verlies van deze vaardigheden ontstaan volgens Reisberg symptomen en gedragingen als gevolg van een minder goed en adequaat functioneren.[17]

In de interviews wordt géén gebruik gemaakt van een schaal om “probleemgedrag” te definiëren. Dit impliceert een subjectiviteit die beïnvloed is door sociale en culturele ideeën die de geïnterviewden hebben opgepikt. Wat de geïnterviewden zien als “probleemgedrag” zit in hun denken en doen, vaak zonder dat ze zich daarvan bewust zijn.

1.2. Farmacologische benadering

De 'gedragsmatige en psychiatrische symptomen bij dementie' (BPSD) zijn de meest frequente indicaties voor het voorschrijven van *antipsychotica* bij ouderen. Psychotische symptomen (wanen, hallucinaties) zouden voorkomen bij 34% van de dementerende patiënten[3], maar antipsychotica worden ook voorgeschreven voor andere symptomen zoals agitatie en agressie. Uit de PHEBE-studie (2006) blijkt dat er nog maar weinig kwaliteitsvolle gerandomiseerde studies het gebruik van antipsychotica voor BPSD onderzocht hebben.[3] Daarenboven maakt men zich zorgen over de nevenwerkingen en het verhoogd risico op heupfracturen, pneumonie en cerebrovasculaire accidenten, voornamelijk met risperidon, en de verhoogde mortaliteit gerapporteerd voor alle antipsychotica.[10-12] Verwijzend naar de systematic review van Lee[18] en de meta-analyse van Schneider[15] wordt er gesteld dat er weinig evidentie bestaat over het gunstigere nevenwerkingenprofiel en een betere effectiviteit van de atypische ten opzichte van de typische antipsychotica.
In dit KCE-rapport en in deze CM-rapporten komen al heel wat problemen aan bod: het te veel voorschrijven van antipsychotica, de kost voor de gezondheidszorg, de onzekerheid over de effectiviteit, de nevenwerkingen en mogelijke interacties, de verhoogde morbiditeits- en mortaliteitscijfers en tot slot de vraag of men beter de atypische of typische antipsychotica gebruikt.
In België is vanuit het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) enkel risperidon geregistreerd voor een kortdurende behandeling (tot 6 weken) van aanhoudende agressie bij patienten met matige tot ernstige ziekte van Alzheimer die niet reageren op niet-farmacologische methodes en als er gevaar is voor de patiënt of anderen.[19]

Voor het aanbevelen van *Cholinesterase-inhibitoren en memantine* in de behandeling van BPSD is de literatuur niet eenduidig en vaak tegenstrijdig. De NICE-richtlijn toont een matige evidentie voor een verbetering van psychotische symptomen, specifiek bij Lewy body dementie (LBD).[20]

Benzodiazepines veroorzaken talrijke en ernstige nevenwerkingen bij ouderen: sedatie, paradoxale agitatie, cognitieve achteruitgang, een verhoogd valrisico (door het

spierrelaxerend effect) en onttrekkingsverschijnselen bij plots stoppen van deze medicatie. Het gebruik van benzodiazepines moet dan ook steeds langzaam en voorzichtig afgebouwd worden.[20]

1.3. Reductie psychofarmaca

Dat *reduceren* van het gebruik van deze (psycho)farmaca noodzakelijk is, is uit bovenstaande redenen duidelijk. Hiervoor bestaan verschillende effectieve methoden.

- Een eerste maatregel om psychofarmaca te reduceren is de niet medicamenteuze aanpak of behandeling.[3, 5, 7, 13, 14, 21, 22] Dit moet altijd de eerste stap zijn in preventie en behandeling van gedragsproblemen.[5, 16, 21] We onderscheiden interventies gericht op emoties, stimulatie en cognitie. Vooral zorgverleners die dagdagelijks in contact komen met de patiënten, spelen een belangrijke rol in de niet-farmacologische benadering.

- Screening Tool of Older Person's Prescriptions (STOPP) and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START). Het is een waardevol, duidelijk en gemakkelijk toepasbaar hulpmiddel voor artsen om dagdagelijks hun voorschrijfgedrag bij oudere mensen op een wetenschappelijk verantwoorde manier toe te passen of aan te passen.[6, 13]

- Medisch-farmaceutisch overleg (MFO)[23] is in essentie een overleg tussen artsen en apothekers, dat moet leiden tot een verbetering van het medicatiebeleid. Het gaat dus over een vergadering met een kleine groep artsen en apothekers waarbij het onderwerp gerelateerd is aan medicatie en patiëntenzorg, en gekozen wordt door de deelnemers zelf. Tijdens het overleg worden problemen aangehaald die in de praktijk ervaren worden en wordt er gezocht naar mogelijke oplossingen. Daarbij is de samenwerking tussen artsen en apothekers essentieel. Ieder is immers expert in zijn vakgebied. Op dergelijk overleg kan gebruik gemaakt worden van de STOPP/START tool. MFO leidt tot een significante reductie van psychofarmaca. Studie toont aan dat artsen hierin geïnteresseerd zijn, maar gereserveerd zijn voor een deelname door tijdsgebrek en gemis aan financiering in het Belgische prestatie-geneeskundig

systeem.[23] Het ontwerp Koninklijk Besluit van 2009 heeft hier betrekking op *(bijlage 1).* Het blijft afwachten tot de federale minister van volksgezondheid dit KB in werking laat treden.[24]

Om aan de onderzoeksvraag te beantwoorden, “Om welke reden en in welke context werden psychofarmaca opgestart en/of verder gezet bij residenten in een woonzorgcentrum?” wordt een bijkomende literatuurzoektocht opgezet. In pubmed wordt gezocht met de volgende mesh terms: ‘nursing home’ en ‘drug prescription’, : ‘drugs neuroleptics’, ‘Antipsychotic drugs’, ‘Dementia’, ‘BPSD’, ‘qualitative research’, ‘behavior’, ‘interviews-group’, ‘drug use’, ‘family’.

Dit levert 24 hits. Op basis van titel en abstract worden 9 relevante artikels weerhouden.[25-33]

Uit een grootschalige Canadese studie in 485 verschillende care homes blijkt dat het antipsychoticagebruik instelling gerelateerd is.[33] Afhankelijk van welk rusthuis wordt al dan niet een antipsychoticum opgestart bij de residenten. Eenzelfde patiënt heeft 3 keer meer kans een antipsychoticum toegediend te krijgen in een WZC met hoog voorschrijfgedrag in vergelijking met een WZC met laag voorschrijfgedrag.

In Nederland is recent een onderzoek gebeurd met hetzelfde opzet als dit.[30] Er werd gepolst naar de reden bij arts, verpleegkundige en familie waarom een antipsychoticum opgestart is bij patiënten met BPSD in WZC. De hoofdreden van het voorschrift was agitatie en agressie. Artsen voelden zich in 17% van de gevallen onder druk gezet door de verpleegkundige. Succes van de medicatie werd bij ongeveer 50% van de residenten ervaren door de verschillende partijen. In 44% van de gevallen vond de familie dat ze niet goed geïnformeerd was over de bijwerkingen van het psychofarmacum.

2. Methode

Design: Kwalitatieve onderzoeksmethode door semigestructureerd interview van de verschillende betrokkenen.

Sampling: Uit de populatie van drie woonzorgcentra worden at random 12 residenten uitgekozen die voldoen aan de inclusiecriteria.
De verpleegkundige en de huisarts die bij de zorg betrokken zijn, worden eveneens geïncludeerd.

Inclusiecriteria:

1. Residenten van WZC De Wingerd (Leuven), Dijlehof (Leuven), Ter Meeren (Neerijse).
2. Gediagnosticeerd zijn met een vorm van dementie.
3. MMSE ≤ 23 op het moment van inclusie.
4. Minstens reeds 4 maanden verblijven in het WZC.
5. Op dagelijkse basis inname van minstens 2 psychofarmaca met ATC codes: N05A (anti-psychotica), N05B (anxyolitica), N05C (hypnotica/sedativa), N06A (anti-depressiva), N06D (anti-dementia).
6. Informed consent door betrokkene of Proxy *(bijlage 2)*.

Selectieproces:

- De CRA van de betrokken instelling selecteert de residenten die voldoen aan criterium 1 tot en met 5.
- De CRA geeft een geanonimiseerde lijst door aan de onderzoekers.
- Door middel van Randomised Excel Tool worden per instelling 4 residenten en 4 reserve residenten geselecteerd.
- Deze residenten wordt gevraagd het informed consent document te tekenen.

Informed Consent procedure:

- Een toestemming werd verkregen van de Ethische Commissie Gasthuisberg.
- Deze toestemming bevat een goedgekeurd informed consent document.
- De familieraden van de verschillende instellingen worden op de hoogte gebracht en gaven hun toestemming.
- Akkoord CRA om de selectie te doen.
- De resident of proxy tekent het informed consent document *(bijlage 2)*.

Semigestructureerd interview *(bijlage 3 en 4)*

Format: Een semigestructureerd interview wordt uitgewerkt gebaseerd op gegevens uit de literatuur, de ervaring van de betrokkenen. Wat gedragsproblemen betreft wordt aandacht gegeven aan de belasting die ze veroorzaken, de duur, de aard en de frequentie van optreden.

Pilotering: Een eerste versie wordt proefgedraaid bij minstens een huisarts, één verpleegkundige en één patiënt en op basis daarvan bijgestuurd.

Afname: De interviews rond de index-residenten gebeuren bij voorkeur in een periode van 14 dagen. De interviews gebeuren in een reëel contact.

Opname: De interviews worden digitaal opgenomen en uitgetypt.

Nummering: Elk interview krijgt een vier digit code: de eerste twee cijfers voor het volgnummer van de resident (van 1 tem 24). Het derde en vierde cijfer voor de discipline: 01 voor proxy, 02 voor verpleegkundige, 03 voor huisarts. Bijvoorbeeld het interview van de huisarts met de derde resident is dan 0303. De onderzoekers registreren welke residenten in welke instellingen verblijven. In de analyses daarentegen worden de instellingen niet mee verdisconteerd.

Analyse: Een thematische analyse wordt gehanteerd waarbij op inductieve wijze codes worden toegekend. Deze codering gebeurt onafhankelijk door twee onderzoekers die na consensus tot één codelijst komen.

3. Resultaten

Bij het brengen van de resultaten en bij de bespreking van dit kwalitatief onderzoek worden getallen gebruikt. Ze zijn enkel indicatief om reliëf in de resultaten te brengen en hebben geen enkele statistische waarde. Bij het lezen van de resultaten moet er rekening mee gehouden worden dat het om een zeer geselecteerde en gepolymediceerde groep gaat.

Bij de analyse van de resultaten moet er rekening mee gehouden worden dat ongeveer de helft van de huisartsen de patiënt toegewezen kreeg op het moment dat hij geplaatst werd en dus zeer weinig weet over de medische, sociale en familiale voorgeschiedenis van deze patiënten.

Op het allerlaatste moment heeft de familie van één indexpatiënt zich uit het onderzoek teruggetrokken waardoor geen gebruik van deze interviews kan gemaakt worden. De rapportage gebeurt over 11 indexpatiënten in plaats van de vooropgestelde 12.

Er werden in totaal 27 interviews afgenomen. De responsratio van de verpleging bedroeg (n=11) 100%, van de huisartsen (n=8) 73% en van de proxy (n=8) 73%. Gebrek aan mentale mogelijkheden bij 2 proxy's en afwezigheid van proxy in 1 casus verklaart dit getal. Bij de huisartsen is de reden van afwezigheid van respons in 1 casus het feit van zeer recent aangesteld te zijn als arts, bij de andere 2 is er weigering.

In de groep indexpatiënten zijn 2 (18%) mannelijk en 9 (82%) vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd is 83 jaar (van 74 tot 101 jaar). De residenten verbleven gemiddeld 40 maanden in het WZC. De minimental state examination (MMSE) was bij 63% van de residenten bekend en varieert tussen 20 en 8 bij ondervraging. De gemiddelde MMSE bedroeg 19 bij opname en 14/30 op het moment van ondervraging. Één rusthuis neemt systematisch bij elke

resident een MMSE af, bij de 2 andere gebeurt dit enkel wanneer dit nodig is voor terugbetaling van medicatie.

In de selectiegroep neemt 90% één of meerdere antidepressiva, 63% gebruikt één of meerdere anti-psychotica, 36% gebruikt een benzodiazepine en 45% krijgt één of meer anti-alzheimermedicaties.

De directe *aanleiding* van opname in het WZC was in 7 van de 11 gevallen een ziekenhuisopname. Als *oorzaak* wordt doolgedrag aangehaald in 6 gevallen, verwaarlozing is de oorzaak in de andere gevallen.
Het overlijden van de partner komt naar voor in 9 interviews als kantelmoment in hulpbehoefte, die aanleiding gaf tot opname. Zo vertelt een familielid over haar ouders het volgende.

> *"Hij had het verstand en zij de benen, dan viel het verstand weg en ging het niet meer voor haar alleen." (interview 0901)*

Probleemgedrag in het WZC wordt steeds door de verpleging gesignaleerd:

> *"Wij zijn het die het tegen de dokters zeggen, want wij hebben er last van" (interview 0302, verpleegkundige)*

> *"De verpleegkundige vertelt mij dat hij agressief is, bij mij houdt hij zich deftig" (interview 0203, huisarts)*

Wegloopgedrag vormt in 5 gevallen een probleem, in 4 gevallen worden de patiënten agressief bij verzorging. In 2 gevallen wordt "niet willen gaan slapen" als een probleem aanschouwd. De verpleging haalt ook nog weggeefgedrag en *aversie voor bepaalde personen* als storend gedrag aan.

Zo vertelt een verpleegkundige:

> *"Zij is een beetje racistisch, onze bruingekleurde medemens moet haar niet wassen, wij weten dat, maar dat blijft een probleem" (interview 0202)*

Over een andere patiënte vertelt een verpleegkundige:

> *"Mannelijke verplegers zouden haar heel wat rustiger krijgen" (interview 0302)*

Wanneer de verpleegkundige het gedrag signaleert, kan ze de oorzaak van het gedrag vaak zeer goed plaatsen.

> *"De patiënt denkt dat hij terug in het concentratiekamp in Duitsland zit" (interview 0102)*

> *"Hij heeft nu eenmaal een moeilijk karakter" (interview 0901)*

Hoe verpleegkundigen hierop reageren en wat ze tolereren is zeer individueel en bepaalt sterk de vraag naar al dan niet medicatie:

> *"Als ze wegloopt is het een probleem" (interview 0301) tot "och, je hebt overal grommelaars zitten, laat ze toch hun gang gaan" (interview 0901)*

> *"Een kat of hond zou die dame van een depressie verlossen; maar dit laat ons rusthuis niet toe, en ik nog minder; dat psychosociaal denken is mooi in de boekjes, maar de realiteit is toch helemaal anders; theorie is geen praktijk" (interview 0202)*

Dit in tegenstelling met wat een andere verpleegkundige vertelt:

> *"Wij hebben haar hondje mee in huis genomen want die miste dat beest zo hard, dat ze er depressief van werd, sindsdien moeten we ze geen cipralexa meer geven" (interview 0602).*

Waar sommige verpleegkundigen helemaal niet geloven in de niet-medicamenteuze aanpak, zijn andere verpleegkundigen hiervan volledig overtuigd. Bij deze laatste groep voel je een grotere gedrevenheid en werkvoldoening.

De volgende resultaten werden bekomen omtrent het *opstarten* van medicatie; Bij de *antipsychotica* komt het oorspronkelijke voorschrift in 5 van de 6 gevallen van de specialist. In 3 gevallen van de 5 is het antipsychoticum opgestart tijdens een ziekenhuisopname met acute verwardheid. We bemerken dus dat bij de helft van de patiënten die antipsychotica krijgen, deze oorspronkelijk opgestart werden in een acute verwardheidstoestand in het ziekenhuis. Wanneer het antipsychoticum extern opgestart werd, heeft men slechts bij één patiënt in het WZC getracht het af te bouwen.

> *"Hij is uit het ziekenhuis met die medicatie gekomen, hij stond goed dan en daarom zijn we er af gebleven" (interview 1003) of "zij is binnengekomen met die medicatie, dus ik weet niet waarom ze dat krijgt, maar ze is wel goed" (interview 0303 huisarts).*

Het gebruik van *antidepressiva* is zeer groot. In 3 gevallen zijn ze opgestart in het WZC, 2 keer door de huisarts. Zeven residenten kregen een antidepressivum toegediend van voor de opname in het WZC. Van deze 7 gevallen is het antidepressivum 5 keer door een specialist opgestart. Bij 3 patiënten heeft men getracht het antidepressivum af te bouwen na de opname in het WZC; bij 1 patiënt is het nadien opnieuw opgestart.

> *"We hadden die Cipralexa gestopt, maar dan merkten we echt dat haar gemoed zo achteruit ging, ook haar kinderen vroegen waarom we het antidepressivum gestopt waren, uiteindelijk heeft de huisarts het dan terug opgestart" (interview 0402 verpleegkundige)*

Het nieuwe gebruik van *benzodiazepines* is beperkt. Het is een psychofarmacum waarmee de residenten het WZC binnenkomen. Bij slechts 1 patiënt heeft men getracht dit te stoppen én met succes.

Cholinesteraseinhibitoren worden (conform de wetgeving) steeds door een specialist opgestart. In 2 casussen worden ze door de huisarts gestopt.

De redenen van het opstarten van psychofarmaca in het WZC zijn divers; Het nieuw opstarten van *antidepressiva* is in 2 casussen op vraag van de familie *"ik vind niet dat mensen op die leeftijd ongelukkig mogen zijn" (interview 0301),* in 1 casus heeft de huisarts het initiatief genomen en bij 2 residenten is het antidepressivum terug opgestart op vraag van de verpleegkundige *"ze weende heel de dag door" (interview 0202).*

Opstarten van *antipsychotica* is in alle casussen het gevolg van wat men beschouwt als gedragsproblemen. Hier volgt het antwoord meestal uit de vraag naar gedragsproblemen: *"Is er in het verhaal van de patiënt probleemgedrag, zoja, leg uit"*. In 3 gevallen zijn de antipsychotica opgestart omdat de patiënt agressief (verbaal of fysiek) werd tijdens verzorging *"die man geeft kopstoten als we hem een propere pamper willen geven" (interview 0102)*, in 1 geval omdat de patiënt wegloopgedrag heeft en bij 1 residente omdat ze niet tijdig ging slapen *"Seroquel hebben we bij haar opgestart omdat ze niet in haar bed wou 'savonds, ze bleef maar lezen en als we ze dan verplichtten te gaan slapen werd ze agressief" (interview 0202).*

De verpleegkundigen worden het frequentst met dit gedrag geconfronteerd. Zij bespreken dit regelmatig in vergaderingen met het begeleidend personeel *"het team is de maatstaf" (interview 0302).* De Verpleging meldt dit gedrag, vaak in naam van "het team" en is in alle casussen de vragende partij achter het opstarten van antipsychotica.
Zo getuigt een verpleegkundige dat *"het team haalde deze redenen aan om medicatie op te starten, dat was dus een samenspraak van kine, logo, ergo en verpleegkundige" (interview 0802).*

Wanneer we de vraag stellen of medicatie het probleemgedrag opgelost heeft zijn de antwoorden weinig positief. Verpleegkundigen hebben de ervaring dat de medicatie weinig tot niets doet. Want: *"zijn gemoedstoestand heeft een grotere rol dan de medicatie" (interview 0102)*. Artsen lijken betere ervaringen te percipiëren. Het antwoord varieert van *"absoluut geen effect"* tot *"zeer goed effect"*. In 7 gevallen beschrijven de artsen het resultaat als matig: *"de medicatie lost het niet op, maar maakt het wel handelbaar, het gedrag wordt*

afgetopt" (interview 0303). De familie heeft hier meestal geen mening rond *"Dat weet ik niet, hij is misschien wel wat rustiger nu" (interview 0101)*.

De familie is in de meeste gevallen geen vragende partij voor medicatie. Opvallend is dat in alle casussen de familie niet weet welke medicatie de patiënt krijgt. Hun vertrouwen in de artsen en verpleegkundigen is zeer groot: "ze weten wel wat ze doen" (interview 1101). Sommige families hebben de indruk dat de patiënt "toch wel veel" medicatie krijgt, maar gaan hier niet tegenin zolang het gedrag in hun ogen acceptabel blijft. Enkele families beschrijven dat de patiënt sinds de opname in het WZC rustiger is. Ze schrijven dit bij hun naaste toe aan het voortschrijdend dementeringsproces en niet aan de medicatie. Vermoedelijk is dit de uitleg die gegeven wordt aan de familie. Bij de andere bewoners schrijven ze het apathisch gedrag wel toe aan medicatie: *"dat is niet normaal, als ge in 't rusthuis komt, die oude mensen liggen daar om 10-11 uur 's middags te slapen, ze drogeren die zeker allemaal, zodat ze er geen gezever mee hebben" (interview 0901)*.

Welke criteria worden gebruikt om psychofarmaca *af te bouwen*? De verpleegkundigen zijn hiertoe meer geneigd dan de artsen. Zij vinden mobiliteitsverlies en apathie de belangrijkste en enige parameters om medicatie te verminderen.

> *"Wij vonden dat hij stijf, strak en suf werd, hij kon bijna niet meer stappen 'smorgens, zo kunnen we hem niet verzorgen, wij hebben dat nog tegen de arts gezegd" (interview 0801, verpleegkundige)*

De huisartsen bouwen de medicatie niet af in 6 gevallen omdat ze van mening zijn dat dit geen voordelen biedt *"ze is nu goed,dus blijven we eraf" (interview 0803)*. Vier huisartsen vertellen dat ze er nog niet aan gedacht hebben om een psychofarmacum af te bouwen. In de andere gevallen gebruiken de artsen bijwerkingen als maatstaf om medicatie af te bouwen.

> *"Ik weet niet of hij het nog nodig heeft, maar het is zo'n lage dosis dat ik denk dat het beter is te blijven doorgeven in plaats van te stoppen en met de miserie te zitten" (interview 0803, huisarts)*

> *"Ik heb eigenlijk nooit overwogen het medicament te stoppen" (interview 0203, huisarts)*

> *"Dat is inderdaad één van onze tekortkomingen, we starten medicatie op en nadien denken we niet meer na of we het kunnen stoppen" (interview 1003, huisarts)*

Bij antipsychotica is in alle casussen het criterium om het psychofarmacum te stoppen : vallen en apathie .

Bij antidepressiva is het verbetering van de gemoedstoestand en bij anti-alzheimermedicatie de afwezigheid van beterschap. Wanneer er gepolst wordt naar de meningen over anti-alzheimermiddelen merken we een groot perceptieverschil op. Huisartsen hebben hier zeer weinig vertrouwen in, sommige naasten, integendeel, zijn juist overtuigd van het effect. Van hen mag deze medicatie dan ook absoluut niet gestopt worden. Opvallend is hier de invloed van een goede communicatie van de specialist met de familie.

> *"Die aricept is wel iets goed, sindsdien is het toch allemaal minder snel achteruit gegaan" (interview 1001, familie)*

> *"Ik geloof niet hard in het effect van ebixa, nog minder dan aricept" of "van mij mogen ze aricept krijgen, veel resultaat zie ik er wel niet van, maar het geeft geen bijwerkingen" (interview 1003, huisarts)*

In verschillende gevallen is de medicatie in het WZC opgestart maar wordt deze niet terug afgebouwd wanneer de situatie verbeterd is. Voorbeelden hiervan zijn: een resident die opnieuw contact heeft met zijn dochter, waardoor zijn verdriet verdwijnt, een patiënt krijgt een 1-persoonskamer toegewezen in plaats van een 3-persoonskamer, waardoor zijn agressie volledig wegvalt.… De context is veranderd, de patiënt is mentaal terug goed, en toch wordt de medicatie niet afgebouwd.

> *"Die depressie was reactioneel op haar heupfractuur, ze was triest en onrustig omdat ze heel de dag in de rolstoel moest zitten, nu loopt ze rond en is ze een zeer opgewekte vrouw" (interview 1003)*

vertelt een huisarts die een antidepressivum opgestart heeft en dit nog steeds doorgeeft.

De criteria die artsen en verpleegkundigen gebruiken om de psychofarmaca te stoppen zijn dus niet de lange toedieningduur of de bekomen gedragsverandering, maar wel het optreden van nevenwerkingen zoals apathie en vallen. Maar zelfs hier worden deze laatste symptomen bijna steeds aan de toename van het dementieproces geweten, zonder de medicatie in vraag te stellen

"hij is nu veel rustiger en kan niet meer gaan lopen, maar dat komt doordat hij er fysiek op achteruit gegaan is" (interview 0102, verpleegkundige)

"Dat is eigen aan het dementeringsproces" (interview 0403, huisarts).

In uitzonderlijke gevallen staat de familie erop dat de medicatie niet gestopt wordt:

"wij willen die hel niet opnieuw meemaken" (interview 0601).

Artsen, verpleegkundigen, maar zeker ook de familie zijn minder kritisch in het geven van deze medicatie bij ouderen *"als ze hun laatste dagen maar rustig en gelukkig doorbrengen" (interview 0301)*.

Artsen en verpleegkundigen trachten meer de antipsychotica af te bouwen en te stoppen dan de anti-depressiva. Slechts in 1 casus wordt getracht een benzodiazepine te stoppen.

4. Bespreking

Belangrijkste resultaten

- Psychofarmaca werden in meer dan de helft van de gevallen opgestart omwille van een acuut toestandsbeeld.
- De medicatie - al dan niet opgestart in acute setting - wordt verder gegeven door de huisarts, zonder ze in vraag te stellen en zonder het toepassen van inperkende maatregelen.
- De verpleegkundige of haar team zijn vragende partij voor een antipsychoticum in het WZC. Zij vragen dit omwille van BPSD. De ingesteldheid van de verpleegkundige speelt een grote rol in het al dan niet toedienen van medicatie.
- De familie weet meestal niet welke medicatie patiënten nemen, zij vertrouwen dit toe aan geneesheren en verpleegkundigen.
- Huisartsen overwegen weinig om de psychofarmaca te stoppen.

Vertrekkend van de geselecteerde groep, die klein en gepolymediceerd is, bemerken we in alle verhalen eenzelfde patroon. De dementerende patiënt woont samen met een partner, die de mentale beperking opvangt. Wanneer deze partner wegvalt, valt eveneens zijn oriëntatiepunt weg. Hierdoor gaat hij dolen, met vallen als frequente verwikkeling. Ook verregaande verwaarlozing is hiervan een gevolg . Op deze manier belandt hij in het ziekenhuis. Vervolgens wordt vastgesteld dat de patiënt niet meer alleen kan wonen. In de meeste gevallen gaat de patiënt rechtstreeks van het ziekenhuis naar het WZC. In de minderheid van de casussen gebeurt de transfer naar het WZC via een tussenstap van mantelzorg, al dan niet gecombineerd met dagverblijf. In de interviews is de mantelzorger steeds een dochter.

Bij het beoordelen van de resultaten dient er rekening mee gehouden te worden dat enerzijds in één WZC (3 patiënten) het psychofarmacagebruik volledig onder het beheer van een neuro-psychiater gebeurt. Hier gebeurt het afbouwen van medicatie dan ook op een gesystematiseerde wijze in multidisciplinair overleg. Anderzijds moet in acht genomen worden dat het om een zeer geselecteerde patiëntenpopulatie gaat.

Wanneer analyse gemaakt wordt van de drie vragende partijen komt het volgende naar boven:

1. *De familie* is in de meeste gevallen geen vragende partij voor medicatie. Het is verwonderlijk om te constateren dat bijna geen enkele naaste in dit onderzoek weet welke medicatie de patiënt neemt. Hun vertrouwen in de artsen en verpleegkundigen is zeer groot. In uitzonderlijke gevallen staat de familie erop dat de medicatie niet gestopt wordt. Ondanks deze grote tevredenheid blijft het de vraag of de vertegenwoordigers van de patiënten voldoende geïnformeerd zijn over de nadelen van psychofarmaca, zoals de wet op de patiëntenrechten voorschrijft.[34]

2. *Verpleegkundigen* stellen de vraag naar nieuwe psychofarmaca. Dit vertellen zowel de verpleegkundigen zelf als de artsen. Dit lijkt logisch, vermits zij de observator zijn en een cruciale rol spelen in de communicatie. Deze vraag wordt dan doorgespeeld naar de arts. Het belang van de mentale ingesteldheid, van de graad van tolerantie voor probleemgedrag van het verpleegkundig en verzorgend personeel valt niet te onderschatten. Toch, ondanks het feit dat de verpleegkundige de situatie kan plaatsen, blijft ze de situatie of het gedrag vaak vanuit haar standpunt benaderen. Een bepaalde patiënt vertoont probleemgedrag. Voor de verpleging, die zich ook verantwoordelijk voelt voor de medebewoners, is dit een probleem, dat leidt tot een medicatievoorschrift. Dit lijkt een cruciaal moment. Wanneer op dit ogenblik de patiënt op een adequate manier begeleid en opgevangen wordt, zou men kunnen veronderstellen dat er minder snel naar medicatie gegrepen wordt. Uiteraard is dit een werk van lange adem en is dit een kunst op zich. Tijd- en personeelsgebrek worden dan als beperkende factor aangehaald. Wanneer een antipsychoticum wordt gegeven, zullen de sterke emoties afzwakken, maar ze zullen niet verdwijnen. De patiënt vertoont psychotisch gedrag omdat hij de situatie cognitief niet begrijpt of zich niet kan uitdrukken, maar is daarom niet psychotisch. Hier zal deze medicatie dan ook maar weinig aan helpen (off-label use). Het gedrag goed definiëren (wat? In welke omstandigheden?), de oorzaak ervan te ontdekken en niet-medicamenteuze alternatieven uittesten moet de eerste stap zijn[6]. Dit wordt ook wel eens de *'persoons- of belevingsgerichte benadering'* genoemd. Bij de verzorging houdt men dan rekening met persoonlijke voorkeuren en behoeften van de persoon met dementie

en individualiseert men het zorgplan. Dit in tegenstelling tot de 'taakgerichte zorg' waarbij het uitvoeren van een taak voorop staat (bv. Iedereen moet in bad).[5, 14, 35, 36]

3. *Huisartsen* bouwen medicatie te weinig af. In de helft van de situaties zijn de psychofarmaca opgestart in crisismomenten. De patiënt werd bijvoorbeeld opgenomen in het ziekenhuis na een fysieke beperking met een delier als gevolg.
   Wanneer de situatie verbetert en de patiënt meer lucide wordt, passen huisartsen de medicatie zelden aan.
   Hiervoor zijn er meerdere oorzaken: mogelijks gebrekkige kennis, het blind uitvoeren van het advies van de specialist, en gebrekkige communicatie (zowel met specialist als met verpleegkundige).

   Dikwijls hoor je de redenering van artsen (en verpleegkundigen) dat ze geen risico willen nemen door de medicatie te veranderen, en er het nut niet van inzien.
   Een andere oorzaak waardoor de arts vaak minder kritisch en met een minder brede kennis van de feitelijke toestand een psychofarmacum voorschrijft is dat in 2 van de 3 rusthuizen de arts niet mee in "het team" zit, waar patiënten besproken worden. Om te voorkomen dat in gelijkaardige gevallen psychofarmaca opgestart worden is het voor de arts, bij wie de vraag tot voorschrijven dan terecht komt, belangrijk een goede communicatie te voeren om samen met de verpleegkundige en eventueel de familie het gedrag goed te definiëren (wat? In welke omstandigheden?), de oorzaak ervan te ontdekken en niet- medicamenteuze alternatieven uit te testen.[5]

"Moeilijk gedrag" is bij de personen met dementie vaak al aanwezig voor hij/zij opgenomen wordt in het WZC, maar wordt dan vaak niet farmacologisch behandeld. De opname is een cruciaal moment. Uit de interviews komt duidelijk naar voor dat wanneer de patiënt vanuit een thuissituatie of mantelzorgsituatie komt, de patiënt veel beter voorbereid wordt en beter reageert op de opname. We moeten er ons van bewust zijn dat een opname steeds een crisismoment is. Het is een acute confrontatie met onmacht en verlies, niet alleen van naasten, maar ook van onafhankelijkheid. Hierbij komt dat hoe zwakker de cognitie van de patiënt bij opname is, des te minder hij de situatie begrijpt of onthoudt met als reactie meer agressie of dolen of waangedachten. Bij cognitief sterkere patiënten is dit beduidend minder aanwezig.

Patiënten die door de specialist gezien zijn lijken meer medicatie te nemen, of is het net doordat ze veel gedragsproblemen vertonen dat ze door de specialist gezien worden. Het betreft dan ook een zeer geselecteerde patiëntenpopulatie. Huisartsen lijken meer een afwachtende houding aan te nemen. De setting van dit onderzoek laat niet toe hier conclusies te trekken, maar het zou goed zijn dit verder te belichten in later onderzoek.

In Nederland is zeer recent een gelijkaardig onderzoek als dit gepubliceerd.[30] Er werd gepolst bij artsen, verpleegkundigen en familie waarom een antipsychoticum opgestart is bij patiënten met BPSD in WZC. In de Nederlandse studie wordt verondersteld dat familie en verpleegkundigen een grote invloed uitoefenen op het voorschrijfgedrag van artsen en dat BPSD de oorzaak is van het voorschrijven van antipsychotische medicatie. In onze studie wordt dit niet als uitgangspunt gebruikt en vertrekken we met een open vraag zonder vooronderstellingen te maken.

De Nederlandse artsen voelden zich in 17% van de gevallen onder druk gezet door de verpleegkundigen om een antipsychoticum voor te schrijven. In hun studie wordt dit als een laag percentage aanschouwd; bij ons is de vraag naar antipsychotica in 100% vanuit de verpleegkundigen gekomen. Of de artsen zich daarbij onder druk gezet voelden is niet bevraagd en ook niet spontaan vermeld. Succes van de medicatie werd in de Nederlandse studie bij ongeveer 50% van de residenten verwacht door de verschillende partijen. Dit loopt gelijk aan onze resultaten. In de Nederlandse studie vindt de familie dat ze niet goed geïnformeerd is in 44% van de gevallen. Opnieuw hebben wij deze vraag niet letterlijk gesteld, maar is er geconcludeerd dat familie in geen enkele casus weet welke medicatie genomen wordt. Dit beaamt de stelling dat familie meer betrokken dient te worden en informatie dient te krijgen bij het geven van psychofarmaca.[30]

Tot slot suggereert de Nederlandse studie dat wanneer de evidence-based richtlijnen rond het behandelen van BPSD beter geïmplementeerd worden in combinatie met beter getrainde verpleegkundigen het medicatiegebruik gereduceerd zal worden. Deze stelling loopt volledig in de lijn van de analyse die gemaakt is uit de afgenomen interviews.

Op basis van deze exploratie rond het psychofarmaca gebruik van dementerende residenten in het woonzorgcentrum kunnen we de volgende suggesties en aanbevelingen doen:

1. In WZC moet een procedure bestaan die garandeert dat het gebruik van psychofarmaca op een kritische manier gebeurt. Dit behelst zowel het stellen van een indicatie tot gebruik, het opstarten, opvolgen, afbouwen en stoppen. Alle betrokkenen spelen daarin een rol: de behandelende huisarts, de verpleegkundigen, de resident indien mogelijk en zijn familie en de CRA.

2. Het ontwikkelen van een richtlijn zou daarvoor een meerwaarde zijn. Het gebruiken van bestaande aanbevelingen is obligaat. Voor België werden deze ontwikkeld in het Qualidemproject.

3. Het oprichten van een werkgroep voor de benadering van BPSD kan de meest gemotiveerden samenbrengen. Op die manier wordt de individuele know how in de instelling gebundeld en de creativiteit geprikkeld. Dit zal een effect hebben op de jobsatisfactie.

4. Klinisch overleg onder andere via de procedure van het Medisch Farmaceutisch Overleg kan hierbij behulpzaam zijn.

5. Indien gebruik gemaakt wordt van het Elektronisch Medisch Dossier kan medisch besliskundige ondersteuning daartoe bijdragen. Zo kan bijvoorbeeld een ‘alert pop-up’ bij het afsluiten van het dossier gecreëerd worden, wanneer een antipsychoticum reeds meer dan 6 weken voorgeschreven is.

6. Informatie geven aan de residenten en hun omgeving is opportuun.

7. *Verpleegkundigen* kunnen een belangrijke rol spelen in de vraag naar psychofarmaca; het observeren van het gedrag dat aanleiding geeft tot de vraag, de niet-medicamenteuze behandeling en de farmacologische behandeling van BPSD. *Ook voor huisartsen* kan bijscholing, waarbij de nadruk ligt op de niet medicamenteuze aanpak, een meerwaarde betekenen in dit dossier. Het is aangewezen dat de bijscholing voor huisartsen en verpleegkundigen samen kan verlopen.

8. De noodzaak van het voorschrijven van psychofarmaca moet bij elk herhalingsvoorschrift in vraag gesteld worden. Huisartsen moeten medicatie durven afbouwen en stoppen. Standaard moet elk antipsychoticum beperkt worden in tijd (6 weken).

9. Huisartsen moeten voor ogen houden dat toedienen van psychofarmaca de laatste stap is en niet de eerste in de behandeling van BPSD.[5, 35] Het medicamenteus effect is minimaal, de mortaliteit en morbiditeit is groot. Bij het starten moet rekening gehouden worden met een zekere latentietijd, dus niet te snel de dosis verhogen. De therapeutische dosis moet veel lager liggen dan deze, die aan psychotische volwassenen gegeven wordt

10. In het woonzorgcentrum kan de Coördinerend en Raadgevend arts een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van protocollen en afspraken die het correct gebruik van psychofarmaca ondersteunen en bevorderen.

Sterkte van de studie

De diepte interviews brengen meningen van de 3 partijen rond een bepaalde indexpatiënt op een semigestructureerde manier samen. Voor zover we konden nagaan is dit de eerste keer dat dit gebeurt. Door deze manier van interviewen wordt veel meer informatie verkregen dan het aanvankelijk beoogde resultaat. De vragen zijn bewust zo open gesteld, dat de geïnterviewde de mogelijkheid krijgt zijn volledige mening over het onderwerp te geven, zonder hem in een bepaalde richting te duwen. Er wordt een veel bredere exploratie bekomen van wat mensen bezig houdt, processen en verhalen. Er komt een schat aan informatie en inzichten vrij. Door de verschillende partijen (verpleegkundigen, artsen en betrokkenen) te benaderen kan er een vergelijking gemaakt worden tussen elk van deze.

Zwakte van de studie

Inherent aan een kwalitatief onderzoek is dat de resultaten niet in getallen uit te drukken zijn en niet vallen te veralgemenen; laat staan statistisch te benaderen. De kwaliteit van de interviews hangt sterk af van de interviewer. In deze studie is de onderzoeker niet getraind in het afnemen van interviews. Er is te weinig gecontroleerd op kwaliteit van het interviewen: is elke vraag volledig aan bod gekomen? Het onderzoek is beperkt tot 3 rusthuizen, onder beheer van eenzelfde raad. Hierdoor is het vanzelfsprekend niet mogelijk de resultaten te extrapoleren naar een bredere populatie of deze steekproef als algemene Belgische tendens aan te nemen. Interviews afnemen is zeer tijdsrovend waardoor het aantal casussen beperkt blijft.

5. Besluit

Dit onderzoek is een aftoetsende studie met enkele opvallende vaststellingen. Het gaat om een kleine zeer specifieke patiëntengroep. Het medicatieverhaal van de psychofarmaca bij BPSP (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia) concretiseert en illustreert toch een aantal scharniermomenten in de medicatiegeschiedenis en toont een aantal openingen voor verbetering.

Het startmoment is altijd een luxatiemoment (verlies van partner, ziekte, hospitalisatie, plaatsing in een WZC) bij een cognitief deficiënte patiënt. Onder druk wordt dan medicatie gegeven, die achteraf te weinig wordt in vraag gesteld.

Vooral bij “agressief” gedrag wordt te weinig naar het ontstaansmechanisme hiervan gepeild. Zoals een baby, die zich niet kan uitdrukken, krijst om het signaal te geven dat iets niet in orde is, zo vertoont een dementerende probleemgedrag. Alle actoren in de zorg en vooral de verpleegkundigen, die met dit gedrag worden geconfronteerd, zouden meer vertrouwd moeten worden gemaakt met de interpretatie van BPSD en met de concrete niet medicamenteuze strategieën om ermee om te gaan. Als we de vraagtekens in de ogen van onze dementerende patiënten beter zouden begrijpen zou heel wat probleemgedrag kunnen vermeden worden. De patiënt vertoont psychotisch gedrag omdat hij de situatie cognitief niet begrijpt of zich niet kan uitdrukken, maar is daarom niet psychotisch. Het medicaliseren van dit probleem lost maar weinig op.

Medicatie wordt vooral op vraag van de verpleegkundige in de WZC gestart; Artsen bouwen dit nadien te weinig af.

Scholing van artsen en training van verpleegkundigen kunnen een grote meerwaarde betekenen. Hierdoor is het mogelijk een mentaliteitswijziging én kennis te krijgen bij artsen, verpleegkundigen en personeel dat betrokken is met de dementerende residenten.

De familie moet geïnformeerd worden over de behandeling.

En zoals steeds in onze meer en meer multidisciplinair wordende geneeskunde-uitoefening is efficiënte gestructureerde communicatie tussen de zorgverleners een must.

6. Referenties

1. WHO. *Dementia: a public health priority*. Switzerland: World Health Organization, 2012.
2. RIZIV. Globaal analyseverslag over de inhoud van Farmanet – uniek spoor. 2009.
3. Vander Stichele RH VdVC, 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.
4. Cornelis K MR, Boydens J, Hutsebaut L, Niesten F, Proesmans H et al. Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica bij CM-leden. Een analyse van de ambulante sector. *CM-informatie*. 2009, p. 24-35.
5. De Lepeleire J YM, Buntinx F. *Omgaan met dementerenden. Aanbevelingen vanuit het Qualidem-project*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2007.
6. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J and O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 2008; 46: 72-83.
7. Claes S CM, Danckaerts M, De Lepeleire J, Demyttenaere K, Laekeman G et al. . Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep metaforum Leuven. *Metaforum KULeuven*, 2010.
8. Jeste DV and Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2000; 8: 29-34.
9. KCE. *jaarverslag 2009 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg*. Brussel, 2010.
10. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet neurology*. 2009; 8: 151-7.
11. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, et al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS medicine*. 2008; 5: e76.
12. Chevalier. Ziekte van Alzheimer: antipsychotica en mortaliteitsrisico. *Minerva*. 2009; 8: 102.
13. Azermai. Psychotropic drug use in older persons: A focus on antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia. *Faculty of medicine and Health Sciences*. Gent: UGent, 2012.
14. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*. 2006; 332: 756-61.
15. Schneider LS, Dagerman K and Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2006; 14: 191-210.
16. International Psychogeriatric Association (IPA). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). 2002.
17. Reisberg B, Franssen EH, Hasan SM, et al. Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1999; 249 Suppl 3: 28-36.
18. Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP and Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ*. 2004; 329: 75.
19. EMEA. verhoogd risico van cerebrovasculaire accidenten en T.I.A.'s bij bejaarde demente patiënten behandeld met olanzapine (ZYPREXA), een atypisch neurolepticum. 9 maart 2004.

20. Excellence NIfHaC. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. *NICE clinical guideline 42*. London, 2006.
21. Azermai M PM, Elseviers M et al. Systematische beoordeling van richtlijnen voor de behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij dementie. *Wintermeeting van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie*. 2012.
22. Leysen T. Antipsychotica-gebruik bij ouderen in woon-en zorgcentra: té veel?! Leuven: KULeuven, 2011.
23. Royackers M DLJ. Impact van MFO in WZC's op het voorschrijven van psychofarmaca. *Faculty of Medicine*. Leuven: KULeuven, 2011.
24. Lemmens S FV. Impact van MFO in WZC's op het voorschrijven van psychofarmaca. *Farmacie*. Leuven: KULeuven, 2011.
25. Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A and Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *International journal of geriatric psychiatry*. 2006; 21: 288-95.
26. Briesacher BA, Limcangco MR, Simoni-Wastila L, et al. The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. *Archives of internal medicine*. 2005; 165: 1280-5.
27. Cohen-Mansfield J and Jensen B. Nursing home physicians' knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavioral disturbances associated with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008; 9: 491-8.
28. Cohen-Mansfield J and Jensen B. Physicians' perceptions of their role in treating dementia-related behavior problems in the nursing home: actual practice and the ideal. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008; 9: 552-7.
29. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Patel D, et al. Wisdom from the front lines: clinicians' descriptions of treating agitation in the nursing home, a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2005; 6: 257-64.
30. Cornege-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CM and van Marum RJ. Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012; 13: 80 e1-6.
31. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL and Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *Journal of general internal medicine*. 2007; 22: 1487-92.
32. Wood-Mitchell A, James IA, Waterworth A, Swann A and Ballard C. Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age and ageing*. 2008; 37: 547-52.
33. Rochon PA, Stukel TA, Bronskill SE, et al. Variation in nursing home antipsychotic prescribing rates. *Archives of internal medicine*. 2007; 167: 676-83.
34. patiënt' FoRvd. Wet betreffende rechten van de patient. 22 augustus 2002.
35. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2001; 9: 361-81.
36. Volicer L and Hurley AC. Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2003; 58: M837-45.

IV. Bijlagen

1. KB MFO (zie pg 30)
2. Informed consent document proxy (zie pg 34)
3. Interview artsen en verpleegkundigen (zie pg 36)
4. Interview proxy (zie pg 38)

V. Verantwoording artikelvorm

Er is beslist om deze masterproef in artikelvorm te schrijven om diverse redenen. De leesbaarheid wordt enerzijds verhoogd voor zowel lectoren als geïnteresseerden. Anderzijds heeft het schrijven in artikelvorm tot doel dit te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift. Het abstract van dit werk zal ingediend worden op de Wintermeeting 2013 van de Belgische vereniging voor Gerontologie en Geriatrie.

Bijlage 1: Koninklijk besluit met betrekking tot het medisch-farmaceutisch overleg

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 36decies, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 10*sexies*, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1998;

Gelet op het gezamenlijke voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen en van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen gegeven op @;

Gelet op het advies van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen, gegeven op @;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie apothekers- verzekeringsinstellingen, gegeven op @;

Gelet op het advies van de Nationale Commissie geneesheren- ziekenfondsen, gegeven op @;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 21 december 2009 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op @ ;

Gelet op het akkoord van de Staatssecretaris voor Begroting van @ ;

Gelet op het advies van de Raad van State nr. xx.xxx/x, gegeven op @ met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Vice-Eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met de Sociale integratie

Hebben wij besloten en besluiten wij:

HOOFDSTUK I. – *Definities*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° “het Instituut”, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
2° “medisch-farmaceutisch overleg“, het farmacotherapeutisch overleg bedoeld in artikel 36*decies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
3° “LOK“, de lokale kwaliteitsgroepen bedoeld in artikel 36*bis* van voornoemde gecoördineerde wet;

4° “huisartsenkringen”, de kringen van huisartsen bedoeld in artikel 36quater van voornoemde gecoördineerde wet en erkend op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
5° “representatieve beroepsorganisatie van apothekers”, elke representatieve beroepsorganisatie van apothekers waarmee rekening gehouden wordt bij de toepassing van artikel 9 van het voornoemde koninklijk besluit nr. 78;
6°“representatieve beroepsorganisatie van artsen”, elke representatieve beroepsorganisatie van artsen waarmee rekening gehouden wordt bij de toepassing van artikel 9,§1 van het voornoemde koninklijk besluit nr. 78 ;
6° “geneesmiddelen”, het geheel van verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, van de voornoemde gecoördineerde wet;
7° “artsen”, artsen die wettelijk gemachtigd zijn om de geneeskunst uit te oefenen;
8° “apothekers”, apothekers die wettelijk gemachtigd zijn om de artsenijbereidkunde uit te oefenen
9° “projectindieners”, de arts en de apotheker die gezamenlijk belast zijn met de praktische organisatie van het medisch-farmaceutisch overleg in overeenstemming met de regels van dit besluit
10° “het Comité”, het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen bedoeld in artikel 10bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
11° “gegevens”, naam, voornaam, adres, telefoonnummer, e-mail adres en RIZIV-nummer

HOOFDSTUK II. – *Doelstellingen*

Art. 2. Het medisch-farmaceutisch overleg heeft als belangrijkste doel het verbeteren van de zorg geleverd aan de patiënt door het op elkaar afstemmen van de respectievelijke rol van artsen en apothekers inzake het rationeel voorschrijven, het afleveren en het veilig gebruiken van geneesmiddelen. Bij het overleg kunnen ook ziekenhuisartsen en/of ziekenhuisapothekers betrokken worden.

Deze multidisciplinaire samenwerking gebeurt in lokale vergadering waarin de aanwezige artsen en apothekers deelnemen aan een opbouwende bespreking van onderwerpen gekozen conform de bepalingen van artikel 3, §3. Deze bespreking handelt vooral over de problemen in de praktijk en over mogelijke oplossingen

Tijdens de vergadering worden er, zo veel als mogelijk, aanbevelingen aangenomen om de voorgestelde oplossing toe te passen.

Met het oog op de (facultatieve) ondersteuning van het lokale medisch-farmaceutisch overleg, kunnen door de representatieve beroepsorganisaties, universiteiten, vormingsinstituten en wetenschappelijke verenigingen bij voorkeur in het kader van een samenwerking vanuit de beide beroepsgroepen, kwaliteitsbevorderende programma’s worden voorgesteld aan het comité waarbij:

- thematische fiches
- opleidingen voor animatoren
- praktische handleidingen voor lokale gegevensinzameling en – analyse
- begeleiding op vraag van een lokaal initiatief voor het opmaken, indienen en uitvoeren van een project

worden ontwikkeld en ter beschikking gesteld van de lokale projecten.

HOOFDSTUK III. – *Voorafgaandelijke vereisten voor het organiseren van een vergadering van het medisch-farmaceutisch overleg*

Art. 3. § 1. Een LOK en/of een huisartsenkring en een lokale vereniging van apothekers, stellen als verantwoordelijken twee projectindieners, één arts en één apotheker, aan. Deze sturen, voor enige andere voorbereiding van de voorziene vergaderingen, naar het Instituut een voorstel voor medisch-farmaceutisch overleg op.

Het opsturen van het voorstel door de projectindieners houdt een verbintenis tot het respecteren van artikel 6 in.

§ 2. Het voorstel moet om ontvankelijk te zijn, de volgende elementen bevatten:
1° de datum;
2° de plaats
3° de naam of het identificatienummer van de betrokken LOK en/of huisartsenkring en de naam van de lokale vereniging van apothekers
4° het aantal zorgverstrekkers dat tot deelname aan het overleg zal worden uitgenodigd;
5° het (de) te bespreken onderwerp(en);
6° de naam van de verslaggever

7°; bankrekeningnummer en houder van de rekening aan wie de toelage voor het medisch-farmaceutisch overleg wordt uitbetaald;
8° de handtekening(en) van de projectindieners

Het voorstel bevat ook een uitdrukkelijke verbintenis dat er bij het overleg geen vermenging met een derde partij die directe of indirecte banden heeft met de farmaceutische sector, kan zijn. Het niet respecteren van deze verbintenis geeft aanleiding tot het niet betalen van het forfait voorzien in artikel 10, derde lid.

§ 3. Een lijst met voorbeelden van mogelijke onderwerpen om tijdens de vergadering te bespreken volgt als bijlage bij dit besluit. Indien er een onderwerp dat niet op deze lijst is opgenomen, wordt voorzien, moet zijn vermelding vergezeld zijn van een bondige beschrijving van de aan te snijden punten.

§ 4 Het comité kan verduidelijking vragen aan de projectindieners.

Art. 4. Het Instituut deelt aan de projectindieners de ontvangst van hun voorstel mee.
Op verzoek van een lokaal project stelt het Instituut regionale en nationale Farmanetgegevens met betrekking tot de voorgeschreven en afgeleverde terugbetaalde farmaceutische producten ter beschikking enerzijds aan de deelnemende artsen en apothekers voor wat hun eigen gegevens betreft, anderzijds geanonimiseerd en/of gegroepeerd voor het geheel van de deelnemers aan de verslaggever van het lokale overleg.

Hoofdstuk IV. – ***Organisatie van de vergadering***

Art. 5. Het medisch-farmaceutisch overleg moet op een dusdanige manier georganiseerd worden dat het zowel op het lokale als op het nationale niveau een maximale dekkingsgraad haalt en dit zowel naar geografische spreiding als naar het aantal betrokken zorgverstrekkers.

Art. 6. De projectindieners stellen de nodige documenten in verband met de te behandelen problemen ter beschikking van de deelnemers die deze kunnen gebruiken als hulp bij de besprekingen.

HOOFDSTUK V. – ***Formaliteiten na de vergadering***

Art. 7. De projectindieners maken na elke vergadering een verslag over aan het Comité bedoeld in artikel 10, met daarin opgenomen de volgende elementen:
1° de uitgevoerde activiteit
2° het aantal deelnemers per discipline;
3° het of de behandelde thema's;
4° de actie(s) en de afspraken die uit het overleg zijn voortgevloeid;
5° facultatief worden de toegepaste indicatoren en de gebruikte geregistreerde gegevens meegedeeld

Art. 8. De projectindieners zijn er toe gehouden de documenten van elke vergadering minstens drie jaar te bewaren om controle hiervan door de Dienst administratieve controle van het Instituut mogelijk te maken.

HOOFDSTUK VI. – De rol van het Comité

Art. 9. § 1. Het Comité is belast met de begeleiding van het medisch-farmaceutisch overleg.
§ 2. Het Comité spreekt zich uit over tegemoetkoming van de ingediende lokale projecten en de kwaliteitsbevorderende programma's voorgesteld door erkende beroepsorganisaties, universiteiten, vormingsinstituten en wetenschappelijke verenigingen;
§ 3. Het Comité neemt een gemotiveerde beslissing binnen de twee maanden na de indiening van het project of in voorkomend geval, na antwoord op de vraag tot verduidelijking.
§ 4 Het Comité kan een project weigeren indien wordt vastgesteld dat het project op geen enkele wijze bijdraagt tot een verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van farmaceutische producten.
§ 5 het Comité kan een standaard formaat vastleggen voor wat de mededeling van gegevens betreft.
§ 6 Het Comité maakt ten behoeve van de Nationale Commissie artsen- ziekenfondsen en de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen op basis van de ontvangen verslagen een syntheseverslag over het medisch-farmaceutisch overleg dat ook voorstellen dient te bevatten voor het structureren van het medisch-farmaceutisch overleg.

Het Comité kan daarbij ”best practices” selecteren en bekronen met een “medical-pharmaceutical quality award”.

HOOFDSTUK VII. – *Tegemoetkoming door de verzekering*

Art. 10. De tegemoetkoming van het Instituut wordt vastgesteld op een begrotingsenveloppe van 2.000.000 euro op jaarbasis.
Een bedrag van 1.000.000 euro van voornoemde enveloppe wordt ter beschikking gesteld voor de kwaliteitsbevorderende programma’s voorgesteld door representatieve beroepsorganisaties, universiteiten, vormingsinstituten en wetenschappelijke verenigingen.
Een bedrag van 980.000 euro van voornoemde enveloppe wordt verdeeld over de lokale projecten a rato van 2.500 euro per goedgekeurd lokaal project waarvan 50% wordt uitbetaald binnen de maand na goedkeuring door het Comité en 50% na indiening van het verslag.
Een bedrag van 20.000 euro wordt voorbehouden voor de tien “quality awards” van elk 2.000 euro voor de door het Comité geselecteerde “best practices”.
Deze tegemoetkoming wordt ten laste genomen door de begroting van de administratiekosten van het Instituut, sector geneeskundige verzorging.

HOOFDSTUK VIII. – *Bijzondere bepalingen*

Art. 11. In artikel 10*sexies* van het voornoemde koninklijk besluit van 3 juli 1996, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1998, wordt een punt g) ingevoegd, luidend als volgt:
g) belast zijn met de begeleiding van het farmacotherapeutisch overleg bedoeld in artikel 36*decies* van de Wet.”.

HOOFDSTUK IX. – *Slotbepalingen*

Art. 12. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 13. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.
Gegeven te

VAN KONINGSWEGE

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met de maatschappelijke integratie

L. ONKELINX

BIJLAGE

NIET –BEPERKENDE LIJST VAN MOGELIJKE ONDERWERPEN,

1° de risicobeheersing (interacties, automedicatie, substitutie);
2° het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen;
3° de problemen met polymedicatie;
4° het bevorderen van de therapietrouw;
5° de respectievelijke rol van artsen en apothekers;
6° het voorschrijven van geneesmiddelen in een rustoord voor bejaarden, in een rust- en verzorgingstehuis of in een psychiatrisch verzorgingstehuis;
7° concrete toepassing van het voorschrijven onder de algemene benaming;
8° de evaluatie van de voorschrijfindicatoren met aanduiding van de betrokken therapeutische klasse.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van @ tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
ALBERT

VAN KONINGSWEGE : De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met de maatschappelijke integratie L.ONKELINX

Bijlage 2: Informed consent document proxy

Wetenschappelijk onderzoek in VZW Dijlehof

Betreft: Informatie- en toestemmingsformulier voor familie/naaste van de patiënt

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik, Dr. Maarten Peeters, onderzoek naar de oorzaak van het medicatiegebruik bij patiënten in verschillende woon en zorgcentra van het VZW Dijlehof. Dat onderzoek gebeurt in samenspraak met Prof. Jan De Lepeleire en Dr. Jan Craenen en staat onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

Door de vooruitgang in de medische wereld leven mensen steeds langer, al gaat dat gepaard met een aantal gevolgen. Eén van de vereisten is bijvoorbeeld dat ze elke dag een grote hoeveelheid medicatie innemen; ondermeer psychofarmaca. Dit zijn geneesmiddelen die inwerken op de geestelijke toestand van de patiënt. Ze werken rustgevend, onderdrukken gedragsveranderingen, onderdrukken hallucinaties en wanen of werken antidepressief.

We weten dat deze psychofarmaca zeer veel worden voorgeschreven in woon en zorgcentra.

Het opzet van het onderzoek is na te gaan waar de oorzaak van dit veelvuldig gebruik ligt. Wie is vragende partij naar deze medicatie. Het is niet onze bedoeling een ethisch of medisch oordeel te vellen, enkel na te gaan hoe het komt dat de patiënt deze psychofarmaca neemt.

We willen dit doen door interviews af te nemen bij verschillende betrokken patijen: de verpleging, de behandelende huisarts en de patiënt zelf.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en anoniem verwerkt worden. Het gehele onderzoek gebeurt in overeenstemming met de wet op persoonlijke levenssfeer.

Indien u beslist dat u (of uw familie) deel neemt aan het onderzoek, wordt gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen. U kunt weigeren of u kan zich op elk moment uit de studie terugtrekken zonder dat u daarvoor een reden moet opgeven en zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts, verpleging of andere betrokken partijen.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en willen u alvast bedanken.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Maarten Peeters

Toestemmingsformulier door derden

Naam patiënt:…… Naam derden:……

1. Ik bevestig dat Dr…… (naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat de deelname geheel vrijwillig is en dat ik mij en de patiënt op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat de patiënt's persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijk dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal de patiënt's persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot de patiënt's verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek verbeterd worden.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de KU Leuven en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in de patiënt's persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet worden afgesloten ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Door de volmacht hebbende over de patiënt te ondertekenen en te dateren.

Datum…… Handtekening

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt:

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……, Handtekening

Bijlage 3: Interview artsen en verpleegkundigen

Persoon die geïnterviewd wordt:

Functie:
Leeftijd:
Geslacht:
Patiënt:

Demografische gegevens patiënt
- M/V
- leeftijd
- Periode dat patiënt reeds in RVT verblijft?(aantal maanden):
- Leeftijd bij opname (in jaren):
- KATZ-schaal bij opname en KATZ-schaal nu:
- MMSE bij opname en MMSE nu:

Verhaal patiënt
- IVM medicatiegebruik (meer bepaald psychofarmaca)

    - Weet u wanneer welke psychofarmaca opgestart werden?
    - Weet u welke psychofarmaca dit waren?
    - Om welke redenen/gedrag/problemen werden deze opgestart?
    - Wie haalde deze redenen aan?
    - Waren deze redenen doorslaggevend genoeg voor u persoonlijk of welke argumenten waren doorslaggevend om de medicatie op te starten.
    - Welke verwachtingen had je van deze medicatie?
    - Was er op voorhand nagedacht welk effect er bereikt wou worden.
    - Door welke arts is welk psychofarmacum uiteindelijk opgestart?
    - Was er op voorhand overwogen wanneer er zou gestopt worden met toedienen van de medicatie (hoelang had je gepland deze medicatie te geven).
    - Zijn de redenen waarvoor het medicament opgestart werd opgelost door het farmacum? Zijn er hierdoor (door het nieuwe medicament) andere problemen opgetreden?
    - Waren er volgens u (persoonlijk) alternatieven (iets anders dan geneesmiddelen of andere geneesmiddelen)
    - Veranderingen van psychofarmaca: is dit gebeurd?
        - waarom (niet)
        - wat waren de reacties van patiënt
    - Extra opstarten van psychofarmaca: is dit gebeurd?
        Zo ja: waarom?
        welke waren de reacties van de patiënt?
    - Zijn psychofarmaca afgebouwd na langdurig gebruik (cfr START-STOPP). Waarom wel/niet?

- IVM probleemgedrag (bv. Onophoudelijk roepen/huilen/weglopen/…)

    - Is er in het hele verhaal ooit storend gedrag geweest?

  Zo ja:
    - Beschrijf het gedrag.
    - Wanneer is voor het eerst probleemgedrag verschenen?
    - Wie heeft dit probleemgedrag als eerste gesignaleerd?
    - Wie beschouwde dit gedrag als een probleemgedrag?
    - Naar wie werd dit gesignaleerd, hoe is de communicatie hierover verder gegaan (bv. Overleg-momenten, multidisciplinair overleg)
    - Welke maatregelen zijn er getroffen (buiten medicamenteuze), hoe gaan jullie er mee om?
    - Was er reactie van mede-residenten/familie mede-residenten/ familie patiënt? Zo ja, welke waren deze reacties?

- IVM opname in RVT?

- Welke is de aanleiding van de opname (wat was de druppel die de emmer deed overlopen) en wat is de oorzaak van de opnamen (welke is de echte achterliggende oorzaak geweest)?
- Hoe is deze opname praktisch gegaan?
- Hoe heeft patiënt hierop gereageerd?

- IVM Ziekteproces

- Wat is de hoofdpathologie
- Wanneer zijn de eerste symptomen opgetreden van dementie
- Welke symptomen waren dat (eerst en later)?:
    - affectieve symptomatologie: depressie, angst, …
    - cognitieve problemen: geheugen, concentratie, ...
    - psychotische stoornissen: wanen, hallucinaties, waarnemingsvervalsingen
    - persoonlijkheidsveranderingen: apathie, agressie, ontremming, …
    - gedragsproblemen: neurovegetatief: slaapstoornissen, 'sundowning', incontinentie, veranderd eetpatroon, …
    - psychomotore: rusteloosheid, roepgedrag, 'zwerven', stereotiepe handelingen, …

- Zijn er onderzoeken gebeurd naar de oorzaak/type van dementie (bv beeldvorming…)
  Alzheimer, vasculair, lewy body, frontaal kwab, gemengd
- Weet men over welke vorm van dementie we spreken? Hoe is men tot deze diagnose gekomen? (neuroloog/psychiater/huisarts)

Bijlage 4: Interview proxy

Persoon die geïnterviewd wordt:

Functie:
Leeftijd:
Geslacht:

Patiënt:

Demografische gegevens patiënt
- M/V
- leeftijd
- Periode dat patiënt reeds in RVT verblijft?(aantal maanden):
- Leeftijd bij opname (in jaren):
- KATZ-schaal bij opname en KATZ-schaal nu:
- MMSE bij opname en MMSE nu:

Verhaal patiënt

- IVM medicatiegebruik (meer bepaald psychofarmaca)
"Dit zijn geneesmiddelen die inwerken op de geestelijke toestand van de patiënt. Ze werken rustgevend, onderdrukken gedragsveranderingen, onderdrukken hallucinaties en wanen of werken antidepressief. Dit kunnen meerdere medicamenten zijn."

- Wat weet u hierover bij de patiënt?

(de onderstaande vragen die nog niet beantwoord zijn, komen nu aan bod)

- Weet u wanneer welke psychofarmaca opgestart werden?
- Weet u welke psychofarmaca dit waren?
- Om welke redenen/gedrag/problemen werden deze opgestart?
- Wie haalde deze redenen aan?
- Waren deze redenen doorslaggevend genoeg voor u persoonlijk of welke argumenten waren doorslaggevend om medicatie op te starten.
- Welke verwachtingen had je van deze medicatie?
- Was er op voorhand nagedacht welk effect men wou bereiken.
- Door welke arts is welk psychofarmacum uiteindelijk opgestart?
- Was er op voorhand overwogen wanneer er zou gestopt worden met toedienen van de medicatie (hoelang had je gepland deze medicatie te geven).
- Zijn de redenen waarvoor het medicament opgestart werd opgelost door het farmacum? Zijn er hierdoor (door het nieuwe medicament) andere problemen opgetreden?
- Waren er volgens u (persoonlijk) alternatieven (iets anders dan geneesmiddelen of andere geneesmiddelen)
- Veranderingen van psychofarmaca: is dit gebeurd?
    - waarom (niet)
    - welke waren de reacties van de patiënt
- Extra opstarten van psychofarmaca: is dit gebeurd?
    Zo ja: waarom?
    welke waren de reacties van de patiënt?
- Zijn psychofarmaca afgebouwd na langdurig gebruik (cfr START-STOPP). Waarom (niet)?

- IVM probleemgedrag (bv. Onophoudelijk roepen/huilen/weglopen/…)

- Is er in het hele verhaal ooit storend gedrag geweest?

Zo ja:

- Zou je het gedrag willen omschrijven.

- Wanneer is voor het eerst probleemgedrag verschenen?
- Wie heeft dit probleemgedrag als eerste gesignaleerd?
- Wie beschouwde dit gedrag als probleemgedrag?
- Naar wie werd dit gesignaleerd, hoe is de communicatie hierover verder gegaan ?(bv. Overleg-momenten, multidisciplinair overleg)
- Welke maatregelen zijn er getroffen (buiten medicamenteuze)? Hoe gaan jullie er mee om?
- Was er reactie van mede-residenten/familie mede-residenten/ familie patiënt? Zo ja, welke waren deze reacties?

- IVM opname in RVT?

- Wat is de aanleiding voor de opname (wat was de druppel die de emmer deed overlopen) en wat is de oorzaak van de opname (wat is de echte achterliggende oorzaak geweest)?
- Hoe is deze opname praktisch gegaan?
- Hoe heeft de patiënt hierop gereageerd?