Gebruik van psychofarmaca in een transit-centrum in België

Van Roey Simon, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2016-2018

Gebruik van psychofarmaca in een transitcentrum in België.

Huisarts in opleiding: Dr. Simon Van Roey, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider: Dr. Walter Lauwers

Inhoudstabel 1

Abstract 2
Inleiding 3
Vraagstelling 4
Methode 4
Resultaten 5
Discussie 8
Vuistregels, beleidslijnen en hindernissen 10
Conclusie 16
Dankwoord 17
Ethisch comité: 18
Referenties 19

Gebruik van psychofarmaca in een transitcentrum in België

Haio: Simon Van Roey **Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys**

Abstract

Context: Zowel tijdens de intake in een transitcentrum als bij de medische opvolging van de bewoners wordt de medische dienst vaak geconfronteerd met de grote vraag naar benzodiazepines. Niet onfrequent blijken deze bewoners bij aankomst in het centrum reeds geruime tijd dergelijke medicatie te gebruiken zonder afgelijnde indicatie of medische opvolging. We beogen dan ook met deze masterproef het gebruik van psychofarmaca in kaart te brengen alsook de etnische diversiteit en context van het gebruik van de bewoners te schetsen. Vervolgens proberen we een zicht te krijgen op de indicaties voor initiatie en opvolging van deze medicatie. Met oog voor de atypische omstandigheden waarin deze bewoners zich bevinden, toetsen we onze resultaten aan de reeds beschreven literatuur.

Onderzoeksvragen: Is er een duidelijk verhoogd gebruik van benzodiazepines in een gesloten transitcentrum? Wat zijn de voornaamste indicaties voor het gebruik van benzodiazepines? Speelt de leeftijd een rol in het gebruik van benzodiazepines in gesloten centra? Zijn er etnische aspecten die het gebruik van benzodiazepines in de hand werken?

Vervolgens toetsen we, aan de hand van onze onderzoeksvragen, de situatie in het transitcentrum de Caricole af aan de reeds gepubliceerde literatuur.

Tenslotte trachten we beleidslijnen uit te tekenen voor een gestandaardiseerde opstart en follow-up van psychofarmaca in het centrum met het oog op een medisch verantwoorde dienstverlening.

Methode: In deze prospectieve cohort-studie includeerden we alle bewoners die tijdens een periode van tien weken voor meer dan één dag in het transitcentrum werden ondergebracht. De bewoners werden ingedeeld in de twee groepen: gebruikers en niet-gebruikers van benzodiazepines.

Zowel moment van opstart (voor of tijdens verblijf), de indicatie, de leeftijd alsook de etniciteit van de gebruikers van benzodiazepines werden in kaart gebracht.

Gezien een beduidend aantal van de bewoners slechts één dag in het centrum blijft, voerden we eveneens vijf afzonderlijke steekproeven uit om het absolute gebruik van alle bewoners (i.e. zonder exclusiecriteria) van het centrum te evalueren.

Resultaten: Van de 170 bewoners weerhielden we 36 (21%) benzodiazepines-gebruikers, met een gemiddelde leeftijd van 37,5 jaar. Binnen de gebruikersgroep kregen 20 bewoners (56%) deze medicatie reeds voorgeschreven bij de intake door de medische dienst van het centrum. Hiervan kregen er 14 bewoners deze medicatie omwille van verderzetting van reeds gebruikte medicatie; bij 6 bewoners werden benzodiazepines opgestart door de medische dienst. Bij 16 bewoners (44%) werd de medicatie opgestart tijdens hun verblijf in het transitcentrum.

Slaapproblematiek was de voornaamste indicatie voor het opstarten van deze medicatie (13 bewoners), gevolgd door angst- en kalmeerproblematiek (12 bewoners) en middelenmisbruik (11 bewoners).

De hoogste inname van benzodiazepines weerhouden we bij de Noord-Afrikaanse en Sub-Saharische Afrikaanse bewoners.

Conclusies: De gesloten vluchtelingencentra vormen een unieke setting waarin multiple predisponerende factoren het gebruik van benzodiazepines in de hand werken. We voorzien hier dan ook enkele beleidslijnen met het oog op een medisch verantwoorde opstart en follow-up van het gebruik van benzodiazepines in deze setting.

Inleiding

Tijdens mijn opleiding tot huisarts heb ik het genoegen enkele uren per week te kunnen werken in het transitcentrum Caricole (Steenokkerzeel). Als lid van de medische dienst werd me meteen duidelijk dat het gebruik van psychofarmaca in deze populatie anders is dan voor de doorsnee patiënt die in de wachtzaal van de huisarts terechtkomt. Deze verschillende implementatie van medicatie valt natuurlijk niet alleen terug te brengen naar de objectieve indicatie maar ook naar de verschillen in gezondheidsbeleving. Deze actuele problematiek leek me dan ook een zeer interessant onderwerp om verder uit te diepen.

In het TC Caricole verblijven er dagelijks gemiddeld tussen de 70 en de 110 mensen. De bewoners zijn afkomstig uit alle regio's van de wereld. De hoofdreden van hun verblijf in dit centrum is het niet bezitten van een vergunning om België te betreden of er te verblijven.

Ongeveer 70% van de bewoners worden reeds tegengehouden aan de landsgrens, vnl. aan de internationale luchthaven van Brussel (Zaventem) (1). De tijd van verblijf in het centrum bedraagt één dag tot meerdere maanden, afhankelijk van de procedures waar de bewoners beroep op doen.
Hoewel deze setting een bodem is voor vele maatschappelijke en medische thema's, heb ik gekozen voor de problematiek van benzodiazepinegebruik gezien dit zowel in het transitcentrum alsook in de algemene huisartsenpraktijk een probleem is.
Wereldwijd heerst er een stijgend gebruik en misbruik van benzodiazepines (2) (3) (4) (5) . De prevalentie is zeer sterk afhankelijk van de regio's van onderzoek en de leeftijdsgroepen. Toch kan men ervan uitgaan dat in bepaalde leeftijdsgroepen tot 10% van de bevolking een dagelijkse gebruiker is met een hoger gebruik bij vrouwen (2).
In de algemene populatie worden benzodiazepines voorgeschreven voor meerdere klinische indicaties, voornamelijk voor psychiatrische aandoeningen (3):
- Slaapstoornissen
- Angst- en paniekstoornissen
- Ontwenningsverschijnselen
- Acuut epileptische insult

Ondanks hun duidelijk effect bij de juiste indicatie hebben benzodiazepines eveneens mogelijke nevenwerkingen die men niet mag onderschatten (4):
- Verhoogd valrisico
- Verwardheid
- Cognitieve problemen

Tijdens de medische intake in het transitcentrum valt het hoge gebruik van benzodiazepines op bij een relatief jonge populatie zonder comorbiditeiten. Vaak blijken deze bewoners reeds vertrouwd te zijn met deze medicatie zonder duidelijke opvolging.

Het gebruik van benzodiazepines bij vluchtelingen is vaak moeilijk toe te wijden aan één specifieke indicatie. Hondius en Van der Wilgen bestudeerden in 1992 in Nederland 480 aangemelde vluchtelingen waarbij in 83% psychologische klachten werden teruggevonden. Hiervan waren slaapstoornissen (59%), angststoornissen (47%), depressieve gevoelens (31%), concentratieproblemen (28%), prikkel-baarheid (23%) en nachtmerries (19%) de meest prominente klachten (6). Al deze klachten kunnen we onderbrengen in onze 3 verschillende hoofdindicaties, namelijk middelenmisbruik, slaapstoornissen en angststoornissen.

We beogen dan ook met onze masterproef het gebruik van deze medicatie in het transitcentrum de Caricole in kaart te brengen.

Vraagstelling

Deze masterproef bestaat uit drie onderdelen:

1. Prospectieve analyse van studiepopulatie transitcentrum Caricole

We behandelen ondermeer volgende onderzoeksvragen:

-Hoeveel bewoners gebruiken benzodiazepines tijdens hun verblijf?

-Wanneer worden deze benzodiazepines opgestart (bij intake in het centrum of tijdens het verblijf)?

-Wat zijn de indicaties voor het gebruik van benzodiazepines?

-Zijn er leeftijdsgebonden, etnische of geslachtsgebonden verschillen (co-variabelen) in indicatie van deze therapie?

2. Discussie

De indicatieredenen samen met de bovenvernoemde co-variabelen koppelen we aan reeds gepubliceerde hoofdindicaties voor het gebruik van benzodiazepines in de algemene populatie alsook in andere gesloten centra of bij asielzoekers.

3. Vuistregels, beleidslijnen en tekortkomingen

Volgend op dit onderzoek proberen we enkele vuistregels en beleidslijnen uit te tekenen bij het gebruik van benzodiazepines in het transitcentrum die gebaseerd zijn op relevante settings en aangepast op deze unieke situatie.

Methode

Studiepopulatie:

Alle bewoners die van januari 2018 tot half maart 2018 (10 weken) in het transitcentrum verbleven werden geïncludeerd. Enkel patiënten die meer dan 1 dag in het centrum verbleven werden geïncludeerd om adequate opvolgingsinformatie te kunnen voorzien. Een deel van de bewoners verblijft immers slechts één nacht in het centrum in het kader van een geplande repatriëringvlucht. Bij deze bewoners wordt geen nieuwe medicatie opgestart.

Gezien deze exclusie mogelijks een overschatting van het absolute gebruik veroorzaakt, voorzien we eveneens een steekproef met 5 meetmomenten. Er wordt gekeken naar het gebruik van alle bewoners (inclusief mensen die slechts één dag worden opgevangen) op vrijdagen van week 2, 4, 6, 8 en 10.

Database:

Op basis van medicatiefiches worden de bewoners opgedeeld in gebruikers en niet gebruikers. Van alle gebruikers werd op basis van het medisch dossier en anamnese volgende gegevens verzameld:

- Moment van opstart van benzodiazepines
- Regio van herkomst
- Leeftijd
- Indicatie voor het opstarten
- Geslacht

Literatuurstudie:

Voor onze literatuurstudie maakten we gebruik van 3 Cochrane reviews met betrekking tot het gebruik van benzodiazepines bij slaap-, angst- en verslavingsproblematiek in de algemene bevolking. Literatuur over het gebruik van benzodiazepines in vluchtelingencentra is eerder beperkt. Na research via PUBMED weerhielden we 4 retrospectieve cohort-

studies bij vluchtelingen of personen in de gevangenis (eveneens een gesloten instelling).

Vuistregels, beleidslijnen en tekortkomingen: Het uittekenen van de beleidslijnen gebeurde op basis van reeds bestaande, voornamelijk Nederlandse en Belgische, richtlijnen rond het gebruik en opstarten van benzodiazepines.

Resultaten

Prospectieve analyse van studiepopulatie transitcentrum Caricole

A. Hoeveel bewoners gebruiken benzodiazepines?

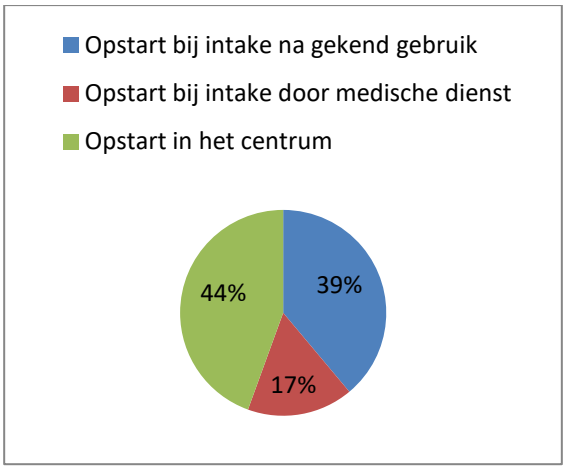
Tijdens de studieperiode verbleven 170 bewoners in het centrum waarvan er bij 36 bewoners benzodiazepines (21%) werden voorgeschreven.
Op basis van de steekproef van vijf momenten bevestigen we de relatieve overschatting van het percentage gebruikers door de exclusie van de bewoners die slechts voor één nacht in het centrum verbleven (tabel 1).

Moment	Gebruikers	Bewoners	Percentage
Moment 1	22	109	20%
Moment 2	17	100	17%
Moment 3	17	99	17%
Moment 4	14	94	15%
Moment 5	13	105	12%

Tabel 1. Verdeling van gebruikers ten opzichte van het totale aantal bewoners tijdens de 5 meetmomenten van de steekproef.

B. Bij hoeveel bewoners werd er reeds bij intake benzodiazepines opgestart?

Bij 20 bewoners werden de benzodiazepines opgestart bij de medische intake in het transitcentrum. Van deze 20 bewoners was het bij 14 een verderzetting van benzodiazepinegebruik en bij 6 bewoners een nieuwe opstart door de medische dienst.
Bij 16 bewoners werd de medicatie opgestart tijdens het verblijf in het centrum (figuur 1).



Figuur 1. Taartdiagram met moment van opstart benzodiazepines

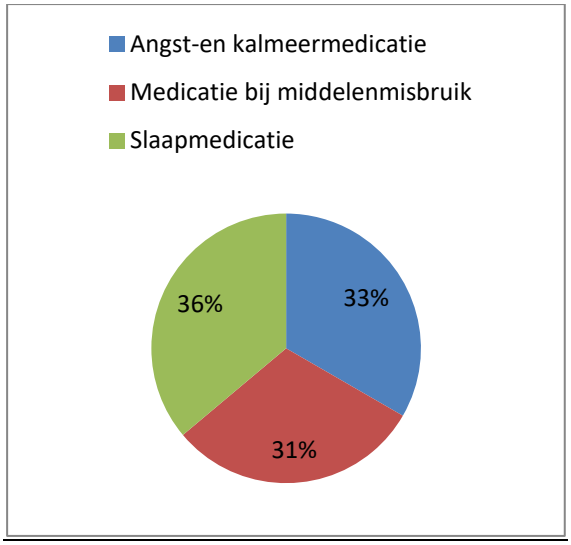
C. Wat waren de indicaties voor het gebruik van benzodiazepines?

Benzodiazepines worden omwille van vele indicaties opgestart. Tijdens ons onderzoek hebben we deze indicaties teruggebracht naar drie grote groepen waarin we een relatief gelijke verdeling terugzien (figuur 2):

- Gebruik omwille van verslavings-problematiek: 11 bewoners. Het gaat hier steeds over een geobjectiveerde middelenverslaving. Dit wil zeggen een positieve anamnese van druggebruik gekoppeld aan een positieve drugtesting via urineonderzoek in het centrum. Vaak ligt de dosis van de voorgeschreven medicatie in dit schema veel lager dan de door de bewoner aangegeven dosis.

- Gebruik omwille van slaapstoornis: 13 bewoners. Deze indicatie stelt zich zowel bij intake alsook tijdens verblijf. Bij opstart tijdens verblijf wordt nagenoeg altijd een vooraf afgesproken afbouwschema of termijn van gebruik voorzien.

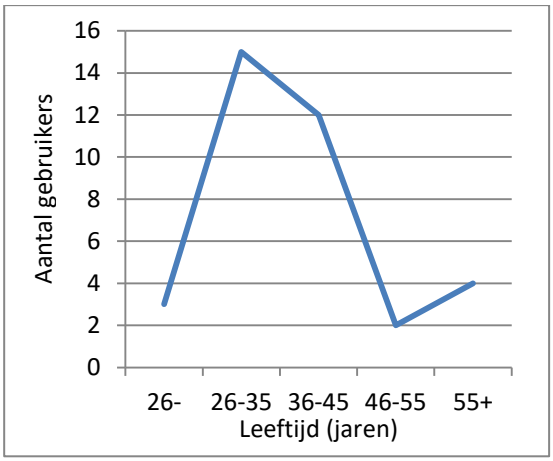
- Gebruik omwille van angststoornis of als kalmeermedicatie: 12 bewoners. Het betreft hier zowel medicatie die reeds in het verleden werd opgestart bij gekende angststoornissen of paniek, als de initiatie van een nieuwe behandeling. Ook hier wordt een vooraf afgesproken afbouwschema opgesteld bij initiatie in het centrum.



Figuur 2: Indicaties voor opstart van benzodiazepines in het centrum.

D. Wat zijn de leeftijdsgroepen van de bewoners die benzodiazepines in het centrum gebruiken?

Voor deze analyse werden de bewoners ingedeeld in 5 leeftijdsgroepen (≤ 25 jaar, 26-35 jaar, 36-45 jaar, 46-55 jaar en ≥ 56 jaar). Het hoogst aantal gebruikers vindt men terug bij de bewoners tussen de 26 en 35 jaar alsook tussen 36 en 45 jaar. (figuur 3).
De gemiddelde leeftijd van de gebruikers in het centrum lag tijdens de vijf verschillende meetmomenten tussen de 37,7 jaar en 41,72 jaar met een mediaan tussen de 36 jaar en 37,5 jaar.



Figuur 3: Aantal gebruikers van psychofarmaca per leeftijdscategorie.

We merken een verschil van gemiddelde leeftijd per indicatie:
- Verslavingsproblematiek: 33,5 jaar
- Slaapproblematiek: 41 jaar
- Angst- en kalmeermedicatie: 38 jaar

E. Uit welke landen en regio's komen de meeste bewoners die benzodiazepines gebruiken?

Om een idee te krijgen van de etnische verschillen in gebruik van benzodiazepines bestuderen we de verhouding van het aantal bewoners die benzodiazepines gebruiken op het totale aantal bewoners uit een bepaalde regio (tabel 2 en figuur 4).

Opvallend is dat de overgrote meerderheid van de gebruikers uit het Afrikaanse continent komt. Dit wordt voornamelijk verklaard door de hoge opstart en verderzetting van medicatie omwille van het couperen van middelenmisbruik. Van de 11 bewoners die benzodiazepines gebruikten omwille van een verslavingsproblematiek kwamen er 7 uit Noord-Afrika.

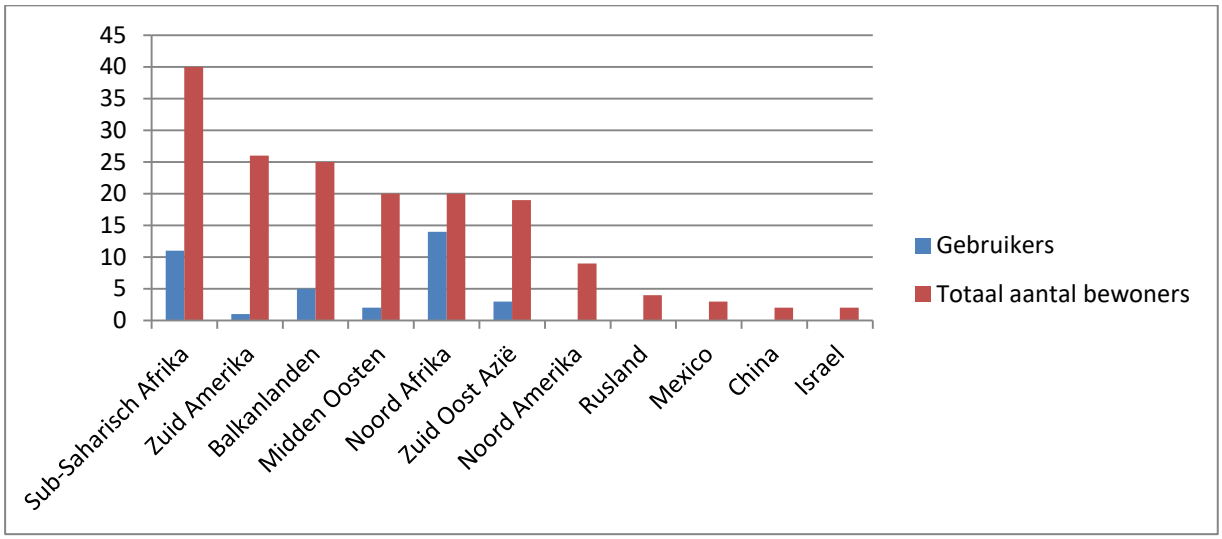
Het hoge aantal gebruikers uit de Sub-Saharische regio kan men verklaren doordat deze bewoners vaak een langere tijd in het centrum verblijven. Hierdoor worden er meer

inspanningen gedaan om deze bewoners hulp aan te bieden op psychologisch (en bijgevolg ook psychofarmacologisch) vlak. De reden voor het langer verblijven van deze specifieke groep vindt men terug in de langere asielprocedures en een moeizamere repatriëring.

Graag wil ik ook een extra kanttekening zetten bij het hoge cijfer bewoners uit Zuid-Amerika. Dit cijfer is eerder toevallig zeer hoog ten opzichte van andere momenten van het jaar aangezien er een éénmalig hoge opname van Zuid Amerikanen en specifieker mensen uit Venezuela wordt waargenomen.
De eenvoudige reden hiervoor is de stijgende onrust in Venezuela op het moment van het onderzoek met een stijging van het aantal asielzoekers naar heel West-Europa. Het hoge aantal Venezolanen in het centrum werd ook de weken volgend op het onderzoek teruggezien.

Regio van herkomst	Gebruikers	Bewoners	%
Sub-Saharisch Afrika	11	40	28
Zuid-Amerika	1	26	4
Balkanlanden	5	25	20
Midden Oosten	2	20	10
Noord-Afrika	14	20	70
Zuid-Oost-Azië	3	19	16
Noord-Amerika	0	9	0
Rusland	0	4	0
Midden Amerika	0	3	0
China	0	2	0
Israel	0	2	0
Totaal	36	170	21

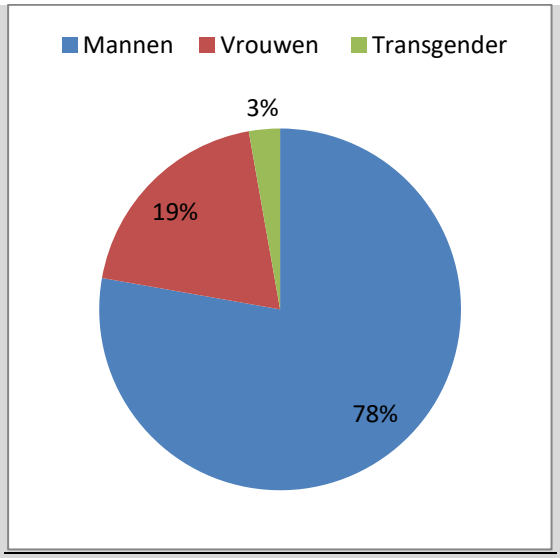
Tabel 2. Etnische verdeling van de gebruikers op de totaalpopulatie in het transitcentrum



Figuur 4: Etnische verdeling van de gebruikers en de totale bewonersgroep in het transitcentrum.

F. Wat is het geslacht van de bewoners die benzodiazepines gebruiken?

Onder de benzodiazepines gebruikers weerhouden we 28 mannen, 7 vrouwen en 1 transgender persoon. Deze laatste wordt officieel aanzien als een mannelijke bewoner doch wenst als vrouw te worden aangesproken (figuur 5). Gezien er in België meer mannelijke dan vrouwelijke asielzoekers worden aangetroffen, is het dan ook niet verwonderlijk dat voornamelijk mannelijke bewoners benzodiazepines gebruiken (1).



Figuur 5: Geslacht van gebruikers

Van de 13 bewoners waarbij benzodiazepines werden opgestart omwille van slaapstoornissen zijn er 6 vrouwelijke bewoners. Dit terwijl er gedurende de hele periode slechts 7 vrouwelijke gebruikers aanwezig zijn. Ook de transgender persoon kreeg de medicatie opgestart omwille van moeilijk inslapen.

Discussie

Wereldwijd weerhouden we een dagelijkse inname van benzodiazepines tot 10% van de algemene bevolking (5). Onder de bewoners van het transitcentrum lijkt deze frequentie hoger te liggen (21%).

We vergelijken hier de indicaties van benzodiazepines gevonden in onze populatie met de huidige literatuur.

A. Het gebruik omwille van een verslavingsproblematiek

(Genees)middelenverslaving (ICD-10) is verweven in alle sociale lagen, etniciteiten en leeftijdsgroepen in de maatschappij. Het gebruik van benzodiazepines in de behandeling van verslaving en afkickverschijnselen wordt ondersteund door Cochrane reviews (7) en behoort tot de dagelijkse praktijk (8).

In het transitcentrum weerhouden we een relatief hoge incidentie van verslaving. Traumatische gebeurtenissen, lagere sociale klasse en armoede, verlies van familie en sociaal vangnet, verveling, frustratie en het gebrek aan sociale controle zijn maar enkele redenen die de bewoners aanhalen voor hun gebruik. Gelijkaardige redenen vindt men in de literatuur terug (8) (9) (10) (11).

Wanneer personen met een verslavings-problematiek worden opgesloten in het transitcentrum brengt dit volgende bijkomende problemen met zich mee:

- *Ontwenningssymptomen bij het stopzetten van de drug/medicatie bij opname* en h*et dwingend verlangen naar het product* veroorzaken vaak wrijving tijdens de opsluiting. Gezien de bewoner geen vrijheid heeft in zijn eigen gebruik ontstaan er regelmatig conflicten met begeleiders of “bewakers”. Dit resulteert naar een toename van de vraag naar kalmerende medicatie of tijdelijke “medische isolatie” in een aparte kamer om zo een conflictvrije omgeving te creëren in het centrum. De ontwenningsverschijnselen die op de voorgrond treden zijn meestal angst en vrees, prikkelbaarheid, achterdocht, depersonalisatiegevoelens, agitatie en onrust.

- *Verhoogde alertheid.* Bewoners proberen nog al te vaak hun begeerde drug door bezoekers binnen te brengen of proberen de drug te stelen of kopen van andere bewoners.

Net als in deze studie, waar voornamelijk de Noord-Afrikaanse bewoners kampen met een verslavingsproblematiek, is het eveneens in de literatuur duidelijk dat verslavings-problematiek niet doorgetrokken mag worden naar de "algemene migrant". Culturele en etnische verschillen, voornamelijk de niet-Caucasische afkomst, als de duur van het verblijf in vijandig gebied wordt gelinkt aan een verhoogd middelenmisbruik. (12). Dit wordt bevestigd door de afwezigheid van gebruikers onder de Noord-Amerikaanse en Russische migranten. Het gebruik bij migranten uit balkangebieden kan dan weer verklaard worden door de erbarmelijke omstandigheden waarop deze mensen België bereiken.

Ook de lengte van een (s)lopende procedure voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning werkt de verslaving in de hand (13). Dit wordt bevestigd in de groep gebruikers uit de Sub-Saharische gebieden waarbij de medicatie voornamelijk tijdens het verblijf wordt opgestart en niet bij intake (7/11 gebruikers). Diep religieuze natuur blijkt dan weer een protectieve factor voor middelenmisbruik (14).

B. Gebruik omwille van slaapstoornis

De prevalentie van slaapstoornissen ligt rond 31% in West-Europa (15). Ondanks de vele pogingen die de laatste jaren zijn ondernomen om het gebruik van benzodiazepines in het kader van slaapproblematiek te verminderen, blijft er een overconsumptie wereldwijd voornamelijk bij de oudere bevolking en vrouwen (16). In deze indicatie zijn benzodiazepines dan ook de meest voorgeschreven medicatie ter wereld (2). Klassieke benzodiazepines genieten de voorkeur voor opstart bij primaire insomnia (15).

Ook in het transitcentrum lag de gemiddelde leeftijd (41 jaar) van de gebruikers van benzodiazepines voor slaapproblematiek duidelijk hoger dan voor de andere indicaties (33,5 jaar voor verslaving en 38 jaar voor angst). Bovendien werden bij 6 van de 7 vrouwelijke gebruikers (85,7%) de benzodiazepines opgestart in het kader van slaapproblematiek. Bij de mannelijke gebruikers ging het maar om 6 op 28 gebruikers (21,4%).

Het opstarten van slaapmedicatie in het transitcentrum kan worden onderverdeeld in 2 grote oorzaken, nl. een gebrek aan **slaaphygiëne** alsook **verslechterde in- en doorslaapkwaliteit**.

Slaaphygiëne is in het transitcentrum vaak moeilijk te voorzien. Er wordt gebotst op verschillende problemen:

- De bewoners liggen vaak niet alleen op een kamer. Deze zijn ingedeeld zodat er tot vier bewoners in één ruimte liggen. Ze hebben telkens hun eigen bed, kastje en eigendommen, maar het blijft een oefening om volwassen personen met onbekende medegezellen samen te laten slapen.

- Er wordt getracht zoveel mogelijk activiteiten te organiseren maar een gepland dag- en nachtritme is niet geheel aanwezig. Het langer uitslapen is voor de meeste bewoners bijgevolg ook meer regelmaat dan uitzondering.

Daarentegen is het van zich afzetten van de muizenissen voor het slapengaan voor de meeste bewoners een onmogelijke opgave. De onzekerheid over de toekomst en de onwetendheid over wat er allemaal "boven het hoofd" beslist zal worden, is een grote factor in het ontwikkelen van een

verslechterde in- en doorslaapkwaliteit. Anderzijds zorgt de hoge frequentie van nachtmerries in het kader van traumatische ervaringen eveneens voor een verslechterde in- en doorslaapkwaliteit in het transitcentrum. De prevalentie van het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) varieert enorm van regio tot regio (17). De hoogte prevalentie (33,5%) van PTSS wordt gezien bij vluchtelingen uit Afrika (17). Dit zien we eveneens terug in onze populatie waar 7 van de 13 gebruikers van benzodiazepines in kader van slaapproblematiek afkomstig zijn uit het Afrikaanse continent. Het PTSS op haar beurt gaat frequent gepaard met een comorbiditeit met depressie (41%), alcoholmisbruik (25%) en angststoornissen (19%), dewelke eveneens de probabiliteit van het gebruik van benzodiazepines verhoogd en kan verantwoorden (18).

C. Gebruik omwille van angststoornis of als kalmeermedicatie

Vijfentwintig procent van de bevolking lijdt aan angst op een bepaald moment in het leven, vrouwen vaker dan mannen (19). De effectiviteit van benzodiazepines in de behandeling van angst is niet eenduidig (20) en zelfs minimaal wanneer gegeven als monotherapie (21). De indicatie dient dan ook individueel te worden ingeschat (20) (22).

Het gebruik van benzodiazepines in het kader van zuivere angstproblematiek is in het transitcentrum de moeilijkste geobjectiveerde indicatie. Niet onfrequent hebben bewoners met angststoornissen ook een slaap- en verslavingsproblematiek.

Bij een vermoeden van angstproblematiek bij een bewoner van het transitcentrum wordt, naast de opstart van benzodiazepines, gepoogd een intensievere begeleiding door een multidisciplinair team (artsen, psychologen en verpleegkundigen) te voorzien. Hierbij stuiten we op volgende problemen:

- Een zekere weerstand van de bewoner hiertegen. Deze weerstand wordt gevoed door de onzekerheid over de duur van het verblijf, het feit dat men de bewoner (en zijn achtergrond) niet kent en dat er vaak een achterliggende procedure (met advocaten) aansleept.
- Psychiatrische hulp in het centrum is zeer schaars omwille van de praktische implicaties: lange wachttijd, afwezigheid van een kritieke of urgente situatie (noodzakelijke voorwaarde voor verwijzing naar externe medische hulp) en discontinue opvolging. In samenspraak met de verpleegkundige dienst, de psychologe, de artsen en de directie kan er geopteerd worden voor een aangepast beleid.

Vuistregels, beleidslijnen en hindernissen

Deze analyse bevestigt de toegenomen blootstelling aan multiple predisponerende factoren voor het gebruik en soms ook misbruik van benzodiazepines bij migranten in gesloten centra. Dit neemt niet weg dat men als medische dienst moet trachten een goed evenwicht te behouden tussen enerzijds het minimaliseren van het gebruik van psychofarmaca die verslaving in de hand werken en anderzijds de specifieke psychische stoornissen te behandelen. We hebben dan ook op basis van de literatuur getracht enkele vuistregels en richtlijnen op te stellen om de hulpverlener in het transitcentrum te helpen dit precaire evenwicht op een medisch verantwoorde manier te voorzien.

Vuistregels:

1. Meten is weten

Wanneer er tijdens een medische intake sprake is van een verslavingsproblematiek of bij chronisch gebruik van benzodiazepines zijn de nieuwe bewoner als de verpleegkundige staf vaak vragende partij voor de opstart of continuatie van psychofarmaca om het verblijf in het transitcentrum conflictloos te laten verlopen. Het centrum is immers geen medische instelling en ook niet voorzien op de behandeling van bewoners met acute klachten van delier.

Toch is de objectiviteit vaak moeilijk te achterhalen en wil je als arts voorkomen een verslavingsproblematiek te initiëren met de opstart van onnodige psychofarmaca.

Daarom is het aan te raden bij elke patiënt met een vermoeden van verslavingsproblematiek of eerder gebruik van psychofarmaca:

- een drugtest uit te voeren op urine.
- de dag van de opname geen benzodiazepines toe te dienen gezien de inname van deze medicatie de ochtend voor de opname niet kan worden nagegaan.

2. Risicofactoren inschatten

Op basis van de literatuur kunnen we enkele risicofactoren en protectieve factoren weerhouden (9) (12) (14). Bij aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren is extra waakzaamheid aangewezen (tabel 3).

Risicofactoren	Protectieve factoren
Alleenstaande	Verenigd met familie
Afkomstig van alcoholcultuur (vb. Joegoslavië) of opium cultuur (vb. Iran)	Vrome moslim
Frustratie, isolatie, werkloosheid, desintegratie	Goede integratie, sociaal vangnet, bezoek
Voorgeschiedenis van traumatische gebeurtenissen	Goede fysieke en mentale conditie
Armoede	Psychologische opvolging

Tabel 3. Risico- en protectieve factoren voor verslavingsproblematiek.

3. Multidisciplinaire aanpak.

Verslaving-, angst- of slaapproblematiek objectiveren en behandelen kan je als arts van een centrum niet alleen. Een multidisciplinair team bestaande uit de artsen, verpleegkundigen, begeleiders en psychologen is essentieel en kan alleen functioneren door goede interactie en communicatie. Voorzie daarom regelmatig:

- Leermomenten voor begeleiders, verpleegkundigen, psychologen en artsen om psychologische ontwenningsverschijnselen (angst en vrees, prikkelbaarheid, achterdocht, gevoel van depersonalisatie, agitatie en onrust) vroegtijdig te herkennen.
- briefing met de arts van wacht bij de opstart van psychofarmaca bij een (nieuwe) bewoner.
- medische controle met evaluatie van de meest voorkomende fysieke symptomen (zweten, tachycardie, slaapstoornissen, …).
- een evaluatie door de centrumpsychologe bij vermoeden van een onderliggende psychiatrische aandoening, dit zeker met het oog op een medische opvolging.

4. Goede afspraken maken goede vrienden

Wanneer er geopteerd wordt om te starten met psychofarmaca zijn concrete afspraken met de bewoners maar ook met de verpleegkundigen en begeleiders essentieel:

- Start een vast onderhoudsschema. Tracht steeds een standaard maximumdosis voor te houden waar niet van wordt afgeweken gedurende de opname. Ook niet wanneer bewoners aangeven voordien veel hogere dosissen ingenomen te hebben (23).
- Tracht zoveel mogelijk de medicatie door te geven op indicatie “zo nodig” en niet systematisch zodat de bewoners zo min mogelijk druk voelen deze medicatie in te nemen.
- Bij start dient eveneens een afbouwschema te worden voorzien, liefst reeds gedurende het verblijf.
- Tracht bij het opstarten omwille van slaapproblemen een proefperiode van twee weken te voorzien met vervolgens een controle binnen het aflopen van deze proefperiode alvorens de medicatie te verlengen (24).
- Tracht het gebruik van benzodiazepines omwille van een zuivere geobjectiveerde angstproblematiek zo laag mogelijk te houden. De nood voor opstart voor indicatie is eerder gering. Probeer deze medicatie vooral te houden als de angstproblematiek zorgt voor atypisch (voornamelijk agressief) gedrag (21).

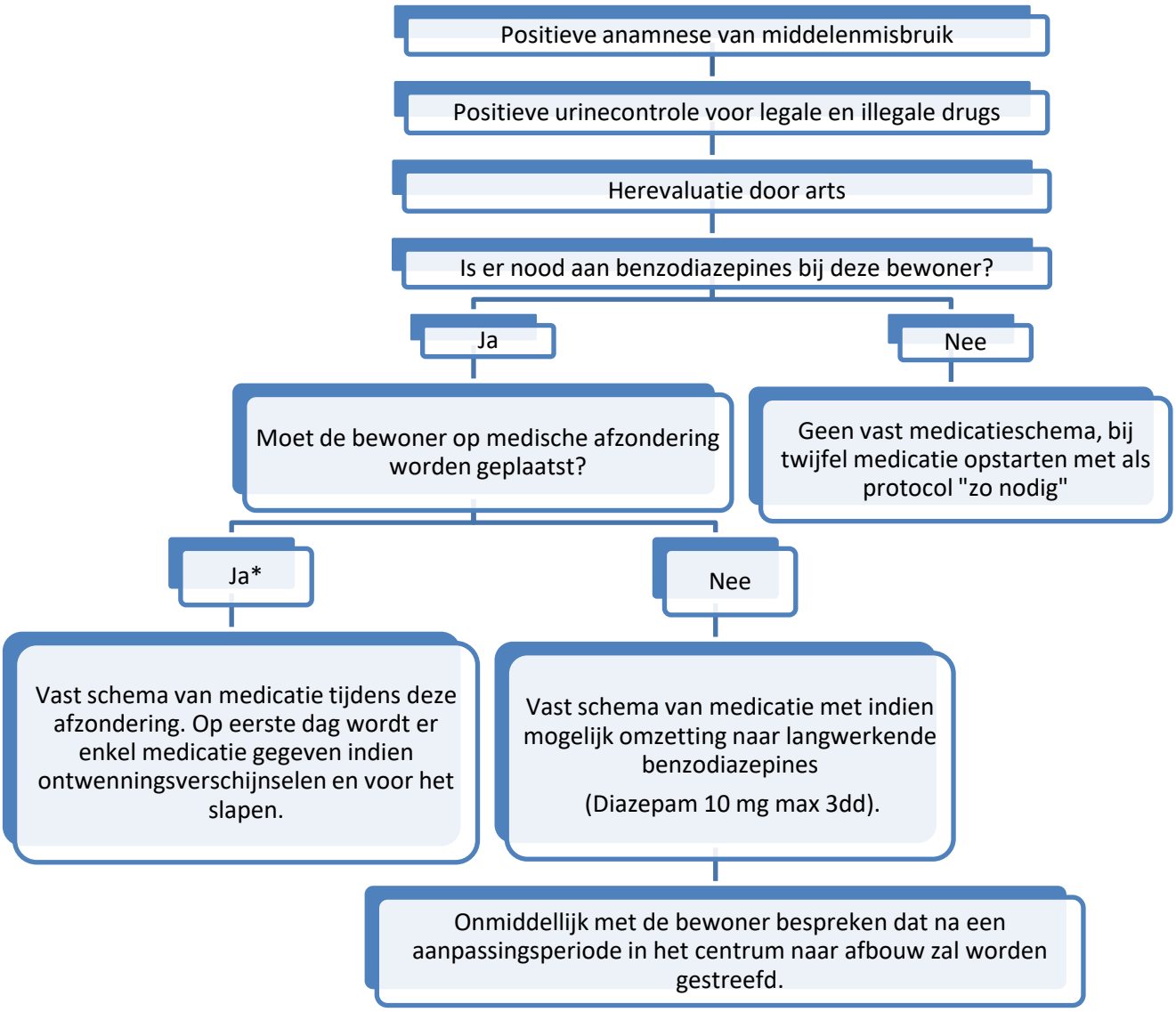
5. Het transitcentrum is geen ontwenningscentrum.

Een transitcentrum is eerst en vooral een tijdelijke verblijfplaats voor migranten en geen medische instelling. Personeel en logistiek zijn niet ingesteld op het opvangen van bewoners met zware verslavingsproblematiek. Wanneer er weinig motivatie is bij de bewoner om zijn gebruik te verminderen, dan zal het afbouwen van de medicatie in het centrum vaak niet lukken en wordt hier niet intensief op ingezet. Wanneer de bewoner wel gemotiveerd is, zal er steeds getracht worden de medicatie af te bouwen.

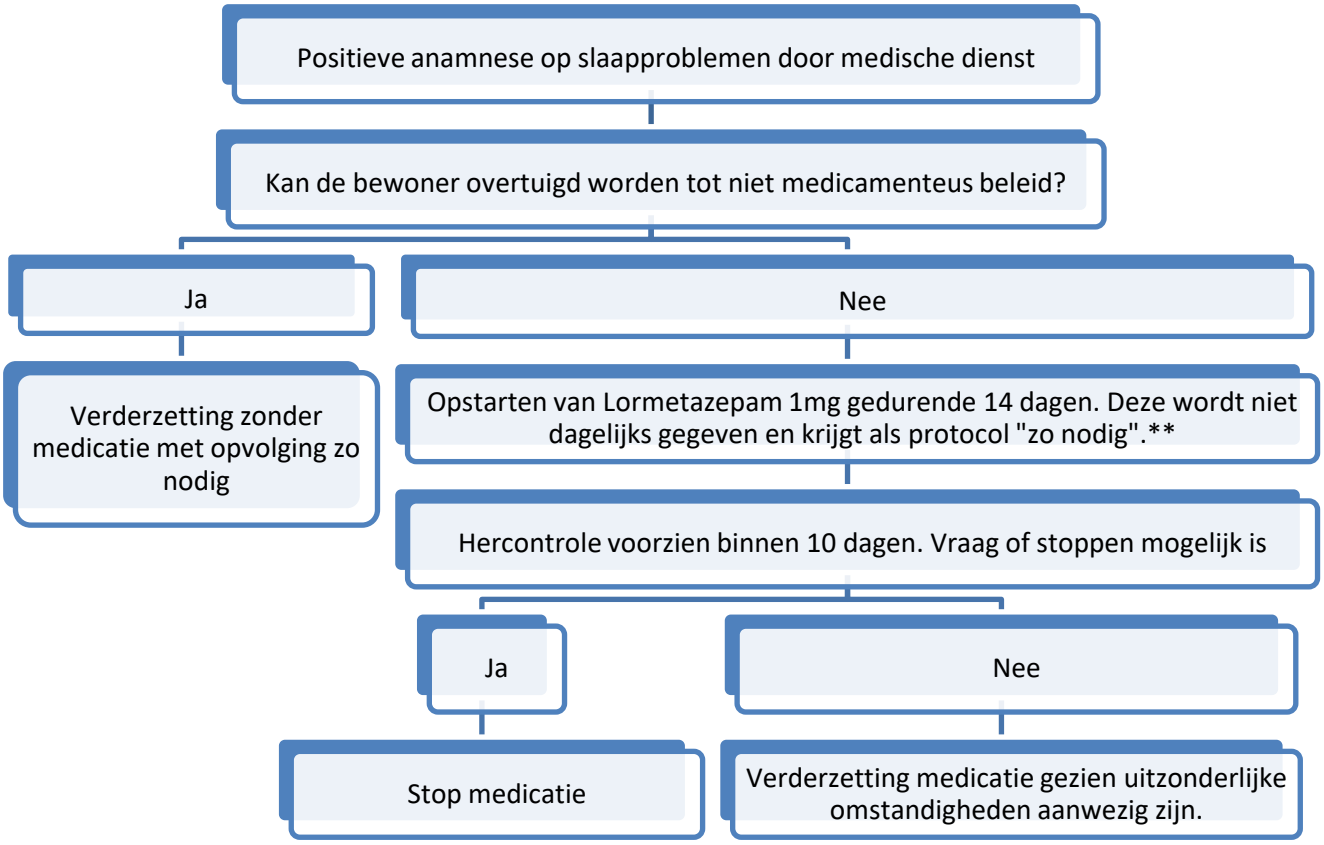
“*Bewoners die bij intake aangeven dagelijks benzodiazepines te gebruiken, zijn zelden eerlijk gemotiveerd om deze tijdens hun gebruik te verminderen. Daarbij komt dat gedurende hun verblijf in het centrum er veel andere stressoren meespelen waardoor een afbouw van deze medicatie vaak een onmogelijke opdracht is***.”** – Verpleegkundige op medische dienst

Beleidslijnen:

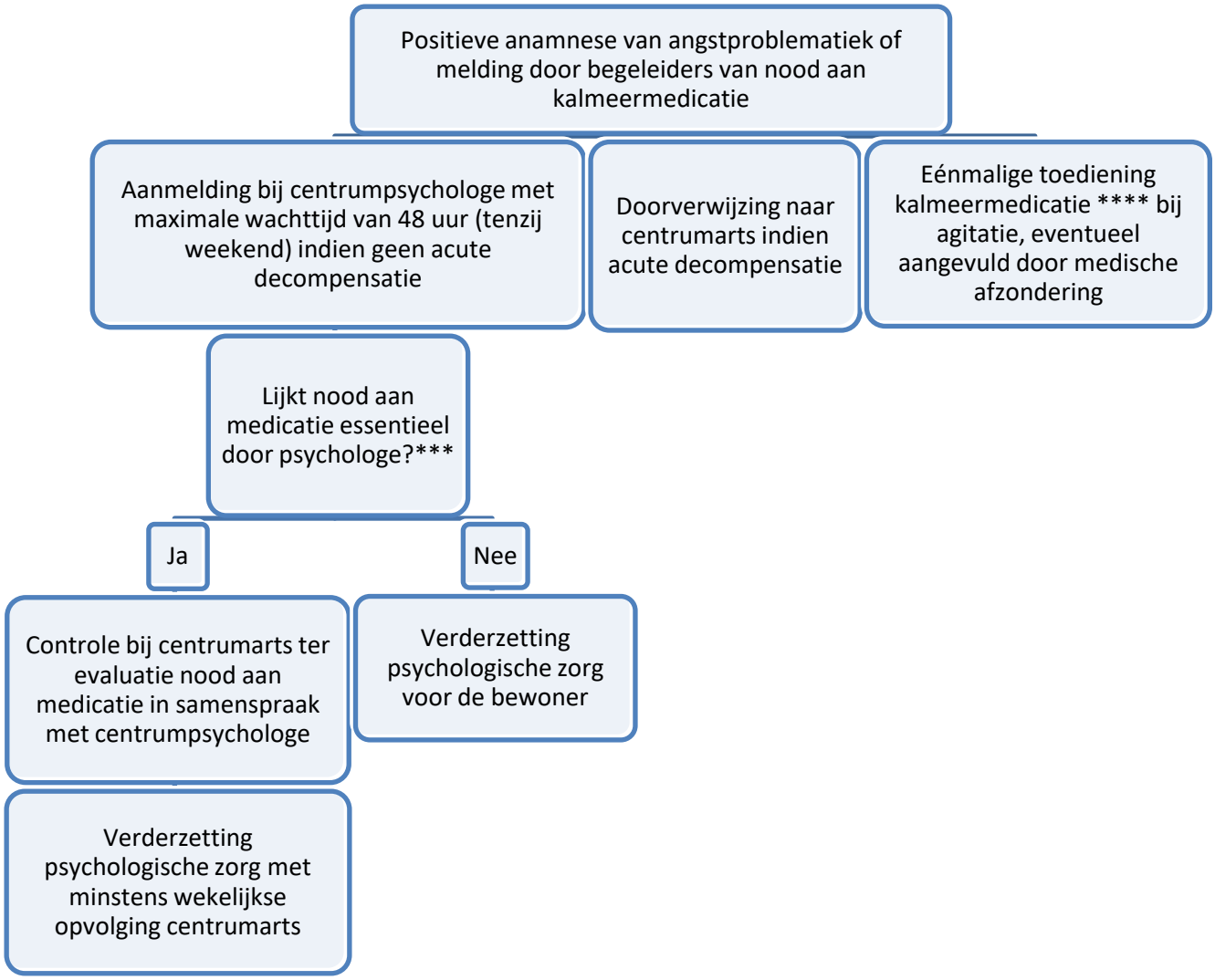
Hieronder hebben we enkele concrete schema's uitgewerkt rond de opstart van benzodiazepines in het transitcentrum volgens indicatie. We baseerden ons hier onder meer op een richtlijn gemaakt voor gedetineerde verslaafden aangezien deze setting kan worden vergeleken met deze in het centrum (25).



* Bij benzodiazepinegebruik omwille van middelenmisbruik steeds overschakelen naar Diazepam volgens het algemene equivalentieschema. Een benzodiazepine met langere halfwaardetijd geniet steeds de voorkeur (3).



** Bij het opstarten van benzodiazepines omwille van slaapproblemen ook aandacht geven aan de hygiënische maatregelen. Deze zullen na de periode van benzodiazepine-gebruik van belang zijn om de problemen rond slaap te voorkomen. De Belgische richtlijnen van Domus Medica rond slaapproblemen geven klassieke benzodiazepines de voorkeur ten opzichte van andere antipsychotica, de nieuwere niet-benzodiazepine hypnotica (z-drug), melatonine en valeriaan (26). Er wordt gekozen voor een product met halflange werkingsduur, namelijk Lormetazepam (of equivalenten Bromazepam en Lorazepam).



***Aangezien, zoals reeds aangegeven, benzodiazepines voor angstproblematiek een goede opvolging vereisen, wordt er voor geopteerd geen specifieke stoffen te kiezen voor een standaardopvolging. Er zal individueel gekeken worden naar een optimale dosis en soort psychofarmaca. Dit gebeurt in samenspraak met psychologen en op basis van de rapporten van de begeleiding.

****Voor kalmeermedicatie wordt geopteerd voor Lorazepam 1mg (tot 2 tabletten) of Temesta (IM indien nodig, anders via smelttablet sublinguaal 1mg of 2.5mg) cfr. de Belgische richtlijnen van Domus Medica rond medische urgenties (27).

Hindernissen:

Hoewel benzodiazepines wereldwijd de meest voorgeschreven medicatie zijn en het gebruik ervan de laatste jaar alsmaar blijft toenemen (4) (5) (16) (2), is de literatuur over het gebruik van benzodiazepines in vluchtelingencentra eerder beperkt.

Het frequent en synchroon voorkomen van verslavingsproblematiek, angst- en slaapstoornissen ten gevolge van traumatische gebeurtenissen uit hun verleden alsook de onzekerheid over hun toekomst, maakt van deze vluchtelingen een risicopopulatie voor (overmatig) gebruik van benzodiazepines. Getuige hiervan zijn de jonge leeftijd waarop een vluchteling voor het eerst in contact komt met benzodiazepines alsook de moeilijkheid om het gebruik van benzodiazepines objectief toe te schrijven aan één enkele indicatie.

Deze masterproef biedt dan ook de unieke setting om, vertrekkende vanuit een reële situatie; het gebruik van benzodiazepines in kaart te brengen en richtlijnen op te stellen om de hulpverlener te helpen om op een medisch verantwoorde manier om te gaan met de psychosomatische klachten van vluchtelingen. Deze richtlijnen worden momenteel getest in het transitcentrum Caricole.

Toch blijven enkele reële obstakels bestaan:

De algemene “vluchteling” bestaat niet!

De vooropgestelde richtlijnen en een kennis van de predisponerende factoren zijn daarom eerst en vooral bedoeld als leidraad. Het is dan ook aan de medische dienst om de individuele situatie van elke bewoner grondig te bestuderen en samen met het team de gepaste therapie te voorzien. Er wordt in het centrum in alle facetten gestreefd om zo ver mogelijk weg te blijven van een "gevangenissfeer". Om iedereen te motiveren mee te werken aan een aangename samenwerking wordt er dan ook getracht om ook op medisch gebied steeds te luisteren naar de noden van de bewoners.

5 gesloten asielcentra in België = 5 verschillende protocollen

Tot op heden is er geen gestandaardiseerd protocol voor de medische opvang van illegalen, vluchtelingen of asielzoekers. Elk centrum volgt al jaar en dag zijn eigen protocol wat centralisatie en optimalisatie van de medische opvang op nationale schaal zeer moeilijk maakt.

Follow-up blijft zwakste schakel

Gezien de onzekere en ongekende verblijfsduur van de bewoners is het opstellen en uitvoeren van een vast follow-up traject voor het gebruik van psychofarmaca haast onmogelijk. Niet onfrequent verlaten bewoners tijdens een afbouwschema het centrum waarna de opvolging verdwijnt in het niets.

Conclusie

De gesloten vluchtelingencentra vormen een unieke setting waarin multiple predisponerende factoren het gebruik van benzodiazepines in de hand werken. Dit is eveneens het geval in het transitcentrum Caricole. We voorzien hier dan ook enkele beleidslijnen met het oog op een medisch verantwoorde opstart en follow-up van het gebruik van benzodiazepines in deze setting.

Dankwoord

Graag wil ik de medische dienst en bij naam Evy, Jan en Leen van het transitcentrum bedanken. Zowel hun ervaring (met de bewoners en het medicatiebeleid) als hun informatie en hulp bij aanmaken van de databank waren van onschatbare waarde.

Eveneens wil ik Dr. Walter Lauwers en Dr. Zahra Atrtchine bedanken voor de feedback op de medische aspecten van deze masterproef.

Eveneens bedank ik graag mijn partner Dr. Siel Olbrecht wiens bijdrage in het corrigeren en optimaliseren van deze masterproef onmisbaar is geweest om dit project tot een goed einde te brengen.

Tot slot bedank ik graag Prof. Dr. Jo Goedhuys voor de begeleiding van de masterproef. Zijn richtinggevende tips en correcties waren van onschatbare waarde tijdens het maken van deze masterproef.

Ethisch comité:

Gunstig advies van OBC

2017-06-30 10:49:00

Bekijk status geschiedenis

De OBC keurt de aanvraag goed, maar toevoegen van een IC is wel noodzakelijk.

Student(en):	Simon Van Roey
Promotor:	Jo Goedhuys (jo.goedhuys@kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:	Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:	verzamelen van persoonsgegevens

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Tijdens een intake in een transitcentrum weerhouden we bij anamnese bij een groot aantal gezonde en relatief jonge volwassenen het gebruik van benzodiazepines. Regelmatig blijken deze bewoners reeds langere tijd dergelijke medicatie te gebruiken zonder duidelijke indicatie of opvolging. We beogen dan ook met deze thesis het gebruik van deze medicatie in kaart te brengen alsook de perceptie en afhankelijk van de bewoners uit verschillende culturen te situeren.
Vraagstelling:	Hoe verloopt de communicatie tussen arts en verpleegkundige met patiënt omtrent het gebruik van psychofarmaca in een transitcentrum in België? Wordt gebruik of misbruik besproken en bestaat er een mogelijkheid tot standardisatie van het beleid om de addictie schematisch af te bouwen? Zijn er duidelijke culturele verschillen en invloeden die predisponeren voor het gebruik van verslavende medicatie bij asielzoekers en vluchtelingen?
Methodologie:	Als één van de artsen verantwoordelijk voor het Transitcentrum Caricole te Steenokkerzeel, wil ik het gebruik van psychofarmaca in onze populatie onderzoeken. Op basis van een literatuur studie naar medicatiegebruik wereldwijd bij dergelijke populatie, zal de reële situatie getoetst en gecorreleerd worden aan de huidige gestandaardiseerde kennis en strategiëen betreffende deze problematiek. Verder zal eveneens een analyse plaats vinden van de communicatie rond gebruik van psychofarmaca in transitcentrum door middel van vragenlijst bij patiënten en zorgverleners waarbij gesproken wordt rond het gebruik van deze medicatie. Manier van recruteren: Controle van het gebruik van psychofarmaca gedurende een bepaalde periode van alle bewoners in het transitcentrum. Zowel reeds aanwezige bewoners als nieuwe bewoners zullen worden opgenomen in het onderzoek. In het andere luik rond communicatie worden enkel bewoners met een nieuwe vraag naar psychofarmaca actief bevraagd. Aantal proefpersonen en interventie: Het aantal bewoners in de transitcentra variëert sterk. Het verwachte aantal personen dat kan worden onderzocht zal tussen de 250 en de 350 bewoners zijn gedurende een bepaalde periode. Alle vormen van interventie: Er zal onder geen beding medicatie worden opgestart in het kader van dit onderzoek. Er worden eveneens geen aanvullende onderzoeken aangevraagd. Er wordt een vragenlijst voorzien voor bewoners met een nieuwe vraag naar psychofarmaca. Bespreken van voordelen en risico's: Zowel voor de transitcentra als voor de artsen kan het gebruik van psychofarmaca in kaart worden gebracht en kan worden gekeken naar manieren om deze in de mate van het mogelijke te reduceren. Ik acht het ook een voordeel om te kijken of er bepaalde groepen kwetsbaarder zijn dan anderen. Het risico van het onderzoek is nihil aangezien er bij de bewoners geen medische onderzoeken zullen gebeuren en er geen medicatiewijzigingen zullen worden doorgevoerd.

Referenties

1. *Gesloten centra voor vreemdelingen in België, een stand van zaken.* **C., Vandycke.** 2016.

2. *Usage of benzodiazepines: a review.* **Donoghue, J. and Lader, M.** 2010.

3. *Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning: Duodecim medical publications.* **A., Rovasalo.** 2017.

4. *Misuse of benzodiazepines and Z-drugs in the UK.* **Kapil, V. Green, J. et al.** British Journal Psychiatry : sn, 2014.

5. *Long-term use of benzodiazepines in older patients in germany: a retrospective analysis.* **Jacob L., Rapp M.A., Kostev K.** Therapeutic advances in psychopharmacology : sn, 2017.

6. *Vluchtelingen en gezondheid deel 2: empirisch onderzoek.* **Hondius A.J.K., Van der Wilgen L.H.M.** Swets en Zeitlinger : sn, 1992.

7. *Antipsychotic medications for cocaine dependence.* **Indave B.I., Minozzi S., et al.** Cochrane Library : sn, 2016.

8. *Geneesmiddelenverslaving.* **Chelvalier J., Debauche P., et al.** Belgische richtlijnen in medische praktijk. : sn, 2011.

9. *Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review.* **Horyniak D., Melo J.S., et al.** 2016.

10. *Behandeling van getraumatiseerde vluchtelingen met psychofarmaca.* **J.G.B.M., Rohlof.** 1995.

11. *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of literature relating to drug use and access to services.* **Lemmens P., Dupont H. and Roosen, I.** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : sn, 2017.

12. *The influence of ethnic identity on druguse among ethnic minority adolescents.* **James W., Kim G., and Armijo E.** Journal of Drug Education : sn, 2000.

13. *Barriers to drug service acces by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled.* **Foutain J., Khurana J., et al.** European studies on drugs and drug policy : VUB Press, 2004.

14. *Killing time: alcohol and drug problems among asylum seekers in the Netherlands.* **Dupont H.B., Kaplan C.D., et al.** International Journal of Drug Policy : sn, 2005.

15. *Drug Treatment of Primary Insomnia: A Meta-Analysis of Polysomnographic Randomized Controlled Trials.* **Winkler A., Auer C.,.** CNS Drugs : sn, 2014.

16. *Benzodiazepine use in the United States.* **Olfson M., King M., Schoenbaum M.** JAMA Psychiatry : sn, 2014.

17. *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis.* **Steel Z., Chey T., et al.** Journal of the American Medical Association : sn, 2009.

18. *Night terrors: clinical characteristics and personality patterns.* **Kales, J.D., A.Kales, C.R. Soldatos et al.** Archives of General psychiatry : sn, 1980.

19. *Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the Britisch Association of Psychopharmacology.* **Baldwin D.S., Anderson I.M et al.** Journal of Psychopharmacology : sn, 2005.

20. *Antidepressants of panic disorder in adults.* **Bighelli I., Castellazzi M., et al.** Cochrane Library : sn, 2018.

21. *Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment.* **Braun P., D. Greenberg, H. Dasberg et al.** Journal of Clinical Psychiatry : sn, 1990.

22. *Benzodiazepines in the Treatment of Anxiety Disorder: Drug Class Review.* **Archer M., Frydrych V., Lafleur J.** University of Utah College of Pharmacy : sn, 2016.

23. *Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken.* **Oude Voshaar R.C., Gergeks W.J.M.J., et al.** Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde : sn, 2001.

24. *Meta-analysis of benzodiazepine us in the treatment of insomnia.* **Holbrook A.M., Crowther R., et al.** CMJA : sn, 2000.

25. *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden.* **Arends M.T., Boeij C.M., et al.** Utrecht : sn, 2008.

26. *Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn.* **Declercq T., Rogiers R., et al.** Domus Medica Richtlijn : sn, 2005.

27. *Gebruik van medicatie bij urgenties.* **Philips H., De Sutter A., et al.** Domus Medica Richtlijn : sn, 2008.