Het voorschrijfgedrag van huisartsen voor antipsychotica bij ouderen

Simons Jorn, Universiteit Antwerpen/Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Schoenmakers Birgitte, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Huisartsen schrijven te vaak en te lang off-label antipsychotica voor bij ouderen die een verstoord gedrag vertonen. Belgische en internationale richtlijnen zijn duidelijk, maar worden niet altijd nageleefd. Veel artsen vinden het moeilijk om deze te volgen, ze geven toe dat zij op de hoogte zijn van de indicaties en de nevenwerkingen van deze medicatiegroep. Toch blijkt dat de antipsychotica veel voorgeschreven wordt.

Doelstelling

Er achter te komen via kwalitatieve studies wat de huisartsen weerhoudt om de richtlijnen te volgen wat betreft het voorschrijven van antipsychotica voor de kwetsbare oudere.

Methode

Een systematische review en samenvatting van kwalitatieve resultaten over meningen en attitudes van huisartsen die antipsychotica voorschrijven voor ouderen. Twee databases werden met een specifieke zoekopdracht nageslagen. Kwaliteitscontrole werd gedaan via de *Critical Appraisal Skills Program*-assessment tool.

Resultaten

Van de 1967 unieke resultaten werden er 10 studies bekomen die de onderzoeksvraag beantwoordden, via referentielijsten werden nog 2 extra studies bekomen. Huisartsen lijken op verschillende drempels te stoten, die onderverdeeld worden in verschillende categorieën; persoonlijke factoren en attitudes, patiënt-gerelateerde factoren, intercollegiale samenwerking en het volgen van richtlijnen. De voornaamste drempels die men ervaart zijn gebrekkige kennis, personeelstekorten en -druk en het gebrek van niet-farmacologische alternatieven.

Conclusie

Omgaan met de oudere, onrustige patiënt blijft uitdagend wegens de hoeveelheid drempels die huisartsen ervaren. Om tot een holistische zorg te komen lijkt er noodzaak te zijn aan interdisciplinaire training. Meer onderzoek lijkt aangewezen om zo best mogelijk over te stappen naar een persoonsgericht model.

Inhoudstabel

Abstract 3
1. Inleiding 5
2. Methode 6
2.1 Zoekstrategie 6
2.2 Selectieprocedure 6
3. Resultaten 8
3.1 Zoekresultaten 8
3.2 Samenvatting resultaten 14
3.2.1 Persoonlijke factoren en attitudes 14
3.2.2 Patiënt-gerelateerde factoren 14
3.2.3. Intercollegiale samenwerking 15
3.2.4. Organisatorische capaciteit 15
3.2.5. Het volgen van richtlijnen 16
4. Discussie 17
5. Conclusie 20
6. Referenties 21
7. Bijlages 24

1. Inleiding

Huisartsen worden vaak geconfronteerd met het maken van voorschriften voor antipsychotica (1). Volgens Belgische rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) nam 6.1% van de bevolking ouder dan 65 jaar een antipsychoticum in 2016. In de Belgische woonzorgcentra kreeg zelfs tot 32% van de bewoners ouder dan 75 jaar een antipsychoticum, terwijl er slechts bij 5% van de thuiswonende populatie ouder dan 75 jaar een antipsychoticum wordt voorgeschreven (2, 3). In West-Europa neemt gemiddeld 27% van de bewoners van een woonzorgcentrum een antipsychoticum. Daarmee doet België, samen met Oostenrijk en Ierland, het relatief slecht (4). In de Belgische media heeft dit recent opnieuw veel aandacht gekregen, daar wordt ook beschreven dat 1 op 3 van de bewoners van een woonzorgcentrum ouder dan 75 jaar een antipsychoticum neemt. Men haalt aan dat antipsychotica soms voor doeleinden gebruikt worden waarvoor ze niet dienen (5, 6).

Antipsychotica zijn een groep geneesmiddelen gebruikt voor de behandeling van acute of chronische psychoses in kader van schizofrenie of andere psychische stoornissen zoals depressieve aandoeningen of verslavingsproblematiek, als ondersteunende therapie of indien andere middelen falen.
In woonzorgcentra worden antipsychotica naast psychische indicaties ook frequent off-label gebruikt voor het ontregeld gedrag dat ouderen vertonen bij dementie, het zogenaamde BPSD behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), hoewel dit niet de eerste keus is wegens de verschillende bijwerkingen en beschikbaarheid van andere behandelopties. Tijdens het nemen van deze medicatie lopen ouderen meer risico op het ontwikkelen van extrapiramidale symptomen, gangstoornissen, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, syncopes, cerebro- en cardiovasculaire events en plotse dood (7-10). Er wordt aangeraden om de behandelduur van off-label antipsychotica zo kort mogelijk te houden, maar richtlijnen worden niet altijd gevolgd, waardoor een acuut gebruik vaak chronisch wordt (10).
Richtlijnen in België zijn echter heel duidelijk: in het Formularium Ouderenzorg van Farmaka staan duidelijke indicaties om antipsychotica te verminderen of te stoppen (11).

Huisartsen zijn veelal van deze indicaties en neveneffecten op de hoogte, toch worden antipsychotica echter nog vaak voorgeschreven. De overgrote meerderheid van de huisartsen gaat ook akkoord dat het voorschrijfgedrag van antipsychotica voor de ouderen beter kan. Studies die trachten het gebruik van psychofarmaca af te bouwen zijn legio; resultaten van de interventies zijn echter vaak wisselend. Algemeen is er geen toename van symptomen na staken van medicatie te weerhouden. Interventies voor de afbouw van antidepressiva en hypnotica in dezelfde studies zijn vaker succesvol (9, 12-14). Er bestaat een contradictie tussen de opinies en attitudes van huisartsen en tussen praktijkvoering van huisartsen in het voorschrijven van antipsychotica bij ouderen (1).

De opzet van deze systematische literatuurstudie is om erachter te komen tegen welke drempels huisartsen lopen bij het volgen van de richtlijnen met betrekking tot het voorschrijven van antipsychotica bij ouderen.

2. Methode

2.1 Zoekstrategie

Op basis van onderstaande PIPOH (Population, Intervention, Professions, Outcomes, Healthcare Setting) worden de databanken Pubmed en Sciencedirect gebruikt met volgende MeSH-termen: ‘antipsychotic drugs’, ‘psychotropic drugs’, ‘general practice’, ‘general practitioner’, ‘elderly’ en ‘residential facility’. Waar mogelijk worden de inhoudelijke filters ‘medicine & dentistry’ gebruikt, en de filters ‘review articles’ en ‘research articles’.
Publicaties uitgegeven vóór het jaar 2010 en publicaties in een taal die anders is dan het Engels of Nederlands, indien mogelijk, worden buiten beschouwing gelaten.
Na selectie van de artikels worden uit de relevante artikels de referentielijsten nagekeken of er gemiste relevante studies opgeroepen kunnen worden.

PIPOH	
Population	Patiënten ouder dan 65 jaar
Intervention	Chronisch (langer dan drie maanden) gebruik van een antipsychoticum
Profession	Huisartsen
Outcomes	Drempels waarbij huisartsen op stoten om antipsychotica weg te laten of af te bouwen
Healthcare Setting	Huisartsenpraktijk/woonzorgcentrum

2.2 Selectieprocedure

Met de zoekopdracht werden 2142 artikels gevonden en opgeslagen in Endnote, waarvan 2021 unieke resultaten overbleven na het automatisch verwijderen van duplicaten. 54 artikels hadden geen Engels- of Nederlandstalige full-tekst, waardoor deze artikels werden geëxcludeerd.

Van de overgebleven 1967 artikels werd door de auteur op basis van de in- en exclusiecriteria een selectie gemaakt. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt op basis van de aard van de studie.

Inclusiecriteria	
	Patiënten ouder dan 65 jaar
	Chronisch gebruik van een antipsychoticum (langer dan 3 maanden)
	Huisartsen als behandelaar, perspectief van huisartsen
Exclusiecriteria	
	Patiënten met psychiatrische voorgeschiedenis
	Kinderen, jongeren, jongvolwassenen, algemene populatie jonger dan 65 jaar
	Gehospitaliseerde patiënten
	Andere psychofarmaca zoals antidepressiva of hypnotica
	Palliatieve setting, end-of-life setting

De resultaten van de selectieprocedure worden met de PRISMA-flowcharts weergegeven (15).

Om een kwaliteitscontrole over de verschillende geïncludeerde studies uit te voeren wordt gebruik gemaakt van de *Critical Appraisal Skills Program*-assessment tool. Studies werden echter niet uitgesloten op basis van de vermeende kwaliteit.

3. Resultaten

3.1 Zoekresultaten

Het totale aantal unieke studies na de zoekopdracht bedroeg 1967, waarvan na screening van de titels door de auteur op basis van de in- en exclusiecriteria nog 31 artikels overblijven. Van 30 artikels werd vervolgens de volledige tekst gelezen en de bijhorende referentielijsten doorgenomen. Hiervan bleven nog 10 artikels over die relevant waren voor de studie, via bijhorende referentielijsten werden nog 2 extra relevante studies gevonden die geïncludeerd worden.

Bij het nalezen van de volledige tekst van de artikels tijdens screeningsfase, worden 20 studies uitgesloten. Vier studies werden uitgesloten omdat zij niet specifiek antipsychotica behandelden dan wel psychotrope farmaca in het algemeen of omdat zij andere barrières anders dan het voorschrijfgedrag van antipsychotica behandelden (16-19). Zeven studies werden uitgesloten omdat zij niet gericht waren op de opinies en meningen van huisartsen dan wel ander zorgpersoneel (14, 20-25). Drie studies werden uitgesloten omdat zij interventionele studies behandelden (9, 10, 13). Vier studies waren reviews (4, 7, 26, 27). De laatste twee studies werden uitgesloten omdat zij een combinatie waren van bovengenoemde factoren (28, 29).

De geïncludeerde studies zijn weergegeven in tabel 1. De studies zijn afkomstig uit 7 verschillende landen; Nederland (30-33), Ierland (34, 35), Australië (12, 36), Frankrijk (1), het Verenigd Koninkrijk (37), België (38) en de Verenigde Staten (39).

Elf van deze studies zijn puur kwalitatieve studies (1, 12, 30-37, 39) en één enkele maakt gebruik van een mixed-method studie (38). Acht studies gaan specifiek over het woonzorgcentrum als setting (12, 30, 32, 33, 35-38), de overige 4 gaan over de algemene populatie, zowel intra- als extramuraal (1, 31, 34, 39). Geen enkele studie focust zich expliciet op de thuissetting. In totaal zijn er 1075 unieke deelnemers verspreid over de verschillende studies waarvan 931 huisartsen, de rest wordt aangevuld door verpleegkundigen (35), woonzorgcentrumpersoneel (functie niet nader beschreven, 55), gerontopsychiaters (6), algemeen inwendige artsen (10), familieleden (3), zorgkundigen (5), geriaters (7), apothekers (2) en bewindvoerders van patiënten(21). In de Nederlandse studies gaat het over huisartsen, doch huisartsen die in een woonzorgcentrum werkzaam zijn in Nederland hebben vaak een kwalificatie speciaal voor ouderenzorg (30-33).

Kwaliteitscontrole wordt gedaan met de *Critical Appraisal Skills Program*-assessment tool. In tabel 2 wordt deze weergegeven. Al de geïncludeerde studies worden door de auteur beoordeeld met minstens een matig tot hoge kwaliteit.

.

Tabel 1

Eerste auteur	Jaar van publicatie	Land	Doelstelling	Beschrijving studie	Methodologie en analyse	Deelnemers
Mavrodaris (37)	2013	UK	Onderzoek naar het voorschrijfgedrag voor antipsychotica en *patient review* voor artsen uit de eerste lijn	Cross-sectionele studie; Vragenlijst met open en gesloten vragen	Statische analyse gesloten vragen, thematische analyse open vragen	60 huisartsen en 28 woonzorgcentrumpersoneel
Dhuny (34)	2020	IRL	Onderzoek naar de kennis, attitudes en meningen van huisartsen over het voorschrijven van psychoactieve medicatie voor de behandeling van onrust bij dementie	Cross-sectionele studie; Vragenlijst met open en gesloten vragen	Statische analyse	168 huisartsen
Smeets (30)	2014	NL	Onderzoek naar factoren die de redenen van het voorschrijven van psychotrope drugs verhelderen bij ouderen met dementieel beeld in een woonzorgcentrum	Kwalitatieve semi-gestructureerde interviews	Kwalitatieve analyse	15 artsen en 14 verpleegkundigen
Dijk (31)	2022	NL	Onderzoek naar hoe artsen beslissen om psychotrope drugs voor te schrijven wanneer guidelines omtremt dit thema niet voldoende zijn	Online focus groepen	Kwalitatieve analyse	22 huisartsen gespecialiseerd in ouderenzorg, 5 geriaters en 4 gerontopsychiaters
Aerts (12)	2019	AUS	Onderzoek naar redenen voor opnieuw voorschrijven van antipsychotica en factoren voor aanhoudend gebruik antipsychotica	Vragenlijst met open vragen gecombineerd met Likert-type vragen	Statistische analyse Likert-type vragen, thematische analyse open vragen	27 woonzorgcentrumpersoneel, 22 huisartsen en 21 bewindvoerders van patiënten
Lasserre (1)	2010	FRA	Onderzoek naar discrepantie tussen meningen en praktijkvoering van huisartsen aangaande psychotrope medicatie	Cross-sectionele studie; Vragenlijst met gesloten vragen	Statistische analyse	350 huisartsen

				en Likert-type vragen		
Azermai (38)	2013	BE	Onderzoek naar de bereidheid en barrières voor stopzetting van antipsychotica in woonzorgcentra voor huisartsen en verpleegkundigen	Mixed-method studie; vragenlijst met gesloten vragen	Statistische analyse, expert meeting	28 huisartsen en 13 verpleegkundigen
Janus (32)	2017	NL	Onderzoek naar een overzicht van factoren die meespelen in het beslissingsproces van huisartsen om antipsychotica te staken bij patiënten in een woonzorgcentrum	Cross-sectionele studie; Likert-type vragenlijst	Statistische analyse	41 huisartsen
Kerns (39)	2017	USA	Onderzoek naar het hoe en waarom eerstelijnsartsen naar farmaca en niet-farmacologische methodes grijpen voor personen met een dementieel beeld	Cross-sectionele studie; semi-gestructureerde interviews	Kwalitatieve/thematische analyse	16 huisartsen en 10 algemeen inwendige artsen
Walsh (27)	2018	IRL	Onderzoek naar determinanten voor geschikt, evidence-based voorschrijfgedrag voor woonzorgcentrumbewoners met dementie	Semi-gestructureerde interviews	Framework analyse	8 verpleegkundigen, 5 huisartsen, 5 zorgkundigen, 3 familieleden, 2 apothekers, 2 geriaters en 2 gerontopsychiaters
Cornegé-Blokland (33)	2012	NL	Onderzoek naar de redenen om een antipsychoticum voor te schrijven bij symptomen van een personen met dementie en achterhalen wat de rol van verpleegkundigen of familieleden spelen voor het beslissingsproces	Gestructureerde interviews	N/A	27 huisartsen van 23 verschillende woonzorgcentra
Cousins (36)	2017	AUS	Onderzoek naar factoren die invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen voor psychotrope medicatie voor ouderen met	Vragenlijst met gesloten vragen	Statistische analyse	177 huisartsen

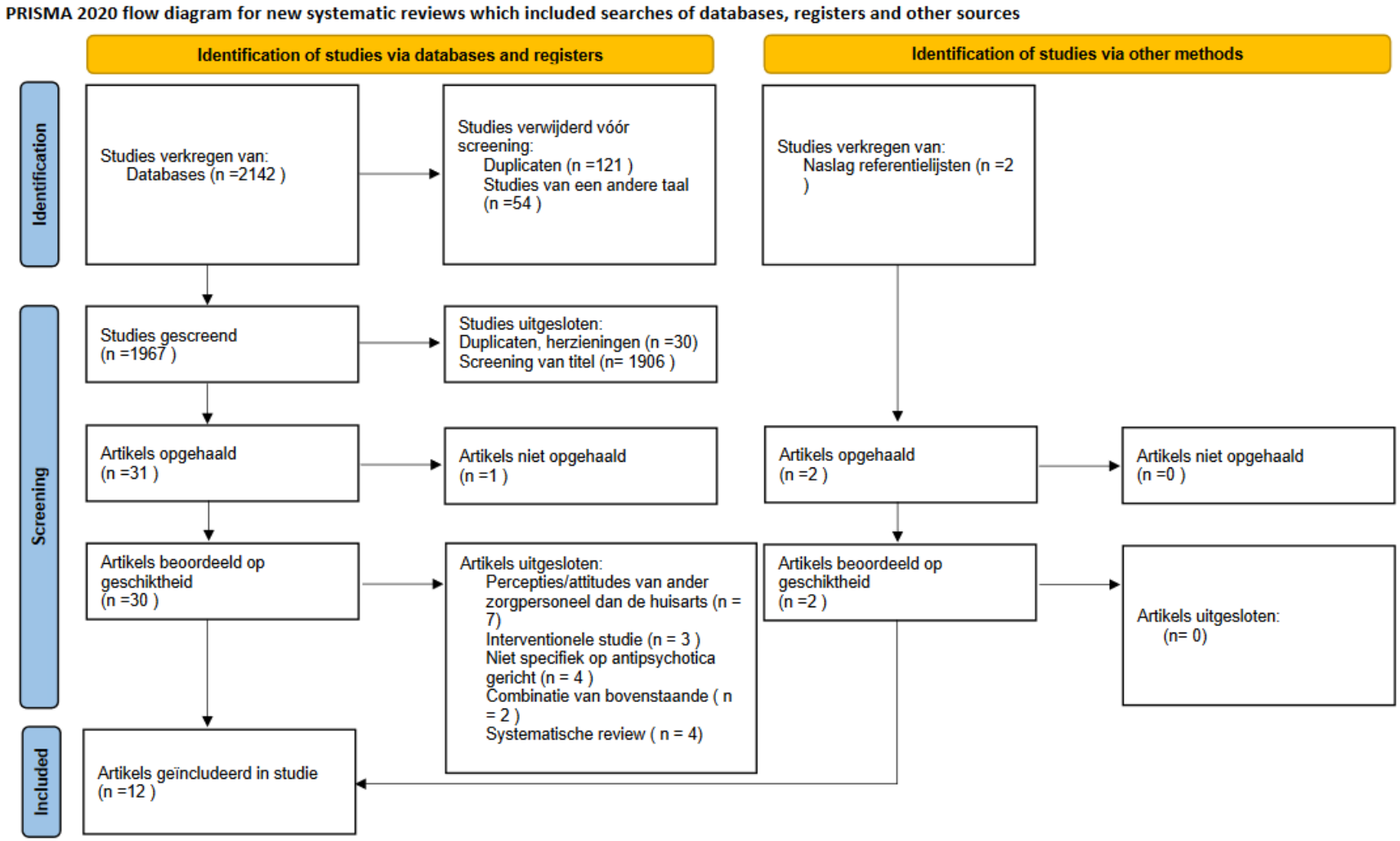
dementie die in een woonzorgcentrum wonen

Tabel 2

Eerste auteur (jaartal)	Duidelijke vraagstelling	Kwalitatieve methodologie	Research Design	Sam pling	Data verzameli ng	Reflexi viteit	Ethische aspecten	Data analys e	Discussie resultaten	Waa rde	Algemene beoordeling
Mavrodaris (2013) (37)	✓	✓	✓	✓	?	x	?	?	✓	✓	Matig tot hoog
Dhuny (2020) (34)	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	✓	Hoog
Smeets (2014) (30)	✓	✓	✓	?	✓	x	✓	✓	✓	✓	Matig tot hoog
Dijk (2022) (31)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Hoog
Aerts (2019) (12)	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	Hoog
Lasserre (2010) (1)	✓	✓	✓	✓	x	x	N/A	✓	✓	✓	Matig tot hoog
Azermai (2013) (38)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Hoog
Janus (2017) (32)	✓	✓	✓	✓	✓	x	?	✓	✓	✓	Matig tot hoog
Kerns (2017) (39)	✓	✓	✓	✓	?	x	?	✓	✓		Matig tot hoog
Walsh (2018) (35)	✓	✓	✓	✓	✓	x	?	✓	✓	✓	Matig tot hoog
Cousins (2017) (36)	✓	✓	✓	✓	?	?	✓	✓	✓	✓	Matig tot hoog

Cornegé-Blokland (2012) (33)	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Hoog

PRISMA 2020 flowchart (15)



3.2 Samenvatting resultaten

Huisartsen ondervonden een hoeveelheid barrières om het gebruik van antipsychotica bij ouderen af te bouwen of te staken. Over de verschillende studies heen komen er een aantal thema's terug, deze kunnen onderverdeeld worden in een paar categorieën.

3.2.1 Persoonlijke factoren en attitudes

Voor de meeste artsen is het voorschrijven van antipsychotica niet gewenst, maar vaak beschouwen zij het toch als een "noodzakelijk kwaad" (32). Antipsychotica worden soms als gewoonweg nodig geacht, als andere opties falen (34). Huisartsen zien het voorschrijven als minder erg als er reeds andere niet-farmacologische interventies getracht zijn of als ondersteunende therapie gebruikt wordt. De bedoeling is om steeds een kosten-batenanalyse te maken en waarbij vanaf het begin moet worden nagedacht over een dosisreductie of poging tot staken in de toekomst. Daarnaast is het soms ook de vermeende gemakkelijkste oplossing (30, 39).

De meeste artsen vinden dat zij weinig training en educatie in niet-farmacologische alternatieven gehad hebben. Het steeds veranderende landschap van de sociale omkadering van patiënten en van het zorgaanbod zorgt ervoor dat zij het gevoel hebben dat het een onmogelijke taak is om up-to-date te blijven. De diensten of organisaties waar ze wel bekend mee zijn, zijn echter overdonderd door een stijgende vraag (34, 35, 39).
Daarnaast geven veel artsen aan dat zij ook kennis en ervaring over de farmacologische behandelingen missen en dat meer scholing gewenst is. Ook het landschap van de medicatie is de laatste jaren erg veranderd met intrede van de atypische antipsychotica (30, 36).

Meerdere studies tonen dat artsen bij patiënten kalmerende, positieve effecten zien na de start van antipsychotica (32-34). Eén studie geeft zelfs weer dat de overgrote meerderheid van de artsen zich vertrouwd, capabel en zelfs in controle voelt om antipsychotica af te bouwen, maar slechts een kleine minderheid voelt dat de afbouw inderdaad gemakkelijk is om uit te voeren (32).

3.2.2 Patiënt-gerelateerde factoren

Artsen schrijven het vaakst antipsychotica voor aan patiënten indien zij agressief gedrag tonen; de grootste drijvende factor dat het voorschrijfgedrag verklaart is de veiligheid van de patiënt en omstanders. Voor hallucinaties, agitatie en wanen achten zij antipsychotica ook effectief. Men probeert met het voorschrift een risicodaling te bekomen op verwondingen en schade bij de patiënt en omstanders (30, 32-34).

Een tweede thema dat vaak terugkomt is de rusteloosheid van de patiënt, doch dit kan voor de buitenstaander erg subjectief zijn. Wat de ene aanziet als rusteloosheid, betekent niet per se een rusteloosheid voor de collega. Rusteloosheid wordt vaak uitgelokt door gevoelens of sensaties bij de patiënt die zij niet meer kunnen plaatsen. De rusteloosheid wordt dan verkeerdelijk begrepen, maar vaak wordt de rusteloosheid behandeld en de onderliggende oorzaak niet (30, 31, 37).

Artsen kampen met een grote onzekerheid bij patiënten onder medicatie die momenteel klachtenvrij zijn, zij vinden dat het een risico is om medicatie af te bouwen. Zij maken zich zorgen dat de kwaliteit van leven daalt of dat de verstoorde gedragingen terugkeren bij het staken van medicatie. Na een gefaalde poging, zijn meningen gevarieerd, een groot deel artsen voelt zich dan nog onzekerder om een tweede poging te ondernemen (30, 34, 35, 38).

3.2.3. Intercollegiale samenwerking

In woonzorgcentra lijken voornamelijk herhaaldelijke medicatie beoordelingen door de arts en het verplegend personeel een positief effect op de afbouw van medicatie te hebben. Veel artsen geven aan dit zeker driemaandelijks te doen, een kleine minderheid doet dit zesmaandelijks en slechts enkelen doen dit eenmaal per jaar (36, 38, 39).
Consultaties bij de psychiater of de neuroloog worden als positief ervaren voor de aanpak van het verstoorde gedrag bij de patiënt, maar hier merkt de huisarts dat het off-label gebruik van antipsychotica gelijkaardig en al dan niet hoger ligt als het eigen gebruik. Zij voelen zelfs dat een groot deel van de scholing die zij krijgen afhankelijk is van de tweede lijn, die als een voorbeeld optreedt. Foutief gebruik van medicamenteuze behandelingen bij de specialist worden zo door de huisarts gekopieerd (35, 39).
Er bestaat daarnaast verwarring bij huisartsen over wie verantwoordelijk is voor de medicatie indien zij voorgeschreven is door een specialist. Hospitalisaties zijn stresserend voor de oudere patiënt waardoor de onrust toeneemt. Niet uitzonderlijk wordt dan de medicatie gestart in de tweede lijn, waar de patiënt als individu minder gekend is (37).

Artsen geven vaak aan dat zij een weerstand bemerken tijdens samenwerking met verpleegkundigen. (34, 37) Zij vinden het moeilijk om antipsychotica af te bouwen wanneer symptomen eindelijk onder controle zijn na de vaak lange zoektocht voor een behandeling (30). Multidisciplinair overleg en communicatie met de verschillende partijen (verpleegkundigen, psychologen, specialisten, familie, ..) verkleinen duidelijk de noodzaak tot voorschrijven van medicatie. De apotheker is buiten artsen om de grootst vragende partij om medicatie af te bouwen (30, 36).

Een belangrijke bemerking die wordt gemaakt is dat de arts bijna nooit de observator is van de patiënten. In woonzorgcentra is het verplegend personeel vaak de tussenpersoon, de arts is daardoor genoodzaakt afhankelijk van correcte overdracht van informatie (35).

Familiaal overleg wordt ervaren als erg uitdagend, oudere artsen ervaren dat dit overleg tegenwoordig langer duurt dan vroeger en zij ondervinden dat na een overleg niet per se minder medicatie wordt voorgeschreven. Daarnaast menen artsen dat de familie vaak weinig op de hoogte is over de aandoeningen waarmee de patiënt kampt, dit bemoeilijkt de arts-familie relatie en legt extra druk op de arts om medicatie voor te schrijven (35, 39).

3.2.4. Organisatorische capaciteit

De organisatorische capaciteit van de woonzorgcentra wordt ook als drijvende factor gezien voor het voorschrijfgedrag van antipsychotica door huisartsen. Artsen geven vaak aan dat de werkdruk door woonzorgcentrumpersoneel als hoog ervaren wordt. Vaak kampen woonzorgcentra met een personeelstekort of is het personeel onvoldoende geschoold. Artsen menen dat ze de werkdruk (van zowel verpleegkundigen als de eigen werkdruk) en psychologische belasting van het personeel laag houden door antipsychotica voor te schrijven (32-34, 36, 38, 39).

Wanneer verpleegkundigen of ander zorgpersoneel van een woonzorgcentrum een gebrekkige kennis hebben, lijkt het alsof er vaker de noodzaak is om een antipsychoticum voor te schrijven. Huisartsen merken dat in woonzorgcentra waar personeelstekorten of minder middelen aanwezig zijn, de vraag naar antipsychotica groter is (30, 34, 36).

Huisartsen in een Amerikaans onderzoek hebben het gevoel dat de niet-farmacologische handelingen ontoereikend zijn. Toegankelijkheid van niet-farmacologische middelen is variabel en vaak niet praktisch haalbaar. Weliswaar benadrukken zij dat weinig patiënten van alle beschikbare

middelen gebruik maken. Dit zorgt ervoor dat artsen vaak geen alternatief vinden buiten medicamenteuze behandeling (33, 37, 39).

Huisartsen zijn van mening dat een “gids” voor patiënten door het landschap van niet-farmacologische alternatieven een meerwaarde zou zijn, gelijkaardig aan een diabetes educator voor diabetes (39).

3.2.5. Het volgen van richtlijnen

Frustraties bij huisartsen zijn vooral te merken wanneer er gevraagd wordt naar richtlijnen van niet-farmacologische interventies: er wordt vermeend dat deze weinig op bewijs gebaseerd zijn. Een andere hiaat in de richtlijnen volgens de huisarts is dat deze falen om een onderscheid te maken tussen verschillende gradaties van verstoord gedrag bij de patiënt (34, 35). Artsen vinden het daardoor moeilijk om een juist beleid uit te stippelen van zodra het gedrag dermate gestoord is, maar niet levensbedreigend is (39).

Bestaande richtlijnen worden ook niet als pragmatisch ervaren. In de praktijk komt het er vaak op neer dat er verschillende antipsychotica in verschillende doseringen na elkaar gebruikt worden vooraleer men een antipsychoticum vindt dat wel effectief lijkt te zijn (33).

4. Discussie

Uit deze studie wordt duidelijk dat huisartsen met enkele drempels kampen die hun voorschrijfgedrag omtrent antipsychotica bij ouderen beïnvloeden. Huisartsen maken geven dat zij bewust zijn van de overconsumptie van antipsychotica, maar kaderen dat het voorschrift een weloverwogen beslissing is en zien met eigen ogen de positieve effecten. Ze geven weer dat zij extra nood aan bijscholing hebben. Huisartsen schrijven het vaakst medicatie voor bij de agressieve of rusteloze patiënt. Als de patiënt eenmaal symptoomvrij is, vinden zij het echter vaak moeilijk om deze terug af te bouwen uit angst voor terugkeer van de symptomen. Intercollegiaal overleg lijkt ook zeer belangrijk te zijn: verschillende partijen zijn vragende partij en hierbij voelen huisartsen een externe druk. Een druk die vergroot wordt door het kleine draagvlak van de woonzorgcentra; personeelstekorten, stijgende werklast en weinig beschikbaarheid van niet-farmacologische middelen zijn nefast. Richtlijnen voor voorschrijven van antipsychotica worden als weinig pragmatisch en complex ervaren, richtlijnen voor niet-farmacologische alternatieven worden in twijfel getrokken door het weinig bewijs.

Deze literatuurstudie heeft geprobeerd om enkele verklaringen te zoeken waarom het moeilijk is voor artsen om de richtlijnen niet te volgen door de focus te leggen op kwalitatieve resultaten, geleverd door huisartsen. Studies die enkel focussen op meningen van huisartsen rond dit onderwerp zijn beperkt. In deze studie worden meningen of attitudes van verpleegkundigen of andere paramedische beroepen rond dit onderwerp niet geëxploreerd. Hiervan zijn er in de literatuur wel andere studies van te vinden, voornamelijk met het woonzorgcentrum als setting (20-24).

Er is in de literatuur weinig beschreven over de extramurale oudere patiënt die een antipsychoticum neemt. De prevalentie van het nemen van een antipsychoticum ligt eenmaal hoger in de intramurale setting. In België neemt 32% van de populatie in een woonzorgcentrum ouder dan 75 jaar een antipsychoticum, buiten het woonzorgcentrum neemt slechts 5% van de bevolking ouder dan 75 jaar een antipsychoticum (2, 3). Deze trend wordt ook in andere landen waargenomen. Fog et al. beschrijven in een Noorse studie dat een antipsychoticum voor ouderen in een woonzorgcentrum tot 4 keer meer wordt voorgeschreven dan de oudere populatie die thuis verblijft (28). In een Britse studie vinden Welberry et al. dat wanneer patiënten opgenomen worden in een residentiële setting, zij gemiddeld 1 geneesmiddel extra krijgen voorgeschreven; waaronder antipsychotica vaak valt (16). Er wordt beargumenteerd dat de prevalentie van antipsychotica in de woonzorgcentra altijd hoger zal liggen dan de thuissetting. Ontregeld gedrag is immers een indicatie om opgenomen te worden in een woonzorgcentrum. Daarnaast kan de gewenning aan de nieuwe setting of de commotie in een woonzorgcentrum juist ontregeld gedrag oproepen (30). Zuidema et al. zien een direct verband tussen stress bij het woonzorgcentrum personeel en stress bij de bewoners, hetgeen leidt tot het vaker voorschrijven van antipsychotica (40).
Bovendien ziet een andere studie ook een direct verband tussen personeelstekort in een woonzorgcentrum en de overconsumptie van antipsychotica (27, 41).

Meningen en attitudes van huisartsen zijn verdeeld. In een Nederlandse studie menen artsen dat de nevenwerkingen van antipsychotica niet belangrijk zijn of dat er slechts beperkte neveneffecten zijn (32), dit staat in recht contrast met de literatuur (7). Verklaringen worden hiervoor gezocht, Cornegé-Blokland et al. suggereren dat dit komt omdat de arts zijn eigen ervaringen en meningen meer vertrouwt dan de literatuur (33). Een andere verklaring is dat de populatie waarvoor veel

antipsychotica wordt voorgeschreven reeds een forse voorbeschikking heeft op een verhoogd valrisico, cardiovasculaire incidenten en/of plotse dood, waardoor deze nevenwerkingen niet altijd juist toegedeeld worden (39). In andere studies geven artsen juist wel aan dat zij op de hoogte zijn van de nevenwerkingen en daardoor twijfelachtig zijn om antipsychotica te starten (30).

Een thema dat ontzettend vaak terugkomt is dat artsen het gevoel hebben dat zij onder druk gezet worden door verpleging en ander woonzorgcentrumpersoneel. In scherp contrast staat hiertegen dat de andere partij het gevoel heeft dat zij juist druk zetten op de arts om géén antipsychotica te starten of om antipsychotica af te bouwen (30, 37).
Daarnaast worden frustraties beschreven bij huisartsen bij een gebrek aan constructieve feedback van consultaties bij specialisten uit de tweede lijn (27). Huisartsen voelen echter aan dat de tweede lijn ook niet altijd feilloos werkt; hier wordt soms ook gebruik gemaakt van off-label antipsychotica gebruik (35, 39).
Intercollegiaal overleg wordt ten sterkste aanbevolen, een vlotte samenwerking tussen al het (para)medisch zorgpersoneel staat centraal. Herbeoordeling van medicatie wordt niet altijd driemaandelijks gedaan, ook al staat dit centraal in de richtlijnen (36, 37, 39).
Indien men een persoonsgerichte zorg voor de patiënt wilt aanbieden, lijkt het noodzakelijk om interdisciplinaire training toegankelijk te maken voor iedereen die met ouderen met onrustig gedrag in aanraking komt.
Een Britse studie bewijst het nut van een manager die een belangrijke rol inneemt om alle betrokken partijen te gidsen opdat men tot een persoonsgerichte zorg kan aanbieden (42).

Ondanks dat er genoeg richtlijnen zijn, worden deze niet gevolgd. In de literatuur kan men voor de Westerse landen per land richtlijnen vinden. Deze richtlijnen komen grotendeels overeen, inclusief de Belgische richtlijnen (11, 43-45). Van der Spek et al. schrijven dat er in Nederland slechts in 36% van de voorschriften voor antipsychotica bij ouderen een terechte indicatie wordt gevonden. (46) Andere Westerse landen volgen deze trend. In Amerikaanse studies is er voor 42-57% van de oudere populatie in woonzorgcentra geen terechte indicatie. Dit probleem lijkt niet uitsluitend voor ouderen te zijn, want Sheehan et al. vinden in het Verenigd Koninkrijk zelfs voor 71% van de algemene populatie geen terechte indicatie (47-49).

Ondanks alles blijven artsen het gevoel houden dat zij nog in controle blijven. Zij zien het voorschrift voor antipsychotica als de juiste beslissing. Zeer weinig artsen schrijven een voorschrift waar zij zelf niet achter staan (33).

Om selectiebias zo laag mogelijk te houden is er getracht om de referentielijsten van geïncludeerde studies te overlopen. Voor dit onderzoek zijn vrijwel alleen kwalitatieve studies geïncludeerd. Slechts één studie maakt gebruik van een mixed-method. Bij de kwaliteitsanalyse van geïncludeerde studies wordt vermeend dat allen van een matig tot hoge kwaliteit te zijn. Kwaliteitsanalyse werd gedaan om de kans op lagere kwaliteit te verkleinen. Op basis van deze bevindingen worden er geen extra studies uitgesloten om zo een breed mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag.

Studies komen uit een verzameling van landen, allen met een andere uitbouw van de zorg. In Nederlandse woonzorgcentra zijn huisartsen die in een woonzorgcentrum werkzaam zijn gespecialiseerd met een extra bevoegdheid speciaal voor ouderen. Dit zorgt ervoor dat over alle geïncludeerde deelnemers de verschillende perspectieven ontstaan omdat zij uit een verschillend landschap komen. Dit geldt tevens voor de toegankelijkheid van de niet-farmacologische middelen. Daarom moet men de resultaten met voorzichtigheid benaderen wanneer men ze vergelijkt.

Literatuur omtrent ouderen zonder dementieel beeld en ouderen woonachtig buiten het woonzorgcentrum is beperkt. De conclusies die uit deze studie getrokken kunnen worden moeten dus met voorzichtigheid op deze populatie toegepast worden.

5. Conclusie

Antipsychotica worden te vaak door huisartsen voorgeschreven voor ouderen met onrustig of verstoord gedrag. Vooral in woonzorgcentra is er een groot off-label gebruik van deze medicatie. Huisartsen worden met een hoeveelheid barrières, zowel intern als extern, geconfronteerd die het hen moeilijk maakt om de huidige richtlijnen te volgen. In de literatuur is er zowel kwalitatief als interventioneel onderzoek omtrent dit onderwerp gedaan, doch blijven de cijfers van het gebruik van antipsychotica bij deze kwetsbare groep hoog. Om het voorschrijfgedrag te verbeteren is het noodzakelijk om naar een holistisch, persoonsgericht model over te stappen. Interdisciplinaire scholing voor al het zorgpersoneel betrokken lijkt genoodzaakt. Meer onderzoek naar hoe men voorschrijfgedrag het best kan veranderen lijkt aangewezen.

6. Referenties

1. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. Br J Gen Pract. 2010;60(573):e156-62.
2. Devos C CA, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).Rapport 2019.
3. Vander Stichele RH VDVC, Elseviers MM, Verrue C, Soenen K, Smet M, Petrovic M, Chevalier P, De Floor T, Mehuys E, Somers A, Gov-bert M, De Falleur M, Bauwens M, Christiaens T H , Spinewine A, Devriese S, Ramaekers D. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. KCE reports vol. 47A.
4. Janus SI, van Manen JG, MJ IJ, Zuidema SU. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. Int Psychogeriatr. 2016;28(11):1775-90.
5. https: //www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/10/19/pano-antipsychotica-getuigenissen-sector/.
6. https: //www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/10/14/pano-antipsychotica-cijfers/.
7. Behrman S, Burgess J, Topiwala A. Prescribing antipsychotics in older people: A mini-review. Maturitas. 2018;116:8-10.
8. Schneider LS, Dagerman K Fau - Insel PS, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. (1064-7481 (Print)).
9. Wauters M, Elseviers M, Peeters L, De Meester D, Christiaens T, Petrovic M. Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative. Drugs Aging. 2019;36(8):769-80.
10. Zuidema SU, Johansson A, Selbaek G, Murray M, Burns A, Ballard C, et al. A consensus guideline for antipsychotic drug use for dementia in care homes. Bridging the gap between scientific evidence and clinical practice. Int Psychogeriatr. 2015;27(11):1849-59.
11. Farmaka. Formularium Ouderenzorg: Deprescribing - Antipsychotica bij demente ouderen.
12. Aerts L, Cations M, Harrison F, Jessop T, Shell A, Chenoweth L, et al. Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. Int J Geriatr Psychiatry. 2019;34(11):1572-81.
13. Brodaty H, Aerts L, Harrison F, Jessop T, Cations M, Chenoweth L, et al. Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study. Journal of the American Medical Directors Association. 2018;19(7):592-600.e7.
14. van der Spek K, Koopmans RT, Smalbrugge M, Nelissen-Vrancken MH, Wetzels RB, Smeets CH, et al. Factors associated with appropriate psychotropic drug prescription in nursing home patients with severe dementia. Int Psychogeriatr. 2018;30(4):547-56.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
16. Welberry HJ, Jorm LR, Schaffer AL, Barbieri S, Hsu B, Harris MF, et al. Psychotropic medicine prescribing and polypharmacy for people with dementia entering residential aged care: the influence of changing general practitioners. Med J Aust. 2021;215(3):130-6.
17. Bezabhe WM, Radford J, Salahudeen MS, Bindoff I, Ling T, Gee P, et al. Ten-Year Trends in Psychotropic Prescribing and Polypharmacy in Australian General Practice Patients with and without Dementia. J Clin Med. 2023;12(10).
18. Groot Kormelinck CM, Janus SIM, Smalbrugge M, Gerritsen DL, Zuidema SU. Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. Int Psychogeriatr. 2021;33(9):873-89.

19. Peri K, Kerse N, Moyes S, Scahill S, Chen C, Hong JB, et al. Is psychotropic medication use related to organisational and treatment culture in residential care. J Health Organ Manag. 2015;29(7):1065-79.
20. Chenoweth L, Jessop T, Harrison F, Cations M, Cook J, Brodaty H. Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care. Biomed Res Int. 2018;2018:7148515.
21. Ervin K, Cross M, Koschel A. Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: Staff perceptions. Collegian. 2014;21(3):201-7.
22. Plakiotis C, Bell JS, Jeon YH, Pond D, O'Connor DW. Deprescribing psychotropic medications in aged care facilities: the potential role of family members. Adv Exp Med Biol. 2015;821:29-43.
23. Hughes CM, Donnelly A, Moyes SA, Peri K, Scahill S, Chen C, et al. "The Way We Do Things Around Here": An International Comparison of Treatment Culture in Nursing Homes. Journal of the American Medical Directors Association. 2012;13(4):360-7.
24. Janus SI, van Manen JG, MJ IJ, Bisseling M, Drossaert CH, Zuidema SU. Determinants of the nurses' and nursing assistants' request for antipsychotics for people with dementia. Int Psychogeriatr. 2017;29(3):475-84.
25. Alharthi M, Wright D, Scott S, Birt L. Barriers and enablers to deprescribing for older people in care homes: The theory-based perspectives of pharmacist independent prescribers. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2023;19(5):746-52.
26. Moth AE, Hølmkjær P, Holm A, Rozing MP, Overbeck G. What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. Drugs Aging. 2021;38(8):671-85.
27. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, Browne J, Byrne S, McSharry J, et al. Influences on Decision-Making Regarding Antipsychotic Prescribing in Nursing Home Residents With Dementia: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(10):897.e1-.e12.
28. Fog AF, Straand J, Engedal K, Blix HS. Drug use differs by care level. A cross-sectional comparison between older people living at home or in a nursing home in Oslo, Norway. BMC Geriatr. 2019;19(1):49.
29. Laffon de Mazières C, Lapeyre-Mestre M, Vellas B, de Souto Barreto P, Rolland Y. Organizational Factors Associated With Inappropriate Neuroleptic Drug Prescribing in Nursing Homes: A Multilevel Approach. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(7):590-7.
30. Smeets CHW, Smalbrugge M, Zuidema SU, Derksen E, de Vries E, van der Spek K, et al. Factors Related to Psychotropic Drug Prescription for Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia. Journal of the American Medical Directors Association. 2014;15(11):835-40.
31. Dijk MT, Tabak S, Hertogh C, Kok RM, van Marum RJ, Zuidema SU, et al. Psychotropic drug treatment for agitated behaviour in dementia: what if the guideline prescribing recommendations are not sufficient? A qualitative study. Age Ageing. 2022;51(9).
32. Janus SIM, van Manen JG, Zuidema SU, Snijder C, Drossaert CHC, Ijzerman MJ. Reasons for (not) discontinuing antipsychotics in dementia. Psychogeriatrics. 2018;18(1):13-20.
33. Cornegé-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CMPM, 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(1):80.e1-.e6.
34. Dhuny SA-O, Foley TA-O, Jennings AA-O. General practitioners' knowledge of and attitudes towards prescribing psychoactive drugs in dementia care: a cross-sectional questionnaire study. (1863-4362 (Electronic)).

35. Walsh KA, Sinnott C, Fleming A, Mc Sharry J, Byrne S, Browne J, et al. Exploring Antipsychotic Prescribing Behaviors for Nursing Home Residents With Dementia: A Qualitative Study. Journal of the American Medical Directors Association. 2018;19(11):948-58.e12.
36. Cousins JM, Bereznicki LR, Cooling NB, Peterson GM. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: a general practitioner survey. Clin Interv Aging. 2017;12:1573-8.
37. Mavrodaris A, Philp I. Reducing antipsychotic prescriptions in primary care: a healthcare perspective. Journal of Public Mental Health. 2013;12(1):32-42.
38. Azermai M, Vander Stichele RR, Van Bortel LM, Elseviers MM. Barriers to antipsychotic discontinuation in nursing homes: an exploratory study. Aging Ment Health. 2014;18(3):346-53.
39. Kerns JW, Winter JD, Winter KM, Boyd T, Etz RS. Primary Care Physician Perspectives about Antipsychotics and Other Medications for Symptoms of Dementia. J Am Board Fam Med. 2018;31(1):9-21.
40. Zuidema SU, de Jonghe Jf Fau - Verhey FRJ, Verhey Fr Fau - Koopmans RTCM, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. (1741-203X (Electronic)).
41. Cioltan H, Alshehri S, Howe C, Lee J, Fain M, Eng H, et al. Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. BMC Geriatrics. 2017;17(1):32.
42. Kitwood T, Bredin K. Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being. Ageing & Society. 1992;12(3):269-87.
43. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. (1715-5258 (Electronic)).
44. Lise MB, Barbara F, Matthew H, Lyla G, Geneviève L, Lisa M, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. Canadian Family Physician. 2018;64(1):17.
45. Gupta S, Cahill JD, Miller R. Deprescribing antipsychotics: a guide for clinicians. BJPsych Advances. 2018;24(5):295-302.
46. van der Spek K, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Nelissen-Vrancken MH, Wetzels RB, Smeets CH, et al. Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. Int Psychogeriatr. 2016;28(10):1589-95.
47. Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. Bmj. 2015;351:h4326.
48. Briesacher BA, Limcangco Mr Fau - Simoni-Wastila L, Simoni-Wastila L Fau - Doshi JA, Doshi Ja Fau - Levens SR, Levens Sr Fau - Shea DG, Shea Dg Fau - Stuart B, et al. The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. (0003-9926 (Print)).
49. Kamble P, Sherer J Fau - Chen H, Chen H Fau - Aparasu R, Aparasu R. Off-label use of second-generation antipsychotic agents among elderly nursing home residents. (1557-9700 (Electronic)).

7. Bijlages

Bijlage: Farmaka – Formularium Ouderenzorg: Deprescribing – Antipsychotica bij demente ouderen

