De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra: praktijkverbeterend project

Van Acker Justine, Lammertyn Romanie en Vanhaecke Juliette

Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Mirko Petrovic, Universiteit Gent

Copromotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2023 – 2026

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

Context: Zo'n 90% van de patiënten met dementie ontwikkelt tijdens het ziekteverloop neuropsychiatrische gedragssymptomen (BPSD). Bij grote impact op de levenskwaliteit of de zorgcontext vormt de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt. Door het ontbreken van een gouden standaard varieert de aanpak van BPSD in de praktijk aanzienlijk, en is het antipsychoticagebruik in Belgische woonzorgcentra hoog. Dit project vertrekt vanuit het perspectief van de huisarts en de uitdagingen in het beslissingsproces.

Onderzoeksvragen: In welke mate beïnvloedt een beslissingsondersteunende steekkaart de aanpak van agitatie bij patiënten met dementie op een gesloten afdeling in een woonzorgcentrum? Verandert de attitude van huisartsen tegenover niet-medicamenteuze interventies? Heeft de steekkaart een invloed op het voorschrijfgedrag van antipsychotica?

Methode: Dit praktijkverbeterend project omvatte een voorbereidende literatuurstudie en een niet-gerandomiseerde prospectieve interventiestudie met een pre-postdesign zonder controlegroep. Het veldwerk vond plaats in drie woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen. Met behulp van het FOCUS-PDCA-model werd een beslissingsondersteunende steekkaart ontwikkeld en uitgedeeld aan de deelnemende huisartsen. Zij vulden een vragenlijst in bij nulmeting en zes maanden na de introductie van de steekkaart, bij nameting. Daarnaast werden patiëntengegevens verzameld uit medische dossiers. De gegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek, waarbij veranderingen in aanpak, attitude en besluitvorming in kaart werden gebracht.

Resultaten: Van de 29 geïncludeerde huisartsen vulden 25 de eerste vragenlijst in, waarvan één onvolledig. Antipsychotica werden door 23 van de 24 respondenten (96%) vermeld als behandelingsoptie bij agitatie. Risperidon was het voorkeursantipsychoticum, gevolgd door haloperidol. Van de 20 huisartsen die de tweede vragenlijst invulden, rapporteerden 11 (55%) de steekkaart effectief te hebben gebruikt. Alle gebruikers gaven aan bewuster te zijn geworden van hun voorschrijfgedrag. Daarnaast rapporteerde een deel van de huisartsen een toegenomen aandacht voor het identificeren van onvervulde behoeften en onderliggende oorzaken, terwijl de meerderheid geen verandering aangaf. Van de 18 huisartsen die tijdens de interventieperiode met agitatie werden geconfronteerd, bleef het voorschrijfgedrag van antipsychotica bij 11 (61%) ongewijzigd, terwijl 7 (39%) dit minder frequent of niet voorschreef. Geen enkele huisarts rapporteerde een toename. Op patiëntniveau (n = 33) bleef het totale antipsychoticagebruik stabiel (30%), terwijl het aandeel risperidon toenam van 10% naar 20%.

Conclusie: De steekkaart leidde tot een duidelijke toename in bewustwording en zelfgerapporteerde gedragsverandering bij huisartsen, maar niet tot een aantoonbare reductie

van het totale antipsychoticagebruik. Deze discrepantie tussen inzicht en gedrag onderstreept het belang van structurele en organisatorische factoren. Implementatie van dergelijke interventies vereist meer dan kennisoverdracht alleen.

Inhoud

Afkortingenlijst 1

1 Inleiding 2

1.1 Probleemstelling 2

1.2 Doelstelling en onderzoeksvraag 3

2 Literatuuronderzoek 5

2.1 Methodologie 5

2.2 Resultaten 6

2.2.1 Dementie en BPSD 6

2.2.2 Onderliggende oorzaken van BPSD 7

2.2.2.1 Factoren gerelateerd aan de persoon met dementie 7

2.2.2.2 Factoren gerelateerd aan de verzorger 7

2.2.2.3 Factoren gerelateerd aan de omgeving 8

2.2.3 Evaluatie van BPSD 8

2.2.3.1 Meetinstrumenten voor BPSD 8

2.2.3.2 Invloed van sociale en culturele factoren 9

2.2.4 Aanpak van BPSD 9

2.2.4.1 Niet-farmacologische aanpak 10

2.2.4.2 Farmacologisch aanpak 13

3 Praktijkverbeterend project 17

3.1 Methodologie 17

3.1.1 Onderzoeksopzet 17

3.1.1.1 Type onderzoek 17

3.1.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 17

3.1.1.3 Studiepopulatie en inclusiecriteria 18

3.1.1.4 Ethische goedkeuring 18

3.1.2 FOCUS-analyse 18

3.1.2.1 Find – Identificatie van het probleem 19

3.1.2.2 Organize – Samenstelling van het onderzoeksteam 19

3.1.2.3 Clarify – Analyse van de huidige praktijk 19

3.1.2.4 Understand – Oorzaken van de knelpunten 19
3.1.2.5 Select – Keuze van de interventie 20
3.1.3 PDCA-cyclus 20
3.1.3.1 Plan – Ontwikkeling van de interventie en meetstrategie 20
3.1.3.2 Do – Implementatie van de interventie 21
3.1.3.3 Check – Evaluatie en dataverwerking 21
3.1.3.4 Act – Terugkoppeling en aanbevelingen 21
3.2 Resultaten 23
3.2.1 Studiepopulatie 23
3.2.1.1 Deelnemende huisartsen 23
3.2.1.2 Geïncludeerde patiënten 23
3.2.2 Resultaten van de vragenlijsten bij huisartsen 24
3.2.2.1 Ervaring en zelfgerapporteerde aanpak van agitatie vóór de interventie 24
3.2.2.2 Gebruik en evaluatie van de steekkaart 27
3.2.2.3 Zelfgerapporteerde verandering in aanpak van agitatie na de interventie 29
3.2.3 Resultaten van de dossieranalyse bij patiënten 31
3.2.3.1 Opmerkingen over databeschikbaarheid 31
3.2.3.2 Antipsychoticagebruik vóór de interventie 31
3.2.3.3 Antipsychoticagebruik na de interventie 32
3.2.3.4 Vergelijking van antipsychoticagebruik vóór en na de interventie 32
4 Discussie 35
4.1 Interpretatie van de resultaten 35
4.2 Sterktes van de studie 37
4.3 Beperkingen van de studie 38
4.4 Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek 39
5 Conclusie 41
6 Referenties 42
7 Bijlagen VIII
Bijlage A. Goedkeuring Ethisch Comité IX
Bijlage B. Geïnformeerd toestemmingsformulier huisartsen XI

Bijlage C. Geïnformeerd toestemmingsformulier patiënten XVIII

Bijlage D. *Root Cause Analysis* van knelpunten bij agitatie bij dementie XXVI

Bijlage E. Beslissingsondersteunende steekkaart XXVIII

Bijlage F. Vragenlijst nulmeting XXIX

Bijlage G. Vragenlijst nameting XXXII

Bijlage H. Flowcharts van patiëntenrekrutering per woonzorgcentrum XXXV

Afkortingenlijst

Afkorting	*Definitie*
ACT	Advanced Caregiver Training
APA	American Psychiatric Association
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie
BPSD	Behavioral and psychological symptoms of dementia
CMAI	Cohan-Mansfield Agitation Inventory
DICE	Describe – Investigate – Create – Evaluate
EMA	European Medicines Association
FDA	Food and Drug Administration
FOCUS	Find – Organize – Clarify – Understand – Select
HAIO	Huisarts in opleiding
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PDCA	Plan – Do – Check – Act
RCA	Root Cause Analysis
RCT	Randomized controlled trials
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors
WHO	World Health Organization
WZC	Woonzorgcentrum

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

Met de wereldwijde vergrijzing neemt ook de prevalentie van chronische niet-overdraagbare aandoeningen toe, waaronder dementie. Volgens de *World Health Organization* (WHO) leden in 2020 naar schatting meer dan 55 miljoen mensen wereldwijd aan een vorm van dementie. Als de huidige trend aanhoudt, wordt verwacht dat dit aantal zal stijgen tot 132 miljoen in 2050. Bovendien wordt de werkelijke prevalentie van dementie vermoedelijk nog onderschat door verschillen in diagnostische criteria en beperkte toegang tot zorg in bepaalde regio's. (1)

Naargelang de ziekte vordert en cognitieve functies verder achteruitgaan, ontwikkelen veel patiënten zogenaamde *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD). Deze neuropsychiatrische symptomen omvatten een breed scala aan veranderingen in gedrag, stemming of waarneming, zoals agitatie, agressie, angst, depressie of hallucinaties. Bij thuiswonende personen met dementie komen deze symptomen voor bij 56-98% van de patiënten. Dit aantal ligt in ziekenhuizen of woonzorgcentra een stuk hoger, namelijk 91-96%. In zorginstellingen is het aandeel matige tot ernstige vormen van dementie groter, meteen ook de groep waarbij BPSD meest frequent voorkomt. Bij lichte vormen van dementie is BPSD nog minder uitgesproken en minder frequent (15%) in vergelijking met matige (33%) tot ernstige (45%) vormen. De aanwezigheid en ernst van BPSD dragen dan ook in belangrijke mate bij aan de beslissing tot opname in een zorginstelling, gezien de grote impact op levenskwaliteit van zowel patiënt als mantelzorger. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat BPSD geassocieerd wordt met een verminderde overlevingskans over een periode van drie jaar. Dit benadrukt de ernst van deze symptomen en de noodzaak van effectieve interventies om zowel de kwaliteit van leven als de prognose van mensen met dementie te verbeteren. (2-4)

Daarnaast heeft BPSD zowel fysiek als psychologisch een grote impact op zorgverleners, zowel formele (bv. verpleegkundigen en verzorgenden in zorginstellingen) als informele (bv. familieleden en mantelzorgers). Uit onderzoek blijkt dat bepaalde gedragsveranderingen sterk samenhangen met een toenemende belasting van deze zorgverleners. Stress en emotionele uitputting die gepaard gaan met de zorg voor mensen met dementie en BPSD kunnen leiden tot *burn-out* en een verminderde levenskwaliteit van de verzorgers. (3, 5, 6)

Vanuit het perspectief van de huisarts vormt de aanpak van BPSD vaak een uitdaging. Deze moeilijkheden in de klinische praktijk vormden de aanleiding voor dit project. De huisarts vormt vaak het eerste aanspreekpunt wanneer symptomen onhoudbaar worden en er een snelle oplossing wordt verwacht. In de praktijk ontbreekt hier een uniforme benadering voor het probleem. In een systematische review van Jennings et al. worden de ervaringen en

struikelblokken van huisartsen rond deze problematiek gebundeld. In de eerste plaats is er gebrek aan kennis en goed omschreven zorgpaden, en hoewel de meeste huisartsen zich bewust zijn van de voorkeur voor niet-medicamenteuze maatregelen en multidisciplinaire aanpak, spelen organisatorische uitdagingen, tijdsgebrek en hoge werkdruk hen hier parten. Ondanks onzekerheid over medicatiekeuze, dosis en duur van behandeling en kennis van potentiële nevenwerkingen, wordt toch frequent gestart met een antipsychoticum. (3, 7)

Dit laatste vertaalt zich ook in de cijfers rond het gebruik van psychotrope medicatie. Hoewel deze cijfers internationaal variëren, worden ze binnen de meeste huidige richtlijnen en geriatrische aanbevelingen beschouwd als hoog in verhouding tot de beperkte bewezen effectiviteit en de gekende risico's van antipsychotica bij dementie. Voor zowel antidepressiva als antipsychotica behoort ons land tot de top drie Europese landen waar de cijfers het hoogst zijn. Het PHEBE project van Azermai et al. bracht dit in kaart voor de Belgische woonzorgcentra. Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer een derde van de bewoners van woonzorgcentra antipsychotica inneemt. Hierbij vormde agitatie in 57% van de gevallen de indicatie voor opstart. In 93% van de gevallen gaat het om chronisch gebruik en in 15% worden twee of meer antipsychotica gecombineerd. (8-10)

1.2 Doelstelling en onderzoeksvraag

Kaderend binnen bovenstaande problematiek bestaat brede consensus over de nood aan verder onderzoek naar een effectieve en veilige behandelstrategie voor BPSD, met aandacht voor toepasbaarheid, systematiek en ruimte voor een patiëntgerichte aanpak. Niet-farmacologische interventies zouden daarbij centraal moeten staan om onnodig antipsychoticagebruik te beperken.

Dit project is voornamelijk gefocust op de aanpak van agitatie – als onderdeel van het bredere spectrum van BPSD – bij patiënten met dementie die verblijven op een gesloten afdeling in woonzorgcentra, gezien de hoge prevalentiecijfers van BPSD in deze patiëntengroep en de grote impact op zorgend personeel, familie en andere bewoners.

In de eerste plaats beoogt dit project de uitdagingen voor huisartsen in deze setting te verhelderen. Daarnaast wordt een praktisch hulpmiddel ontwikkeld dat hen kan ondersteunen in hun klinische besluitvorming. Daarbij is het voornamelijk de bedoeling om artsen bewust te maken van andere therapeutische opties alvorens antipsychotica te starten, in de hoop zo onnodig antipsychoticagebruik te beperken. Anderzijds, in geval van therapeutisch falen van niet-medicamenteuze opties, gaat bijzondere aandacht naar de correcte keuze, dosering en behandelduur van antipsychotica.

Het onderzoek zal worden opgedeeld in drie grote delen, voorafgegaan door een grondig literatuuronderzoek om de huidige richtlijnen in kaart te brengen.

De actuele stand van zaken wordt in drie woonzorgcentra in Vlaanderen onderzocht door het raadplegen van patiëntendossiers en het bevragen van behandelende arts over hun aanpak van BPSD bij deze patiënten. Met deze kwalitatieve en kwantitatieve gegevens worden eventuele discrepanties tussen de literatuur en de praktijk geïdentificeerd. Vervolgens wordt een interventie in de vorm van een steekkaart, gebaseerd op de actuele richtlijnen, voorgelegd aan de huisartsen. Na enkele maanden waarin deze steekkaart in de praktijk door huisartsen is gebruikt, worden opnieuw patiëntgegevens verzameld en bevragingen afgenomen. Deze resultaten worden vervolgens vergeleken met de initiële bevindingen om zo de impact van de interventie te evalueren en het antipsychoticagebruik te volgen. Aangezien dit onderzoek zich beperkt tot een gelimiteerde patiëntenpopulatie in drie Oost-Vlaamse woonzorgcentra, is voorzichtigheid geboden bij het extrapoleren van de resultaten naar andere regio's of zorgcontexten.

In deze masterproef wordt hoofdzakelijk de term 'persoon met dementie' gebruikt om een persoonsgerichte benadering te benadrukken. Waar 'patiënt' of 'bewoner' wordt gehanteerd, gebeurt dit contextueel en zonder normatief onderscheid.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Methodologie

Er werden zoekopdrachten uitgevoerd in de databanken PubMed, Embase en Google Scholar. De zoektermen die werden gebruikt zijn *'dementia'*, *'Alzheimer'*, *'BPSD'*, '*neuropsychiatric symptoms'*, *'agitation'*, *'aggression'*, *'nursing home', 'management', 'treatment'* en *'general practitioner'*. Vervolgens werden bijkomende artikels en studies geselecteerd door middel van *citation tracking* uit referentielijsten van bestaande artikels.

De artikelselectie gebeurde op basis van relevantie, met voorkeur voor louter Engelstalige en Nederlandstalige artikels, die toegankelijk waren via de zoekserver van de Universiteit Gent. De taalrestrictie kan echter leiden tot selectie-bias, waarbij relevante studies in andere talen buiten beschouwing blijven, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen kan beperkten. Relevante literatuurstudies, meta-analyses en systematische reviews werden geanalyseerd, waarbij via de referentielijsten de oorspronkelijke studies en *randomized controlled trials* (RCT's) werden opgespoord. Wanneer binnen deze publicaties werd verwezen naar regelgevende instanties zoals de *European Medicines Agency* (EMA) of de *Food and Drug Administration* (FDA), werd de officiële rapportering geconsulteerd via de desbetreffende platformen van deze instanties.

Op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) konden nationale aanbevelingen worden teruggevonden met betrekking tot de medicamenteuze aanpak. Daar werd eveneens de koppeling gemaakt naar het Formularium Ouderenzorg via het Farmaka-luik van het BCFI, waar relevante en sterk onderbouwde informatie uit werd gehaald. Opnieuw werden hierbij relevante artikels uit de referentielijst geselecteerd.

Ook richtlijnen 'probleemgedrag bij dementie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging van Specialisten voor Ouderengeneeskunde (Verenso) werden geraadpleegd.

Er werd geen formeel PRISMA-protocol gevolgd. Dit literatuuronderzoek heeft daarom een narratief karakter, met focus op klinisch relevante richtlijnen, systematische reviews en sleutelstudies ter ondersteuning van het praktijkverbeterend project.

2.2 Resultaten

2.2.1 Dementie en BPSD

Dementie is een overkoepelende term voor niet-aangeboren neurodegeneratieve aandoeningen die zowel cognitieve vaardigheden als gedragsmatige aspecten aantasten, wat resulteert in beperking van het vermogen om dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren. Naargelang de onderliggende pathofysiologie, zijn er verschillende types van dementie. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie, gevolgd door onder andere vasculaire en *Lewy body* dementie. Elke vorm heeft typerende aspecten, maar gemengde vormen komen frequent voor. Daarom wordt de overkoepelende term 'dementie' veelvuldig gebruikt in zowel klinische als wetenschappelijke contexten. (1, 11)

Dementie wordt gekenmerkt door een progressieve achteruitgang van cognitieve functies, wat meestal op de voorgrond staat en al vroeg in het ziekteproces aanwezig is. Daarnaast kunnen ook gedragssymptomen optreden. In de literatuur wordt dit beschreven als gedrags- en psychologische symptomen van dementie, ofwel *behavioural and psychological symptoms of dementia* (BPSD). Het is een verzamelnaam voor verstoring van gedrag, stemming, gedachte en perceptie. De vaakst gerapporteerde symptomen zijn apathie, depressie en agitatie, maar ook psychose, angst, agressie, slaapstoornissen, ronddwalen, seksueel ongepast gedrag, weigering van zorg en veranderingen in eetlust zijn mogelijk. Deze symptomen treden, in tegenstelling tot de cognitieve symptomen, pas later in het ziekteverloop op. Ze zijn slechts episodisch aanwezig en kunnen tot een aantal maanden aanhouden. In ongeveer de helft van de gevallen komen meerdere van deze symptomen gelijktijdig voor; dan spreekt men over clusteren. Naar schatting zal 90% van de ouderen met dementie tijdens het voortschrijden van de ziekte minstens één van deze gedrags- en psychologische problemen stellen. De literatuur vermeldt optreden van agitatie bij 56-98% van de ouderen met dementie in thuissetting en bij 91-96% in woonzorgcentra. Daarbij is agitatie, zoals eerder vermeld, één van de meest gerapporteerde vormen van BPSD met een prevalentie van 70-80%. Het is een breed begrip dat in 2015 door Internationale Psychogeriatrische Associatie werd gedefinieerd als overmatige motorische activiteit, verbale agressie en/of fysieke agressie. In een onderzoek van Azermai et al. naar het gebruik van psychotrope medicatie bij bewoners van Belgische woonzorgcentra, bleek agitatie de voornaamste indicatie voor opstarten van antipsychotica met 57%, ongeacht het al dan niet aanwezig zijn van dementie of een andere psychiatrische aandoening. (3, 8, 12-19)

BPSD heeft een significante impact op zowel patiënt als verzorger. Bij de patiënt neemt het morbiditeits- en zelfs mortaliteitsrisico toe, als gevolg van oplopende frustraties, verhoogd valrisico, verwondingen door agressie, angst en psychologische gevolgen van de

desbetreffende gedragingen. Daarnaast kan de relatie met de mantelzorgers op de proef worden gesteld, met overspanning of *burn-out* van de verzorger en verminderde kwaliteit van zorg als gevolg. Dit alles leidt bovendien vaak tot (vroegtijdige) opname in een woonzorgcentrum. (4, 16, 20)

2.2.2 Onderliggende oorzaken van BPSD

De eerste stap in de behandeling van BPSD is het zoeken naar onderliggende en al dan niet behandelbare oorzaken. Dit gebeurt aan de hand van (hetero)anamnese, klinisch onderzoek en bijkomende onderzoeken zoals een bloedafname of beeldvorming. In een publicatie van Kales et al. en Gerlach et al. worden de mogelijke onderliggende oorzaken ingedeeld in drie categorieën: factoren gerelateerd aan de persoon met dementie, aan de verzorgers en omgevingsfactoren. (16, 21)

2.2.2.1 Factoren gerelateerd aan de persoon met dementie

Aan de basis van de pathofysiologie van dementie liggen neurobiologische veranderingen, die op hun beurt de basis vormen voor het ontstaan van BPSD. Deze veranderingen leiden tot verstoring in hersencircuits die betrokken zijn bij emotie, gedrag en cognitie, waardoor patiënten kwetsbaarder worden voor stressoren. Dit verhoogt de kans op het ontwikkelen van gedragsveranderingen zoals agitatie. Daarnaast verloopt de verbale communicatie vaak moeizamer, waardoor gedrag een uiting kan worden van onvervulde noden en het niet louter als symptoom mag gezien worden. (3, 14, 16, 22-24)

Naast deze onderliggende neurobiologische kwetsbaarheid, kunnen ook bijkomende medische aandoeningen bijdragen tot het ontstaan van BPSD. Bij acuut optreden van BPSD moet in eerste instantie gedacht worden aan onderliggende oorzaken zoals delirium, infecties, metabole stoornissen of medicatiebijwerkingen. Ook pijn is vaak een trigger voor agitatie. Bovendien mogen condities zoals constipatie, urineretentie, decubitus en dehydratatie niet uit het oog verloren worden. (12, 16)

Verder kunnen onvervulde basisbehoeften zoals bij slaaptekort, honger, dorst, toiletbehoefte, eenzaamheid en verveling deze gedragingen uitlokken. Het onvermogen om zich verbaal te uiten kan bij patiënten met dementie leiden tot frustraties en zich uiten als BPSD. Ook het verlies aan sensorische prikkels, bijvoorbeeld door verminderd gehoor en verminderde visus, kunnen bijdragen tot het ontstaan van BPSD. (12, 16, 20)

2.2.2.2 Factoren gerelateerd aan de verzorger

Omgaan met personen met dementie is voor mantelzorgers of verplegend personeel vaak een uitdaging en vraagt geduld, in het bijzonder wanneer BPSD zich voordoet. Soms leiden stress,

ongeduld en onbegrip bij verzorgers tot een negatieve communicatiestijl met woede en schreeuwen. Dit heeft invloed op de vertrouwensrelatie, maar ook op de symptomen zelf, die door negatieve reacties in stand worden gehouden of zelfs toenemen. Bovendien heeft men in zorginstellingen frequent te maken met een personeelstekort, waardoor er weinig ruimte en tijd is om met de gedragssymptomen om te gaan. (16, 21)

2.2.2.3 Factoren gerelateerd aan de omgeving

Daarnaast kunnen omgevingsfactoren bijdragen tot het ontstaan van BPSD. Naarmate de dementie vordert, hebben patiënten steeds meer moeite om prikkels uit de omgeving te verwerken en hier adequaat op te reageren. Zowel een overmaat aan stimuli, zoals lawaai of drukte, als een tekort aan prikkels, zoals sociale isolatie of een gebrek aan activiteit, kan leiden tot onrust en agitatie. Ook veranderingen in routine of omgeving, zoals wisselend zorgpersoneel of een nieuwe leefomgeving, kunnen leiden tot desoriëntatie en stress. (16, 21)

2.2.3 Evaluatie van BPSD

2.2.3.1 Meetinstrumenten voor BPSD

Gezien BPSD een kwalitatief, eerder dan een kwantitatief, gegeven is, is het in de praktijk niet altijd eenvoudig gebleken dit goed in kaart te brengen. Een van de meest gebruikte meetinstrumenten is de *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), ontwikkeld door Cummings et al. Het resultaat is een score die wordt berekend aan de hand van gestructureerde interviews met nauw betrokken verzorgers. In de vragenlijst wordt nagegaan of abnormaal gedrag zich effectief heeft voorgedaan, waarna dit gedrag wordt beoordeeld door middel van deelvragen die peilen naar ernst en frequentie. (15, 17, 25, 26)

Om agitatie te documenteren en evalueren wordt in de literatuur regelmatig de *Cohan-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI) vermeld. Deze methode is specifiek ontworpen voor het fenomeen agitatie, aan de hand van 29 items die door het zorgpersoneel of de mantelzorger worden ingevuld. Net zoals bij de NPI worden frequentie en ernst beoordeeld. (22)

Dergelijke instrumenten worden toegepast tijdens wetenschappelijk onderzoek naar zowel farmacologische als niet-farmacologische benaderingen. Ze zijn nuttig om de BPSD en de evolutie ervan in kaart te brengen en zo de ingestelde maatregelen te kunnen beoordelen naar effectiviteit. In de praktijk kunnen ze worden gebruikt om een patroon in de gedragingen vast te stellen, met als doel potentiële uitlokkende factoren van BPSD te identificeren en gericht te kunnen aanpakken.

Hoewel deze meetinstrumenten frequent worden gebruikt in onderzoek, werden zij in dit praktijkverbeterend project niet systematisch toegepast. De evaluatie van agitatie gebeurde

op basis van klinische beoordeling en rapportering door zorgverleners en huisartsen, wat aansluit bij de dagelijkse praktijk, maar de objectiviteit beperkt.

2.2.3.2 Invloed van sociale en culturele factoren

Socioculturele verschillen spelen een belangrijke rol in de interpretatie en evaluatie van het gedrag van de persoon met dementie en de manier waarop hiermee wordt omgegaan. Gedragingen zoals agitatie, apathie en wantrouwen worden in sommige culturen beschouwd als begrijpelijk en deel van het ziekteproces, terwijl ze in andere culturen als storend, problematisch en ongepast worden ervaren. Ook bij familie kunnen emoties en moeilijkheden met acceptatie de perceptie van deze gedragingen beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer het gedrag niet in lijn ligt met de vroegere persoonlijkheid van de patiënt. (27, 28)

Dit gegeven wordt ondersteund door een artikel van Calia et al., dat beschrijft hoe socioculturele context bepalend is voor de manier waarop ideeën, percepties en aannames over ziekte en gezondheid over het algemeen tot stand komen. Culturele verschillen hebben daardoor een duidelijke invloed op de opvattingen en verwachtingen met betrekking tot patiëntenzorg. Daarnaast varieert ook de drempel tot institutionalisering van personen met dementie: in sommige culturen wordt deze stap sneller gezet dan in andere, waar men langer kiest voor zorg in thuissetting. (28)

2.2.4 Aanpak van BPSD

Onderzoek van Kales et al. stelt een gestructureerde strategie voor om BPSD aan te pakken, waarbij het gebruik van medicatie zorgvuldig wordt afgewogen ten opzichte van niet-medicamenteuze opties. Er wordt teruggegrepen naar de bovenstaand beschreven meetinstrumenten en oorzakelijke factoren. (16) Dit zogenaamde ‘DICE’-model omvat volgende stappen:

Describe (Beschrijf)
Als eerste stap in de behandeling moeten concrete symptomen beschreven worden die voor de dementerende en de verzorger problematisch zijn, alsook wanneer dit gedrag zich voordoet. Om de gedragingen te verduidelijken en documenteren kan worden geopteerd om meetinstrumenten zoals de NPI of CMAI te gebruiken. Bij deze stap moet ook het exacte behandeldoel duidelijk worden geformuleerd.

Investigate (Onderzoek)
In de volgende stap wordt nagegaan of er onderliggende factoren zijn die kunnen worden aangepakt of behandeld. Deze werden hierboven ingedeeld in drie categorieën: factoren

gerelateerd aan de persoon met dementie, de verzorger en de omgeving. De lijst van oorzakelijke factoren is echter niet-limitatief en patiëntafhankelijk.

Create (Creëer)
Vervolgens dient een behandelplan te worden opgesteld, idealiter in samenwerking met professionele verzorgers, mantelzorgers, familie en (indien mogelijk) de dementerende zelf. Daarbij ligt de focus op het aanpakken van de bevindingen uit de vorige stap, bij voorkeur door middel van niet-medicamenteuze aanpassingen; met uitzondering van onderliggende somatische oorzaken zoals bv. infecties.

Evaluate (Evalueer)
In deze stap wordt gereflecteerd en geëvalueerd of de initieel vooropgestelde behandeldoelen behaald zijn. Indien medicatie gestart is, wordt de dosis, duur en veiligheid van de behandeling mee beoordeeld. (16)

Om dit model toe te passen is een multidisciplinaire aanpak aangewezen, waarbij een nauwe samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen, ander zorgpersoneel, mantelzorgers en familie een belangrijke impact kan hebben op de uitkomst voor de persoon met dementie. Wetenschappelijke literatuur rond de concrete organisatie van een multidisciplinaire benadering ontbreekt. (16, 21)

In theorie wordt de aanpak van BPSD meestal opgedeeld in niet-medicamenteuze en medicamenteuze therapie. Gezien de complexiteit van de problematiek, variatie aan mogelijke onderliggende oorzaken en betrokkenheid van verschillende partijen, is een uniforme aanpak moeilijk te formuleren. Wel heerst er in de literatuur consensus over het belang van een zorgvuldige combinatie van farmacologische en niet-farmacologische interventies, afgestemd op de context van de persoon met dementie. Hoewel de huidige richtlijnen de niet-farmacologische maatregelen aanbevelen als eerste keuze, wordt in de praktijk frequent voor een medicamenteuze oplossing gekozen omwille van een gebrek aan tijd, vergoeding en training van zorgpersoneel. (3, 15)

2.2.4.1 Niet-farmacologische aanpak

Context optimaliseren

Kales et al. beschrijft enkele algemene principes die kunnen bijdragen aan een optimale context rond de patiënt. Ten eerste is een correcte educatie van zorgverleners en mantelzorgers cruciaal. Dit wordt ook benoemd in een recentere studie van Kales et al., waarin wordt gesuggereerd dat het aanleren van het DICE-model de aanpak van BPSD kan bevorderen. Ten tweede moeten goede communicatietechnieken aangeleerd worden aan

zorgverleners. De Australische *New South Wales Ministry of Health* stelde in 2022 concrete communicatietechnieken voor, namelijk spreken op een zachte toon, korte woorden en zinnen gebruiken, voldoende tijd geven om de spraak te verstaan, zinnen zo nodig herhalen of verduidelijken en uitleggen wat je als verzorger gaat doen. Ten derde is een veilige en vereenvoudigde omgeving belangrijk, waarbij achtergrondlawaai en drukte rondom de patiënt zo veel mogelijk worden beperkt. Door gepersonaliseerde objecten in de kamer van de oudere te plaatsen, zoals foto's of meubelstukken, kan een vertrouwde omgeving gecreëerd worden. Ten vierde speelt het aanhouden van vaste routines een belangrijke rol bij het voorkomen van BPSD. Hierbij gaat het onder andere over een vast team aan verzorgers, de oudere niet te vaak verplaatsen, regelmatig bezoek van familie en de patiënt allemaal op dezelfde, door de patiënt geprefereerde naam, aanspreken. Tenslotte zijn zinvolle dagactiviteiten voor ouderen met dementie waardevol in het voorkomen van BPSD. (16, 29, 30)

In een onderzoek van Gitlin et al. wordt *Advancing Caregiver Training* (ACT) geïntroduceerd, gericht op het probleemgedrag dat mantelzorgers als meest problematisch ervaren. Zo worden sessies georganiseerd rond stressreductie en zelfzorgtechnieken, alsook training van vereenvoudigde communicatie en educatie over het betrekken van patiënten bij activiteiten of het aanpassen van hun fysieke omgeving. De primaire uitkomsten waren enerzijds de frequentie waarmee de verzorger probleemgedrag rapporteerde en anderzijds het welbevinden van de verzorger. De studie toonde langetermijnvoordelen op meerdere vlakken: symptoomreductie (minder probleemgedrag en minder stress bij de mantelzorger) en verbeterde levenskwaliteit (beter welzijn en minder belasting van de mantelzorger). (31)

Onderliggende oorzaken corrigeren

Zoals in het DICE-stappenplan wordt aangehaald, is het nagaan van onderliggende oorzaken de belangrijkste stap. Daarbij kunnen sommige triggers eenvoudig verholpen worden, zoals het vervullen van basisbehoeften (honger, dorst, toiletbezoek etc.), herstellen van sensorische tekortkomingen (visus en gehoor), bestrijden van pijn en behandelen van infecties.

Niet-medicamenteuze interventies

In tal van wetenschappelijke studies werd de effectiviteit van verschillende niet-farmacologische interventies onderzocht. Hoewel sommige studies gunstige resultaten rapporteren, varieert de methodologische kwaliteit sterk en is de evidentie voor de interventies waarvan effectiviteit is aangetoond eerder zwak.

Een eerste voorbeeld van een inmiddels goed gekende niet-farmacologische benadering is muziektherapie. Dit houdt in dat verschillende componenten van muziek (ritme, melodie, geluid) gebruikt worden om zowel cognitieve, emotionele, sociale en fysieke behoeften te

stimuleren. De ouderen met dementie kunnen passief volgen door te luisteren, of actief deelnemen door mee te zingen, een instrument te spelen of te bewegen. In tegenstelling tot sommige andere therapieën, vraagt deze weinig educatie en training bij verzorgers en is deze therapie dus gemakkelijker te implementeren. In enkele RCT's zou deze vorm van therapie bij patiënten met matig tot ernstige Alzheimer dementie bewezen effectief zijn en gedrags- en psychologische symptomen, specifiek agitatie en agressief gedrag, doen afnemen. Dit resultaat wordt echter niet in alle studies bevestigd. (14, 16, 20, 31, 32)

In een andere studie werd massage- en aanraaktherapie getest. Deze therapie kon geagiteerd gedrag in z'n milde vorm helpen reduceren, maar bewijzen voor effectiviteit op langere termijn ontbreken. Voor de ernstige vormen van agitatie werd geen voordelig effect vastgesteld. (17)

Een andere mogelijke benadering is cognitieve stimulatie, bv. door middel van woordspelletjes, puzzels of koken. Ook reminiscentietherapie, waarbij gebeurtenissen uit het verleden worden opgehaald, kan soelaas bieden. Aan de hand van tastbare objecten zoals boeken, foto's en oude voorwerpen kunnen herinneringen opgehaald worden. Andere voorbeelden van niet-medicamenteuze interventies zijn lichttherapie, aromatherapie en danstherapie. Slechts enkele kleinschalige studies konden hiervan een effect aantonen, meestal niet-significant. (20)

Een recente systematische review en meta-analyse suggereren de noodzaak tot verder onderzoek naar *nature-based interventions* om agitatie te reduceren. Enkele kleinschalige studies suggereren een gunstig effect van de introductie van natuurlijke elementen in de omgeving van de oudere. Voorbeelden zijn het gebruik van natuurlijke lichtbronnen, contact met geuren, geluiden en texturen uit de natuur en het creëren van een groene omgeving binnen of buiten de zorginstelling. (20, 33, 34)

Een prospectieve studie stelde een vast schema met verschillende niet-farmacologische therapieën voor, waaronder muziektherapie, relaxatietechnieken, fysieke oefeningen, woordspelletjes en het ophalen van herinneringen. Hiermee toonden ze een significant positief effect op zowel agitatie als hallucinaties. (15)

Een deel van deze interventies lijken aldus veelbelovend, maar gebrek aan consistentie en evidentie zorgt ervoor dat de implementatie in de praktijk beperkt is. Dit benadrukt de noodzaak aan meer, grotere gestandaardiseerde studies naar de werkelijke impact van deze interventies op BPSD. (16)

2.2.4.2 Farmacologisch aanpak

Analgetica

In eerste instantie wordt een empirische proefbehandeling met analgetica voorgesteld om mogelijke pijnklachten als uitlokkende oorzaak voor BPSD te elimineren. Kaderend binnen het dementieel proces wordt de mogelijkheid om pijn aan te geven moeilijker en kan gedrag een uiting zijn van pijn. Een Noorse RCT kon een significant resultaat aantonen van een stapsgewijs protocol voor systematische pijnstilling met 17% reductie van agitatie, d.m.v. het gebruik van de CMAI, ten opzichte van placebo. In dit protocol werd systematisch paracetamol (maximale dosis drie gram per dag) opgestart bij meer dan de helft van de studiepopulatie, en werd bij de minderheid opgedreven naar morfine, buprenorphine of pregabaline. (35)

Psychofarmaca

In de literatuur is een groot aanbod wetenschappelijke studies te vinden over de behandeling van BPSD met psychofarmaca. De belangrijkste categorieën zijn de antipsychotica en antidepressiva, maar ook benzodiazepines worden frequent vermeld.

Zoals bij de niet-medicamenteuze interventies worden sterk wisselende resultaten gerapporteerd. De meeste evidentie rond effectiviteit bij BPSD bestaat voor de atypische antipsychotica en s*electieve serotonine reuptake inhibitoren* (SSRI).

Antidepressiva

In de CitAD-studie, een grootschalige RCT, werd een gunstig resultaat gerapporteerd voor citalopram (maximale dosis 30 mg per dag) met reductie van agitatie t.o.v. placebo, geobjectiveerd d.m.v. onder meer de CMAI en NPI. Toch werd ook melding gemaakt van belangrijke nevenwerkingen, namelijk QTc-verlenging, gastro-intestinale problemen, achteruitgang van cognitieve toestand en ganginstabiliteit met toename van het valrisico. (36)

Een recentere RCT kon daarentegen geen significant effect aantonen van escitalopram (maximale dosis 15 mg per dag) op agitatie, waarbij opnieuw bovenvermelde nevenwerkingen werden benadrukt. (37)

Sertraline werd geassocieerd met een gunstiger bijwerkingenprofiel, voornamelijk een toename van diarree, maar zonder significant effect op agitatie. (38)

Tricyclische antidepressiva worden doorgaans afgeraden bij ouderen gezien de kans op anti-cholinerge neveneffecten. (12)

Antipsychotica

Er zijn slechts enkele semi-recente wetenschappelijke studies beschikbaar rond het gebruik van antipsychotica bij BPSD bij dementie. Voor klassieke antipsychotica zoals haloperidol is er nauwelijks recent bewijs voor effectiviteit bij BPSD, terwijl de literatuur eensgezind wijst op een hoog risico op bijwerkingen zoals extrapiramidale symptomen, sedatie en een verhoogde mortaliteit. (12, 16, 39) De atypische antipsychotica krijgen de voorkeur bij BPSD en werden onderzocht in de grootschalige Catie-AD studie, waarin de vergelijking werd gemaakt tussen olanzapine, risperidon en quetiapine ten opzichte van placebo, zowel voor effectiviteit als veiligheid. Een gunstig effect werd aangetoond voor olanzapine en risperidon. Hierbij werden echter frequent bijwerkingen gerapporteerd, waaronder extrapiramidale verschijnselen, sedatie en verwardheid. Het bijwerkingenprofiel van quetiapine bleek vergelijkbaar met placebo, maar effectiviteit op BPSD was beperkt. Een andere RCT kon een significant effect aantonen van risperidon (gemiddelde dosis 0.95 mg per dag) op agressie, agitatie en psychose. (40, 41)

Of de aangetoonde effectiviteit opweegt tegenover het risico op ernstige bijwerkingen, staat ter discussie en roept ethische vragen op. Naast de bovenvermelde nevenwerkingen, worden ook metabole veranderingen, cerebrovasculaire accidenten, verhoogd infectie- en valrisico en een hoog mortaliteitscijfer (3,5% t.o.v. 2,3% bij placebo) vermeld. In de literatuur wordt dan ook telkens een zorgvuldige afweging tussen baten en risico's geadviseerd. (39, 41)

Benzodiazepines

Het gebruik van benzodiazepines bij ouderen wordt in de literatuur meermaals afgeraden gezien het risico op bijwerkingen, tenzij in uiterste nood voor de kortdurende behandeling van slapeloosheid of in acute setting. Wetenschappelijke evidentie rond effectiviteit bij BPSD ontbreekt. (12, 16)

Andere geneesmiddelen

Cholinesterase-inhibitoren en memantine worden voornamelijk genoemd in het kader van onderhoudsbehandeling van dementie en minder bij BPSD. De cholinesterase-inhibitoren blijken daarbij vooral gunstig bij dementie gerelateerd aan de ziekte van Parkinson. Beide geneesmiddelengroepen hebben voornamelijk een effect op de cognitieve toestand van de patiënt, en slechts zeer beperkt op vlak van agitatie of andere vormen van BPSD. (12, 16)

Belgische en internationale richtlijnen voor de praktijktoepassing

Risperidon is het enige geneesmiddel dat door de EMA geregistreerd werd voor de medicamenteuze behandeling van mild tot ernstig probleemgedrag bij dementie, en dit voor een behandelduur van zes weken. In de Verenigde Staten publiceerde de FDA in 2005 een

algemene waarschuwing waarin het gebruik van antipsychotica voor deze indicatie volledig werd afgeraden. (12, 42)

De *American Psychiatric Association* (APA) formuleerde in 2015 een praktische richtlijn met algemene principes rond het gebruik van antipsychotica bij BPSD, zonder een specifieke voorkeur voor klassieke of atypische antipsychotica of doseringen. De opstart van een antipsychoticum moet grondig worden afgewogen tegenover de potentiële risico's en is enkel geïndiceerd bij ernstige BPSD en bij falen van niet-medicamenteuze maatregelen. Daarbij moet de laagst mogelijke effectieve dosis worden toegepast om de kans op nevenwerkingen te beperken. Indien na vier weken geen klinische respons optreedt, wordt aanbevolen het antipsychoticum af te bouwen. Bij een gunstig effect dient na maximaal vier maanden behandeling steeds een poging tot afbouw te worden gedaan. (43)

De Belgische richtlijnen, beschreven in het formularium ouderenzorg van Farmaka op het BCFI, sluiten hierbij aan en stellen volgend beleid voor op vlak van medicamenteuze behandeling: na uitsluiten van onderliggende infecties en benadering met niet-medicamenteuze maatregelen, kan na grondige afweging van de risico-batenverhouding een medicamenteus beleid worden ingesteld. Gebaseerd op de eerder vermelde studie van Husebo et al., wordt een eerst proefbehandeling met analgetica voorgesteld. Bij falen van deze behandeling na twee weken of ernstige BPSD, kan een antipsychoticum worden opgestart. De geselecteerde geneesmiddelen volgens BCFI zijn haloperidol en risperidon. Daarbij geldt het principe van *"start low, go slow"* en moet regelmatig worden geïnformeerd naar effectiviteit en tolerantie. Het is essentieel om bij het moment van opstart een stopdatum te voorzien, of uiterlijk na drie maanden het antipsychoticum af te bouwen of te stoppen. Bij deze aanbevelingen wordt de beperkte evidentie naar werkzaamheid en de negatieve risico-batenbalans meermaals benadrukt. (44)

Het ontbreken van consistentie en sterk onderbouwde literatuur zorgt voor gebrek aan eenduidige aanbevelingen. Het beperkt aantal bestaande richtlijnen en de zwakke evidentie ervan, zorgen voor uiteenlopende behandelstrategieën in de praktijk. Een studie van Azermai et al. naar antipsychoticagebruik in Belgische woonzorgcentra ondersteunt de discrepantie tussen literatuur en praktijk. Ongeveer één op de drie bewoners van Belgische woonzorgcentra wordt behandeld met ten minste één antipsychoticum. Er blijkt daarbij een lichte voorkeur voor de atypische groep, in het bijzonder risperidon, en voor haloperidol als typisch antipsychoticum. Opvallend is dat bij de overgrote meerderheid van de patiënten een chronisch gebruik wordt gezien, hoewel in bovenstaande aanbevelingen steeds een maximale behandelduur van 3 à 4 maanden wordt voorgesteld. (8)

In de literatuur heerst een consensus rond een nauwkeurige afweging van de eventuele opstart van antipsychotica of andere geneesmiddelen voor BPSD, na een uitgebreide niet-medicamenteuze benadering. Daarbij moet worden rekening gehouden met de problematiek en het profiel van de patiënt, alsook met mogelijk levensbedreigende neveneffecten. Als toch een geneesmiddel wordt gestart, moet dit worden beperkt in dosis en behandelduur, en in functie van het bekomen effect; een *one-size-fits-all* aanpak ontbreekt.

3 Praktijkverbeterend project

3.1 Methodologie

3.1.1 Onderzoeksopzet

3.1.1.1 Type onderzoek

Voor dit onderzoek werd een praktijkverbeterende, niet-gerandomiseerde, prospectieve interventiestudie met een pre-post design zonder controlegroep uitgevoerd met als doel na te gaan hoe het aanbieden van een beslissingsondersteunend hulpmiddel — in de vorm van een steekkaart die de actuele richtlijnen samenvat — wordt ervaren door huisartsen en of dit samenhangt met veranderingen in hun besluitvormingsproces. Het onderzoek combineert kwalitatieve en kwantitatieve elementen door gebruik te maken van voorbereidende gesprekken in de woonzorgcentra, vragenlijsten en dossieranalyse. De studie volgt een ontwerp met een nulmeting en nameting zonder controlegroep, waarbij dezelfde groep huisartsen op twee tijdstippen wordt bevraagd: vóór en na het gebruik van de steekkaart. De focus ligt op het verkrijgen van inzicht in hoe de aanpak kan worden verbeterd en welke veranderingen het gebruik van de steekkaart teweegbrengt bij huisartsen. De methodologie is opgebouwd volgens het FOCUS-PDCA-model (45), dat systematisch kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg ondersteunt (zie secties 3.1.2 en 3.1.3).

3.1.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het initiële doel waaruit dit onderzoek is ontstaan, is het concretiseren van de aanpak van agitatie bij personen met dementie in woonzorgcentra, specifiek vanuit het perspectief van de huisarts. Hiervoor werd een duidelijke en gebruiksvriendelijke richtlijn ontworpen in de vorm van een steekkaart. Deze steekkaart dient als praktisch hulpmiddel bij de besluitvorming van huisarts rond de behandeling van agitatie, met bijzondere aandacht voor niet-medicamenteuze interventies en rationeel voorschrijven van antipsychotica.

De primaire doelstelling van dit praktijkverbeterend project is het evalueren van de impact van de steekkaart op het besluitvormingsproces van huisartsen bij de behandeling van agitatie bij dementie in woonzorgcentra. Secundaire doelstellingen zijn het vergroten van bewustwording rond niet-medicamenteuze oorzakelijke factoren en interventies, alsook het reduceren van de frequentie en duur van antipsychoticagebruik bij deze patiëntengroep. Vanuit deze doelstellingen werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- In welke mate beïnvloedt het gebruik van de steekkaart de beslissingen van huisartsen bij de behandeling van agitatie bij dementie?

- Verandert de attitude van huisartsen tegenover niet-medicamenteuze interventies na het gebruik van de steekkaart?
- Heeft het gebruik van een beslissingsondersteunende steekkaart een invloed op het voorschrijfgedrag van huisartsen met betrekking tot antipsychotica bij agitatie bij dementie?

3.1.1.3 Studiepopulatie en inclusiecriteria

Het onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met drie woonzorgcentra in Oost-Vlaanderen: WZC Vincenthof in Oostakker, WZC Zonnehove in Sint-Denijs-Westrem en WZC Sint-Coleta in Gent. Deze centra werden geselecteerd op basis van hun expertise in de zorg voor personen met dementie en hun bereidheid tot deelname aan praktijkverbeterend onderzoek. De inclusiecriteria voor patiënten waren: een diagnose van dementie, ongeacht subtype (bijvoorbeeld ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, *Lewy body*, frontotemporale of Parkinson-dementie), en verblijf op de gesloten of dementieafdeling van één van de deelnemende centra. Patiënten die antipsychotica gebruikten voor een andere onderliggende psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie of een bipolaire stoornis, werden uitgesloten. Naast de patiënten, bestond de studiepopulatie uit de huisartsen die verantwoordelijk waren voor hun medische opvolging. Patiënten konden enkel geïncludeerd worden indien hun behandelende huisarts instemde met deelname aan de studie. Indien de huisarts deelname weigerde, werd de betreffende patiënt uitgesloten.

3.1.1.4 Ethische goedkeuring

Het onderzoeksprotocol, met als referentie ONZ-2024-0550, werd beoordeeld en goedgekeurd door het Ethisch Comité van UZ Gent op 18 februari 2025 (Bijlage A). Alle procedures werden uitgevoerd in overeenstemming met de Verklaring van Helsinki (2013), de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR, 2018) en de richtlijnen van de Universiteit Gent met betrekking tot gegevensbescherming en ethisch verantwoord onderzoek. Voor deelname werd van alle betrokken huisartsen elektronisch geïnformeerde toestemming (Bijlage B) verkregen via *DocuSign*. Alle geïncludeerde bewoners met dementie werden, in overleg met de hoofdverpleegkundigen, als wilsonbekwaam beoordeeld. Daarom werd het geïnformeerd toestemmingsformulier (Bijlage C) telkens ondertekend door de wettelijke vertegenwoordiger, na voorafgaande informatie over het onderzoek.

3.1.2 FOCUS-analyse

Om het praktijkverbeterend project gestructureerd uit te werken, werd gebruikgemaakt van de FOCUS-methodologie (45). Deze methode biedt een kader om systematisch te werken aan

kwaliteitsverbetering binnen de gezondheidszorg en bestaat uit vijf opeenvolgende stappen: *Find*, *Organize*, *Clarify*, *Understand* en *Select*.

3.1.2.1 Find – Identificatie van het probleem

In deze eerste fase werd het centrale probleem geïdentificeerd: de moeilijke en vaak inconsistente aanpak van agitatie bij personen met dementie in woonzorgcentra.

Zowel observaties in de klinische praktijk als het hieraan voorafgegane literatuuronderzoek wezen op aanzienlijke variatie in behandeling, in het bijzonder bij het voorschrijven van antipsychotica. Tegelijkertijd blijken niet-medicamenteuze interventies in de praktijk nog onvoldoende toegepast.

3.1.2.2 Organize – Samenstelling van het onderzoeksteam

Voor dit project werd nauw samengewerkt met de drie woonzorgcentra vermeld in sectie 3.1.1.3 Binnen elk centrum werden de hoofdverpleegkundige van de dementieafdeling, de CRA-arts en, waar mogelijk, andere zorgverleners zoals de ergotherapeut, kinesitherapeut en referentiepersoon dementie actief betrokken.

3.1.2.3 Clarify – Analyse van de huidige praktijk

In elk woonzorgcentrum werd een gesprek voor *Root Cause Analysis* (RCA) georganiseerd met de hierboven genoemde actoren. Aan de hand van het Ishikawa-diagram (46), ook wel visgraatdiagram genoemd, werden de mogelijke oorzaken van moeilijkheden en inconsistenties in de behandeling van agitatie systematisch geïdentificeerd en besproken. De bevindingen werden systematisch genoteerd en nadien geclusterd in terugkerende thema's. Thema's zoals communicatie, personeelsbezetting, opleiding, infrastructuur, medicatiebeleid en rapportering kwamen hierbij naar voren. De volledige analyse werd samengevat en visueel weergegeven in een diagram (Bijlage D).

3.1.2.4 Understand – Oorzaken van de knelpunten

Uit de besprekingen kwamen verschillende terugkerende thema's naar voren. De aanpak van agitatie blijkt sterk afhankelijk van de kennis, ervaring en attitude van de betrokken zorgverleners. Daarnaast bemoeilijken personeelstekort, tijdsdruk en organisatorische factoren een consistente en niet-medicamenteuze aanpak. Ten slotte spelen ook omgevingsfactoren, zoals beperkte infrastructuur en storende prikkels, een belangrijke rol in het ontstaan en de aanpak van agitatie.

3.1.2.5 Select – Keuze van de interventie

Vertrekkende vanuit de RCA werd een selectie gemaakt van de meest beïnvloedbare en praktijkgerichte factoren binnen het visgraatdiagram. Omdat de huisarts een centrale rol speelt in zowel het stimuleren van niet-medicamenteuze interventies als het voorschrijven en opvolgen van medicatie, werd ervoor gekozen om het project te richten op hun besluitvorming. Deze dubbele rol maakt hen tot een essentiële schakel in het streven naar een correcte behandeling van agitatie bij dementie.

Een beslissingsondersteunende steekkaart (Bijlage E) in pocketformaat werd ontwikkeld om huisartsen een houvast te bieden bij hun klinische besluitvorming. De kaart bevat een flowchart, afgestemd op de actuele aanbevelingen van het BCFI en bestaande literatuur over de behandeling van agitatie bij dementie, zoals eerder beschreven. Daarbij ligt de nadruk op de aanpak van onderliggende factoren, voorkeur voor niet-medicamenteuze interventies en proefbehandeling met analgetica, met pas als laatste stap de eventuele opstart van risperidon aan lage dosis. Bijzondere aandacht gaat naar herevaluatie van de ondernomen maatregelen en de afbouw van het antipsychoticum.

3.1.3 PDCA-cyclus

De PDCA-cyclus (*Plan-Do-Check-Act*) (47) is een systematisch kwaliteitsverbeteringsmodel dat, vaak na een eerdere FOCUS-analyse, wordt toegepast in de gezondheidszorg. Het biedt een cyclisch kader om interventies te plannen, te implementeren, te evalueren en bij te sturen.

3.1.3.1 Plan – Ontwikkeling van de interventie en meetstrategie

Op basis van de FOCUS-analyse werd de in sectie 3.1.2.5 beschreven steekkaart ontwikkeld. Tegelijkertijd werd een meetstrategie uitgewerkt om de impact van de interventie te evalueren. Hiervoor werden vragenlijsten voor huisartsen ontworpen, waarmee hun aanpak van agitatie tijdens de nulmeting (Bijlage F) en de nameting (Bijlage G) van de interventieperiode in kaart kan gebracht worden. De vragenlijsten werden specifiek voor dit project ontwikkeld en zijn niet extern gevalideerd.

Daarnaast werden retrospectieve en prospectieve gegevens verzameld via de analyse van medische patiëntendossiers, specifiek gericht op het gebruik van antipsychotica. Er werd geregistreerd of antipsychotica werden voorgeschreven, welk soort werd gebruikt, de totale dagdosering, vanaf welke datum en voor welke indicatie. In de meerderheid van de dossiers bleek het echter niet mogelijk om de exacte startdatum of indicatie van het antipsychoticum te achterhalen, voornamelijk door beperkte of onvolledige documentatie in de medische dossiers.

Dit beperkte de mogelijkheid om het voorschrijfgedrag nauwkeurig te analyseren en vormt een belangrijke beperking van de studie.

3.1.3.2 Do – Implementatie van de interventie

De interventie werd geïmplementeerd in de drie deelnemende woonzorgcentra, waarbij telkens één huisarts in opleiding (HAIO) verantwoordelijk was voor de implementatie binnen het betreffende centrum: Juliette Vanhaecke voor WZC Vincenthof, Romanie Lammertyn voor WZC Zonnehove en Justine Van Acker voor WZC Sint-Coleta.

Alle behandelende huisartsen van patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, werden telefonisch en per e-mail uitgenodigd om deel te nemen. Voorafgaand aan de interventie werden de patiëntendossiers geraadpleegd om de in sectie 3.1.3.1 beschreven retrospectieve gegevens te verzamelen. Vervolgens ontvingen de huisartsen de eerste vragenlijst. Nadat zij deze hadden ingevuld, werden de fysieke steekkaarten persoonlijk bij hun praktijk afgeleverd. Gedurende de interventieperiode, die liep van juni 2025 tot en met november 2025, werd van de huisartsen verwacht dat zij de steekkaart gebruikten als hulpmiddel in hun dagelijkse besluitvorming bij de behandeling van agitatie bij personen met dementie.

3.1.3.3 Check – Evaluatie en dataverwerking

Na afloop van de zes maanden durende interventieperiode werd de effectiviteit van de steekkaart geëvalueerd aan de hand van een nameting bij de deelnemende huisartsen. De vragenlijsten van nul- en nameting werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek, waarbij veranderingen in zelfgerapporteerde aanpak, attitude en besluitvorming in kaart werden gebracht. Open antwoorden werden thematisch geanalyseerd.

Tegelijkertijd werden de medische dossiers opnieuw geanalyseerd om veranderingen in het voorschrijven van antipsychotica tijdens de interventieperiode te evalueren. Hierbij werd gekeken naar frequentie van opstart, eventuele afbouw, type antipsychoticum, dosering en – waar beschikbaar – voor welke indicatie.

De antwoorden van de huisartsen werden geanonimiseerd verwerkt, waardoor individuele koppelingen tussen de nul- en nameting niet mogelijk was. Hierdoor konden geen gepaarde statistische analyses worden uitgevoerd en zijn de resultaten beperkt tot groepsvergelijkingen.

3.1.3.4 Act – Terugkoppeling en aanbevelingen

De bevindingen uit dit project vormen de basis voor het formuleren van aanbevelingen rond verdere optimalisatie van de steekkaart en de implementatie ervan in de woonzorgcentra. De knelpunten en suggesties die naar voren kwamen tijdens de multidisciplinaire overlegmomenten en uit de vragenlijsten, bieden aanknopingspunten voor een gerichte

terugkoppeling naar de betrokken zorgteams. Dit moet hen ondersteunen in het verder verbeteren van de aanpak van agitatie bij dementie en het bevorderen van een rationeel gebruik van antipsychotica. De effectieve implementatie en evaluatie van deze aanbevelingen vallen buiten het bestek van deze studie.

3.2 Resultaten

3.2.1 Studiepopulatie

3.2.1.1 Deelnemende huisartsen

In totaal werden 45 huisartsen uitgenodigd om deel te nemen aan het praktijkverbeterend project, aangezien zij behandelend arts waren van één of meerdere geïncludeerde patiënten. Van deze groep ondertekenden 29 huisartsen het formulier voor geïnformeerde toestemming. Aan hen werden twee vragenlijsten voorgelegd, namelijk voor introductie van de steekkaart (nulmeting) en na zes maanden gebruik van de steekkaart (nameting). 25 huisartsen vulden de vragenlijst bij de nulmeting in, waarvan 1 huisarts de vragenlijst slechts gedeeltelijk invulde. Bij de nameting vulden 20 huisartsen de vragenlijst in.

Voor de beschrijvende analyse van de nulmeting werden alle beschikbare gegevens van de 25 ingevulde vragenlijsten gebruikt. Eén vragenlijst werd gedeeltelijk ingevuld; voor analyses per vraag werden enkel de beschikbare antwoorden meegenomen. Voor de vergelijkende analyse van verandering tussen nulmeting en nameting werden de gegevens van 20 huisartsen opgenomen die de tweede vragenlijst volledig invulden.

Binnen de groep van 25 huisartsen die de vragenlijst bij nulmeting invulden, was er een brede spreiding in het aantal jaren werkzaam als huisarts. 7 huisartsen (28%) hadden minder dan 5 jaar praktijkervaring, terwijl 9 huisartsen (36%) meer dan 20 jaar klinische ervaring rapporteerden. 6 huisartsen (24%) waren tussen 5 en 10 jaar werkzaam als huisarts en 3 huisartsen (12%) tussen 10 en 20 jaar.

Van de 5 huisartsen die de vragenlijst bij nameting niet invulden, hadden 3 (60%) meer dan 20 jaar praktijkervaring, 1 huisarts (20%) minder dan 5 jaar ervaring en 1 huisarts (20%) tussen 5 en 10 jaar ervaring.

3.2.1.2 Geïncludeerde patiënten

In totaal werden 90 bewoners met een diagnose van dementie op de gesloten afdelingen van de drie deelnemende woonzorgcentra geïdentificeerd. 24 patiënten werden geëxcludeerd omdat de behandelend huisarts niet deelnam aan het onderzoek, waardoor 66 patiënten in aanmerking kwamen voor inclusie. Van deze 66 patiënten werden er 18 geëxcludeerd wegens weigering van geïnformeerde toestemming en 6 op basis van een psychiatrische voorgeschiedenis, wat resulteerde in 42 patiënten.

Tijdens de interventieperiode met gebruik van de steekkaart overleden 9 patiënten. Aangezien voor deze patiënten geen gegevens beschikbaar waren op beide tijdstippen, werden zij

geëxcludeerd. Alle resultaten van de dossieranalyse zijn daarom gebaseerd op de 33 patiënten met gegevens op zowel nulmeting (T0) als nameting (T1).

In WZC Zonnehove ging het om 13 patiënten, in WZC Vincenthof 7 patiënten en in WZC Sint-Coleta 13 patiënten. De verdeling van de patiënten per woonzorgcentrum wordt weergegeven in Bijlage H.

3.2.2 Resultaten van de vragenlijsten bij huisartsen

3.2.2.1 Ervaring en zelfgerapporteerde aanpak van agitatie vóór de interventie

De frequentie waarmee huisartsen in contact kwamen met BPSD varieerde. Bij de nulmeting rapporteerden 4 huisartsen (16%) bijna wekelijks in contact te komen met BPSD, 7 (28%) maandelijks en 14 (56%) enkele keren per jaar. Wat betreft het ervaren gevoel van competentie in de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie, voelden 16 huisartsen (64%) zich neutraal, 6 (24%) voldoende en 3 (12%) onvoldoende ervaren.

Agitatie/agressie werd door 23 huisartsen (92%) genoemd als meest frequent voorkomend symptoom, gevolgd door dwaalgedrag (16; 64%), ontremming (14; 56%), depressie (10; 40%), hallucinaties/wanen (9; 36%) en apathie (7; 28%). Meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk.

In geval van agitatie voerden 15 huisartsen (63%) zo goed als altijd een anamnese en klinisch onderzoek uit, 8 (33%) vaak en 1 (4%) soms.

Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat de anamnese voornamelijk gericht was op het identificeren van onderliggende oorzaken. Pijn werd door 10 huisartsen expliciet bevraagd of uitgesloten, infecties door 7. Daarnaast verwezen meerdere huisartsen naar het nagaan van recente gebeurtenissen, medicatiewijzigingen, uitlokkende factoren en de evolutie van het gedrag. Door verschillende huisartsen werd aangegeven dat de mogelijkheid tot anamnese afhankelijk is van de graad van dementie. Heteroanamnese via zorgpersoneel werd door 7 huisartsen expliciet vermeld, waarbij overleg met verpleegkundigen of verzorgenden als essentieel werd beschouwd.

Wat betreft het klinisch onderzoek werd controle van vitale parameters door meerdere huisartsen expliciet vermeld, waaronder de bloeddruk, temperatuur en zuurstofsaturatie. Daarnaast werd een gericht somatisch onderzoek uitgevoerd, waarbij hartauscultatie door 12 huisartsen en longauscultatie door 13 werd genoemd. Abdominaal onderzoek werd door 6 huisartsen vermeld. Sommige huisartsen formuleerden hun aanpak in algemene termen, zoals “volledig klinisch onderzoek” of “onderliggende infectie of pijn/ongemak uitsluiten”, zonder

verdere specificatie. Daarnaast werden cognitieve evaluatie en expliciete oriëntatiecontrole beiden door 1 huisarts vermeld.

Wat betreft aanvullend onderzoek verrichtten 5 huisartsen (21%) zo goed als altijd labo-onderzoek bij agitatie, 12 (50%) vaak en 7 (29%) soms.

In de open vraag naar welke labo-onderzoeken aangevraagd worden, werd herhaaldelijk verwezen naar het uitsluiten van een infectieus proces. Urineonderzoek werd door 17 huisartsen vermeld, bloedonderzoek door 19. Binnen het bloedonderzoek lag de nadruk vooral op ontstekingsparameters (zoals CRP en complet), nierfunctie en elektrolyten, aangevuld met levertesten. Minder frequent werden bijkomende parameters zoals schildklierfunctie, glycemie, ferritine en vitamine B12 bepaald. Slechts 1 huisarts noemde stollingsparameters. Enkele huisartsen benadrukten dat aanvullende onderzoeken selectief en symptoomgestuurd werden ingezet. Zo gaf 1 huisarts aan: “urineonderzoek, bloedonderzoek zo symptomen suggestief voor onderliggende infectie.”

Beeldvorming werd door 22 huisartsen (92%) zelden tot nooit verricht en door 2 (8%) soms, uitsluitend bij duidelijke klinische indicaties. 1 huisarts omschreef dit als volgt: “Bij val en vermoeden van breuk: RX. Bij vermoeden van slijmbeursontsteking: echografie. Bij vermoeden diepe veneuze trombose: echo doppler etc.”

Op één na alle huisartsen rapporteerden het gebruik van niet-medicamenteuze interventies. Het vaakst werd verwezen naar overleg en afstemming met het zorgteam, waarbij gezamenlijk gezocht werd naar mogelijke oorzaken en een aangepaste aanpak. Daarnaast werden maatregelen gericht op structuur, voorspelbaarheid en rust frequent genoemd, zoals het aanbrengen van een vast dagritme, herkenbare gewoontes en een rustige benadering door zorgverleners. Omgevingsaanpassingen vormden een tweede belangrijke pijler. Huisartsen beschreven het creëren van een prikkelarme of veilige omgeving, het identificeren en vermijden van uitlokkende factoren, en het aanpassen van zorg- of omgevingscontext aan de noden van de patiënt. Verder werden psychosociale interventies vermeld, waaronder gesprek en nabijheid, afleiding, sociale activiteiten, lichaamsbeweging en – indien beschikbaar – psychologische begeleiding. Ook aandacht voor basisbehoeften zoals hygiëne, eten, drinken en stoelgang werd expliciet genoemd, evenals het nagaan van mogelijke *“unfulfilled needs”*. 1 huisarts gaf aan geen niet-medicamenteuze interventies toe te passen. Daarnaast werd uitzonderlijk verwezen naar fixatiemaatregelen binnen het woonzorgcentrum.

Naast niet-medicamenteuze interventies verwezen de huisartsen in hun antwoorden ook naar medicamenteuze strategieën bij agitatie, doorgaans onder specifieke voorwaarden, zoals het falen van niet-medicamenteuze maatregelen, uitgesproken onrust of gevaar voor de patiënt of

omgeving. In meerdere antwoorden werd expliciet het belang benadrukt van een oorzakelijke behandeling alvorens psychofarmaca te overwegen. Analgetica werden in 8 antwoorden vermeld, voornamelijk bij vermoeden van onderliggende pijn. Antibiotica werden in 6 antwoorden genoemd bij vermoeden of bevestiging van een infectie. In 5 antwoorden werd expliciet aangegeven dat eerst somatische factoren – zoals infectie, obstipatie of pijn – behandeld werden alvorens over te gaan tot psychofarmaca. Daarnaast werden in beperkte mate natuurlijke of plantaardige middelen vermeld.

Wat betreft het voorschrijven van psychofarmaca bij agitatie gaven 20 huisartsen (83%) aan dit soms te doen en 4 (17%) vaak. Geen enkele huisarts rapporteerde dit zelden tot nooit te doen. Antipsychotica werden door 23 huisartsen (96%) vermeld. Als voorkeursantipsychoticum werd risperidon het vaakst vermeld (14; 58%), gevolgd door haloperidol (8; 33%), quetiapine (4; 17%) en olanzapine (4; 17%). Meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk. 15 huisartsen (62%) wisten dat enkel risperidon EMA-approved is voor agitatie bij ouderen met dementie. Naast antipsychotica werden ook antidepressiva vermeld door 6 huisartsen (25%), waarbij het ging om SSRI's, met name sertraline en citalopram. Benzodiazepines werden in 8 antwoorden (32%) genoemd, doorgaans in het kader van kortdurend of situationeel gebruik.

De meest frequent aangehaalde reden om over te gaan tot psychofarmaca was een verstoring van de leef- of zorgcontext, genoemd door 15 huisartsen. Hieronder vielen onder meer storend gedrag naar medebewoners, onhandelbaarheid voor het zorgteam, agressie of gevaar voor de patiënt zelf of voor de omgeving, en situaties waarin de zorg niet langer adequaat kon worden voortgezet. 8 huisartsen gaven expliciet aan dat het initiatief tot medicamenteuze therapie mede op vraag van het zorgteam werd genomen. Daarnaast werd het langdurige of aanhoudende karakter van de agitatie 12 keer genoemd. In meerdere antwoorden werd expliciet verwezen naar agitatie die bleef bestaan ondanks eerdere interventies of waarvoor geen duidelijke onderliggende oorzaak werd gevonden. In sommige antwoorden liepen deze motieven in elkaar over, bijvoorbeeld wanneer langdurige agitatie gepaard ging met storend gedrag en het uitblijven van effect van niet-medicamenteuze maatregelen. 1 huisarts formuleerde dit als volgt: "Langdurige agitatie, waarbij geen niet-medicamenteuze oplossing (geen psycholoog of aanpassing zorg/structuur e.d.). Vooral ook als het duidelijk is dat de bewoner dit zelf als oncomfortabel aangeeft of oncomfortabel lijkt te zijn."

Bij de opstart van psychofarmaca spraken 8 huisartsen (33%) zo goed als altijd een stopdatum af, 8 (33%) soms, 5 (21%) vaak en 3 (13%) zelden tot nooit. Van de 21 huisartsen die aangaven meestal, soms of vaker een stopdatum af te spreken, gaf de meerderheid aan een vroege herevaluatie te voorzien, doorgaans binnen 1 tot 2 weken na opstart van de medicatie.

Evaluatiemomenten rond vier weken werden eveneens frequent vermeld. Daarnaast werd door meerdere huisartsen een maximale behandelduur tussen 6 en 12 weken aangehaald, vaak geformuleerd als 1 tot 3 maanden. Enkele respondenten beschreven expliciet een traject van initiële dosisopbouw tot effect, gevolgd door geleidelijke afbouw na stabilisatie. Verschillende huisartsen benadrukten dat de exacte timing afhankelijk is van de klinische evolutie, de ernst van de agitatie en het type medicatie. Wat betreft het beleid bij chronisch gebruik van antipsychotica gaven 5 huisartsen (21%) aan bijna altijd een afbouw te overwegen, 9 (38%) vaak, 9 (38%) soms en 1 (4%) zelden tot nooit.

Op de vraag naar de grootste uitdaging bij de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie werd de keuze tussen diverse behandelopties het vaakst genoemd (14; 58%). Daarnaast werden samenwerking met andere zorgverleners (11; 46%) en diagnosestelling (10; 42%) frequent vermeld. Communicatie met mantelzorgers werd door 5 huisartsen (21%) aangehaald. 1 huisarts (4%) formuleerde als bijkomende uitdaging: “de gepaste oplossing vinden, liefst niet medicamenteus.” Meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk.

Samenwerking met een psychiater of geriater bij agitatie werd beperkt gerapporteerd: 12 huisartsen (50%) gaven aan dit zelden tot nooit te doen, 10 (42%) soms en 2 (8%) vaak.

3.2.2.2 Gebruik en evaluatie van de steekkaart

Van de 20 huisartsen die de nameting volledig invulden, rapporteerden 11 (55%) de steekkaart effectief gebruikt te hebben tijdens hun besluitvorming bij de aanpak van agitatie, terwijl 9 (45%) aangaven de steekkaart niet gebruikt te hebben.

De redenen voor het niet-gebruik waren uiteenlopend. Meerdere huisartsen verwezen naar tijdsdruk of het snelle verloop van klinische situaties, waardoor de steekkaart niet tijdig werd geraadpleegd. Zo gaf 1 huisarts aan dat een casus vaak al behandeld was tegen het moment dat hij of zij aan de steekkaart dacht. Het niet bijhebben of niet onmiddellijk kunnen terugvinden van de steekkaart werd door 4 huisartsen expliciet vermeld. Daarnaast werd door enkele respondenten aangegeven dat de inhoud van de steekkaart grotendeels overeenkwam met hun bestaande aanpak. 1 huisarts verwees expliciet naar de gelijkenis met bestaande richtlijnen en gaf aan dit beleid al toe te passen in de eigen praktijk. Een andere huisarts stelde de praktische haalbaarheid van het bijhouden van afzonderlijke steekkaarten voor verschillende aandoeningen in vraag binnen de dagelijkse praktijk. 2 huisartsen gaven aan geen gebruik te hebben gemaakt van de steekkaart omdat zij tijdens de interventieperiode geen patiënten met agitatie hadden gezien.

Bij de huisartsen die de steekkaart gebruikten (n = 11) varieerde de frequentie van gebruik. 1 huisarts (9%) gaf aan de steekkaart zo goed als altijd te gebruiken, 4 (36%) vaak, 5 (45%) soms en 1 (9%) zelden tot nooit.

Wat betreft de bruikbaarheid beoordeelden 9 huisartsen (82%) de steekkaart als “absoluut handig in gebruik” en 2 (18%) als “in zekere mate handig”. Geen enkele huisarts gaf aan de steekkaart niet bruikbaar te vinden. De 2 respondenten die de steekkaart slechts in zekere mate handig vonden, formuleerden elk een verschillende bedenking. 1 huisarts gaf aan dat de steekkaart beknopt was en na één of twee keer gebruik niet langer actief werd geraadpleegd. De andere huisarts stelde de haalbaarheid van de voorgestelde niet-medicamenteuze interventies in vraag binnen de organisatorische context van het woonzorgcentrum en gaf aan dat deze eerste stap in de huidige zorgorganisatie niet steeds realiseerbaar is.

Wat betreft de bewustwording van het eigen voorschrijfgedrag gaven alle 11 huisartsen (100%) die de steekkaart gebruikten aan dat deze hen bewuster had gemaakt. 5 huisartsen (45%) rapporteerden een duidelijke toename in bewustwording, terwijl 6 (55%) aangaven in zekere mate meer bewust te zijn geworden.

De invloed van de steekkaart op de werkdruk of de beleving van zorgverleners werd eveneens bevraagd bij de 11 huisartsen die de steekkaart gebruikten. 7 huisartsen (64%) rapporteerden geen duidelijke invloed. 2 huisartsen (18%) gaven een eerder positieve invloed aan, bijvoorbeeld in de vorm van minder onzekerheid over de aanpak of een betere samenwerking. 1 huisarts (9%) ervaarde een eerder negatieve invloed, onder meer door een verhoogde werklast of weerstand tegen verandering. 1 respondent (9%) gaf aan het advies niet te hebben doorgegeven aan het personeel omdat dit volgens hem of haar niet haalbaar leek gezien de al hoge werkdruk.

Ten slotte werd aan alle 20 huisartsen gevraagd hoe waarschijnlijk het was dat zij in de toekomst opnieuw gebruik zouden maken van de steekkaart. 2 huisartsen (10%) gaven aan dit zeer waarschijnlijk te doen, 10 (50%) eerder waarschijnlijk, 5 (25%) neutraal en 3 (15%) eerder onwaarschijnlijk. Geen enkele huisarts gaf aan dit zeer onwaarschijnlijk te vinden.

In het optionele opmerkingenveld aan het einde van de nameting lieten enkele huisartsen bijkomende reflecties achter. 1 huisarts benadrukte dat agitatie bij dementie een moeilijk en individueel te benaderen probleem vormt. Een andere huisarts omschreef de steekkaart als eerder summier en weinig vernieuwend, maar mogelijk nuttig als geheugensteun bij afbouw van medicatie of als ondersteuning voor HAIO’s. Een derde respondent gaf aan dat de interventie, ondanks het niet gebruiken van de steekkaart, had bijgedragen tot een verhoogde aandacht voor het voorafgaandelijk zoeken naar een onderliggende etiologie.

3.2.2.3 Zelfgerapporteerde verandering in aanpak van agitatie na de interventie

Van de 20 huisartsen die de nameting volledig invulden, gaven 18 (90%) aan tijdens de interventieperiode in contact te zijn gekomen met agitatie bij ouderen met dementie. De analyse van zelfgerapporteerde verandering in aanpak werd uitgevoerd op basis van deze 18 huisartsen.

Wat betreft het nagaan van onvervulde behoeften (zoals honger, dorst, slecht gehoor of slecht zicht) rapporteerden 6 huisartsen (33%) dit vaker dan voordien te doen, 11 (61%) even vaak als voordien en 1 (6%) minder dan voordien.

Voor het screenen naar onderliggende medische aandoeningen (zoals pijn, constipatie, of eventuele medicatiebijwerkingen) gaven 7 huisartsen (39%) aan dit vaker dan voordien na te gaan, terwijl 11 (61%) aangaven dit even vaak te doen. Geen enkele huisarts rapporteerde dit minder frequent te doen dan vóór de interventie.

Het uitvoeren van technische onderzoeken (zoals bloed- of urineonderzoek) alvorens een therapie in te stellen, werd door 5 huisartsen (28%) vaker dan voordien verricht, terwijl 13 (72%) aangaven dit even vaak te doen. Ook hier rapporteerde geen enkele huisarts een afname ten opzichte van de periode vóór de interventie.

Wat betreft het voorschrijven van antipsychotica gaven 11 huisartsen (61%) aan dit even vaak als voordien te doen. 5 huisartsen (28%) rapporteerden minder frequent antipsychotica te hebben voorgeschreven. 1 huisarts (6%) gaf aan tijdens de interventieperiode geen antipsychotica te hebben voorgeschreven, terwijl dit voordien wel het geval was. 1 huisarts (6%) gaf aan, net zoals voordien, geen antipsychotica te hebben voorgeschreven. Geen enkele huisarts rapporteerde een toename in het voorschrijven van antipsychotica in vergelijking met de periode vóór de interventie.

De 16 huisartsen die tijdens de interventieperiode antipsychotica voorschreven bij agitatie bij patiënten met dementie, gaven aan dit voornamelijk te doen bij aanhoudende agitatie. 5 huisartsen vermeldden expliciet dat niet-medicamenteuze interventies onvoldoende effect hadden. 6 huisartsen gaven aan dat ondanks voorafgaand onderzoek geen duidelijke onderliggende somatische oorzaak werd gevonden, waardoor geen gerichte oorzakelijke behandeling kon worden ingesteld. Ernstige agitatie en storend gedrag binnen de woonzorgcontext werden eveneens aangehaald als reden. Daarbij werd verwezen naar situaties waarin de veiligheid van de patiënt zelf, medebewoners of zorgverleners in het gedrang kwam, of waarin de zorgverlening bemoeilijkt werd. 2 huisartsen vermeldden expliciet dat de vraag vanuit het zorgteam of de verpleegomkadering meespeelde in de beslissing. Ook verminderde levenskwaliteit en comfort van de patiënt werden 3 keer als argument genoemd.

Naast risperidon rapporteerden 7 van de 16 huisartsen (43%) die antipsychotica voorschreven ook andere antipsychotica te hebben gebruikt tijdens de interventieperiode. Quetiapine werd het vaakst vermeld, gevolgd door haloperidol. Daarnaast werden ook olanzapine, dipiperon en levomepromazine genoemd. Voor de keuze van een alternatief antipsychoticum werden verschillende overwegingen aangehaald. In 1 geval werd vermeld dat risperidon voordien onvoldoende effect had gehad. Veiligheidsaspecten en mogelijke bijwerkingen speelden eveneens een rol, waarbij het risico op hypotensie en het risico op acute dood bij opstart afzonderlijk werden genoemd. Daarnaast verwees 1 huisarts naar recente geriatrische richtlijnen, met betrekking tot dipiperon, en een andere naar zijn klinische ervaring van 40 jaar lang. Ook patiëntgebonden factoren, zoals comorbiditeit (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson), slikmogelijkheden of een klinisch beeld met meer uitgesproken psychotische kenmerken, werden aangehaald.

Vervolgens werd gevraagd of er bij de opstart van antipsychotica ook een stopdatum werd afgesproken. Van deze 16 huisartsen gaven 6 (38%) aan dit zo goed als altijd te doen, 5 (31%) vaak en 5 (31%) soms. Geen enkele huisarts gaf aan zelden of nooit een stopdatum af te spreken.

Aan dezelfde 16 huisartsen werd gevraagd of zij antipsychotica gedurende een periode langer dan 3 maanden hadden voorgeschreven. 3 huisartsen (19%) rapporteerden dat dit het geval was. 8 huisartsen (50%) gaven aan antipsychotica maximaal gedurende 3 maanden voor te schrijven en 2 (13%) altijd korter dan 3 maanden. Bij 3 huisartsen (19%) was deze vraag niet van toepassing, aangezien de agitatie-episodes minder dan 3 maanden geleden waren ontstaan. Bij de 3 huisartsen die langduriger voorschreven, werd in 2 verklarende antwoorden verwezen naar persisterende symptomen van agitatie. 1 huisarts formuleerde een meer uitgebreide contextuele motivatie en verwees naar eerdere mislukte stoppogingen binnen het woonzorgcentrum, een hoge hervalratio na afbouw en organisatorische beperkingen zoals personeelstekort en onvoldoende expertise in de omgang met agitatie. In dat antwoord werd gesteld dat antipsychotica binnen deze context als moeilijk vervangbaar werden ervaren.

Naast antipsychotica rapporteerden 6 huisartsen (33%) in de voorbije periode ook andere psychofarmaca te hebben voorgeschreven bij agitatie. Binnen deze groep werden benzodiazepines 3 keer en antidepressiva 4 keer vermeld, waarbij meerdere antwoorden per respondent mogelijk waren. Als redenen om voor een alternatief binnen de psychofarmaca te kiezen, verwezen 2 huisartsen naar een onvoldoende effect van eerdere antipsychoticabehandeling. 2 huisartsen gaven aan dat de vraag vanuit het zorgteam meespeelde in de beslissing, terwijl 1 huisarts klinische ervaring voornamelijk als overweging vermeldde.

Hoewel de vragenlijsten wijzen op een toegenomen bewustwording en zelfgerapporteerde gedragsverandering bij huisartsen, biedt de dossieranalyse inzicht in de mate waarin deze veranderingen zich daadwerkelijk vertaalden naar het voorschrijfgedrag bij patiënten.

3.2.3 Resultaten van de dossieranalyse bij patiënten

3.2.3.1 Opmerkingen over databeschikbaarheid

Voor de datacollectie over het gebruik van antipsychotica in de woonzorgcentra werden patiëntendossiers geraadpleegd met als doel de stofnaam, opstartdatum, indicatie en dosering te documenteren.

Door een overschakeling van het elektronisch medisch programma in WZC Vincenthof en doordat antipsychotica in sommige gevallen vóór institutionalisering werden opgestart, waren de gegevens over de opstartdatum in een aantal dossiers onvolledig of onbetrouwbaar. Wanneer antipsychotica vóór opname in het woonzorgcentrum waren gestart, werd namelijk vaak de opnamedatum als startdatum geregistreerd. Daarom werd in de analyse geen gebruik gemaakt van de geregistreerde opstartdatum. In plaats daarvan werd per patiënt nagegaan of het antipsychoticum al langer dan drie maanden werd gebruikt, wat in de literatuur wordt beschouwd als chronisch gebruik. (8)

De indicatie voor opstart van het antipsychoticum werd, indien beschikbaar, eveneens geregistreerd. Deze gegevens waren beschikbaar voor WZC Zonnehove en WZC Sint-Coleta.

3.2.3.2 Antipsychoticagebruik vóór de interventie

Bij de nulmeting (T0) gebruikten 10 van de 33 patiënten (30%) een antipsychoticum.

WZC Zonnehove

In WZC Zonnehove gebruikten 5 van de 13 patiënten (38%) een antipsychoticum bij de nulmeting. In alle gevallen ging het om chronisch gebruik. 1 patiënt gebruikte 2 verschillende antipsychotica, namelijk olanzapine en haloperidol. De overige patiënten gebruikten quetiapine, olanzapine of haloperidol, waarbij haloperidol in 1 geval enkel zo nodig werd toegediend. De geregistreerde indicaties voor opstart waren onder andere slaapproblemen, onrust, agitatie, roepgedrag, hallucinaties en verwardheid.

WZC Vincenthof

In WZC Vincenthof gebruikten 3 van de 7 patiënten (43%) een antipsychoticum. In alle gevallen ging het om chronisch gebruik en bij 2 patiënten werd een combinatie van 2 antipsychotica gebruikt. De gebruikte middelen waren etumine, dipiperon, olanzapine, haloperidol en aripiprazol. Door de overschakeling naar een nieuw elektronisch medisch

programma waren geen gegevens beschikbaar over de indicatie voor opstart van deze medicatie.

WZC Sint-Coleta

In WZC Sint-Coleta gebruikten 2 van de 13 patiënten (15%) een antipsychoticum bij de nulmeting. Het betrof in beide gevallen chronisch gebruik. De gebruikte middelen waren risperidon en quetiapine. De geregistreerde indicaties voor opstart waren agitatie, onrust en hallucinaties.

Een overzicht van de individuele medicatiegegevens wordt weergegeven in Tabel 1.

3.2.3.3 Antipsychoticagebruik na de interventie

Bij de nameting (T1) gebruikten 10 van de 33 patiënten (30%) een antipsychoticum.

WZC Zonnehove

In WZC Zonnehove gebruikten 6 van de 13 patiënten (46%) een antipsychoticum bij de nameting. Bij 1 patiënt werd quetiapine vervangen door risperidon. Daarnaast werd bij 1 patiënt risperidon opgestart wegens nachtelijke onrust. De overige medicatie bleven ongewijzigd.

WZC Vincenthof

In WZC Vincenthof gebruikten 3 van de 7 patiënten (43%) een antipsychoticum bij de nameting. Er werden geen wijzigingen vastgesteld in type of dosering van de medicatie ten opzichte van de nulmeting.

WZC Sint-Coleta

In WZC Sint-Coleta gebruikte 1 van de 13 patiënten (8%) een antipsychoticum bij de nameting. Bij 1 patiënt werd risperidon stopgezet tijdens de interventieperiode, waardoor bij de nameting nog slechts 1 patiënt quetiapine gebruikte.

Een overzicht van de individuele medicatiegegevens wordt weergegeven in Tabel 1.

3.2.3.4 Vergelijking van antipsychoticagebruik vóór en na de interventie

Bij vergelijking tussen de nulmeting (T0) en de nameting (T1) bleef het totaal aantal patiënten dat een antipsychoticum gebruikte onveranderd. Zowel bij de nulmeting als bij de nameting namen 10 van de 33 patiënten (30%) een antipsychoticum.

Tijdens de interventieperiode werden drie wijzigingen in de medicatielijst vastgesteld. Bij 1 patiënt werd risperidon stopgezet, waardoor deze patiënt bij de nameting geen antipsychoticum meer gebruikte. Bij 1 patiënt die bij de nulmeting geen antipsychoticum gebruikte, werd risperidon opgestart omwille van nachtelijke onrust. Bij 1 patiënt werd quetiapine vervangen door risperidon.

De meest gebruikte antipsychotica bij de nulmeting waren haloperidol, olanzapine en quetiapine. Bij de nameting bleef het gebruik van haloperidol en olanzapine onveranderd, terwijl het gebruik van quetiapine afnam en dat van risperidon toenam.

Patiënt	AP op T0	Type AP op T0	Tot. dagdosis	Chronisch	Indicatie voor opstart	AP op T1	Type AP op T1	Tot. dagdosis	Indicatie voor opstart	Wijziging
ZH1	Ja	Quetiapine	200 mg	Ja	Slaapproblemen	Ja	Quetiapine	200 mg	cfr. indicatie op T0	Nee
ZH2	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH3	Ja	Haloperidol	0.5 mg (zo nodig)	Ja	Verwardheid	Ja	Haloperidol	0.5 mg (zo nodig)	cfr. indicatie op T0	Nee
ZH4	Ja	Olanzapine	2.5 mg	Ja	Slaapproblemen, onrust	Ja	Olanzapine	2.5 mg	cfr. indicatie op T0	Nee
ZH5	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH6	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH7	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH8	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH9	Ja	Olanzapine Haloperidol	2.5 mg 0.5 mg (zo nodig)	Ja	Agitatie, roepgedrag	Ja	Olanzapine Haloperidol	2.5 mg 0.5 mg (zo nodig)	cfr. indicatie op T0	Nee
ZH10	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH11	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
ZH12	Ja	Quetiapine	100 mg	Ja	Hallucinaties, onrust	Ja	Risperidon	0.5 mg	cfr. indicatie op T0	Ja
ZH13	Nee	/	/	Ja	/	Ja	Risperidon	0.5 mg	Nachtelijke onrust	Ja
VH1	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
VH2	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
VH3	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
VH4	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
VH5	Ja	Etumine Dipiperon	50 mg 20 mg	Ja	Onbekend	Ja	Etumine Dipiperon	50 mg 20 mg	Onbekend	Nee
VH6	Ja	Olanzapine Haloperidol	5 mg 1.5 mg	Ja	Onbekend	Ja	Olanzapine Haloperidol	5 mg 1.5 mg	Onbekend	Nee
VH7	Ja	Aripiprazol	5 mg	Ja	Onbekend	Ja	Aripiprazol	5 mg	Onbekend	Nee
SC1	Ja	Risperidon	0.5 mg	Ja	Agitatie, onrust	Nee	/	/	/	Ja
SC2	Ja	Quetiapine	25 mg	Ja	Agitatie, hallucinaties	Ja	Quetiapine	25 mg	cfr. indicatie op T0	Nee
SC3	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC4	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC5	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC6	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC7	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC8	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC9	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC10	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC11	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC12	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee
SC13	Nee	/	/	Ja	/	Nee	/	/	/	Nee

Tabel 1: overzicht van antipsychoticagebruik met dosis, indicatie en wijzigingen bij nulmeting (T0) en nameting (T1).

4 Discussie

4.1 Interpretatie van de resultaten

In dit onderzoek werd een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

- In welke mate beïnvloedt het gebruik van de steekkaart de beslissingen van huisartsen bij de behandeling van agitatie bij dementie?
- Verandert de attitude van huisartsen tegenover niet-medicamenteuze interventies na het gebruik van de steekkaart?
- Heeft het gebruik van een beslissingsondersteunende steekkaart een invloed op het voorschrijfgedrag van huisartsen met betrekking tot antipsychotica bij agitatie bij dementie?

Voor de evaluatie van de steekkaart werden zowel de antwoorden uit de vragenlijsten, als de patiëntengegevens uit de woonzorgcentra in beschouwing genomen. Dit praktijkverbeterend project toont aan dat de implementatie van een beslissingsondersteunende steekkaart voornamelijk leidde tot een toename in bewustwording en zelfgerapporteerde gedragsverandering bij huisartsen, terwijl het effect op objectieve uitkomstmaten, zoals antipsychoticagebruik, beperkt bleef.

Uit de bevragingen bleek dat de steekkaart door alle huisartsen werd ervaren als meerwaarde en handig in gebruik. Desondanks werd ze door slechts 55% van de artsen toegepast tijdens de interventieperiode, hoewel de meeste artsen (90%) in die tijd wel in aanraking kwamen met BPSD. De redenen voor het niet gebruiken van de steekkaart waren uiteenlopend. Vooral praktische argumenten kwamen naar voren, zoals tijdsgebrek of het niet bij de hand hebben van de fysieke steekkaart. De minderheid gaf aan de steekkaart niet te gebruiken om inhoudelijke redenen zoals beknoptheid of al kennis van de bestaande richtlijnen. De beperkte effectieve implementatiegraad (55%) vormt een cruciale verklaring voor het uitblijven van een sterker effect op de cijfergegevens en onderstreept het belang van implementatiestrategieën naast inhoudelijke interventies. Dit suggereert dat kennisverhogende interventies alleen onvoldoende zijn om voorschrijfgedrag te veranderen, en dat structurele factoren zoals tijdsdruk, multidisciplinaire samenwerking en organisatorische ondersteuning een doorslaggevende rol spelen.

De impact van de steekkaart was het grootst op vlak van bewustmaking van artsen als het gaat om onvervulde basisbehoeften en onderliggende medische oorzaken. Hoewel de meeste artsen al voor de introductie van de steekkaart anamnese, klinisch en (zo nodig) aanvullend onderzoek verrichtten, was er nadien toch meer aandacht voor. Ook wat betreft de niet-

medicamenteuze benadering, maakten op één na alle huisartsen hier al gebruik van voor introductie van de steekkaart. De meest gerapporteerde maatregelen waren een veilige, prikkelarme omgeving, dagstructuur en inzetten op de psychosociale behoeften van de patiënt. Betrekken van het zorgteam en de context van de patiënt werden eveneens meermaals vermeld, al blijft communicatie met andere zorgverleners en familie daarbij de grootste uitdaging. Ook personeelstekort en tijdsgebrek spelen ongetwijfeld een belangrijke rol bij de haalbaarheid van niet-medicamenteuze interventies. Bovendien vraagt de problematiek om een multidisciplinaire, context- en patiëntafhankelijke aanpak en is de respons op de ingestelde maatregelen onvoorspelbaar en individueel afhankelijk. Deze factoren maken de toepassing van een uniform beleid en implementatie van de steekkaart in de praktijk complex. Bij twee huisartsen werd de werkdruk dan ook als hoger ervaren door het gebruik van de steekkaart en werd de haalbaarheid van niet-medicamenteuze interventies in huidige zorgcontext eveneens in vraag gesteld. Deze bevinding sluit aan bij eerdere studies die aantonen dat, ondanks brede consensus over het belang van niet-medicamenteuze interventies, implementatie in de praktijk vaak beperkt blijft door organisatorische en contextuele barrières.

Wat betreft medicamenteuze behandeling, werd bij de artsenbevraging een positieve impact gezien van de steekkaart. Alle artsen die de steekkaart gebruikten rapporteerden zich achteraf bewuster te zijn van hun voorschrijfgedrag. Voor de introductie van de steekkaart gaven alle huisartsen aan soms tot vaak psychofarmaca voor te schrijven; meestal antipsychotica (96%). Ook antidepressiva en benzodiazepines werden vermeld, respectievelijk door een kwart en een derde van de huisartsen. Zoals ook benadrukt wordt in de literatuur, gaven de huisartsen aan psychofarmaca enkel voor te schrijven onder bepaalde voorwaarden, zoals verstoring van de leef- of zorgcontext of aanhoudend karakter van de BPSD. Na gebruik van de steekkaart, gaf 28% van de huisartsen aan minder frequent antipsychotica voor te schrijven. Geen enkele arts had de neiging méér antipsychotica te adviseren dan voordien. Desondanks bleef het aantal patiënten in de woonzorgcentra onder een antipsychoticum gelijk in vergelijking met voor de steekkaart. Dit gegeven gaat in tegen de bevindingen uit de vragenlijsten en kan worden toegeschreven aan de eerdergenoemde implementatiebarrières om de steekkaart toe te passen in de praktijk. Hoewel kennis, inzicht en bewustzijn rond de problematiek toenamen, leidde dit niet automatisch tot een verandering in klinisch handelen en bleef het antipsychoticagebruik bij de patiënten gelijk. De toegenomen aandacht voor onderliggende oorzaken en niet-medicamenteuze interventies staat in contrast met het relatief stabiele voorschrijfgedrag. Dit wijst op een discrepantie tussen attitude en gedrag, waarbij gewijzigde inzichten niet automatisch leiden tot aangepast klinisch handelen. Gezien de zeer geringe onderzoekspopulatie in dit project is de waarde van de cijfergegevens en de daaruit

voortvloeiende conclusies weliswaar eerder beperkt. Deze bevindingen suggereren dat de steekkaart als op zichzelf staande interventie onvoldoende was om het voorschrijfgedrag substantieel te wijzigen. Dit wijst erop dat kennis- en bewustwordingsinterventies zonder structurele verankering slechts een beperkte impact hebben op klinisch handelen.

De invloed op de keuze van antipsychoticum bleek eveneens beperkt. Voor afleveren van de steekkaart was al 62% van de artsen zich bewust van risperidone als enige EMA-geregistreerde geneesmiddel voor BPSD en werd dit ook aangegeven als voorkeursantipsychoticum door 58% van de artsen. Toch werden, zelfs na de interventieperiode met gebruik van de steekkaart, bij de tweede bevraging door bijna de helft van de huisartsen (43%) toch nog andere antipsychotica zoals quetiapine, haloperidol, olanzapine, dipiperon en levomepromazine vermeld. De belangrijkste redenen om af te wijken van de steekkaart en een ander antipsychoticum dan risperidon te kiezen, waren ervaring van de huisarts en voorgeschiedenis en/of context van de patiënt. Bij de geïncludeerde patiënten werd wel een beperkte, maar gunstige, evolutie gezien. Ten opzichte van de nulmeting nam het aandeel van risperidon procentueel toe en dat van quetiapine af. In twee gevallen werd gestart met of omgeschakeld naar risperidon en bij één patiënt werd quetiapine succesvol afgebouwd tot stop. Voor de overige patiënten bleef het beleid onveranderd. Dankzij het gebruik van de steekkaart nam de tendens naar risperidon als voorkeursantipsychoticum toe, hoewel dit aandeel in de minderheid bleef en bij het merendeel van de patiënten nog steeds voor een ander antipsychoticum werd gekozen. Opnieuw wordt hier een discrepantie gezien tussen de gerapporteerde bewustwording van voorschrijfgedrag en de beperkte gedragsverandering in de praktijk.

Het al dan niet afspreken van een stopdatum en inplannen van tussentijdse evaluatiemomenten, varieerde sterk onder de huisartsen. Voor gebruik van de steekkaart gaf 33% aan zo goed als altijd een stopdatum af te spreken; van de groep huisartsen die tijdens de interventieperiode een antipsychoticum opstartten, was dit 38%. Rond moment van herevaluatie en behandeltermijn kwamen verschillende antwoorden naar voor en ook het al dan niet overwegen van een eventuele poging tot afbouw van medicatie kende een grote spreiding binnen de groep huisartsen. Na de interventieperiode gaf 50% van de huisartsen aan een maximale behandeltermijn van drie maanden te hanteren. De belangrijkste reden om zich hier niet aan te houden waren persisterende symptomen of (angst voor) herval.

4.2 Sterktes van de studie

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de praktijkgerichte opzet. Daarbij werd de steekkaart geëvalueerd in een reële zorgcontext, wat toelaat om de praktische toepasbaarheid en haalbaarheid in de dagelijkse klinische praktijk te beoordelen.

Daarnaast werd gebruik gemaakt van zowel dataverzameling via vragenlijsten bij huisartsen, als analyse van patiëntengegevens. Door deze gegevens te combineren, ontstaat een breder inzicht in zowel het gerapporteerde gedrag als het feitelijke voorschrijfgedrag, wat de interpretatie van de resultaten ondersteunt.

Verder geeft dit onderzoek inzicht in zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van het voorschrijfgedrag en de besluitvorming rond agitatie bij dementie. De open vragen in de vragenlijsten leverden bijkomende inzichten in de ervaren barrières en praktische haalbaarheid, die anders moeilijk te vatten zijn met louter kwantitatieve methoden.

Tot slot speelt dit project in op een klinisch relevant en actueel probleem, namelijk het gebruik van antipsychotica bij agitatie bij dementie, en draagt het bij aan de verdere ontwikkeling van praktijkgerichte implementatiestrategieën.

4.3 Beperkingen van de studie

Het is belangrijk om bij de interpretatie van de resultaten ook rekening te houden met enkele beperkingen van dit onderzoek.

Ten eerste betreft het een kleine, niet-gerandomiseerde studie zonder controlegroep, waardoor causale conclusies beperkt zijn. Ten tweede zijn de resultaten deels gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens, wat gevoelig is voor sociale wenselijkheid. Daarnaast was de dossieranalyse beperkt door onvolledige registratie van indicaties en opstartdata van antipsychotica, wat de interpretatie van voorschrijfgedrag bemoeilijkt.

Verder is het bij rekrutering van huisartsen en patiënten organisatorisch en administratief moeilijk gebleken om geïnformeerde toestemming te verkrijgen. Bij huisartsen was dit voornamelijk te wijten aan drukke bezetting en tijdsgebrek, waardoor sommige huisartsen niet bereikbaar waren of deelname expliciet weigerden.

Gezien de studiepopulatie enkel patiënten met dementie omvatte, werden zij in overleg met het zorgteam als wilsonbekwaam beoordeeld en moest contact opgenomen worden met hun vertegenwoordiger. Ook bij herhaaldelijk contacteren en met de ondersteuning van de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen, verliep de communicatie met de vertegenwoordigers en het ondertekenen van het geïnformeerd toestemmingsformulier moeizaam. Enkelen van hen weigerden eveneens expliciet deelname. Gezien de geriatrische populatie, deden zich bovendien enkele overlijdens voor tijdens het project, waardoor deze patiënten uit de al beperkte studiepopulatie moesten worden geëxcludeerd.

Kaderend binnen bovenstaande beperkingen, omvat deze studie een zeer beperkte onderzoekspopulatie, wat de statistische power van de studie beperkt. In combinatie met de

kleine onderzoeksregio (regio Gent, Oost-Vlaanderen), is de externe validiteit van bovenstaande conclusies beperkt en dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geëxtrapoleerd.

De vragenlijsten werden niet door alle huisartsen (volledig) ingevuld. Opnieuw speelden drukte en tijdsgebrek, maar ook administratieve belasting een rol, wat de representativiteit van de resultaten kon beïnvloeden. Het dient ook te worden vermeld dat de vragenlijsten anoniem werden afgenomen, en meer huisartsen de eerste vragenlijst invulden dan de tweede. Hierdoor was het niet mogelijk om individuele evoluties op te volgen en kunnen vergelijkende analyses tussen cijfergegevens van de eerste en tweede vragenlijst een vertekend beeld geven. Daarnaast was het niet mogelijk om de gegevens uit de vragenlijsten te koppelen aan de patiëntengegevens, waardoor een directe relatie tussen gerapporteerd voorschrijfgedrag en effectief medicatiegebruik niet kon worden nagegaan.

Bij opstellen van de steekkaart werd een flowchart opgesteld gebaseerd op de meest recente Belgische richtlijnen. Gezien het gebrek aan éénduidige internationale richtlijnen en tegenstrijdige of weinig onderbouwde aanbevelingen in de literatuur, was de steekkaart een ondersteunend hulpmiddel en geen gevalideerde standaardinterventie. Elke huisarts kreeg één fysiek exemplaar van de steekkaart voor eigen gebruik, wat het gebruik tijdens de interventieperiode kon beperkt hebben bij verlies of vergeten van de kaart.

Een belangrijk gegeven was de subjectiviteit van het symptoom agitatie, waarbij de interpretatie en beoordeling een belangrijke rol speelden in de rapportering en de drempel tot al dan niet het opstarten van een behandeling. In dit project was geen gebruik gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten voor agitatie, waardoor de eventuele aanwezigheid van agitatie en de ernst ervan bepaald werd door de subjectieve inschatting van het aanwezige zorgpersoneel of de betrokken arts.

Bij de documentatie van patiëntengegevens tijdens nul- en nameting ging het om momentopnames. Eventuele tijdelijke behandelingen met antipsychotica, met opstart en afbouw in de periode tussen nul- en nameting, werden niet gedocumenteerd. Daarnaast was de beschikbare dossierinformatie niet in alle gevallen volledig, waardoor relevante gegevens, zoals correcte opstartdatum – en in WZC Sint-Coleta de indicatie voor opstart – ontbraken.

4.4 Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

Gezien de discrepantie tussen het toegenomen bewustzijn en de beperkte gedragsverandering, dringt de noodzaak tot verder onderzoek naar concrete implementatiestrategieën zich op. Het louter aanbieden van een beslissingsondersteunende steekkaart blijkt onvoldoende om het voorschrijfgedrag duurzaam te veranderen.

Dit project benadrukt het belang van een multidisciplinaire aanpak, met aandacht voor goede communicatie met mantelzorgers en zorgverleners onderling. Daarnaast bleek dat interventies haalbaar en weinig tijdsintensief moeten zijn om effectief geïntegreerd te worden in de dagelijkse praktijk. Deze elementen weerspiegelen belangrijke uitdagingen binnen de huidige zorgcontext en vormen een waardevol uitgangspunt voor toekomstige praktijkverbeterende initiatieven om de aanpak van agitatie bij dementie te optimaliseren.

Een concrete aanbeveling is de integratie van het stappenplan in het elektronisch medisch dossier van woonzorgcentra, bijvoorbeeld via automatische herinneringen of beslissingsondersteuning bij het voorschrijven van antipsychotica. Dit kan het gebruik minder afhankelijk maken van individuele herinnering en tijdsdruk. Aanvullend kan gedacht worden aan het organiseren van korte, praktijkgerichte vormingen of intervisiemomenten voor huisartsen en zorgteams, waarbij casuïstiek rond agitatie bij dementie wordt besproken. Daarnaast kan samenwerking met een vaste referentiepersoon binnen het woonzorgcentrum de implementatie ondersteunen.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op de combinatie van dergelijke strategieën, met bijzondere aandacht voor structurele verankering in de zorgorganisatie en evaluatie van effecten op lange termijn.

5 Conclusie

Dit praktijkverbeterend project toont aan dat de implementatie van een beslissingsondersteunende steekkaart bij de aanpak van agitatie bij personen met dementie voornamelijk leidt tot een verhoogde bewustwording en zelfgerapporteerde gedragsverandering bij huisartsen. De steekkaart werd algemeen als bruikbaar en relevant ervaren. Ze stimuleerde een meer gestructureerde benadering, met verhoogde aandacht voor onderliggende oorzaken en niet-medicamenteuze interventies.

De impact op objectieve uitkomstmaten, zoals het voorschrijfgedrag van antipsychotica, bleef echter beperkt. Er is een duidelijke discrepantie tussen toegenomen bewustzijn en effectieve gedragsverandering. Dit wijst op het belang van contextuele en organisatorische factoren, zoals tijdsdruk, werkbelasting en multidisciplinaire samenwerking.

Deze bevindingen suggereren dat interventies gericht op de aanpak van agitatie bij dementie niet enkel moeten focussen op kennisoverdracht, maar ook op structurele implementatie, zoals integratie in elektronische dossiers, een teamgerichte aanpak en organisatorische ondersteuning binnen woonzorgcentra.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op het ontwikkelen en evalueren van implementatiestrategieën die het gebruik van dergelijke hulpmiddelen in de praktijk bevorderen. Dit project onderstreept dat duurzame verandering in de aanpak van agitatie bij dementie vraagt om meer dan individuele klinische hulpmiddelen, en enkel haalbaar is binnen een structureel ondersteunde, multidisciplinaire en contextgevoelige zorgorganisatie.

6 Referenties

1. Organization WH. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025: World Health Organization; 2017.
2. Tun S-M, Murman DL, Long HL, Colenda CC, Von Eye A. Predictive validity of neuropsychiatric subgroups on nursing home placement and survival in patients with Alzheimer disease. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2007;15(4):314–27.
3. Cerejeira J, Lagarto L. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Frontiers in neurology. 2012;3:23573.
4. Livingston G, Barber J, Marston L, Rapaport P, Livingston D, Cousins S, et al. Prevalence of and associations with agitation in residents with dementia living in care homes: MARQUE cross-sectional study. BJPsych open. 2017;3(4):171–8.
5. Frisoni G, Rozzini L, Gozzetti A, Binetti G, Zanetti O, Bianchetti A, et al. Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. Dementia and geriatric cognitive disorders. 1999;10(2):130–8.
6. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. Geriatric Nursing. 2010;31(4):246–53.
7. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. International journal of geriatric psychiatry. 2018;33(9):1163–76.
8. Azermai M, Elseviers M, Petrovic M, Van Bortel L, Vander Stichele R. Geriatric drug utilisation of psychotropics in Belgian nursing homes. Human psychopharmacology. 2011;26(1):12–20.
9. Janus SI, van Manen JG, MJ IJ, Zuidema SU. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. International psychogeriatrics. 2016;28(11):1775–90.
10. Kamble P, Chen H, Sherer J, Aparasu RR. Antipsychotic drug use among elderly nursing home residents in the United States. Am J Geriatr Pharmacother. 2008;6(4):187–97.
11. Dening T, Sandilyan MB. Dementia: definitions and types. Nursing Standard (2014+). 2015;29(37):37.
12. Bessey LJ, Walaszek A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. Current psychiatry reports. 2019;21:1–11.
13. Finkel SI, e Silva JC, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. International psychogeriatrics. 1997;8(S3):497–500.
14. Deardorff WJ, Grossberg GT. Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. Handbook of clinical neurology. 2019;165:5–32.
15. Chen RC, Liu CL, Lin MH, Peng LN, Chen LY, Liu LK, et al. Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: A prospective cohort study in T aiwan. Geriatrics & gerontology international. 2014;14(2):440–6.
16. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. Bmj. 2015;350.
17. Ijaopo EO. Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. Transl Psychiatry. 2017;7(10):e1250.
18. Selbæk G, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(3):161–9.
19. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand D, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. International psychogeriatrics. 2015;27(1):7–17.

20. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. BMJ open. 2017;7(3):e012759.
21. Gerlach LB, Kales HC. Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Psychiatr Clin North Am. 2018;41(1):127–39.
22. Griffiths AW, Albertyn CP, Burnley NL, Creese B, Walwyn R, Holloway I, et al. Validation of the Cohen-Mansfield agitation inventory observational (CMAI-O) tool. International psychogeriatrics. 2020;32(1):75–85.
23. Sunderland T, Tariot PN, Cohen RM, Weingartner H, Mueller EA, Murphy DL. Anticholinergic sensitivity in patients with dementia of the Alzheimer type and age-matched controls: a dose-response study. Archives of General Psychiatry. 1987;44(5):418–26.
24. Wynn ZJ, Cummings JL. Cholinesterase inhibitor therapies and neuropsychiatric manifestations of Alzheimer's disease. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2003;17(1-2):100–8.
25. Ringman JM, Schneider L. Treatment Options for Agitation in Dementia. Curr Treat Options Neurol. 2019;21(7):30.
26. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994;44(12):2308–.
27. Calia C, Johnson H, Cristea M. Cross-cultural representations of dementia: an exploratory study. J Glob Health. 2019;9(1):011001.
28. Feast A, Orrell M, Charlesworth G, Melunsky N, Poland F, Moniz-Cook E. Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review. Br J Psychiatry. 2016;208(5):429–34.
29. Health No. Assessment and Management of Behaviours and Psychological Symptoms associated with Dementia (BPSD): A Summary Handbook for NSW Health Clinicians providing services for people experiencing BPSD2022.
30. Kales HC, Kern V, Kim HM, Blazek MC. Moving Evidence-Informed Assessment and Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia into the Real World: Training Family and Staff Caregivers in the DICE Approach. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2020;28(12):1248–55.
31. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. J Am Geriatr Soc. 2010;58(8):1465–74.
32. van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):Cd003477.
33. Choe EY, Lee JY, Montayre J. Effectiveness of Nature-Based Interventions in Reducing Agitation Among Older Adults with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2025;13(14).
34. Borella E, Melendugno A, Meneghetti C, Murroni V, Carbone E, Goldin G, et al. Effects of an outdoor horticultural activities program on cognitive and behavioral functioning, mood, and perceived quality of life in people with dementia: a pilot study. Front Psychol. 2023;14:1182136.
35. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ (Clinical research ed). 2011;343:d4065.
36. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, Devanand DP, Frangakis C, Ismail Z, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. Jama. 2014;311(7):682–91.
37. Rajji TK, Baksh SN, Shade DM, Ismail Z, Burhan AM, Okhravi HR, et al. Escitalopram for agitation in Alzheimer's dementia: a randomized controlled phase 3 trial. Nat Med. 2025;31(5):1586–91.

38. Finkel SI, Mintzer JE, Dysken M, Krishnan KR, Burt T, McRae T. A randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline in the treatment of the behavioral manifestations of Alzheimer's disease in outpatients treated with donepezil. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(1):9–18.
39. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Jama. 2005;294(15):1934–43.
40. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2006;355(15):1525–38.
41. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. J Clin Psychiatry. 2003;64(2):134–43.
42. Pani L. The place for treatments of associated neuropsychiatric and other symptom 2014. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-place-treatments-associated-neuropsychiatric-and-other-symptoms-luca-pani_en.pdf.
43. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry. 2016;173(5):543–6.
44. vzw) BCvFIB. Formularium Ouderenzorg: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw) 2017. Available from: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/211#main.
45. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit: Standaard; 2008.
46. Ishikawa K. Guide to quality control. 1982.
47. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance: John Wiley & Sons; 2009.

7 Bijlagen

Bijlage A. Goedkeuring Ethisch Comité IX

Bijlage B. Geïnformeerd toestemmingsformulier huisartsen XI

Bijlage C. Geïnformeerd toestemmingsformulier patiënten XVIII

Bijlage D. *Root Cause Analysis* van knelpunten bij agitatie bij dementie XXVI

Bijlage E. Beslissingsondersteunende steekkaart XXVIII

Bijlage F. Vragenlijst nulmeting XXIX

Bijlage G. Vragenlijst nameting XXXII

Bijlage H. Flowcharts van patiëntenrekrutering per woonzorgcentrum XXXV

Bijlage A. Goedkeuring Ethisch Comité

Dit document betreft de goedkeuring van het ethisch comité voor de uitvoering van het onderzoeksproject.

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Mirko Petrovic
Vakgroep Inwendige ziekten en Pediatrie
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Justine Van Acker	18/02/2025	1/7
Onze referentie	**Belgisch Uniek Nummer**	
ONZ-2024-0550	B6702025000016	

Betreft:

De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra: praktijkverbeterend project.

Managing agitation in elderly dementia patients in nursing homes: a practice improvement project.

Positief Advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 28/01/2025.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (18/02/2025):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor medische ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

Bijlage B. Geïnformeerd toestemmingsformulier huisartsen

Dit formulier werd gebruikt om geïnformeerde toestemming te verkrijgen van de deelnemende huisartsen voor deelname aan het onderzoek. Het formulier werd elektronisch verspreid en ondertekend via DocuSign.

Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie

Titel van de studie: De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra.

Officiële titel: De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra: praktijkverbeterend project.

Opdrachtgever: Universiteit Gent

Hoofdonderzoeker:
Mirko Petrovic, mirko.petrovic@ugent.be, 09 332 23 66

Studieteam:
Romanie Lammertyn, romanie.lammertyn@ugent.be
Juliette Vanhaecke, juliette.vanhaecke@ugent.be
Justine Van Acker, justvack.vanacker@ugent.be
Pierre Vanden Bussche, pierre.vandenbussche@ugent.be

DPO UGent:
Hanne Elsen, privacy@ugent.be

No fault verzekering: Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00

DEELNEMEN AAN EEN STUDIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische studie (verder "studie" genoemd). Voor u akkoord gaat, vragen we u om de volgende pagina's aandachtig te lezen, zodat u hierover een geïnformeerde beslissing kan nemen.

Indien gewenst kan u de studie bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst.

Eens u beslist heeft om de vragenlijst in te vullen, zal men onderaan het toestemmingsformulier uw akkoord tot deelname vragen.

Dit document bestaat uit 3 delen: 1) basisinformatie over de studie, 2) aanvullende informatie en 3) het deelnameformulier.

1 BASISINFORMATIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie die uitgevoerd wordt in het kader van een masterthesis binnen de opleiding Huisartsgeneeskunde. Het doel van deze studie is om te beoordelen of een hulpmiddel, in de vorm van een duidelijke en gebruiksvriendelijke steekkaart, uw aanpak bij de behandeling van agitatie bij dementiepatiënten kan ondersteunen. De steekkaart biedt een samenvatting van de huidige richtlijnen en stimuleert het gebruik van alternatieve, niet-medicamenteuze behandelingen, met als bijkomend doel het gebruik van antipsychotica te verminderen.

1.1 Wat houdt deelname in en welke interventies vinden plaats?

Indien u beslist om deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, zullen een aantal interventies plaatsvinden in het kader van deze studie.

1. Gebruik van een steekkaart

Gedurende 6 maand krijgt u een hulpmiddel in de vorm van een steekkaart aangeboden. Deze overzichtelijke steekkaart is in pocketformaat, waardoor ze makkelijk mee te nemen is en handig in gebruik. Ze bevat een samenvatting van de huidige richtlijnen voor de behandeling van agitatie. Concreet zal het de vorm aannemen van een overzichtelijk stappenplan of flowchart in zakformaat om u te ondersteunen bij uw besluitvorming.

2. Vragenlijsten

Aan het begin van de onderzoeksperiode wordt u gevraagd een vragenlijst in te vullen over uw huidige aanpak van agitatie bij dementiepatiënten. Deze vragenlijst is bedoeld om inzicht te krijgen in het huidige denkpatroon van huisartsen omtrent dit thema en hun gebruik van antipsychotica. Na enkele maanden gebruik van de steekkaart, ontvangt u een vergelijkbare vragenlijst. Deze tweede vragenlijst helpt ons om te beoordelen of en hoe de algemene aanpak van de deelnemende artsen veranderd is als gevolg van de interventie. De vragenlijsten voor de studie zullen naar uw persoonlijk e-mailadres verzonden worden, nadat dit verkregen wordt via het woonzorgcentrum. Het invullen van de vragenlijsten zal 5 tot 10 minuten duren.

3. Dossierinzage

Indien uw patiënten in woonzorgcentrum *[naam van het deelnemende woonzorgcentrum waar de geïncludeerde patiënten verblijven]* of hun wettelijke vertegenwoordigers hiermee instemmen, zullen hun medische dossiers worden geraadpleegd om een algemeen beeld te krijgen van het gebruik van antipsychotica. Deze eerste inzage vindt plaats vóórdat de deelnemende huisartsen de eerste vragenlijst invullen en voordat zij de steekkaart ontvangen. Hierbij wordt nagegaan of en hoe vaak antipsychotica momenteel worden voorgeschreven, hoelang deze doorgaans worden gebruikt en om welke redenen. Aan het einde van de onderzoeksperiode worden de gegevens opnieuw geanalyseerd om te evalueren of

er veranderingen zijn opgetreden in het algemene gebruik van antipsychotica. Voor deze gegevensverzameling is ook uw toestemming als behandelend arts vereist.

Als behandelend arts van één of meerdere patiënten met dementie die verblijven op de gesloten/dementie afdeling van woonzorgcentrum *[naam van het deelnemende woonzorgcentrum waar de geïncludeerde patiënten verblijven]* voldoet u aan het inclusiecriterium voor huisartsen om deel te nemen aan deze studie. Er zijn geen exclusiecriteria.

U blijft te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk voor de zorg en behandeling van uw patiënten. Het gebruik van de steekkaart dient uitsluitend ter ondersteuning en brengt geen beperkingen of verplichtingen met zich mee. De steekkaart bevat aanbevelingen voor de behandeling van agitatie bij patiënten met dementie, maar uiteindelijk bepaalt u zelf wat het beste is voor uw patiënt.

Om de studie goed te laten verlopen, is het belangrijk dat u meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt. De onderzoeker zal tijdens het verloop van de studie uw veiligheid opvolgen.

1.2 Wat is de duur van deze studie en wie zal deelnemen?

In totaal zal deze studie ongeveer 6 maanden duren voor een deelnemer. Deelname aan deze studie vereist geen verplichte extra bezoeken aan het woonzorgcentrum dan reeds nodig voor de standaard behandeling van de patiënten.

Er wordt verwacht dat er in totaal ongeveer 170 personen zullen aan deze studie zullen deelnemen, waarvan 120 patiënten en 50 huisartsen.

1.3 Kosten en vergoeding

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

U zal geen vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

2 AANVULLENDE INFORMATIE

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het studieteam.

2.1 Risico's en voordelen bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel. U krijgt wel ondersteuning in het overwegen van alternatieve behandelingsopties, wat kan leiden tot een verminderd onnodig of langdurig gebruik van antipsychotica en mogelijk betere uitkomsten voor uw patiënten. Uw deelname aan de studie kan mogelijks ook patiënten in de toekomst beter helpen.

De kans dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

Het is mogelijk dat zich andere risico's of ongemakken voordoen die op dit moment nog onbekend zijn. Het is daarom van groot belang om alles zo snel mogelijk aan de onderzoeker te melden, ongeacht of de klacht volgens u te maken heeft met de studie of niet.

U heeft het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's van deze studie. Als er tijdens het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed kunnen hebben op uw deelname, dan zal u daarvan op de hoogte gebracht worden. Mocht aan u door uw deelname de studie toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling of compensatie krijgen.

2.2 Uw rechten

Deelnemen aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Stoppen met deelnemen heeft geen invloed op de verdere relatie met de onderzoeker.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden wanneer de onderzoeker vindt dat dit in uw voordeel is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de te volgen interventies of afspraken niet goed respecteert.

De informatie verzameld tijdens de studie wordt gepseudonimiseerd[1]. Indien u uit de studie gehaald wordt of indien u zelf beslist om uw deelname te stoppen, dan zullen de gepseudonimiseerde gegevens die al verzameld werden (dat wil zeggen enkel herkenbaar door een unieke code) in de databank blijven voor analyse. Er zullen in dat geval geen nieuwe gegevens meer toegevoegd worden.

2.3 Bescherming van uw persoonsgegevens

Deelname aan de studie betekent dat uw persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van deze studie. Deze verwerking van uw persoonsgegevens is noodzakelijk

[1] Pseudonimiseren wordt ook "coderen" genoemd. Dit betekent dat uw gegevens via een code terug te koppelen zijn naar uw persoonlijk dossier. De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.

voor de uitvoering van een taak in het algemeen belang en dit met het oog op wetenschappelijk onderzoek[2].

Uw persoonsgegevens[3] zullen steeds beschermd worden. U kan toegang vragen tot de over u verzamelde gegevens. Elk gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent[4].

De gepseudonimiseerde gegevens, verzameld binnen deze studie, kunnen gedeeld worden met andere onderzoekers. Het opnieuw gebruiken van uw gepseudonimiseerde gegevens in toekomstig academisch onderzoek kan enkel plaatsvinden wanneer het onderzoek verenigbaar is met het huidige onderzoek. Dit hergebruik van gegevens dient altijd vooraf goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité.

Wanneer uw gegevens in het kader van toekomstig onderzoek gebruikt zouden worden voor commerciële doeleinden en partners dan dient u hiervoor uw toestemming[5] te geven in het deelnameformulier.

In rapporten of publicaties over deze studie (zoals in medische tijdschriften of congressen) zullen de gegevens zodanig verwerkt worden dat u als individu niet direct herkenbaar bent. Ook wanneer de datasets binnen dit onderzoek openbaar gemaakt worden op een online platform, zullen uw persoonsgegevens niet openbaar gemaakt worden. Uw persoonsgegevens zullen op gepaste wijze beschermd worden.

Uw persoonsgegevens zullen binnen deze studie verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Mirko Petrovic (UGent). Zijn/haar studieteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De gegevens worden in het kader van de gegevensbescherming verwerkt door personen binnen het studieteam, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Wanneer de procedures en of de verzamelde gegevens binnen de studie dienen gecontroleerd te worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden, dan kunnen deze partijen toegang krijgen tot uw dossier. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden. Door na voorafgaande uitleg akkoord te gaan met het toestemmingsformulier onderaan stemt u in met deze toegang.

---

[2] Volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen van 10 juli 2008.
[3] In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
[4] Zie: https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm
[5] Deze verwerking van uw gegevens gebeurt op basis van toestemming (zoals vermeld in GDPR, artikel 6, paragraaf 1(a)).

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam. De Data Protection Officer kan u ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Daarnaast heeft u het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit[6].

2.4 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Daarom is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid[7]. Indien de onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden.

[6] Contact Gegevensbeschermingsautoriteit: Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel – Tel +32 2 274 48 00 – mail: contact@apd-gba.be – website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

[7] Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik, de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen en de Belgische Wet van 15 juni 2022 betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862).

DEELNAMEFORMULIER VOOR DEELNEMERS

Referentienummer / Naam van de deelnemer	

Ik heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie" pagina 1 tot en met 6 gelezen en begrepen en ik heb een exemplaar ontvangen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling of relatie met de onderzoeker.
Ik begrijp dat vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden mijn gegevens willen controleren. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. Deze goedkeuring is geen aanzet om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van de studie. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor de **huidige** studie.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek verenigbaar met het huidige onderzoek. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de onderzoeker contacteren.

Door onderstaande aan te kruisen ga ik akkoord met bovenstaande informatie:

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord
Verplichte toestemmingen:

☐ Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
☐ Ik ben akkoord tot het invullen van de vragenlijsten, het gebruik van de steekkaart en de dossieranalyse van de patiënten.

Bedankt voor uw deelname.
Een kopie van deze toestemmingsverklaring wordt voor u beschikbaar gesteld.

Bijlage C. Geïnformeerd toestemmingsformulier patiënten

Dit formulier werd gebruikt om geïnformeerde toestemming te verkrijgen van de wettelijke vertegenwoordigers van patiënten voor deelname aan het onderzoek. De toestemming werd schriftelijk verkregen na voorafgaande informatie.

Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie

Titel van de studie: De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra.

Officiële titel: De aanpak van agitatie bij ouderen met dementie in woonzorgcentra: praktijkverbeterend project.

Opdrachtgever: Universiteit Gent

Hoofdonderzoeker:
Mirko Petrovic, mirko.petrovic@ugent.be, 09 332 23 66

Studieteam:
Romanie Lammertyn, romanie.lammertyn@ugent.be
Juliette Vanhaecke, juliette.vanhaecke@ugent.be
Justine Van Acker, justvack.vanacker@ugent.be
Pierre Vanden Bussche, pierre.vandenbussche@ugent.be

DPO UGent:
Hanne Elsen, privacy@ugent.be

No fault verzekering: Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00

DEELNEMEN AAN EEN STUDIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische studie (verder "studie" genoemd). Voor u akkoord gaat, vragen we u om de volgende pagina's aandachtig te lezen, zodat u hierover een geïnformeerde beslissing kan nemen.

Indien gewenst kan u de studie bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst.

Indien u wenst deel te nemen aan de studie, vragen we u om bijgevoegd deelnameformulier te ondertekenen. De onderzoeker (of zijn vertegenwoordiger) zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat u de noodzakelijke informatie over deze studie ontvangen heeft. U krijgt zelf ook een getekend exemplaar.

Dit document bestaat uit 3 delen: 1) basisinformatie over de studie, 2) aanvullende informatie en 3) het deelnameformulier.

1 BASISINFORMATIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie die uitgevoerd wordt in het kader van een masterthesis binnen de opleiding Huisartsgeneeskunde. Dit onderzoek kijkt naar de behandeling van onrust en agressie bij dementiepatiënten, met speciale aandacht voor het gebruik van kalmeringsmiddelen, ook wel antipsychotica genoemd. Hoewel deze medicijnen soms nuttig zijn, kunnen ze vervelende bijwerkingen hebben. Het onderzoek richt zich op de behandeling van 'agitatie', wat een term is voor verschillende vormen van onrust, zoals angst, irritatie, agressie of andere gedragingen die moeilijk te beheersen zijn. De studie onderzoekt of een eenvoudige steekkaart, die de wetenschappelijke richtlijnen voor de behandeling van agitatie bij dementie samenvat, huisartsen kan helpen bij hun keuze voor behandelingen. Het doel is om huisartsen te ondersteunen bij het overwegen van andere behandelopties, zoals niet-medicamenteuze interventies, en om het gebruik van antipsychotica waar mogelijk te verminderen.

1.1 Wat houdt deelname in en welke interventies vinden plaats?

Indien u beslist om deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, zullen een aantal interventies plaatsvinden in het kader van deze studie.

Uw huisarts zal gedurende 6 maand een hulpmiddel krijgen in de vorm van een steekkaart (flowchart). Deze kaart helpt de huisarts bij het kiezen van de beste manier om uw onrust of gedragsproblemen te behandelen. Dit kan betekenen dat de huisarts mogelijk minder vaak zware kalmeringsmiddelen, ook wel antipsychotica genoemd, voorschrijft. Hoe dan ook zullen er geen veranderingen zijn in uw behandeling zonder dat uw huisarts dit met u bespreekt.

Tijdens het onderzoek zal uw medisch dossier, net zoals dat van andere deelnemers, worden geraadpleegd om een algemeen beeld te krijgen van het gebruik van antipsychotica in het woonzorgcentrum. Deze eerste inzage vindt plaats vóórdat de deelnemende huisartsen de steekkaart ontvangen. Hierbij wordt nagegaan of en hoe vaak antipsychotica momenteel worden voorgeschreven, hoelang deze doorgaans worden gebruikt en om welke redenen. Aan het einde van de onderzoeksperiode worden de gegevens opnieuw geanalyseerd om te evalueren of er veranderingen zijn opgetreden in het algemene gebruik van antipsychotica. Voor de inzage in uw medisch dossier zal ook toestemming van de huisarts moeten worden gegeven. De informatie die wordt verzameld, wordt gecodeerd verwerkt, wat betekent dat niemand buiten het onderzoeksteam kan zien dat de gegevens van u zijn.

Samengevat:

- Uw huisarts krijgt een hulpmiddel dat kan helpen om de meest aangewezen behandelingen voor uw onrust of gedragsproblemen te kiezen.
- Uw medisch dossier wordt bekeken om te zien welke medicijnen u gebruikt.
- Uw behandeling verandert niet zonder overleg met uw huisarts.
- Uw persoonlijke gegevens blijven veilig en gecodeerd.

Als persoon gediagnosticeerd met dementie, verblijvend op de gesloten/dementie afdeling van woonzorgcentrum *[naam van het deelnemende woonzorgcentrum waar de patiënt verblijft]*, komt u in aanmerking om deel te nemen aan de studie. Er zijn echter bepaalde voorwaarden waaraan u moet voldoen. Een belangrijke voorwaarde is dat u geen kalmeringsmiddelen of antipsychotica gebruikt voor andere aandoeningen. Dit zijn bijvoorbeeld schizofrenie, waarbij iemand vaak verward raakt en hallucinaties heeft, of bipolaire stoornis, die gekenmerkt wordt door extreme stemmingswisselingen. Ook mensen met bepaalde andere psychische aandoeningen kunnen niet meedoen. Dit geldt voor aandoeningen waarbij iemand hallucinaties heeft, zoals het zien of horen van dingen die er niet zijn. Daarnaast kunnen mensen die plotseling verward raken (delirium) of ernstige onrust en agressie vertonen (psychomotorische agitatie) ten gevolge van een gekende onderliggende psychische aandoening, niet deelnemen.

Deelname aan dit onderzoek brengt geen verplichtingen of beperkingen met zich mee. Het staat deelnemers vrij om behandelopties die door de behandelende arts worden voorgesteld, te accepteren of te weigeren, na overleg met de arts. Er is geen verplichting om keuzes te maken op basis van deelname aan dit onderzoek.

Om de studie goed te laten verlopen, is het belangrijk dat u meewerkt met de onderzoeker en dat u zijn/haar instructies nauwlettend opvolgt. De onderzoeker zal tijdens het verloop van de studie uw veiligheid opvolgen.

1.2 Wat is de duur van deze studie en wie zal deelnemen?

In totaal zal deze studie ongeveer 6 maanden duren voor een deelnemer. Bij deelname aan de studie hoeft u geen extra onderzoeken te laten doen ten opzichte van wanneer u niet zou deelnemen.

Er wordt verwacht dat er in totaal ongeveer 170 personen zullen aan deze studie zullen deelnemen, waarvan 120 patiënten en 50 huisartsen.

1.3 Kosten en vergoeding

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.

U zal geen vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

2 AANVULLENDE INFORMATIE

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het studieteam.

2.1 Risico's en voordelen bij deelname aan de studie

Een belangrijk voordeel voor de patiënt is dat dit onderzoek kan leiden tot een vermindering van onnodig of langdurig gebruik van antipsychotica, wat het risico op bijwerkingen zoals slaperigheid, gewichtstoename of verhoogde kans op vallen kan verkleinen. Door de medicatie zorgvuldig af te bouwen en andere behandelopties te verkennen, kan de kwaliteit van leven van patiënten mogelijk worden verbeterd.

Een potentieel risico is dat de vermindering van antipsychotica, als gevolg van het gebruik van de steekkaart, kan leiden tot een terugkeer van symptomen zoals onrust of agressie bij sommige patiënten die baat hadden bij deze medicatie. Het is daarom belangrijk dat huisartsen veranderingen in medicatie zorgvuldig in de gaten houden en alternatieve behandelingen zonder medicijnen overwegen. Dit kunnen bijvoorbeeld gespreks- of gedragsbehandeling zijn, het optimaliseren van een rustige veilige omgeving of het gebruik van muziektherapie en ontspanningsoefeningen.

Het is mogelijk dat zich andere risico's of ongemakken voordoen die op dit moment nog onbekend zijn. Het is daarom van groot belang om elke nieuwe gezondheidsklacht zo snel mogelijk aan de onderzoeker te melden, ongeacht of de klacht volgens u te maken heeft met de studie of niet.

U heeft het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's van deze studie. Als er tijdens het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed kunnen hebben op uw deelname, dan zal u daarvan op de hoogte gebracht worden. Mocht u door uw deelname aan de studie toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling of compensatie krijgen.

2.2 Uw rechten

Deelnemen aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Stoppen met deelnemen heeft geen invloed op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden wanneer de onderzoeker vindt dat dit in uw voordeel is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de afspraken niet goed respecteert.

De informatie verzameld tijdens de studie wordt gepseudonimiseerd[1]. Indien u uit de studie gehaald wordt of indien u zelf beslist om uw deelname te stoppen, dan zullen de gepseudonimiseerde gegevens die al verzameld werden (dat wil zeggen enkel herkenbaar door een unieke code) in de databank blijven voor analyse. Er zullen in dat geval geen nieuwe gegevens meer toegevoegd worden.

2.3 Bescherming van uw persoonsgegevens

Deelname aan de studie betekent dat uw persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van deze studie. Deze verwerking van uw persoonsgegevens is noodzakelijk voor de uitvoering van een taak in het algemeen belang en dit met het oog op wetenschappelijk onderzoek[2].

Uw persoonsgegevens[3] zullen steeds beschermd worden. U kan toegang vragen tot de over u verzamelde gegevens. Elk gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent[4].

De gepseudonimiseerde gegevens, verzameld binnen deze studie, kunnen gedeeld worden met andere onderzoekers. Het opnieuw gebruiken van uw gepseudonimiseerde gegevens in toekomstig academisch onderzoek kan enkel plaatsvinden wanneer het onderzoek verenigbaar is met het huidige onderzoek. Dit hergebruik van gegevens dient altijd vooraf goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité.

Wanneer uw gegevens in het kader van toekomstig onderzoek gebruikt zouden worden voor commerciële doeleinden en partners dan dient u hiervoor uw toestemming[5] te geven in het deelnameformulier.

In rapporten of publicaties over deze studie (zoals in medische tijdschriften of congressen) zullen de gegevens zodanig verwerkt worden dat u als individu niet direct herkenbaar bent. Ook wanneer de datasets binnen dit onderzoek openbaar gemaakt worden op een online platform, zullen uw persoonsgegevens niet openbaar gemaakt worden. Uw persoonsgegevens zullen op gepaste wijze beschermd worden.

---

[1] Pseudonimiseren wordt ook “coderen” genoemd. Dit betekent dat uw gegevens via een code terug te koppelen zijn naar uw persoonlijk dossier. De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.
[2] Volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen van 10 juli 2008.
[3] In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
[4] Zie: https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm
[5] Deze verwerking van uw gegevens gebeurt op basis van toestemming (zoals vermeld in GDPR, artikel 6, paragraaf 1(a)).

Zowel uw persoonsgegevens als gevoelige persoonsgegevens (gezondheidsgegevens) zullen binnen deze studie verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Mirko Petrovic (UGent). Zijn/haar studieteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De gegevens worden in het kader van de gegevensbescherming verwerkt door personen binnen het studieteam, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Wanneer de procedures en of de verzamelde gegevens binnen de studie dienen gecontroleerd te worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden, dan kunnen deze partijen toegang krijgen tot uw dossier. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam. De Data Protection Officer kan u ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Daarnaast heeft u het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit[6].

2.4 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Daarom is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid[7]. Indien de onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is (er is geen verband met de studie bij schade ten gevolge van het natuurlijke verloop van de ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van de standaardbehandeling), zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden.

[6] Contact Gegevensbeschermingsautoriteit: Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel – Tel +32 2 274 48 00 – mail: contact@apd-gba.be – website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

[7] Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik, de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen en de Belgische Wet van 15 juni 2022 betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862).

DEELNAMEFORMULIER VOOR DEELNEMERS

Referentienummer van de deelnemer	

Ik heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie" pagina 1 tot en met 6 gelezen en begrepen en ik heb een exemplaar ontvangen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling of relatie met de onderzoeker.
Ik begrijp dat vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden mijn gegevens willen controleren. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. Deze goedkeuring is geen aanzet om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van de studie. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor de **huidige** studie.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek verenigbaar met het huidige onderzoek. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de onderzoeker contacteren.
Ik begrijp dat mijn huisarts wordt ingelicht over mijn deelname aan deze studie.

Door het deelnameformulier te ondertekenen ga ik akkoord met deelname aan de studie die de volgende interventies omvat:

- Uw medisch dossier wordt bekeken door de onderzoekers om te zien welke medicijnen u gebruikt, voor welke duur en om welke reden.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 exemplaren dienen te worden vervolledigd. De onderzoeker dient een origineel te bewaren gedurende minstens 10 jaar, de deelnemer ontvangt ook een exemplaar.

*Door het deelnameformulier te ondertekenen als onderzoeker

- verklaar ik dat ik mondeling de nodige informatie over de studie (de aard, het doel en de te voorziene effecten) heb gegeven en dat de deelnemer een exemplaar van de informatiebrief en deelnameformulier heeft ontvangen.
- bevestig ik dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen deelnemen aan de studie en toon ik mijn bereidheid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Door het deelnameformulier te ondertekenen als **wettelijke vertegenwoordiger** verklaar ik dat men mij heeft geïnformeerd over de vraag om een beslissing te nemen over deelname aan de studie door de persoon die ik vertegenwoordig. Ik handel in zijn/haar beste belang en hou rekening met zijn of haar mogelijke wens. Mijn toestemming is van toepassing op alle punten opgenomen in het deelnameformulier. Ik ben eveneens geïnformeerd dat van zodra de klinische situatie het toelaat, de persoon die ik vertegenwoordig op de hoogte zal worden gesteld van zijn/haar deelname aan deze studie. Hij/zij is op dat moment vrij om toestemming te geven voor een verdere deelname of om de deelname stop te zetten door dit deelnameformulier al dan niet te ondertekenen.		
Naam, voornaam en relatie van de wettelijke vertegenwoordiger	Handtekening	Datum

Bijlage D. *Root Cause Analysis* van knelpunten bij agitatie bij dementie

Inleiding

In het kader van de *Clarify*-fase van het FOCUS-model werden in de drie deelnemende woonzorgcentra overlegmomenten georganiseerd met betrokken zorgverleners. Aan de hand van het Ishikawa-diagram werden factoren geïdentificeerd die bijdragen aan moeilijkheden en inconsistenties in de aanpak van agitatie bij personen met dementie. De resultaten van deze analyse werden samengevat en visueel weergegeven in een visgraatdiagram (zie Figuur D1).

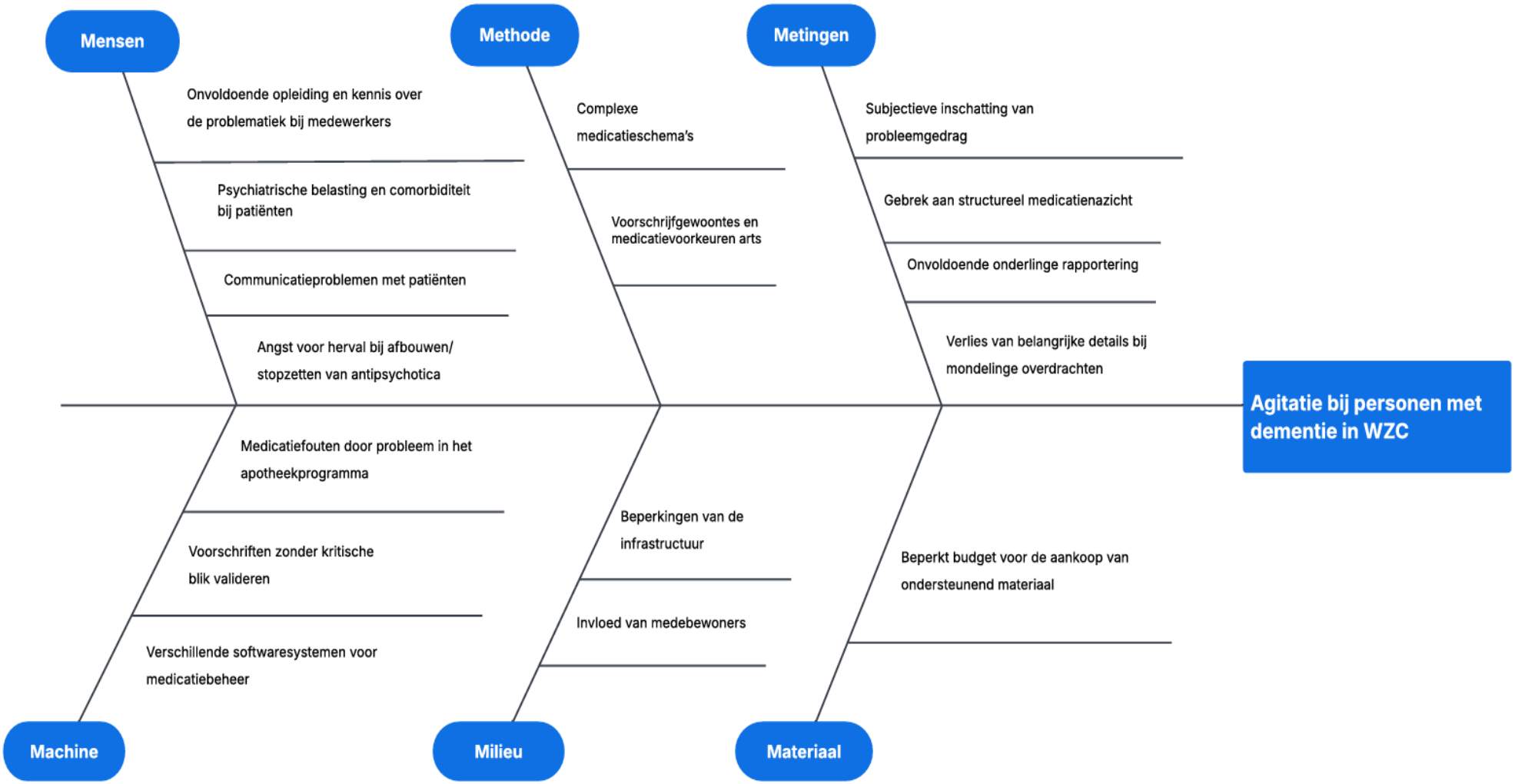
Resultaten van de RCA

Een terugkerend thema was het gebrek aan opleiding en ondersteuning van zorgverleners, wat kan leiden tot uiteenlopende reacties op agitatie en soms tot onzekerheid of onjuist handelen. Daarnaast werden personeelstekort en tijdsdruk herhaaldelijk genoemd als belangrijke belemmerende factoren, waardoor zorgverleners sneller geneigd zijn om meer medicamenteuze oplossingen te gebruiken.

Ook de organisatie van het medicatiebeheer blijkt een uitdaging: complexe medicatieschema's, voorkeuren van individuele artsen en problemen met digitale voorschriftsoftware bemoeilijken een kritische evaluatie van lopende behandelingen. Verder speelt de evaluatie van agitatie zelf een belangrijke rol. Door het ontbreken van gestandaardiseerde meetmethoden blijft de beoordeling vaak subjectief, wat kan leiden tot laattijdige of inconsistente interventies.

Tot slot werd in alle woonzorgcentra benadrukt dat milieufactoren, zoals een beperkte infrastructuur of de aanwezigheid van andere bewoners met probleemgedrag, het risico op agitatie verhogen en de aanpak ervan extra complex maken.

Deze bevindingen vormden de basis voor de verdere selectie van beïnvloedbare factoren en de ontwikkeling van een praktijkgerichte interventie (zie sectie 3.1.2.5).



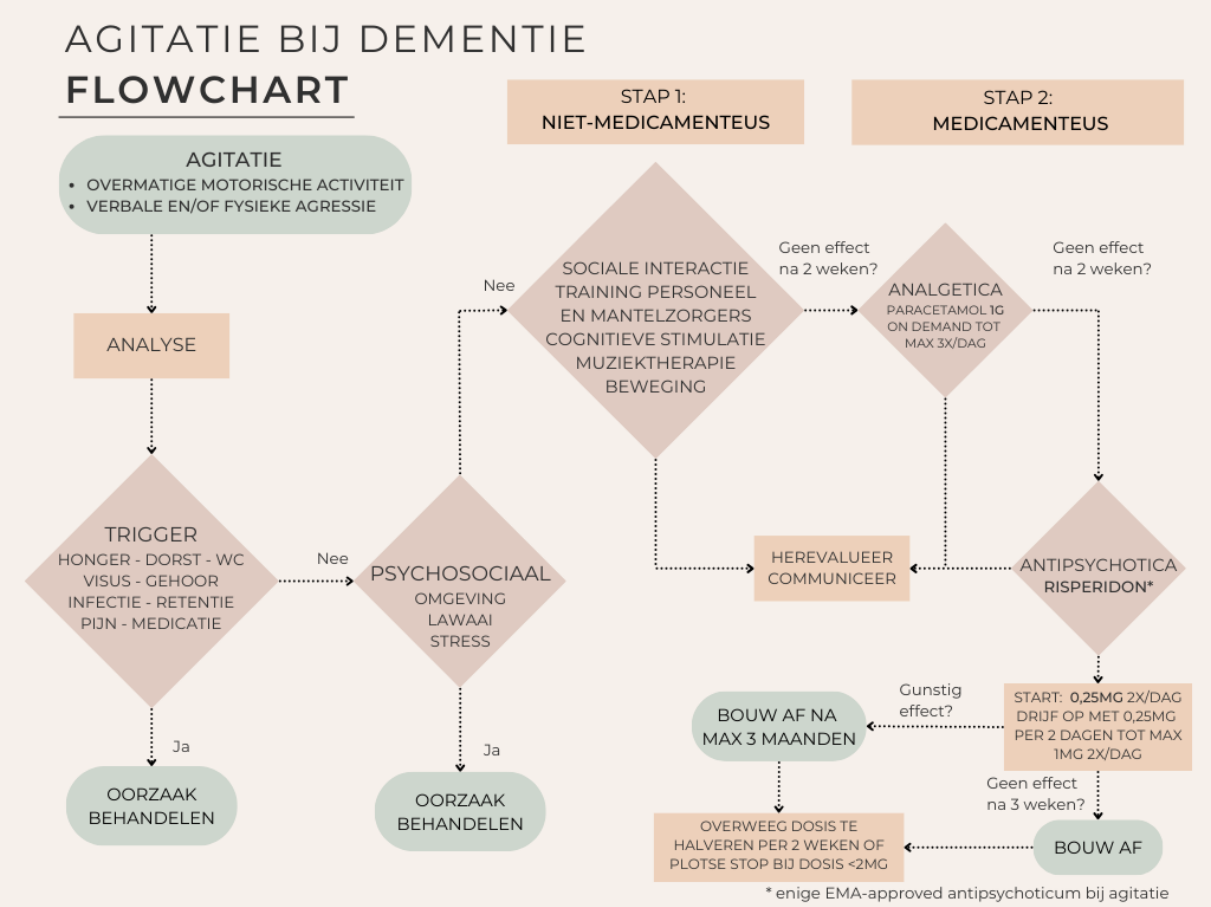
Figuur D1: Ishikawa diagram van factoren die bijdragen aan de moeilijke aanpak van agitatie bij personen met dementie in woonzorgcentra.

Bijlage E. Beslissingsondersteunende steekkaart

In het kader van dit praktijkverbeterend project werd een beslissingsondersteunende steekkaart ontwikkeld voor huisartsen, met als doel de aanpak van agitatie bij personen met dementie te structureren.

De steekkaart is opgebouwd als een flowchart en is gebaseerd op de huidige aanbevelingen van het BCFI en relevante literatuur. De nadruk ligt op het identificeren en behandelen van onderliggende oorzaken, het toepassen van niet-medicamenteuze interventies en een terughoudend en gestructureerd gebruik van medicatie.

De flowchart vertrekt vanuit een systematische analyse van mogelijke uitlokkende factoren en doorloopt stapsgewijs zowel niet-medicamenteuze als medicamenteuze interventies, met aandacht voor regelmatige herevaluatie en afbouw van antipsychotica.



Figuur E1: Zelf ontworpen beslissingsondersteunende steekkaart met flowchart voor de aanpak van agitatie bij personen met dementie

Bijlage F. Vragenlijst nulmeting

Deze vragenlijst werd gebruikt voor de nulmeting bij huisartsen, met als doel hun huidige aanpak en kennis omtrent agitatie bij personen met dementie in kaart te brengen. De vragenlijst werd elektronisch verspreid via REDCap.

Nulmeting

Beste collega huisarts

Als behandelend arts van één of meerdere patiënten met dementie in een gesloten/dementie-afdeling van een woonzorgcentrum werd u uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek, uitgevoerd in het kader van een masterthesis binnen de opleiding Huisartsgeneeskunde.

Het primaire doel van dit onderzoek is om de aanpak van agitatie bij personen met dementie in woonzorgcentra te concretiseren door middel van een hulpmiddel, meer bepaald een steekkaart die de huidige richtlijnen samenvat. Daarnaast wordt geëvalueerd of het aanbieden van deze steekkaart uw besluitvorming in de behandeling van agitatie bij dementiepatiënten kan beïnvloeden.

U wordt gevraagd om nu een eerste vragenlijst in te vullen als nulmeting. Het invullen duurt ongeveer 10 minuten. Over enkele maanden ontvangt u een tweede, gelijkaardige vragenlijst. Deze helpt ons om te beoordelen of uw aanpak in de behandeling van agitatie veranderd is en om uw ervaring met de steekkaart in kaart te brengen. De resultaten van de vragenlijsten worden volledig anoniem verwerkt.

Alvast hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek!

Hoe lang bent u reeds werkzaam als huisarts?	◯ Minder dan 5 jaar ◯ Tussen de 5-10 jaar ◯ Tussen de 10-20 jaar ◯ Langer dan 20 jaar
Hoe vaak komt u in contact met gedrags- en psychologische symptomen (BPSD)* bij ouderen met dementie in uw praktijk?	◯ Nooit ◯ Enkele keren per jaar ◯ Maandelijks ◯ Bijna wekelijks (*verzamelnaam voor verstoring van gedrag, stemming, gedachte en perceptie (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia))
Wat zijn voor u de meest voorkomende gedrags- en psychologische symptomen (BPSD)* bij ouderen met dementie? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Agitatie/agressie ☐ Apathie ☐ Ontremming ☐ Hallucinaties/wanen ☐ Depressie ☐ Dwaalgedrag (*verzamelnaam voor verstoring van gedrag, stemming, gedachte en perceptie (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia))
Hoe ervaren voelt u zich in de behandeling van specifiek agitatie* bij ouderen met dementie?	◯ Onvoldoende ◯ Neutraal ◯ Voldoende (*gedefinieerd als overmatige motorische activiteit, verbale agressie en/of fysieke agressie)
Motiveer 'onvoldoende'?	_____
In welke mate voert u anamnese en/of klinisch onderzoek uit in geval van agitatie bij ouderen met dementie?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Wat doet u dan exact?	_____

In welke mate verricht u labo-onderzoek in geval van agitatie bij ouderen met dementie?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Welke labo-onderzoeken vraagt u dan aan?	_____
In welke mate verricht u beeldvorming in geval van agitatie bij ouderen met dementie?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Welke beeldvorming vraagt u dan aan?	_____
Welke NIET-medicamenteuze therapieën gebruikt u in de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie?	_____
Welke medicamenteuze therapieën gebruikt u in de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie?	_____
Hoe vaak schrijft u psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, hypnosedativa) voor wanneer een oudere met dementie agitatie vertoont?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Wat is voor u een reden om over te gaan naar pyschofarmaca als therapie? (bv. langdurige agitatie, op vraag van verpleging, tijdsgebrek voor andere behandelingen...)	_____
Welke psychofarmaca schrijft u dan het vaakst voor? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Antipsychotica ☐ Antidepressiva ☐ Hypnosedativa ☐ Geen
Welk antipsychoticum heeft uw voorkeur?	_____
Welke antidepressivum heeft uw voorkeur?	_____
Welk hyposedativum heeft uw voorkeur?	_____
Hoe vaak spreekt u bij opstart van psychofarmaca ook meteen een stopdatum af?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Na hoeveel tijd plant u deze stopdatum in?	_____

Wist u dat énkel Risperidone EMA-approved is in de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie?	◯ Ja ◯ Nee
Hoe vaak overweegt u, bij ouderen met dementie die chronisch antipsychotica nemen, om deze af te bouwen?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Bijna altijd
Hoe vaak werkt u samen met een psychiater of geriater wanneer een oudere met dementie agitatie vertoont?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Wat vindt u de grootste uitdaging bij de behandeling van agitatie bij ouderen met dementie? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Diagnosestelling ☐ Keuzen tussen diverse behandelopties ☐ Communicatie met mantelzorgers ☐ Samenwerking met andere zorgverleners ☐ Andere
Definieer 'Andere':	_____
Vindt u dat er voldoende scholing is voor huisartsen over de aanpak van agitatie bij ouderen met dementie?	◯ Ja ◯ Nee
Heeft u nog bijkomende opmerkingen of aanvullingen?	_____

Bijlage G. Vragenlijst nameting

Deze vragenlijst werd gebruikt voor de nameting bij huisartsen, met als doel veranderingen in aanpak en kennis na implementatie van de interventie te evalueren. De vragenlijst werd elektronisch verspreid via REDCap.

Nameting

Beste collega huisarts

Enkele maanden geleden werd de nulmeting vragenlijst bij u afgenomen. Ter evaluatie van de steekkaart die u daarna heeft mogen ontvangen, vragen wij u nu deze finale nameting te vervolledigen. Deze vragenlijst gaat specifiek over uw ervaringen sinds het gebruik van de steekkaart bij de aanpak van agitatie bij personen met dementie in woonzorgcentra.

Het invullen duurt ongeveer 5 minuten. De resultaten van de vragenlijsten worden opnieuw volledig anoniem verwerkt.

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek!

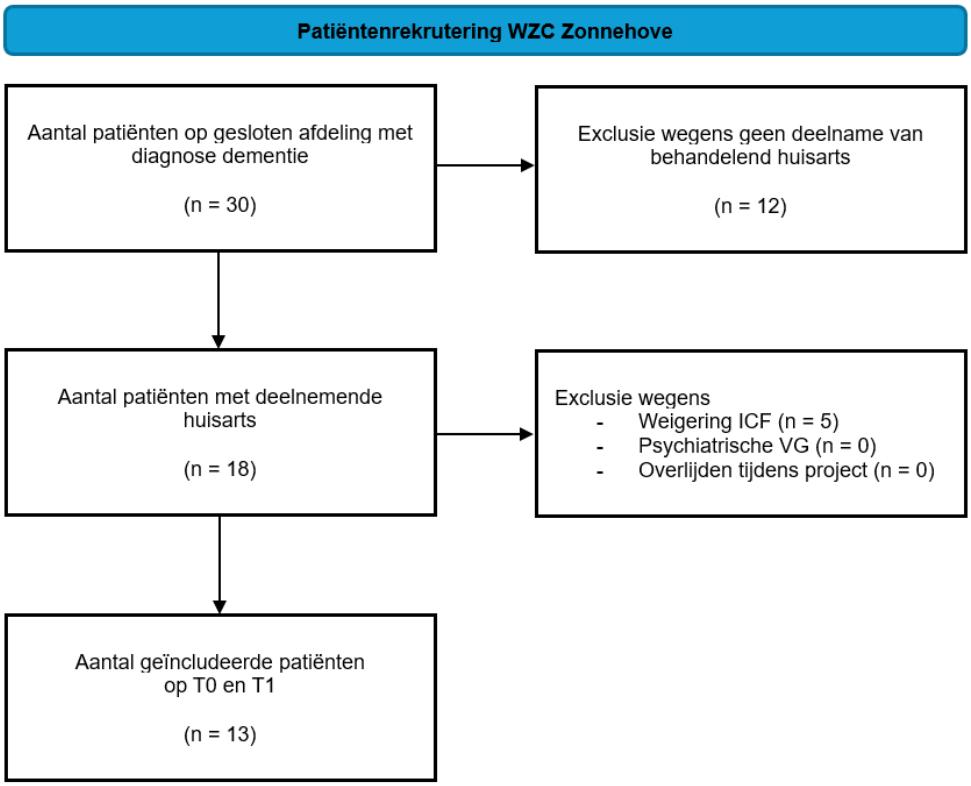
Hoe lang bent u reeds werkzaam als huisarts?	◯ Minder dan 5 jaar ◯ Tussen de 5-10 jaar ◯ Tussen de 10-20 jaar ◯ Langer dan 20 jaar
Bent u de afgelopen periode in contact gekomen met agitatie bij ouderen met dementie? (Zowel nieuwe gevallen als reeds gekende gevallen waarbij therapie werd geherevalueerd.)	◯ Ja ◯ Nee
Heeft u de steekkaart gebruikt afgelopen periode?	◯ Ja ◯ Nee
Kunt u kort toelichten waarom niet?	_____
Hoe vaak heeft u de steekkaart gebruikt tijdens uw besluitvorming bij de aanpak van agitatie bij patiënten met dementie, sinds u deze ontvangen heeft?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Vond u de steekkaart handig in gebruik?	◯ Ja, absoluut ◯ Ja, in zekere mate ◯ Nee
Kunt u kort toelichten waarom slechts in zekere mate?	_____
Kunt u kort toelichten waarom niet?	_____
Hoe vaak ging u, voorbije periode, onvervulde behoeften (honger, dorst, slecht gehoor, slecht zicht…) na wanneer een oudere met dementie agitatie vertoonde?	◯ Nooit, net zoals voordien* ◯ Minder dan voordien ◯ Even vaak als voordien ◯ Meer dan voordien (*voordien = vóór de interventie, dus vóór het ontvangen van de steekkaart)

Hoe vaak ging u, voorbije periode, onderliggende medische aandoeningen (pijn, medicatiebijwerking, constipatie...) na wanneer een oudere met dementie agitatie vertoonde?	◯ Nooit, net zoals voordien* ◯ Minder dan voordien ◯ Even vaak als voordien ◯ Meer dan voordien (*voordien = vóór de interventie, dus vóór het ontvangen van de steekkaart)
Hoe vaak deed u, voorbije periode, technische onderzoeken (bloedonderzoek, urineonderzoek...) alvorens een therapie in te stellen wanneer een oudere met dementie agitatie vertoonde?	◯ Nooit, net zoals voordien* ◯ Minder dan voordien ◯ Even vaak als voordien ◯ Meer dan voordien (*voordien = vóór de interventie, dus vóór het ontvangen van de steekkaart)
Hoe vaak schreef u, voorbije periode, antipsychotica voor wanneer een oudere met dementie agitatie vertoonde?	◯ Nooit, net zoals voordien* ◯ Nooit, maar voordien wel ◯ Minder dan voordien ◯ Even vaak als voordien ◯ Vaker dan voordien (*voordien = vóór de interventie, dus vóór het ontvangen van de steekkaart)
Als u besloot antipsychotica voor te schrijven, om welke reden was dit dan?	_____
Schreef u nog andere antipsychotica voor dan Risperidone?	◯ Ja ◯ Nee
Welke?	_____
Welke overwegingen speelden een rol bij het voorschrijven van andere antipsychotica dan Risperidone?	_____
Sprak u bij opstart van antipsychotica ook een stopdatum af?	◯ Zelden tot nooit ◯ Soms ◯ Vaak ◯ Zo goed als altijd
Schreef u bij een oudere met dementie en agitatie, voorbije periode, nog antipsychotica voor een periode langer dan drie maanden voor?	◯ Ja, langer dan 3 maanden ◯ Nee, maximaal gedurende 3 maanden ◯ Nee, altijd korter dan 3 maanden ◯ Niet van toepassing: de agitatie-episode(s) ontstonden minder dan 3 maanden geleden
Om welke reden werden antipsychotica langer dan 3 maanden voorgeschreven?	_____
Schreef u afgelopen periode, naast eventuele antipsychotica, nog andere psychofarmaca (antidepressiva, benzodiazepines) voor bij een oudere met dementie die agitatie vertoonde?	◯ Ja ◯ Nee
Welke psychofarmaca schreef u voor bij agitatie? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Benzodiazepines ☐ Antidepressiva ☐ Andere

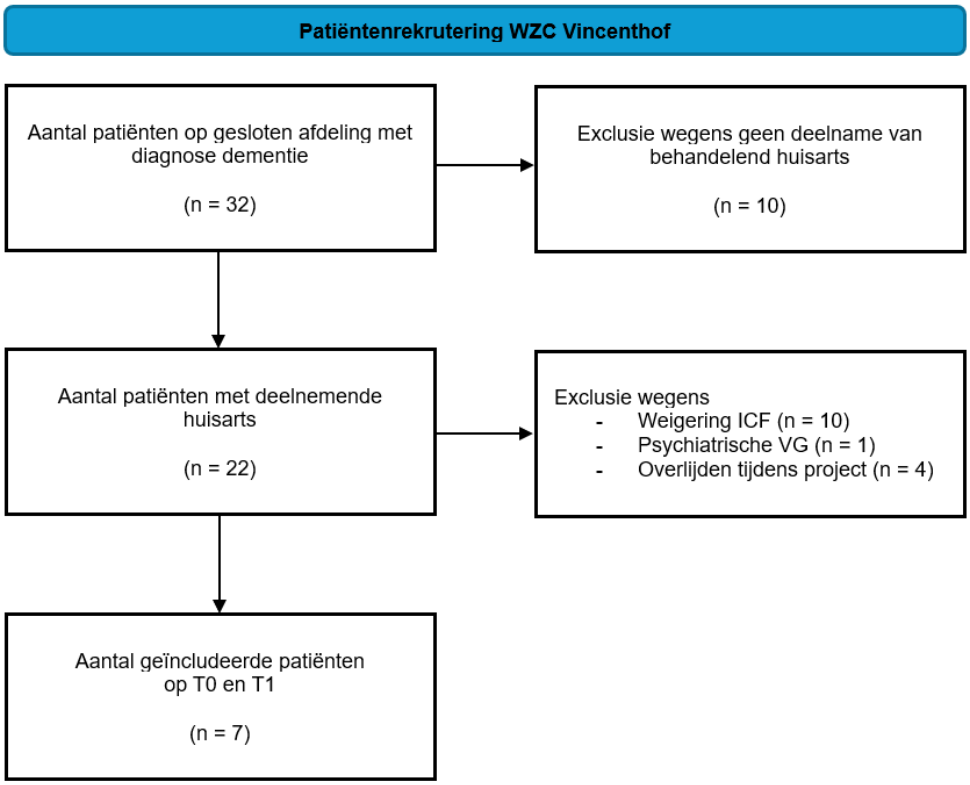
Definieer 'Andere':	_____
Wat waren de redenen om te kiezen voor een medicamenteus alternatief zoals benzodiazepines of antidepressiva, in plaats van antipsychotica? (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Tijdelijk gebruik van benzodiazepines of antidepressiva ter ondersteuning van de afbouw van antipsychotica. ☐ Onvoldoende effect van antipsychotica bij eerdere behandelpoging(en). ☐ Voorkeur voor benzodiazepines of antidepressiva op basis van persoonlijke ervaring of richtlijnen. ☐ Vraag van zorgteam om een ander geneesmiddel te proberen (bijvoorbeeld noodsituatie, acute onrust...). ☐ Andere
Definieer 'Andere':	_____
Bent u door de steekkaart meer bewust geworden van uw voorschrijfgedrag?	◯ Ja, absoluut ◯ Ja, in zekere mate ◯ Nee
Heeft u, voor zover u kon inschatten, gemerkt dat het gebruik van de steekkaart een invloed had op de werkdruk of beleving van de zorgverleners in het woonzorgcentrum?	◯ Ja, het had een eerder positieve invloed (bv. minder onzekerheid over de aanpak, betere samenwerking). ◯ Ja, het had een eerder negatieve invloed (bv. verhoogde werklast, weerstand tegen verandering). ◯ Nee, ik heb geen duidelijke invloed opgemerkt. ◯ Anders
Definieer 'Anders':	_____
Hoe waarschijnlijk gaat u in de toekomst teruggrijpen naar de steekkaart?	◯ Zeer onwaarschijnlijk ◯ Eerder onwaarschijnlijk ◯ Neutraal ◯ Eerder waarschijnlijk ◯ Zeer waarschijnlijk
Heeft u nog bijkomende opmerkingen of aanvullingen?	_____

Bijlage H. Flowcharts van patiëntenrekrutering per woonzorgcentrum

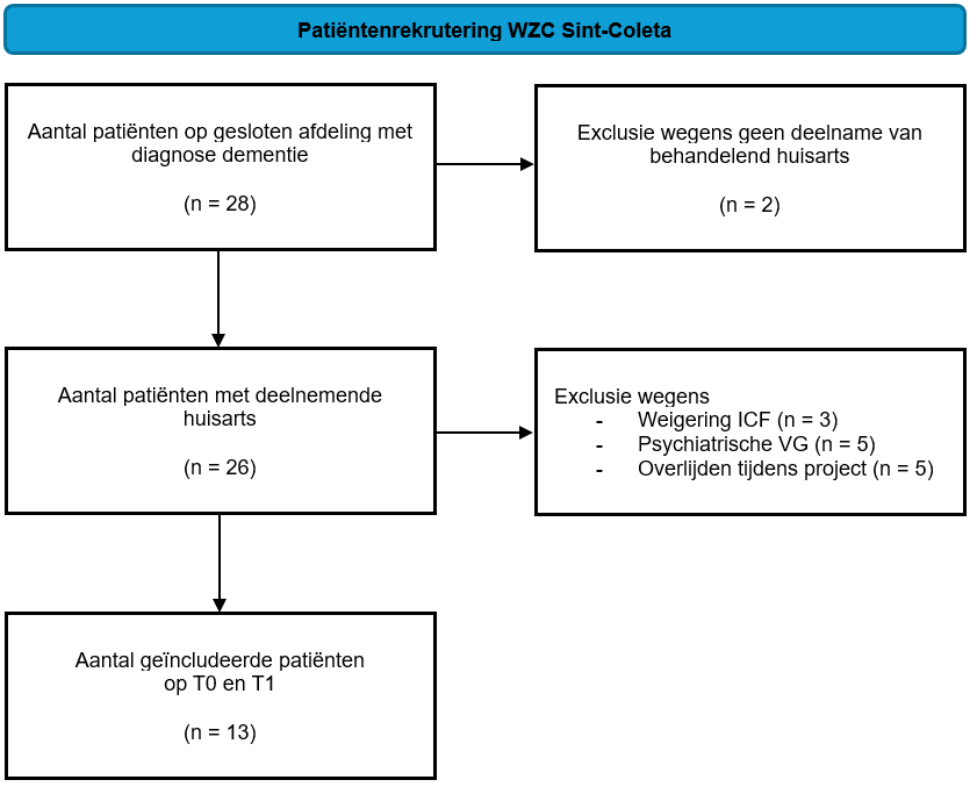
In deze bijlage worden de flowcharts weergegeven van de patiëntenrekrutering per woonzorgcentrum. Deze geven een overzicht van het aantal geïncludeerde patiënten en de verschillende exclusieredenen.



Figuur H1: Flowchart van patiëntenrekrutering in WZC Zonnehove



Figuur H2: Flowchart van patiëntenrekrutering in WZC Vincenthof



Figuur H3: Flowchart van patiëntenrekrutering in WZC Sint-Coleta