

Bron Trouw 1 juni 2011

In Nederland overlijden ieder jaar 550 tot 760 dementerende ouderen voortijdig door de medicijnen die ze krijgen. Ze slikken antipsychotica waarvan de werkzaamheid zeer beperkt is. Van de middelen is al jaren bekend dat ze ernstige bijwerkingen hebben. Herseninfarcten komen vaak voor door het slikken van deze middelen.

De medicijnen worden op vrij grote schaal voorgeschreven aan demente ouderen met 'probleemgedrag' (zoals agressie en agitatie), omdat er geen andere middelen zijn.

De meeste antipsychotica zijn niet geregistreerd voor probleemgedrag bij dementie. Ze zijn op de markt voor de behandeling van psychoses. Sinds 2005 is bekend dat antipsychotica leiden tot extra sterfte onder demente ouderen. Drie jaar daarvoor was in Canada al gewaarschuwd voor herseninfarcten als bijwerking van het antipsychoticum Risperdal.

Een Britse wetenschapper heeft uitgerekend dat het antipsychoticagebruik bij dementerenden in het Verenigd Koninkrijk jaarlijks tot 1800 extra doden leidt en ruim 1600 extra beroertes en voorbijgaande ,lichte infarcten (TIA's). Als de Britse cijfers als uitgangspunt worden genomen, overlijden er in Nederland naar schatting 550 tot 760 ouderen als direct gevolg van het slikken van antipsychotica.

Verenso, de Nederlandse vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, heeft drie jaar geleden de adviezen over medicijnen bij probleemgedrag in de behandelrichtlijn aangepast. Dat gebeurde mede door nieuwe inzichten over werking en risico's van antipsychotica. Sinds 2003 hebben geneesmiddelautoriteiten wereldwijd, ook de Nederlandse toezichthouder, herhaaldelijk gewaarschuwd voor de risico's van ernstige bijwerkingen.

Verenso hield specialisten ouderengeneeskunde in de richtlijn voor dat bij ouderen in verpleeghuizen met probleemgedrag eerst andere oplossingen moeten worden gezocht voordat de medicijnkast wordt geopend , zoals praten, afleiden, een andere bejegening. In de richtlijn staat: 'Psychosociale interventies dienen eerst te worden toegepast omdat deze leiden tot een structurele aanpak van gedragsproblemen binnen een systeem'.

In de praktijk is van psychosociale aanpak als eerste keus-behandeling weinig terecht gekomen, blijkt uit onderzoek van het artsblad Medisch Contact en Trouw. Gemiddeld krijgt in Nederland 1 op de 3 dementerenden antipsychotica.

Volgens specialist ouderengeneeskunde Bert Keizer is het antipsychotica-gebruik in verpleeg- en verzorgingshuizen een goed kwaliteitscriterium voor familieleden bij hun keuze van een instelling voor opa of oma - aangenomen dat er voor hen wat te kiezen valt. „Het is een graadmeter voor verantwoorde zorg."

Keizer schrijft antipsychotica voor in het Amsterdamse verpleeghuis waar hij werkt. Meer dan hem lief is. „Het is een zwakgebod. Ik heb altijd een schuldgevoel. Het is slechte geneeskunde. Daar heb je dan zeven jaar voor doorgeleerd. Je voelt je toch altijd een soort van collaborateur als je deze

middelen voorschrijft. Het komt er op neer dat dementerenden in toom worden gehouden, domweg omdat ze in een verpleeghuis zitten."

Bron: medisch contact juni 2012

Antipsychotica soms nuttig bij dementie

Publicatie Nr. 29/30 - 18 juni 2012

Jaargang 2012

Rubriek Artikelen, eerst online

Auteur Raymond Koopmans, Luc Disselhorst, Roland Wetzels

Complexiteit van probleemgedrag wordt zwaar onderbelicht

Na de Zweedse banden zijn nu de antipsychotica aan de beurt om uitgebannen te worden in de zorg voor mensen met dementie. Alsof er een keur aan andere oplossingen voorhanden is als deze mensen probleemgedrag vertonen.



beeld: HH

De toegenomen mortaliteit door antipsychotica bij mensen met dementie die probleemgedrag vertonen, is met enige regelmaat onderwerp van discussie in de media.¹ Soms leidt dit zelfs tot Kamervragen. In het najaar van 2011 verschenen twee proefschriften van de specialisten ouderengeneeskunde Bart Kleijer en Roland Wetzels.^{2,3} Kleijer onderzocht de praktijk van het voorschrijfbeleid van antipsychotica in Nederland en de bijwerkingen. Hij maakte daarbij gebruik van grote databases. Wetzels volgde verpleeghuispatiënten met dementie gedurende twee jaar op de prevalentie van probleemgedrag en eveneens het psychofarmacagebruik. Kleijer bevestigt het toegenomen risico op het krijgen van een beroerte, met name kort na het starten van deze middelen maar niet bij langdurig gebruik. Hij vond geen verhoogd risico op het krijgen van trombo-embolische aandoeningen en vond zelfs een mogelijk protectief effect van antipsychotica op het acuut coronair syndroom. Wetzels rapporteerde dat in de loop van twee jaar nagenoeg alle mensen met dementie (tot 97%) probleemgedrag krijgen en dat psychofarmaca vaak voor langere duur worden voorgeschreven. Zo bleek bijvoorbeeld dat 12 procent een antipsychoticum gedurende twee jaar kreeg voorgeschreven.

Machteloosheid

Wat overheerst – zowel in de berichtgeving als in het algemene debat – is een negatief beeld van het van toepassing van antipsychotica. Zowel deskundigen als familieleden van mensen met dementie, die nota bene zelf aangeven de zorg niet meer te kunnen opbrengen vanwege het probleemgedrag, spreken van een ‘onjuiste praktijk’, ‘chemisch vastbinden’ en ‘mishandeling in plaats van behandeling’. Dit wekt de suggestie dat deze problematiek makkelijk anders te behandelen is en gaat voorbij aan de complexiteit van de problematiek en de machteloosheid die het veroorzaakt bij zorgverleners en behandelaars.

Er is zeker winst te behalen bij de behandeling van probleemgedrag. Zo zouden behandelaars deze middelen vaker moeten proberen af te bouwen en te staken. Verder zijn er grote verschillen in voorschrijfbeleid tussen afdelingen die slechts ten dele verklaard kunnen worden door de kenmerken van de bewoners. Ten slotte weten we uit onderzoek dat psychosociale interventies ook effectief zijn, soms zelfs effectiever dan medicatie, maar dat de bewijskracht juist bij mensen met ernstig probleemgedrag beperkt is.⁴

Overspannen

Het debat lijkt echter de maatschappelijke werkelijkheid waarin we verkeren, volledig uit het oog te verliezen. We weten immers uit onderzoek dat probleemgedrag de belangrijkste reden van opname in een verpleeghuis is.⁵ Mantelzorgers proberen de zorg thuis zo lang mogelijk vol te houden en betalen daar een hoge prijs voor. Velen van hen kampen met problemen van depressie en tekenen van overspannenheid; dit aantal is helaas niet gedaald ondanks het Landelijk Dementieprogramma en de inzet van casemanagers. In dit licht is het onbegrijpelijk dat er een eigen bijdrage is ingevoerd voor de behandeling vanuit de ggz voor thuiswonende mensen met dementie. Er is waarschijnlijk geen beter recept om mantelzorgers nog meer over de kling te jagen en daarmee hun geliefden het verpleeghuis in. Deze maatregel, die bedoeld is als bezuiniging, zal uiteindelijk de kosten alleen maar opdrijven.

In het verpleeghuis is het dan ook niet vreemd dat we te maken hebben met een hoge prevalentie en ernst van probleemgedrag. Anders hoeven deze mensen immers niet opgenomen te worden. Zo lang mogelijk thuis blijven wonen is het devies. Daarmee wordt de complexiteit van deze problematiek in de verpleeghuizen steeds groter. De mensen die dachten dat probleemgedrag ‘behandeld’ kan worden door het kleinschalig-wonen-zorgconcept in te voeren, kunnen inmiddels ook weer met beide voeten op de grond komen.

Uit onderzoek van de universiteit van Maastricht blijkt dat de mate van probleemgedrag, de kwaliteit van leven of het percentage bewoners dat psychofarmaca krijgt voorgeschreven, nauwelijks tot niet verschilt van mensen opgenomen op reguliere verpleeghuisafdelingen.⁶ Natuurlijk, een prettige woonomgeving, huiselijkheid en een belevingsgerichte benadering, zijn allemaal belangrijke aspecten in de zorg voor mensen met dementie. Toch lijken we hierbij soms te vergeten dat het ‘thuis niet meer ging’ en dat we dus niet de illusie moeten hebben dat het nabootsen van datzelfde ‘thuis’ het probleemgedrag doet verdwijnen.



beeld: IstockPhoto

Onderschatting

Het meest schrijnende van deze maatschappelijke werkelijkheid is dat wij de afgelopen tien jaar hebben toegestaan dat met de toenemende complexiteit van zorg, het gemiddelde deskundigheidsniveau van verpleging en verzorging binnen de zorginstellingen is afgenomen. Dit wekt de suggestie dat het hier om simpele zorg gaat, wat een ernstige onderschatting is. De bezuinigingen op de ggz belemmeren tevens de consultatiefunctie vanuit de ggz naar zorginstellingen, die juist hard nodig is om nog enigszins het hoofd te kunnen bieden aan de toegenomen complexiteit. Wij zijn dan ook een fervent voorstander van niet alleen meer handen aan het bed, maar ook meer 'brein' aan het bed. De introductie van verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen zou dan ook verder gestimuleerd moeten worden, omdat zij als rolmodel kunnen functioneren in de benadering en begeleiding van mensen met probleemgedrag, goed ondersteund door psychologen. Wij denken dat dit kwaliteit van zorg zeker ten goede zal komen.

Lijdensweg

Ten slotte nog dit. Veel werkers in de ouderenzorg kennen mensen met dementie met zeer ernstig probleemgedrag (roepen, fysieke agressie, ontremming) of die totaal ontredderd zijn en voor wie de dementie een ware lijdensweg is. Deze mensen ontregelen een hele afdeling en zijn te herkennen aan een veelheid van psychofarmaca tegelijkertijd, vaak ook nog in combinatie met een acetylcholinesteraseremmer en/of memantine.

Daarnaast is de psycholoog intensief betrokken bij het maken van omgangsplannen en coaching van het verzorgend/verpleegkundig team. Uit de dossiers van dergelijke mensen is grote machteloosheid van de behandelaars af te lezen en ook de enorme complexiteit van de psychiatrische diagnostiek en behandeling. Soms passeert de hele DSM-IV met diagnoses als delier, angststoornis, geagiteerde depressie, obsessief-compulsieve stoornis en psychose de revue. Niet zelden verhuizen die mensen van zorginstelling naar ggz, naar klinisch-geriatrische afdeling van een ziekenhuis en als ze pech hebben moeten ze door opnamestops of andere barrières soms ver buiten de regio opgevangen worden. Dit zijn de mensen met niet-behandelbaar probleemgedrag, waarbij je in feite kunt spreken van een refractair symptoom en waarbij 'de kwaal erger is dan het middel'.

Soms leidt dit in overleg met de betrokkenen tot palliatieve sedatie om een einde aan dit lijden te maken. Het is misschien dit perspectief dat ertoe bijdraagt dat mensen een euthanasieverklaring opstellen, teneinde dit scenario af te wenden.

Deltaplan

Gezien deze maatschappelijke werkelijkheid zou het fijn zijn als de ouderenzorg verdere bezuinigingen bespaard blijft. En dat er geld wordt vrijgemaakt voor substantieel wetenschappelijk onderzoek naar het voorkómen en genezen van dementie en voor het verbeteren van de zorg voor deze kwetsbare groep. Het Deltaplan dementie, waar nu aan gewerkt wordt, is hier een mooie gelegenheid voor.

prof. dr. Raymond Koopmans, *hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg*

dr. Roland Wetzels, *specialist ouderengeneeskunde en senior onderzoeker*

drs. Luc Disselhorst, *klinisch geriater*

Allen werkzaam bij UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeriatrie

Correspondentieadres: r.koopmans@elg.umcn.nl; c.c. redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstremming gemeld.

Samenvatting

- Probleemgedrag bij mensen met dementie komt veel voor en wordt vaak behandeld met antipsychotica.
- Er gaan stemmen op om deze middelen niet meer voor te schrijven vanwege hun bijwerkingen.
- Het debat hierover gaat echter voorbij aan de complexiteit van diagnostiek en behandeling van probleemgedrag bij dementie.