



Ouderen (55+) en psychoactieve medicatie

SAMENGEVAT

- Het gebruik van psychoactieve medicatie is hoog bij 55-plussers
- Er moet primair ingezet worden op het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen
- Volwassenen ouder dan 55 jaar zijn gevoeliger voor ongewenste effecten bij het gebruik van psychoactieve medicatie
- Medische richtlijnen voor het voorschrijven van geneesmiddelen aan oudere patiënten zijn terug te vinden in het [Formularium Ouderenzorg](#)
- Ter preventie van onoordeelkundig gebruik van psychoactieve medicatie zijn onder andere volgende strategieën nodig:
 - o Deskundigheidsbevordering van zorgverleners over het herkennen en behandelen van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen, met aandacht voor de medische richtlijnen voor oordeelkundig psychoactievemedicatiegebruik
 - o Informeren en sensibiliseren van zorgverleners over de niet-medicamenteuze alternatieven voor het behandelen van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen
 - o Informeren en sensibiliseren van ouderen en hun omgeving over niet-medicamenteuze alternatieven, oordeelkundig medicatiegebruik en de risico's bij het gebruik van psychoactieve medicatie
 - o Oordeelkundig voorschrijven van psychoactieve medicatie:
 - Voorkeur geven aan niet-medicamenteuze behandelingen
 - Langdurig gebruik voorkomen door het gebruik regelmatig te evalueren en te beperken in dosis en duur
 - De behandeling steeds te bepalen in overleg met een geïnformeerde patiënt
 - Zorgen voor multidisciplinaire samenwerking met een heldere (transparante) communicatie

Psychoactieve medicatie wordt voor meerdere klinische indicaties gebruikt, zoals slapeloosheid, angststoornissen, psychoses, dementie gerelateerde gedragsstoornissen, en depressie¹. Ze beïnvloeden de cognitieve functies (zoals geheugen, aandacht en concentratie, snelheid van informatieverwerking, planningsvaardigheden, sociale cognitie, taal en probleemoplossend vermogen) en het gedrag. Het gaat over medicatie zoals slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines en z-drugs), antidepressiva, antipsychotica en opioïde pijnstillers*. Omdat ze inwerken op het centrale zenuwstelsel, zijn er bij gebruik gezondheids- en veiligheidsrisico's. Bij regelmatig gebruik is er ook risico op tolerantie en/of afhankelijkheid.

In deze visietekst wordt de term 'psychoactieve medicatie' of 'psychofarmaca' gebruikt wanneer bovengenoemde middelen worden bedoeld. In de literatuur wordt het onderscheid tussen psychoactieve medicatie en andere medicatie niet altijd gemaakt. Vaak is er sprake van medicatie in het algemeen of een combinatie van psychoactieve medicatie en andere medicatie. In dat geval gebruiken we de term medicatie of geneesmiddelen.

Een leeftijd pinnen op 'de oudere volwassene' is haast onmogelijk. Dit komt omdat het verouderingsproces sterk verschilt van persoon tot persoon. Veroudering hangt samen met biologische veranderingen die slechts beperkt verband houden met de leeftijd in jaren. De diversiteit bij 'oudere volwassenen' is dan ook niet toevallig. Ook de levensfase waarin een oudere volwassene zich bevindt, kan sterk verschillen: van een werkende 55-plusser over een actieve 65-plusser tot een oudere die in een woonzorgcentrum verblijft^{2,3}.

Daar waar de overgang van 'volwassene' naar 'oudere' vaak wordt vastgelegd op 65 jaar, de 'pensioenleeftijd', spreken we in deze visietekst (vanuit preventief oogpunt) over oudere volwassenen vanaf 55 jaar. Dit omdat uit onderzoek blijkt dat het gebruik van psychoactieve medicatie hoger ligt bij volwassenen ouder dan 55 jaar. Het gebruik van psychoactieve medicatie wordt geassocieerd met (ernstige) bijwerkingen. Omwille van de individuele biologische verouderingen is deze doelgroep kwetsbaarder⁴.

Oudere volwassenen (55+) nemen vaker meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd (polyfarmacie) ten gevolge van multimorbiditeit (aanwezigheid van 2 of meer chronische aandoeningen). Maar het gebeurt ook dat sommige van de gebruikte medicijnen, waaronder psychoactieve medicatie, niet of niet meer klinisch geïndiceerd** zijn, of zonder duidelijke reden gebruikt³ worden.

Hoe we kijken naar medicatiegebruik wordt bepaald door onze sociale en culturele waarden en normen. Het beïnvloedt ons gedrag en de verwachtingen die we hebben van de (geestelijke) gezondheidszorg. Er zijn verschillende factoren die dit beïnvloeden, zoals de farmaceutische industrie, de overheid, medische richtlijnen, de media en de biotechnologie (nieuwe ontwikkelingen in de medische wereld). Door de groeiende medische mogelijkheden hebben we steeds meer de verwachting dat medicatie elke klacht kan behandelen en elke ziekte kan voorkomen. Daarbij zien we vaak belangrijke levensstijlfactoren over het hoofd, zoals voeding, fysieke activiteit of andere niet-medicamenteuze alternatieven, zoals psychologische ondersteuning⁶.

Deze visietekst kadert het gebruik van psychoactieve medicatie door volwassenen ouder dan 55 jaar met enkele cijfers, beschrijft de gevoeligheid van ouderen, en schetst de preventieve aanpak die onoordeelkundig gebruik van psychoactieve medicatie bij deze doelgroep kan voorkomen of verminderen.

* De opioïde pijnstillers, vroeger narcotische pijnstillers genoemd (synoniem narcotische analgetica), omvatten een brede waaier van moleculen met een divers pijnstillend vermogen. Bv: methadon, buprenorfine, tramadol, ...

** Dit wil zeggen dat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen van de medicatie.

Prevalentie van het gebruik van psychoactieve medicatie bij doelgroep 55+ in Vlaanderen

Het gebruik van psychoactieve medicatie komt in Vlaanderen het vaakst voor bij **55-plussers**. **Het gebruik neemt toe met de leeftijd en is hoger bij vrouwen dan bij mannen**. Dit verschil tussen vrouwen en mannen verkleint naarmate men ouder wordt.

De middelen die het vaakst gebruikt worden, zijn slaap- en kalmeermiddelen. 1 op 7 (14,3%) van de 55-64-jarigen gebruikte de afgelopen twee weken slaap- en kalmeermiddelen. Dit aantal stijgt tot bijna een derde (31,3%) bij de 75-plussers. **Het gebruik van antidepressiva kent zijn piek bij 65-74-jarigen:** 1 op 10 (10,3%) van deze leeftijdscategorie gebruikte de afgelopen twee weken antidepressiva.

Daarnaast valt op dat 4% van de 55-74-jarigen en 7% van de 75-plussers de afgelopen 24 uur een **opioïde pijnstiller** nam. Er zijn geen grote verschillen in gebruik van opioïde pijnstillers tussen vrouwen en mannen^{7,8}.

Settingsgerelateerd gebruik

Uit onderzoek in **woonzorgcentra** blijkt dat 8 op 10^{9,10} van de bewoners psychoactieve medicatie gebruikt. Een vijfde van alle geneesmiddelenvoorschriften bevatten psychoactieve medicatie⁹. Dit gebruik blijkt in heel wat gevallen niet in verhouding te staan tot hoe vaak de belangrijkste aandoeningen bij ouderen (slapeloosheid, majeure depressie, psychoses, dementiegerelateerde gedragsstoornissen, enzovoort) waarvoor deze geneesmiddelen worden voorgeschreven effectief voorkomen¹¹.

In het algemeen gebruiken **ouderen die thuis verzorgd** worden minder antidepressiva (32%) of antipsychotica (7%) dan ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven (respectievelijk 46% en 24%)¹¹. Uit onderzoek naar **nog-thuis-wonende ouderen** (waarvan 36,8% met thuiszorg) blijkt dat meer dan de helft psychoactieve medicatie (55%) gebruikt¹².

Meer cijfers? [Lees de factsheet psychoactieve medicatie.](#)

Specifieke kwetsbaarheid oudere volwassenen en psychoactieve medicatie

Ouderen vormen een zeer heterogene groep en hebben omwille van het persoonlijke verouderingsproces een aantal specifieke kwetsbaarheden.

Fysiologische en metabolische veranderingen

Ouder worden gaat gepaard met leeftijdsgerelateerde veranderingen zoals minder lichaamsvocht, een lagere spiermassa en meer lichaamsvet dan op jongvolwassen leeftijd, net als een lagere bloeddorstrooming naar en door organen. Deze fysiologische en metabole veranderingen zorgen voor een wijziging in hoe het lichaam medicatie verwerkt: het proces van absorptie, distributie en eliminatie van de werkzame stoffen (farmacokinetiek) verloopt anders. Daardoor veranderen ook de werking en bijwerkingen van medicatie (farmacodynamiek). Hierdoor blijven geneesmiddelen langer in het lichaam, kunnen de effecten van geneesmiddelen sterker zijn bij een lagere dosering, en is er meer risico op bijwerkingen, toxiciteit en gewijzigde serumconcentraties^{13,4,14}.

Het niet aanpassen van de dosering op basis van de gewijzigde farmacokinetiek en farmacodynamiek van psychoactieve medicatie op oudere leeftijd is een veelvoorkomende oorzaak van bijwerkingen en geneesmiddeleninteracties^{13,5}.

Polyfarmacie

Bij oudere volwassenen is er bovendien vaker sprake van multimorbiditeit. Hierdoor hebben zij een hogere kans op polyfarmacie. Polyfarmacie (meestal beschouwd als het nemen van vijf of meer medicijnen tegelijkertijd) leidt tot een toename van bijwerkingen van medicatie (zoals valincidenten), geneesmiddeleninteracties, een verzwakte gezondheid, meer ziekenhuisopnames en verhoogde mortaliteit^{13,14}.

Geneesmiddeleninteracties kunnen leiden tot toxiciteit of tot een afname in de therapeutische werking van de medicatie. De bijwerkingen van psychoactieve geneesmiddelen zijn vaak moeilijk te onderscheiden van de symptomen waarvoor ze werden opgestart. Ze kunnen bovendien ernstige gevolgen hebben voor oudere volwassenen, zoals toegenomen valincidenten en breuken, flauwvallen, bewegingsstoornissen, functionele achteruitgang, acute verwardheid, cognitieve stoornissen, verhoogd risico op diabetes, een te traag hartritme, hartaanval of beroerte, maar ook lusteloosheid, verminderd bewustzijn, verminderde slaapkwaliteit, tolerantie en/of afhankelijkheid van medicatie en toegenomen mortaliteit, ... Deze bijwerkingen kunnen op hun beurt vaker leiden tot een opname op de spoedgevallendienst en een hoger aantal ziekenhuisopnames met bijhorende toegenomen kosten voor de gezondheidszorg^{13,4,15}.

Psychische problemen bij ouderen

Er zijn op elke leeftijd meerdere factoren die het risico verhogen op het ontstaan van psychische problemen (bijvoorbeeld angst, slaapproblemen, depressie, ...). Ouder worden kan op verschillende manieren een impact hebben op de levenskwaliteit en de geestelijke gezondheid. Zo kan men last krijgen van een verminderde mobiliteit en zicht, chronische pijn of andere gezondheidsproblemen. Bovendien moet men vaak ook afscheid nemen van vrienden, familieleden of heeft men een lager inkomen ten gevolge van pensioenering. Al deze factoren leiden tot isolement, verlies van autonomie, eenzaamheid en

psychische problemen. Ouderen hebben dan ook vaak nood aan mogelijk langdurige zorg^{16,3}. Geestelijke gezondheidsproblemen leveren vaak een slechtere prognose, door langere ziekenhuisopnames, sneller autonomieverlies en meer institutionalisering.

Uit de cijfers van de gezondheidsenquête blijkt dat één op vijf ouderen tussen 65 en 74 jaar worstelt met zijn mentaal welzijn. Bij de 75-plussers gaat het over bijna een op drie¹⁷.

Alcohol

Tot slot neemt het aandeel personen die dagelijks alcohol drinken toe met de leeftijd. 1 op 6 van alle Vlamingen tussen 55 en 75 jaar drinkt dagelijks alcohol¹⁷. Daarmee zijn ze de grootste groep dagelijkse drinkers. De combinatie met het hoger gebruik van psychoactieve medicatie op oudere leeftijd maakt oudere volwassenen opnieuw extra kwetsbaar. Alcohol en medicatie kunnen elkaar op verschillende manieren beïnvloeden. Alcohol kan de werking van geneesmiddelen doen afnemen of net doen toenemen. Zo kan de combinatie van slaap- en kalmeermiddelen met alcohol onder meer leiden tot overmatige bedwelming en een verhoogd risico op ongevallen en verwondingen, zoals bijvoorbeeld valincidenten door een bloeddrukval. De risico's variëren naargelang het soort medicatie dat in combinatie met alcohol gebruikt wordt. Meer informatie over deze interacties zijn terug te vinden in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium¹⁸.

Meer informatie over de visie van VAD op alcohol vind je terug in de [visietekst: alcohol en ouderen](#).

Richtlijn voor het gebruik van psychoactieve medicatie

Waarom zijn richtlijnen belangrijk?

De toegenomen levensverwachting van ouderen in combinatie met het hoger risico op multimorbiditeit, zorgen voor uitdagingen bij het voorschrijven van medicatie. Het verhoogt de kans op polyfarmacie en bijgevolg het risico op bijwerkingen van medicatie en mogelijk onoordeelkundig voorschrijfgedrag^{5,20,15}.

Onder onoordeelkundig voorschrijven van medicatie verstaan we *'overbehandeling'*, *'inadequaate voorschrijven'* en *'onderbehandeling'*.

- Overbehandeling is het overmatig voorschrijven van psychoactieve medicatie buiten de medische richtlijnen of zonder niet-farmacologische alternatieven te overwegen.
- Inadequaate voorschrijven is het voorschrijven van psychoactieve medicatie volgens indicatie, maar ongepast in keuze van klasse, dosering en duur of een incorrecte tijdsduur voor follow-up.
- Onderbehandeling is aanwezig wanneer ouderen geen psychoactieve medicatie krijgen voorgeschreven bij de behandeling of preventie van een ziekte, hoewel ze deze nodig hebben^{15,20}.

Het onoordeelkundig voorschrijven, met polyfarmacie als gevolg, kan verschillende oorzaken hebben. Zoals het voorschrijven van medicatie na een acute gebeurtenis, waarna de medicatie niet gestopt of herzien wordt. Ook het verkeerd interpreteren van bijwerkingen met als gevolg het voorschrijven van nieuwe medicatie komt voor (dat is de zogenaamde voorschrijfcascade). Ook de terughoudendheid van een huisarts om medicatie af te bouwen die voorgeschreven werd door een specialist of andere arts kan een rol spelen. Het gebrek aan een duidelijke communicatie tussen verschillende disciplines vergroot het risico op interacties en bijwerkingen. Maar ook het feit dat patiënten zelden het initiatief nemen om medicatie af te bouwen, ondanks de bijwerkingen die ze ervaren. Dit wordt gevoed door de angst voor een verslechtering of terugval, en de voorkeur van oudere volwassenen voor medicatie als de beste behandeling. Hiermee samenhangend is ook de aarzeling om een niet-medicamenteuze behandeling te proberen. Net als de neiging om medicatie op eigen initiatief te nemen, zoals medicatie nemen die voorgeschreven werd voor een echtgenoot, of zelf een dosering aanpassen zonder overleg met de huisarts¹⁵.

Richtlijnen voor het voorschrijven van psychoactieve medicatie bij ouderen

Verschiedende aspecten beïnvloeden het gebruik van psychoactieve medicatie: de indicatie, contra-indicaties, dosering en duur van de behandeling, bijwerkingen van medicatie en interacties met andere middelen of medicatie. We spreken van een oordeelkundig (of gepast) medicatiegebruik wanneer de medicatie geïndiceerd is voor de problematiek waarvoor het voorgeschreven is, en wanneer de geneesmiddelkeuze en dosering gebaseerd is op de bestaande medische richtlijnen²².

Wil je meer weten over de medische richtlijnen? [Ga naar het formularium ouderenzorg](#). Het Formularium Ouderenzorg kan een leidraad zijn bij het voorschrijven van medicatie aan oudere patiënten²³. De richtlijnen over psychoactieve medicatie zijn terug te vinden onder de geneesmiddelenfiches: 'zenuwstelsel'.

Preventie bij de doelgroep ouderen

Geestelijke gezondheidszorg

Ter preventie van het gebruik van psychoactieve medicatie bij ouderen moet in eerste instantie ingezet worden op het verbeteren van de (geestelijke) gezondheid van de algemene bevolking, met extra aandacht voor ouderen. Dit door actief en gezond ouder worden (Active Ageing) te bevorderen²⁷. Dit omvat het creëren van leefomstandigheden en -omgevingen die het welzijn van oudere volwassenen ondersteunen en mensen in staat stellen om een actief en gezond leven te leiden. Zoals bijvoorbeeld het versterken van het gemeentelijk ouderenbeleid. Dat kan de sociale inclusie en participatie van oudere volwassenen vergroten door buurtomgevingen te verbeteren. Ouderen klagen niet snel over mentale problemen en zijn terughoudend om hulp te vragen. Daarom is het belangrijk om ook in te zetten op deskundigheidsbevordering, training en ondersteuning voor zorgverleners. Dit wil zeggen: inzetten op kennis en vaardigheden om geestelijke gezondheidszorg bespreekbaar te maken en signalen te herkennen¹⁶.

Onoordeelkundig psychoactievemedicatiegebruik voorkomen

Daarnaast is preventie van het onoordeelkundig gebruik van psychoactieve medicatie belangrijk. Dit is gericht op het voorkomen van problemen die het gevolg zijn van bijwerkingen en geneesmiddeleninteracties, zoals afhankelijkheid, verhoogd valrisico, enzovoort. Het uiteindelijke doel is de levenskwaliteit van oudere volwassenen te verbeteren. Om het correct gebruik van psychoactieve medicatie te verhogen is dus een veelzijdige aanpak nodig, waarbij ingezet wordt op verschillende strategieën en waarin zowel zorgverleners als patiënten hun verantwoordelijkheid opnemen. Onderstaand worden de verschillende preventiestrategieën in kaart gebracht.

Informer en sensibiliseren van voorschrijver en andere zorgverleners

Gezien de centrale rol van voorschrijvers is het noodzakelijk dat ze voldoende kennis hebben van de specifieke veranderingen in de farmacokinetiek en farmacodynamiek op oudere leeftijd^{5,13}. Bestaande medische richtlijnen en bijscholing kunnen de voorschrijver en zorgverlener hierin ondersteunen. Ook in bestaande opleidingen van voorschrijvers en andere zorgverleners kan men hierop inzetten.

Voorschrijvers of andere zorgverleners zijn soms terughoudend voor het gebruik van niet-medicamenteuze alternatieven. Uit de richtlijnen blijkt echter dat niet-medicamenteuze alternatieven vaak de voorkeur hebben. Daarom is het informeren en sensibiliseren van zorgverleners en patiënten over niet-medicamenteuze alternatieven van belang^{4,26}.

Informer en sensibiliseren van patiënten en omgeving

Patiënten zijn vaak niet op de hoogte van mogelijke bijwerkingen. Ze geloven ook dat medicijnen superieur zijn aan niet-medicamenteuze alternatieven. Patiënten en hun omgeving kunnen weigerachtig staan tegenover het afbouwen van medicatie die ze al een lange tijd gebruiken, omdat ze onrealistische verwachtingen hebben van de werkzaamheid²³.

Daarom wordt aanbevolen om patiënten en hun omgeving te sensibiliseren en te informeren, zowel over niet-medicamenteuze alternatieven, als over de risico's en de voordelen van medicatiegebruik. Op die manier zijn patiënten, hun familie en zorgverleners beter geïnformeerd. Hierdoor kunnen ze een gezamenlijke beslissing nemen over het al dan niet opstarten van psychoactieve medicatie. De persoonlijke doelen en voorkeuren van de patiënt staan hierbij voorop^{4,14}.

Monitoring, screening en detectie

Signalen en symptomen van psychische problemen bij ouderen worden nog te vaak niet herkend door zorgverleners. Het detecteren en monitoren van geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen is hierbij belangrijk¹⁶. Er zijn heel wat gevalideerde screeningsinstrumenten*** beschikbaar voor het screenen van psychisch welbevinden bij de doelgroep ouderen.

Daarnaast kan de toenemende complexiteit bij de behandeling van oudere patiënten als gevolg van multimorbiditeit en polyfarmacie een uitdaging vormen voor artsen. Het is namelijk niet eenvoudig om een onderscheid te maken tussen bijwerkingen van medicijnen en nieuwe klachten²³.

Medicatiebeoordeling is een gestructureerde evaluatie van de voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen die door een patiënt gebruikt worden. Het heeft als doel om medicijngebruik en de gezondheidsuitkomst te optimaliseren. Het omvat het detecteren van geneesmiddeleninteracties, ongewenste bijwerkingen en het aanbevelen van nodige aangepaste interventies⁵. Er is vaak te weinig tijd om de medicatielijst grondig door te nemen²³. Het beoordelen van de medicatielijst kan helpen bij het detecteren, voorkomen en oplossen van ongewenste bijwerkingen, en bij het identificeren van onoordeelkundig gebruik van medicatie.

Er zijn heel wat instrumenten beschikbaar voor de klinische praktijk die monitoring en (vroeg)detectie mogelijk maken, waardoor mogelijke interacties en ongewenste bijwerkingen voorkomen kunnen worden¹³.

De behandelstrategie bepalen

De volgende aanbevelingen ondersteunen het voorkomen van de opstart van psychoactieve medicatie, en het oordeelkundig gebruik van psychoactieve medicatie⁴:

Niet-medicamenteuze behandeling

Niet-medicamenteuze behandelingen die gepaard gaan met minder risico's, zoals psycho-educatie of cognitieve gedragstherapie bij slapeloosheid, dienen eerst overwogen te worden. Hierbij gaat men op zoek naar mogelijke oorzaken van het symptoom (bijvoorbeeld: pijn, alcoholgebruik, specifieke slaapstoornissen) én tracht deze te behandelen alvorens psychoactieve medicatie op te starten^{4,5,24}.

Start laag en bouw traag op

Wanneer psychoactieve medicatie aangewezen is, kan volgende doseringsstrategie gevolgd worden: start laag en bouw traag op. Deze strategie helpt het langdurig gebruik van psychoactieve medicatie te voorkomen, net als de mogelijke ongewenste bijwerkingen die niet meer opwegen tegen de voordelen van die medicatie.

Bij de opstart van psychoactieve medicatie kan het 3T-principe gehanteerd worden: target, titration en time⁴:

1. De medicatie richt zich op de behandeling van een specifiek symptoom (*Target*)
2. De opstartdosis is zo laag mogelijk en wordt enkel indien nodig langzaam verhoogd (*Titration*)
3. Het gebruik wordt regelmatig geëvalueerd en beperkt in duur (*Time*)

*** Gevalideerde meetinstrumenten voor screening, diagnose en het bepalen van de ernst van een stoornis bij ouderen [zijn hier terug te vinden](#).

Afbouwen psychoactieve medicatie

Bij patiënten die langdurig psychoactieve medicatie gebruiken, moet ten slotte het afbouwen overwogen en aangemoedigd worden^{4,25}. Het afbouwen van psychoactieve medicatie waarvan de patiënt geen voordelen meer ondervindt, zorgt voor minder bijwerkingen en interacties met andere geneesmiddelen^{15,23}. Afbouwen kan soms gepaard gaan met ontwenningverschijnselen, en gebeurt daarom best onder toezicht van een professionele zorgverlener of arts. Ook andere zorgverleners (apothekers & verpleegkundigen) kunnen hierin ondersteunen^{4,23}.

Er zijn verschillende tools**** voorhanden die zorgverleners helpen om het afbouwen van medicatiegebruik in de klinische praktijk te ondersteunen⁴.

Multidisciplinair werken

Heldere (of transparante) communicatie en multidisciplinair werken, werkt preventief. Heel wat factoren dragen bij aan polyfarmacie. Zo bezoeken patiënten soms meerdere voorschrijvers die naast elkaar dezelfde of onderling interagerende geneesmiddelen voorschrijven. Soms bezoeken ze ook meerdere apothekers. Daarnaast zijn medicijnen steeds vaker online beschikbaar, net als in (kruiden)winkels. Tot slot zorgt de multimorbiditeit bij oudere volwassenen voor een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen met elk hun eigen behandeling¹⁴. Alle zorgverleners (apothekers, artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners) moeten op de hoogte zijn van het medicatiegebruik van een patiënt^{4,5}. Het globaal medisch dossier (GMD) maakt een betere individuele begeleiding en multidisciplinair overleg mogelijk. Een GMD is niet verplicht, het is een vrijwillige keuze van de patiënt. Omdat het GMD multidisciplinaire samenwerking bevordert, is het belangrijk dat de arts de patiënt informeert over het belang van het GMD als werkinstrument voor een kwaliteitsvolle zorg.

De rol van de apotheker bij medicatiegebruik wordt steeds belangrijker. Apothekers kunnen de medicatiebeoordeling bij ouderen mee helpen ondersteunen. Door hun laagdrempeligheid zowel in de eerstelijnsgezondheidszorg als de woonzorgcentra, kunnen ze bijwerkingen van medicatie voorkomen, bespreken en oplossen²⁰. Wanneer apothekers samenwerken met artsen, door deel te nemen aan interventies of door lid te zijn van een multidisciplinair team, leidt dit tot een significante verbetering van het voorschrijven bij patiënten. Zowel in de eerstelijnsgezondheidszorg als in de woonzorgcentra⁵. Ook voor indicaties waarbij een niet-medicamenteuze aanpak een belangrijke rol speelt, is een multidisciplinair overleg (tussen ergotherapeuten, kinesitherapeuten, verzorgenden, artsen, apothekers, ...) essentieel. Welke ook de therapeutische optie is, een open en gefundeerd overleg tussen de patiënt, de voorschrijver en in talrijke omstandigheden ook de andere zorgverleners, is steeds onontbeerlijk²².

Deze veelzijdige aanpak veronderstelt een samenwerking en afstemming tussen verschillende maatschappelijke actoren. Centraal hierin staan huisartsen, psychiaters, psychologen en de verslavingszorg. Iedere actor brengt de eigen expertise in die de deskundigheid van de andere actoren aanvult en versterkt. Dat maakt een brede preventieve aanpak mogelijk.

Psychofarmacabeleid

Gezien de complexiteit van het voorschrijfproces is het succes van een preventieve aanpak afhankelijk van gelijktijdige strategieën én betrokkenheid op alle niveaus: patiënt en omgeving, gezondheidszorg en beleidsmedewerkers²³.

Een dergelijke veelzijdige aanpak is in de organisaties die instaan voor de zorg en het

**** Reeve, E. (2020), Deprescribing tools: a review of the types of tools available to aid deprescribing in clinical practice. J Pharm Pract Res, 50: 98-107.

welzijn van oudere volwassenen (WZC, thuiszorg, ...) best te realiseren door een psychofarmacabeleid.

Een psychofarmacabeleid is een samenhangend geheel van afspraken over hoe de organisatie omgaat met psychoactieve medicatie. Met een psychofarmacabeleid wordt er vanuit de visie van de organisatie gewerkt aan vier pijlers: educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels en zorg en begeleiding. Alle vier de pijlers van het psychofarmacabeleid zijn belangrijk en vullen elkaar aan. Als deze pijlers evenwichtig worden uitgewerkt, ontstaat er een beleid waarbij verschillende maatregelen en acties op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken. De eerder genoemde preventiestrategieën kunnen deel uitmaken van een psychofarmacabeleid.

Oudere volwassenen met meer zorgnoden bevinden zich vaker in een context waar een psychofarmacabeleid een grote impact kan hebben op het oordeelkundig medicatiegebruik. Desondanks is ook preventie bij de nog actieve oudere volwassenen belangrijk om ervoor te zorgen dat men zo lang mogelijk actief en gezond kan leven.



Literatuur

1. Lynch T, Ryan C, Hughes CM, Presseau J, van Allen ZM, Bradley CP, Cadogan CA. Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2020 Sep;115(9):1618-1639. doi: 10.1111/add.14981. Epub 2020 Feb 11.
2. WHO. Ageing and health. (2021). Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Geraadpleegd op 8 maart 2022.
3. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Synthese Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren? (2018). Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301A_Organisatie_mentale_gezondheidszorg_ouderen_synthese.pdf Geraadpleegd op 8 maart 2022.
4. Capiou A, Foubert K, Somers A, Petrovic M. Guidance for appropriate use of psychotropic drugs in older people. *Eur Geriatr Med*. 2021 Jun;12(3):577-583. doi: 10.1007/s41999-020-00439-3. Epub 2021 Jan 8.
5. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatr Danub*. 2016 Mar;28(1):13-24.
6. van Dijk W, Faber MJ, Tanke MA, Jeurissen PP, Westert GP. Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. *Int J Health Policy Manag*. 2016 Nov 1;5(11):619-622. doi: 10.15171/ijhpm.2016.121. PMID: 27801356; PMCID: PMC5088721.
7. Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2019). Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>
8. Van der Heyden, J., Berete, F., Drieskens, S. (2020). Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van geneesmiddelen. Brussel: Sciensano. Geraadpleegd op https://his.wivisp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/DR_NL_2018.pdf
9. Vander Stichele, R., Van De Voorde, C., Elseviers, M. Verrue, C., Soenen, K., Smet, M., Petrovic, M., Chevalier, P., De Floor, T., Mehuys, E., Somers, A., Gobert, M., De Falleur, M., Bauwens, M., Christiaens, Th., Spinewine, A., Devriese, S., & Ramaekers, D. (2006). Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. KCE reports vol. 47A. Brussel: KCE.
10. Ivanova, I., Wauters, M., Vander Stichele, R., Christiaens, T., De Wolf, J., Dilles, T., & Elseviers, M. (2018). Medication use in a cohort of newly admitted nursing home residents (Ageing@ NH) in relation to evolving physical and mental health. *Archives of gerontology and geriatrics*, 75, 202-208.
11. Christelijke Mutualiteit (2018). Bewoners woonzorgcentra massaal aan antidepressiva. Brussel: CM. Gedownload van https://www.cm.be/media/Antidepressiva-bijlage_tcm47-44958.pdf
12. Wauters, M., Elseviers, M., Vaes, B., Degryse, J., Dalleur, O., Vander Stichele, R., ... & Azermai, M. (2016). Polypharmacy in a Belgian cohort of community-dwelling oldest old (80+). *Acta Clinica Belgica*, 71(3), 158-166.
13. Kratz T, Diefenbacher A: Psychopharmacological treatment in older people—avoiding drug interactions and polypharmacy. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 508–18.
14. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc*. 2021 Jan;96(1):242-256.
15. Williams S, Miller G, Khoury R, Grossberg GT. Rational deprescribing in the elderly. *Ann Clin Psychiatry*. 2019 May;31(2):144-152.
16. WHO. Mental health of older adults 2017. Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> Geraadpleegd op 14 januari 2022.
17. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

18. L. Gisle, S. Demarest, S. Driescens. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van alcohol. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2019/14.440/56. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be
19. E. De Bolle L, Boussery K, Tommelein E. Prevalence of alcohol-drug interactions in community-dwelling older patients with polypharmacy. *Drug Metab Pers Ther.* 2021 Jun 7.
20. Foubert K, Capiiau A, Mehuys E, De Bolle L, Somers A, Petrovic M, Boussery K. Ghent Older People's Prescriptions Community Pharmacy Screening (GheOP3S)-Tool Version 2: Update of a Tool to Detect Drug-Related Problems in Older People in Primary Care. *Drugs Aging.* 2021 Jun;38(6):523-533.
21. Parsons C. (2017). Polypharmacy and inappropriate medication use in patients with dementia: an underresearched problem. *Therapeutic advances in drug safety*, 8(1), 31–46. <https://doi.org/10.1177/2042098616670798>
22. Farmaka (BCFI). Formularium Ouderenzorg. 2021. Beschikbaar via: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium> Geraadpleegd op 10 november 2021.
23. Wu, H., Kouladjian O'Donnell, L., Fujita, K., Masnoon, N., & Hilmer, S. N. (2021). Deprescribing in the Older Patient: A Narrative Review of Challenges and Solutions. *International journal of general medicine*, 14, 3793–3807.
24. Gerlach LB, Wiechers IR, Maust DT. Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2018 Sep/Oct;26(5):264-273.
25. Reeve, E. (2020), Deprescribing tools: a review of the types of tools available to aid deprescribing in clinical practice. *J Pharm Pract Res*, 50: 98-107.
26. Vrdoljak D, Borovac JA. Medication in the elderly - considerations and therapy prescription guidelines. *Acta Med Acad.* 2015;44(2):159-68.
27. WHO. (2017). Mental health of older adults. Beschikbaar via: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Geraadpleegd op 8 maart 2022.

Colofon

Redactie: Kaatje Popelier en Karen Vanmarcke, stafmedewerkers VAD

Layout: VAD

V.U.: dr. H. Peuskens, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

© 2022

VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be