



Psychosociale interventies om het gebruik van antipsychotica bij bewoners van woonzorgcentra te verminderen

Referentie

Lühnen J, Richter T, Calo S, et al. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev* 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD008634.pub3

Duiding

Clément Dequiedt, médecin généraliste
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat zijn de voor- en nadelen van psychosociale interventies om het gebruik van antipsychotica bij bewoners van woonzorgcentra te verminderen?

Achtergrond

Dementie komt veel voor bij bewoners van woonzorgcentra. In verschillende landen rapporteert men prevalentiecijfers tot 60% (1). Behalve cognitieve problemen vertonen personen met dementie vaak ook gedragsmatige en psychologische symptomen, zoals bijvoorbeeld agitatie, agressie, ongeduld, dwalen en roepgedrag (2). Deze gedragingen weerspiegelen vaak het leed van de bewoners en kunnen schadelijk zijn voor de bewoners zelf en hun verzorgers. Minerva besprak al meermaals de beperkte werkzaamheid en mogelijk ernstige ongewenste effecten van antipsychotica voor de behandeling van gedragsstoornissen bij personen met dementie (3-12). Toch worden ze nog steeds vaak gebruikt als eerstelijnsbehandeling van gedragsstoornissen bij personen met dementie (13). Ondanks hun werkzaamheid en veiligheid worden niet-medicamenteuze behandelingen in de praktijk weinig toegepast (14,15). Een systematische review over de niet-medicamenteuze aanpak gedragsstoornissen bij dementie is daarom zeker relevant (16).

Samenvatting

Methodologie

Update van een systematische review uit 2012.

Geraadpleegde bronnen

- de 'Cochrane Dementia and Cognition Improvement Group'-databank (CDCIG); geraadpleegd op 14/07/2022
- deze databank verzamelt studies over dementie en cognitieve status afkomstig van systematische en regelmatige zoekopdrachten in Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, LILACS, CENTRAL, WHO portal, ClinicalTrials.gov.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
 - RCT's of cluster-RCT's
 - interventie: gelijk welke psychosociale interventie, gedefinieerd als niet-medicamenteuze interventie met een psychosociale component; dergelijke interventies richten zich op de manier waarop zorg wordt georganiseerd en verleend, en stimuleren alternatieve niet-medicamenteuze strategieën; vaak voorkomende elementen zijn:

- o opleiding van personeel, medicatiereview en extra ondersteuning en activiteiten voor bewoners
 - o controle: standaardzorg, geoptimaliseerde standaardzorg of een andere interventie om het gebruik van antipsychotica te verminderen
- exclusiecriteria: interventies in verband met stopzetten of vervangen van medicatie, interventies zonder interpersoonlijk contact of communicatie, structurele interventies, interventies die alleen een verandering van het beleid behelzen
- uiteindelijke inclusie van vijf clustergerandomiseerde RCT's (120 zorginstellingen; 59 interventiegroepen versus 61 controlegroepen); één studie werd uitgevoerd in de Verenigde Staten, één in Canada, twee in het Verenigd Koninkrijk en één in Duitsland; de studieduur varieerde van zes tot twaalf maanden; alle studies onderzochten complexe interventies waaronder een opleiding voor verpleegkundigen en andere teamleden; twee studies richtten zich specifiek op persoonsgerichte zorg en één studie richtte zich op persoonsgerichte zorg met bijkomende interventies zoals oefeningen, sociale activiteiten of medicatiereview.

Bestudeerde populatie

- inclusie van bewoners van woonzorgcentra of bewoners van woonzorgcentra en langdurige zorg, ongeacht leeftijd of comorbiditeit
- in totaal werden er 8 342 deelnemers geïncludeerd, 3 749 in de interventiegroepen en 4 593 in de controlegroepen.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - o individueel of collectief gebruik van antipsychotica
 - o ongewenste effecten
- secundaire uitkomstmaten:
 - o mortaliteit
 - o gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie (BPSD - behavioural and psychological symptoms of dementia)
 - o levenskwaliteit (QoL)
 - o gebruik van psychofarmaca
 - o gebruik van psychofarmaca « indien nodig »
 - o dwangmaatregelen
 - o cognitieve status
 - o depressie
 - o activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
 - o kosten.

Resultaten

- omdat de studies te heterogeen waren om een meta-analyse uit te voeren, kozen de auteurs voor een narratieve rapportering van de resultaten
- individueel of collectief gebruik van antipsychotica: het was over het algemeen niet mogelijk om na te gaan of het gebruik van psychosociale interventies het gebruik van antipsychotica deed dalen wegens inconsistente resultaten
- ongewenste effecten: drie studies gaven informatie over ongewenste effecten zoals vallen of ziekenhuisopnames; uit de resultaten kan echter niet worden opgemaakt of de interventies enig effect hadden op deze ongewenste effecten
- het was evenmin mogelijk om duidelijk bewijs te vinden voor de effecten van de interventies op uitkomstmaten met betrekking tot de lichamelijke of geestelijke gezondheid of de levenskwaliteit.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat alle geïncludeerde interventies complex waren en dat de componenten van studie tot studie aanzienlijk verschilden. De interventies en hun componenten waren doorgaans onvoldoende gedetailleerd beschreven. Twee studies toonden aan dat complexe psychosociale interventies het gebruik van antipsychotica konden doen verminderen. Daarnaast stelde één studie vast dat medicatiereview enige impact kon hebben op het aantal antipsychoticavoorschriften. Er werden geen significante ongewenste effecten waargenomen. De beschikbare gegevens laten globaal genomen niet toe om duidelijke en algemene aanbevelingen te formuleren.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review is methodologisch correct uitgevoerd en gebaseerd op het Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (17). De review vertoont enkele sterke punten. Ten eerste zorgt het gebruik van de ‘Cochrane Dementia and Cognition Improvement Group’-databank (CDCIG) voor een volledige en exhaustieve zoektocht naar data. Ten tweede gebeurden de dataverzameling en de data-analyse door 2 auteurs van de studie, los van elkaar, aan de hand van een gestandaardiseerd protocol. In geval van onenigheid zocht men naar consensus met de hulp van een derde onderzoeker. Ook de gegevens over de onderzochte interventies werden op een gestandaardiseerde manier geëxtraheerd met behulp van de TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) tool (18), waarbij men rekening hield met de onderliggende rationale, de gedetailleerde procedure en de therapietrouw. Indien nodig werd contact opgenomen met de auteurs van de oorspronkelijke studies. Tot slot beoordeelden 2 auteurs het risico van bias met behulp van het Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.

In tegenstelling tot de sterke methodologie van de review vertonen de geïncludeerde studies enkele belangrijke zwaktes. Zo worden de interventies en de standaardzorg zelden adequaat beschreven in de geïncludeerde studies. Daarnaast komen er in 4 van de 5 studies verschillende componenten van de interventie ook in de controlegroep aan bod.

Beoordeling van de resultaten

Hoewel de methodologie van deze review van goede kwaliteit is, moeten we de resultaten om verschillende redenen nuanceren. De belangrijkste redenen zijn de klinische heterogeniteit van de geïncludeerde studies, zoals de grote verschillen in interventie- en controlegroepen, en de heterogene resultaten. Daardoor was een meta-analyse niet mogelijk en kunnen we uit deze review geen definitieve besluiten trekken. Opvallend is ook de gemiddelde follow-upperiode van slechts 1 jaar van de geïncludeerde studies. Deze periode is kort als we bedenken dat de psychosociale interventies voornamelijk betrekking hadden op de opleiding van het verpleegkundig personeel, dat vaak een groot verloop kent in woonzorgcentra. Door het gebruik van een breed inclusiecriteria, namelijk ‘verblijf in een woonzorgcentrum’, is de onderzochte populatie anderzijds wel representatief voor de huisarts. Een andere moeilijkheid bij de interpretatie van de resultaten is echter wel dat deelnemers uitsluitend geïncludeerd waren op basis van een voorschrift voor antipsychotica, zonder de diagnose te specificeren. De auteurs van de systematische review geven deze zwakte ook toe, maar poneren hierbij ook dat de overgrote meerderheid van de antipsychoticavoorschriften in woonzorgcentra bedoeld zijn om gedragsstoornissen gerelateerd aan dementie aan te pakken.

Wat zeggen de richtlijnen voor klinische praktijk?

In 2011 publiceerde het KCE een rapport over de zorg voor thuiswonende of geïnstitutionaliseerde personen met dementie (19). Voor geïnstitutionaliseerde personen met dementie blijkt de globale zorg te verbeteren dankzij opleiding van het zorgpersoneel en de introductie van fysieke activiteiten en cognitieve stimulatie, op voorwaarde dat de persoon regelmatig wordt opgevolgd en de aanpak aangepast is aan de persoon en zijn of haar omgeving. Meer recent nog benadrukken de in 2019 geüpdatete transparantiefiches van het BCFI met betrekking tot de behandeling van

dementiegerelateerde gedragsstoornissen dat het achterhalen van de onderliggende etiologie van de gedragsstoornis, de opleiding van het zorgpersoneel, een persoonsgerichte zorg en gepaste communicatievaardigheden bijdragen tot het verminderen van agitatie bij personen met dementie (20).

Besluit van Minerva

Deze systematische review werd methodologisch goed uitgevoerd. Desondanks was een meta-analyse niet mogelijk door de inconsistente resultaten en de significante heterogeniteit van de geïncludeerde studies. Daarom worden de resultaten narratief gerapporteerd en laten ze niet toe om conclusies te trekken over de doeltreffendheid van psychosociale interventies om het gebruik van antipsychotica bij bewoners van woonzorgcentra te verminderen. Gezien de vaak belangrijke en ernstige risico's en de beperkte werkzaamheid van medicamenteuze behandelingen bij personen met dementie en gedragsstoornissen, blijven niet-medicamenteuze interventies de eerste keuze in afwachting van de resultaten van nieuwe studies.

Referenties

1. Seitz D, Purandare N, Conn D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1025-39. DOI: 10.1017/S1041610210000608
2. Richter C, Berg A, Langner H, et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing* 2019;48:419-25. DOI : 10.1093/ageing/afz016
3. De Paepe P, Petrovic M. Medicamenteuze behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij dementie. *Minerva* 2006;5(1):7-10.
4. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacologic treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005;293:596-608. DOI: 10.1001/jama.293.5.596
5. Chevalier P. Antipsychotica en dementie: neemt de cognitieve achteruitgang sneller toe? *Minerva Duiding* 28/01/2012.
6. Vigen CL, Mack WJ, Keefe RS, et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *Am J Psychiatry* 2011;168:831-9. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.08121844
7. Chevalier P. Antipsychotica bij dementie. *Minerva* 2009;8(3):39.
8. Rochon PA, Normand SL, Gomes T, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med* 2008;168:1090-6. DOI: 10.1001/archinte.168.10.1090
9. Petrovic M, Declercq T. Antipsychotica of andere psychotrope middelen en het risico op sterfte bij patiënten met dementie. *Minerva Duiding* 17/12/2015.
10. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry* 2015;72:438-45. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3018
11. Michiels B. Medicamenteuze behandeling van dementie. *Minerva* 2008;7(9):130-1.
12. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008;148:379-97. DOI: 10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00009
13. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo controlled study – the Bergen District Nursing Home Study (BENURS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:889-95. DOI: 10.1002/gps.1998
14. De Jonghe M. Niet-medicamenteuze aanpak van psychische problemen en probleemgedrag bij dementie in de thuiszorg. *Minerva* 2014;13(1):6-7.
15. Brodaty H., Arasaratnam B. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2012;169:946-53. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529
16. Lühnen J, Richter T, Calo S, et al. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev* 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD008634.pub3

17. Higgins J, Tomas J. (ed). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions Version 6.0 (updated August 2019) Cochrane 2019. Available from : training.cochrane.org/handbook/archive/v6
18. Hoffmann et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* 2014;348:g1687. DOI: 10.1136/bmj.g1687
19. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Dementie: welke nietfarmacologische interventies? *Good Clinical Practice (GCP)*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 160A. D/2011/10.273/35.
20. BCFI. Transparentiefiches. Dementie. Laatste bijgewerkt op: 12/02/2019. Geraadpleegd op 17/08/2024. Beschikbaar op: <https://tf.bcfi.be/nl/frontend/indication-group/73/summary>

Tabel. Resultaten van de primaire en secundaire uitkomstmaten.

	Interventie	Controle	Resultaten primaire uitkomstmaten	Resultaten secundaire uitkomstmaten
Meador 1997	Educatieprogramma in de vorm van opleidingen voor artsen en verpleegkundigen	Standaardzorg (niet beschreven)	Het aantal dagen antipsychoticavoorschrift /100 bewonersdagen daalde in de interventiegroep (MD van 6,3 dagen met 95% BI van 6,05 tot 6,66).	- BPSD volgens de NHBPS-vragenlijst: geen verschil tussen de groepen - Gebruik van psychofarmaca: een kleine cohorte deelnemers bleef antipsychotica krijgen gedurende de volledige studieduur: bij 25% werd de dosis verminderd met de helft of meer.
Fossey 2006	Educatieprogramma voor alle personeelsleden die in contact komen met bewoners	Standaardzorg + medicatiereview	- Percentage deelnemers dat antipsychotica nam: reductie in de interventiegroep na 12 maanden (MD 19,1% met 95% BI van 0,5 tot 37,7%) - Vermindering van het aantal valpartijen in de 2 groepen aan het einde van de 12 maanden follow-up (interventiegroep van 60% naar 52% versus controlegroep van 58% naar 55%).	- BPSD volgens CMAI-vragenlijst: geen verschil tussen de groepen - QoL volgens DCM: geen verschil tussen de 2 groepen - Gebruik van psychofarmaca nam toe in de 2 groepen zonder significant verschil tussen beide; de gemiddelde dosis in de interventiegroep was 102,1 versus 107,1 in de controlegroep.
Ballard 2016	3 interventies: *medicatiereview *sociale interacties *oefeningen in factoriële studieopzet (2x2x2): elke groep kreeg een andere	de groep die de interventie niet kreeg, vormde de controlegroep voor die interventie	- Het aantal deelnemers dat een antipsychoticum kreeg, daalde in de groep 'medicatiereview' en steeg in de controlegroep: OR 0,17 met 95% BI van 0,05 tot 0,6. - Het aantal deelnemers dat een antipsychoticum kreeg, bleef stabiel in de groep 'sociale interacties' en nam af in de controlegroep: OR 0,6	- <u>Mortaliteit</u> : * nam af in groep 'sociale interacties' versus controlegroep: OR 0,26 (met 95% BI van 0,13 tot 0,51) en in de groep 'medicatiereview': OR 0,67 (met 95% BI van 0,39 tot 1,14) * bleef ongewijzigd in de groep 'oefeningen' versus controlegroep: OR 1,18 met 95% BI van 0,78 tot 1,79 - <u>BPSD volgens CMAI</u> : * geen verschil tussen de groep 'sociale interacties' versus de

	combinatie van interventies		met 95% BI van 0,19 tot 1,93 - Het aantal deelnemers dat een antipsychoticum kreeg, daalde in de groep 'oefeningen' en nam minder af in de controlegroep: OR 1,31 met 95% BI van 0,37 tot 4,6.	controlegroep en de groep 'medicatiereview' * geen afname in de groep 'oefeningen' - <u>BPSD volgens NPI</u> : * namen toe in de groep 'medicatiebeoordeling': AMD 7,37 (met 95% BI van 1,53 tot 13,22) en in de groep 'sociale interacties': AMD 5,45 (met 95% BI van 0,12 tot 10,77) * namen af in de groep 'oefeningen': AMD van -3,69 met 95% BI van -7,08 tot -0,09 - <u>Depressie volgens de CSDD-vragenlijst</u> : * nam niet af in de groep 'medicatiebeoordeling' en de groep 'oefeningen' * nam niet toe de groep 'sociale interacties'.
Richter 2019	Medewerker opgeleid tot expert in persoonsgerichte zorg + medicatiereview	Standaardzorg + medicatiereview op 36 en 9 maanden	- Het percentage deelnemers dat een antipsychoticum kreeg, bleef onveranderd in de interventiegroep en daalde in de controlegroep (OR 11,4% met 95% BI van 0,9 tot 21,9%) - Er was geen verschil in het percentage deelnemers dat ten minste één keer was gevallen in de voorgaande 12 maanden (OR 1,03 met 95% BI van 0,68 tot 1,56)	- <u>BPSD volgens CMAI</u> : meer BPSD in de interventiegroep versus controlegroep: OR 1,55 met 95% BI van 0,86 tot 2,77 - levenskwaliteit volgens QoL-AD: geen verschil tussen de groepen - <u>Gebruik van psychofarmaca</u> : geen verschil tussen de groepen - <u>Gebruik van benzodiazepines</u> : geen verschil tussen de groepen - <u>Gebruik van antidepressiva</u> : geen verschil tussen de groepen - <u>Gebruik van hypnotica</u> : geen verschil - <u>Toename gebruik van antipsychotica "indien nodig"</u> - <u>Dwangmaatregelen</u> : geen verschil tussen de groepen - <u>Cognitieve status volgens DSS</u> : lichte verbetering in beide groepen.
Tadrous 2020	Educatieve benadering gericht op de behandeling van BPSD en het gepast voorschrijven van antipsychotica	Niet beschreven	Geen verschil tussen interventie- en controlegroep wat betreft het % deelnemers dat antipsychotica gebruikt.	- <u>BPSD volgens ABS-vragenlijst</u> : geen verschil tussen de groepen. - <u>Gebruik van psychofarmaca</u> : geen verschil in gemiddelde dagelijkse doses antipsychotica - <u>Depressie op de « depression rating scale »</u> : geen verschil tussen de groepen - <u>ADL</u> : geen verschil tussen de groepen.

MD: mean difference; AMD: adjusted mean difference; OR: odds ratio; BPSD: Behavioural and psychological symptoms of dementia; NHBS: Nursing Home Behaviour Scale; CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory; DCM: Dementia Care Mapping; NPI: Neuropsychiatric Inventory; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia; QoL-AD: Quality of Life - Alzheimer's Disease scale; ABS: Aggressive Behavior Scale.