

Kwaliteitsbevorderend programma voor een medisch farmaceutisch overleg

VALPREVENTIE :
HET VERBAND TUSSEN PSYCHOFARMACA EN VALLEN

Werkmateriaal
voor een overleg tussen artsen en apothekers en
voor het vastleggen van afspraken
rond het opstarten en afbouwen van benzodiazepines

Auteur

Apr. Carolien Bogaerts, coördinator beroepsontwikkeling KOVAG

Met medewerking van

Het kwaliteitsbevorderend programma Valpreventie is een samenwerkingsinitiatief van :

- VAN (Vlaams Apothekersnetwerk)
- EVV (Expertisecentrum Val-en Fractuurpreventie Vlaanderen)
- Domus Medica

Correspondentie

KOVAG

Apr. Carolien Bogaerts

Kortrijksesteenweg 157, 9830 Sint-Martens-Latem

09/225.41.90

Carolien.bogaerts@kovag.be

Inhoud

1. Inleiding
 - a. Motivatie voor het gekozen onderwerp
 - b. Doelstelling van het medisch farmaceutisch overleg
 - c. Stappenplan voor opstart MFO
2. Valpreventie
 - a. Incidentie
 - b. Realiteit
 - c. Valrisicofactoren
 - d. Gevolgen
 - e. Week van de valpreventie
3. Medicatie en vallen
 - a. Risicofactor
 - b. Keuze voor psychofarmaca
4. Benzodiazepines
 - a. Opstart benzodiazepine
 - b. Slaaphygiëne
 - c. Afbouwen benzodiazepine
 - d. Minimale interventie
 - e. Richtlijnen voor artsen en apothekers
 - f. Beschikbaar materiaal voor patiënten
 - g. Sensibilisatiefilmpjes
5. Evaluatie
6. Bronnen
7. Bijlagen

1. Inleiding

a. Motivatie voor het gekozen onderwerp

Vaak zijn ouderen zich nog te weinig bewust dat vallen een probleem is, en dat preventie ervan mogelijk is. Gedachten zoals “ik ben te oud geworden”, “er is niets meer aan te doen” of “vallen overkomt mij niet” belemmeren dikwijls dat ouderen iets aan hun valrisico (laten) doen. Klinkt dit herkenbaar? Het is als hulpverlener dan ook van essentieel belang om de oudere bewust te maken dat vallen vaak voorkomt en ernstige gevolgen kan hebben. Motiveer daarom de oudere om tijdig te starten met preventieve maatregelen. Daarnaast is het belangrijk dat je, als hulpverlener, aandachtig blijft op het valrisico van de oudere en hem/haar hierover informeert en indien nodig ondersteunt.

In dit MFO pakket willen we na een kort overzicht van de valrisicofactoren vooral stilstaan bij het verband tussen medicatie en vallen met de focus op de psychofarmaca (benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica). Ons uiteindelijke doel is het gebruik van benzodiazepines verminderen. In België worden slaapmiddelen immers veel te vaak gebruikt en misbruikt.

In dit pakket werd er bewust voor gekozen om de focus enkel te leggen op het verband tussen psychofarmaca (in het bijzonder benzodiazepines en Z-drugs) en vallen. Er zijn ook andere geneesmiddelenklassen die het valrisico verhogen maar deze uitgebreid bespreken in dit pakket zou het geheel te complex maken voor één avond. Er zal evenwel een kort overzicht gegeven worden van de andere risicomedicatie op vallen (zie ook puntje 3 ‘medicatie en vallen’ op blz. 8).

b. Doelstelling van het medisch farmaceutisch overleg

Het doel van dit MFO is om lokaal afspraken te maken tussen de huisartsen en apothekers om gebruik van slaapmiddelen te verminderen. Dit met de oudere patiënt met een verhoogd risico op vallen voor ogen. Er dienen duidelijke lokale afspraken te worden gemaakt omtrent aanpak van opstart en afbouw van benzodiazepines alsook over de manier waarop de patiënt kan gemotiveerd worden. Afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik is niet evident maar zeker mogelijk. Het is belangrijk dat de apotheker en huisarts hier nauw in samenwerken en hetzelfde verhaal naar de patiënt brengen. Enkel op deze manier is succes mogelijk en kunnen we het benzodiazepinegebruik in ons land terugdringen.

c. Stappenplan voor opstart MFO

Zie bijlage.

Dit stappenplan vormt een leidraad voor de verantwoordelijke arts en apotheker die een MFO rond vallen en medicatie (afbouw van benzodiazepines) willen organiseren.

2. Valpreventie

a. Incidentie

Het risico op vallen stijgt met het ouder worden:

- 28% tot 35% (of 1 op 3) van de thuiswonende 65-plussers valt minstens **één keer per jaar**. Uit deze groep valt 10% tot 31% van de ouderen zelfs twee of meerdere keren per jaar.
- 32% tot 42% van de thuiswonende 75-plussers valt minstens één keer per jaar.
- Deze percentages zullen waarschijnlijk nog hoger liggen, want slechts één vijfde van de valpartijen wordt aan de huisarts gemeld.
Ouderen verzwijgen vaak een valpartij uit angst hun zelfstandigheid te verliezen en opgenomen te worden in een rusthuis.

Vrouwen (30%) vallen dubbel zoveel als mannen (15%) :

- Dit verschil neemt wel af met de leeftijd.
- Vrouwen lopen twee tot drie maal meer risico op een fractuur dan mannen. Dit omwille van botontkalking die samen gaat met de menopauze.

Bewoners in woonzorgcentra vallen meer dan thuiswonende ouderen:

- 30% tot 70% valt minstens eenmaal per jaar.
- 15% tot 40% valt tweemaal of vaker.
- Het risico neemt toe bij bewoners met mentale stoornissen. *Onder mentale stoornis verstaan we bijvoorbeeld ziektes zoals dementie of de ziekte van Parkinson.* Bij ouderen met dementie kan het percentagevallers oplopen tot 66%.

b. Realiteit

Ondanks deze hoge cijfers is er toch nog een **onderschatting van de problematiek**.

Een valincident zonder letsel wordt vaak niet gemeld omdat:

- het een confrontatie betekent met toegenomen fragiliteit
- ouderen vrezen voor een opname in een woonzorgcentrum

c. Valrisicofactoren

Voor de Vlaamse praktijkrichtlijn "[Valpreventie bij thuiswonende ouderen: Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen](#)" (Milisen et al., 2010) werden 7 risicofactoren geselecteerd, op basis van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie ter preventie van vallen.

7 risicofactoren:

1. Evenwicht, spierkracht & mobiliteit
2. Risicomedicatie
3. Duizeligheid
4. Problemen met het zicht

5. Problemen met voeten & schoeisel
6. Risico's in de omgeving en het gedrag
7. Valangst

d. Gevolgen

Valincidenten kunnen gevolgen hebben op:

- **Lichamelijk vlak:** bij 40 tot 60% van de ouderen resulteert een valpartij in een fysiek letsel:
 - **Klein letsel** zoals verstuiking, snijwonden, weefselbeschadiging (30 tot 50%).
 - **Ernstig letsel** (10% tot 15%) waaronder heupfractuur, andere breuken (bv. polsbreuk, enkelbreuk,...), letsels van weke delen (zoals longen en hersenen) en hoofdtrauma.Ouderen die gevallen zijn, hebben een **toegenomen kans op overlijden**:
 - Een 'onvrijwillig letsel' is de 5^{de} doodsoorzaak bij 75-plussers, waarbij valincidenten de belangrijkste oorzaak zijn. *Onder 'onvrijwillige letsels' verstaan we letsels waarbij men zich niet opzettelijk verwondt.*

- **Psychosociaal vlak: valangst**

Een val leidt bij ouderen niet alleen tot lichamelijk letsel. Vaak ontstaat er ook een angst om nogmaals te vallen. Maar ook zonder zelf gevallen te zijn kunnen ouderen valangst ontwikkelen. Bijvoorbeeld als reactie op hun kwetsbaarheid.

Leven met (val)angst heeft grote impact op de ervaren kwaliteit van leven. Daarnaast is de kans om (opnieuw) te vallen groter voor ouderen met valangst dan voor ouderen zonder valangst. Door valangst kan de verwerking van informatie die relevant is voor oriëntatie verstoord raken. Hierdoor verslechtert de stabiliteit. Dit kan zo subtiel zijn dat een oudere zich hier niet van bewust is, maar kan de kans op een val wel vergroten. Valangst leidt vaak tot minder fysieke activiteiten, ouderen gaan minder ondernemen. Dit leidt tot een verlies van spierkracht, coördinatie en flexibiliteit, waardoor de kans op een val toeneemt. Oftewel door valangst kunnen ouderen in een vicieuze cirkel terechtkomen.

- **Economisch vlak:** ten slotte zorgt een valincident voor een **toename van de kosten**, zowel voor de oudere zelf als voor de samenleving. Valletsels vormen de duurste categorie van alle trauma's bij ouderen. Vallen betekent:
 - Kosten aan de huisarts.
 - Een **opname in het ziekenhuis**, de nazorg, de medicatie, de kosten van verschillende testen, drastische omgevingsaanpassingen in het huis.

Valpreventie : het verband tussen psychofarmaca en vallen

- De grootste kost is uiteraard de **opname in een woonzorgcentrum** en vooral kosten ten gevolge van een heupfractuur kunnen hoog oplopen. *Een ziekenhuisopname ten gevolge van een val neemt 6 maal toe vanaf de leeftijd van 65 jaar en ouderen die gevallen zijn hebben 2 tot 3 maal meer kans om opgenomen te worden in een woonzorgcentrum*
- **Voorbeeld** : Ten gevolge van een heupfractuur :
 - **Herwint slechts 1 op 5 ouderen zijn volledige ADL-zelfstandigheid (Activiteiten van het Dagelijkse Leven)**
 - Worden 1 op 5 (of 20%) ouderen immobiel
 - Overlijdt 1 op 3 ouderen binnen het jaar na het valincident. Dit toegenomen sterfterisico blijft behouden tot 10 à 15 jaar na de heupfractuur.
 - Riskeert 6 tot 12% een nieuwe heupfractuur.
 - Heupfracturen ten gevolge van een val kosten in België bijvoorbeeld gemiddeld €11.500 per patiënt, met een totale jaarlijkse kostprijs geschat op 308 miljoen euro. Dat kostenplaatje zal nog verder stijgen aangezien het aantal heupfracturen tegen 2025 op 19.000 wordt geschat.

e. Week van de valpreventie

Laatste week van april (jaarlijks).

Doel: 65- plussers, hun familie en alle gezondheidszorg- en welzijnswerkers in Vlaanderen sensibiliseren en informeren over val- en fractuurpreventie
 Samenwerking tussen het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (Evv), het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie ([VIGeZ](#)) en het Lokaal Gezondheidsoverleg ([LOGO](#)), met ondersteuning van het [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid](#).

De Week van de Valpreventie stelt jaarlijks 1 risicofactor in het licht waarrond ouderen en zorgverleners worden geïnformeerd en gesensibiliseerd.

Thema's Week van de Valpreventie (voorgaande jaren):

- **2012:** Valpreventie in woonzorgcentra
- **2013 en 2014:** Focus op de valrisicofactor "**bewegen**" (evenwicht, spierkracht en mobiliteit). De '[Dans je leven lang!](#)' campagne, om zoveel mogelijk ouderen in beweging te krijgen / houden, was een groot succes!
- **2015 en 2016:** Focus op de valrisicofactor "**medicatie**" en de afbouw van slaapmedicatie

3. Medicatie en vallen

a. Risicofactor

Geneesmiddelen behoren tot één van de risicofactoren die tot een val kunnen leiden.

Het **valrisico verhoogt** indien de patiënt:

- **≥ 4** verschillende geneesmiddelen inneemt
- Specifieke **risicovolle medicatie** gebruikt zoals
 - ✓ Sedativa, vnl. benzodiazepines
 - ✓ Antidepressiva, vnl. de tricyclische antidepressiva en de SSRI's
 - ✓ Antipsychotica, vnl. de klassieke antipsychotica
 - ✓ Anti-epileptica
 - ✓ Antihypertensiva
 - ✓ Diuretica
 - ✓ Digoxine
 - ✓ Type IA antiaritmica

b. Keuze voor psychofarmaca

Bepaalde geneesmiddelen, in het bijzonder hypnotica, sedativa, anxiolytica en antidepressiva, zijn reeds lang in verband gebracht met een verhoogd valrisico.

Het valrisico is ongeveer **x 1,7** bij de inname van één type psychofarmaca (benzodiazepine, antidepressiva of antipsychotica). Dit verhoogd risico is vastgesteld in prospectieve en retrospectieve studies in meerdere landen, en zowel bij thuiswonende ouderen als ouderen in een woonzorgcentrum.

Ouderen zijn gevoeliger voor de bijwerkingen van medicatie (sedatie, duizeligheid, orthostatische hypotensie,...). Hieruit komt dan ook het verhoogde valrisico voort. Dit komt o.a. door:

1. **Gewijzigde farmacokinetiek** zoals:
 - Gedaalde nierfunctie
 - Gedaalde absorptie
 - Gedaald metabolisme
 - Gewijzigde distributie (vet/vetvrij)
2. **Gewijzigde farmacodynamiek:**
 - Grotere gevoeligheid bij de eindorganen
3. **Therapieontrouw:**
 - Gevaar voor onder- of overdosering
4. **Vaardigheden:**
 - Vergetelheid
 - Cognitie

Valpreventie : het verband tussen psychofarmaca en vallen

Voor een gedetailleerde omschrijving van de bijwerkingen van psychofarmaca die van invloed zijn op het valrisico, zie tabel op pagina 1 in 'achtergrondinformatie algoritmes' (document in bijlage).

Specifieke aandacht voor psychofarmaca is nodig, gezien het hoge gebruik ervan bij ouderen :

- 35% van de 75-plussers gebruikt een slaap- of kalmeringsmiddel:
 - 40% vrouwen
 - 26% mannen
- In WZC neemt 79% van de bewoners psychofarmaca:
 - 54% een benzodiazepine
 - 40% een antidepressivum
 - 33% een antipsychoticum

Nochtans zijn de indicaties om psychofarmaca te gebruiken eerder beperkt en bestaan er in vele situaties niet-farmacologische alternatieven. Daarenboven is het afbouwen of stoppen van psychofarmaca bij ouderen onder toezicht van een arts mogelijk, zelfs na langdurig gebruik.

4. Benzodiazepines en aanverwante slaapmiddelen

De focus van de Week van de Valpreventie 2015 en 2016 ligt naar het grote publiek op een bewustmaking rond het (vaak chronisch) gebruik van benzodiazepines en Z-drugs. Hierbij wordt uiteraard het verhoogde valrisico door het gebruik van slaapmedicatie aangetoond. Men probeert hun er ook van te overtuigen om deze medicatie af te bouwen en rijkt hen alternatieven aan. Afbouwen van benzodiazepines en Z-drugs gebeurt uiteraard steeds in samenwerking met de huisarts en de apotheker.

In het 4^{de} deel van de presentatie komt de opstart en afbouw van benzodiazepines en Z-drugs aan bod:

a) Waarmee rekening houden bij opstart benzodiazepine en Z-drugs?

Bij opstart rekening houden met:

1. Overweeg niet-farmacologische therapie (zie puntje b : slaaphygiëne)
2. Verkies een intermediair werkend of Z-product aan de halve dosering van jongvolwassenen voor **niet langer dan 1 à 2 weken** (tolerantie voor de gewenste en sommige ongewenste effecten na 1 tot 2 weken inname. Psychische en fysieke afhankelijkheid na 1 tot 2 weken inname)
3. Leg de patiënt goed uit dat het slaapmiddel slechts tijdelijk mag worden ingenomen en noteer de **stopdatum** op de verpakking

b) Tips voor een goede slaap (slaaphygiëne)

Bij het aankaarten van slaapproblemen door de patiënt bespreekt men best eerst de **niet-medicamenteuze maatregelen**:

- Slaaphygiëne
 - ✓ Niet lezen, computeren of tv kijken in bed. Behoud je slaapkamer alleen om te slapen. Op die manier leer je je lichaam om je bed te associëren met slapen.
 - ✓ Niet roken, geen alcohol en andere dranken met cafeïne zoals koffie, thee en cola omdat dit oppeppers zijn die je terug doen wakker worden en dus een negatieve invloed hebben op onze slaap.
 - ✓ Geen zware maaltijden voor het slapen gaan omdat een overvolle maag je nachtrust kan verstoren.
 - ✓ Een lege maag is evenmin bevorderlijk voor een goede nachtrust. Een lichte hap is OK. Zorg er dus voor dat je niet met een hongergevoel in bed ligt.
- Relaxatietherapie : aanleren ontspanningsoefeningen bij therapeut.
- Het is ook zeer belangrijk de patiënt erop te wijzen dat het zeer normaal is dat men bij het ouder worden minder slaap nodig heeft

c) Hoe een benzodiazepine afbouwen?

Afbouwen langdurige behandeling :

- Een geleidelijke vermindering van de dosis is te verkiezen boven een plotse stopzetting van de behandeling (Grade A).
- De dosis kan bijvoorbeeld worden verminderd met 10 tot 25% van de aanvangsdosis om de één à twee weken.
- Het is niet aangewezen om van type benzodiazepine te veranderen (korte versus lange halfwaardetijd) vóór de progressieve vermindering van de dosis (Grade A).
- Het toevoegen van een ander geneesmiddel is niet aangewezen (Grade A).
- De cognitieve en psychomotorische prestaties van oudere mensen die het gebruik sinds meerdere jaren van benzodiazepines als hypnoticum stopzetten, verbeterden ten opzichte van hen die dit niet deden (Grade B).
- Er is geen verschil in de dagelijkse duur en de kwaliteit van de slaap tussen de oudere patiënten die de hypnotica stopzetten en zij die dit niet deden (Grade B).

Bron: Chevalier P., Debauche M., Dereau P., Duray D., Gailly J., Paulus D., Vanhalewyn M. (2011). Geneesmiddelenverslaving. Domus Medica vzw, Huisarts Nu, 40(3), p110.

Meer informatie

Farmaka vzw, Formularium Ouderenzorg: Slaapstoornissen (2015).

<http://www.farmaka.be/nl/formularium/208#main>

d) Minimale interventie

Ook een minimale interventie door de zorgverlener i.v.m. afbouwen slaapmedicatie heeft dikwijls al een positief effect ook al staat de patiënt er in eerste instantie weigerachtig tegenover.

Onder minimale interventies verstaan we :

- het verzenden van een brief met het advies het benzodiazepinegebruik te stoppen
- het uitreiken van (zelfhulp)informatie (apotheker, huisarts,..)
- een korte consultatie bij de huisarts.

Uit volgende Canadese studie blijkt dat een minimale interventie bij de apotheker zeker een rol kan spelen bij de motivatie van de patiënt om zijn slaapmiddel af te bouwen :

Een recente pragmatische, clustergerandomiseerde klinische studie in Canada onderzocht het effect van een minimale interventie door de apotheker uitgevoerd op het ongewenst voorschrijven van benzodiazepines bij ouderen (1). In 30 apotheken rekruteerden de auteurs 303 thuiswonende 65-plussers (gemiddelde leeftijd 75 jaar) die gedurende minstens 3 opeenvolgende maanden minstens 5 geneesmiddelen en minstens één benzodiazepine voorgeschreven kregen. De deelnemers aan de studie gebruikten reeds gemiddeld ongeveer 10 jaar benzodiazepines met een gemiddelde dagdosis equivalent aan 1,3 mg Lorazepam. Patiënten met dementie of een ernstige psychische stoornis waren uitgesloten. Ouderen uit de interventiegroep kregen per post een infoboekje met uitleg over de nadelen van benzodiazepines en over alternatieve behandelingen voor slaap- en angststoornissen. Er werd tegelijk ook een afbouwschema voor het chronisch gebruikte benzodiazepine voorgesteld, samen met het advies om dit met de huisarts of de apotheker te bespreken. Het op eigen houtje afbouwen zonder ondersteuning van een hulpverlener is immers niet zonder risico's en abrupt stoppen kan gepaard gaan met ontweningsverschijnselen zoals angstsymptomen, slapeloosheid, verwardheid, hallucinaties en nachtmerries (2).

Resultaat :

Uit deze studie blijkt dat de apotheker vier ouderen met chronisch benzodiazepinegebruik een informatieboekje met afbouwschema per post moet opsturen opdat na zes maanden één oudere zijn gebruik van benzodiazepines zou stopzetten. Bij ruim 10% van de ouderen was het benzodiazepine wel vervangen door een antidepressivum, wat feitelijk niet de bedoeling is.

Valpreventie : het verband tussen psychofarmaca en vallen

Bron :

1.Redactie Minerva. Kan een minimale interventie door de apotheker het gebruik van benzodiazepines bij ouderen verminderen? Minerva Online 15/12/2014. Bespreking van Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med 2014;174:890-8.

2.Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie. Aanpak van slapeloosheid. Folia Farmacotherapeutica 2009;36:37-41.

e) Richtlijnen voor artsen en apothekers

- Algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca i.k.v. valrisico bij ouderen (zie bijlage): de algoritmes informeren gezondheidswerkers zoals artsen, apothekers, verpleegkundigen,... over de invloed van psychofarmaca op het verhoogde valrisico bij ouderen en begeleiden hen bij het rationaliseren en eventueel afbouwen/stoppen van psychofarmaca.
 - Achtergrondinformatie bij de algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het kader van valrisico bij ouderen
 - Algoritme benzodiazepines/Z-producten
 - Algoritme antidepressiva
 - Algoritme antipsychotica
- Richtlijn Domus Medica: “Aanpak van slapeloosheid in de 1^{ste} lijn” (12/2011)
- Apotheekrichtlijn APB – Hulpmiddelenboek voor apothekers: “Angst, stress en slaapproblemen”
 - Eerste en herhaalde uitgifte van benzodiazepines
 - Niet-medicamenteuze behandeling
 - Motivationale aanpak
- ZEPHYR platform (Universiteit Gent): E-learning omtrent afbouw benzodiazepines
- Website Federale overheidsdienst volksgezondheid : www.slaapenkalmeringsmiddelen.be
- Het Huis: leer online over motiverende gespreksvoering (www.VAD.be)

f) Beschikbaar materiaal voor de patiënten

- Educatiebrochure ‘Van slaappillen kan je vallen’. deze brochure informeert 65-plussers die een slaap- of kalmeringsmiddel gebruiken over de negatieve gevolgen van langdurig gebruik, met specifieke aandacht voor het effect op het valrisico. In de brochure worden een aantal zeer concrete tips

gegeven voor een goede nachtrust zonder slaapmedicatie. Deze brochure kan gratis gedownload worden :

http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/WvdV/2016/2016_EVV_Brochure-medicatie_ZR.pdf

Belangrijk: het is de bedoeling dat een gezondheidswerker (arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus met kennis van zaken) de brochure samen met de patiënt overloopt en de mogelijkheden bespreekt. De brochure wordt dan ook best aangevraagd en aangewend door personen en/of organisaties met een gezondheidswerker/patiëntrelatie.

g) Sensibilisatiefilmpjes

- In het filmpje '[Van slaappillen kan je vallen](#)' (WZC) getuigen 3 ouderen over het succesvol afbouwen en stoppen van slaappillen en het effect daarvan op hun dagelijks functioneren. Professionelen geven bijkomende informatie over het gebruik van slaappillen op oudere leeftijd. Dit filmpje werd opgenomen in **WZC Leiehome in Drogen**. Het kwaliteitsverbeterende project in WZC Leiehome te Drogen is een mooi praktijkvoorbeeld waarbij gesproken kan worden van een succesverhaal. Er werd ingezet op een rationeler gebruik van psychofarmaca door middel van aanpak waarbij de patiënt centraal staat. Een significante daling in psychofarmaca werd daarmee bereikt, zelfs na 1 jaar follow-up.
- In het filmpje 'Van slaappillen kan je vallen' (thuissetting) getuigt Kris Baert, voormalig Radio 2 presentator, over het succesvol afbouwen en stoppen van slaappillen en het effect daarvan op zijn dagelijks functioneren. Dr. Tom Jacobs geeft bijkomende informatie over het gebruik van slaappillen op oudere leeftijd. (<https://vimeo.com/157582046>)
- Deze filmpjes zijn terug te vinden op de website van het EVV nl www.valpreventie.be en kunnen daar gratis gedownload worden.

5. Evaluatie

De evaluatie van de afbouw van benzodiazepines en het aantal valincidenten dat we daarmee vermijden is geen eenvoudige oefening.

Benzodiazepines worden niet terugbetaald door het RIZIV wat maakt dat we geen Farmanet gegevens voor deze geneesmiddelengroep kunnen opvragen. Dit maakt het minder evident om het effect van het MFO aan te tonen. Ook het aantonen van minder valincidenten is moeilijk aangezien ze, zoals eerder gezegd, vaak verzwegen worden en aangezien een val door meerdere factoren kan worden uitgelokt.

Om het effect van het MFO toch te kunnen evalueren hebben we 4 korte vragenlijsten ontwikkeld (2 voor huisartsen en 2 voor apothekers – zie bijlage).

Vragenlijst 1 : Er wordt gevraagd gedurende 3 maanden de ondernomen acties rond de afbouw van benzodiazepines bij te houden en het aantal patiënten.

Vragenlijst 2 : Er wordt gevraagd gedurende 3 maand per patiënt die binnenkomt naar aanleiding van een valincident en die een benzodiazepine neemt de vraagjes in te vullen. Deze vragenlijsten kunnen eventueel aangevuld worden met vragen rond lokale afspraken die op het MFO zijn gemaakt.

6. Bronnen

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitsbevorderend programma hebben we ons op verschillende bronnen gebaseerd :

- Website www.valpreventie.be
- Vlaamse praktijkrichtlijn (Milisen et al., 2010). Hier werden 7 risicofactoren geselecteerd, op basis van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie ter preventie van vallen.
- BCFI : Afbouwen benzodiazepines
- Farmaka (www.farmaka.be) : steekkaart Start-Stop criteria bij opstart benzodiazepine.
- Richtlijn Domus Medica: “Aanpak van slapeloosheid in de 1^{ste} lijn” (12/2011).
- ZEPHYR platform (Universiteit Gent): E-learning omtrent afbouw benzodiazepines.
- Apotheekrichtlijn APB: “Angst, stress en slaapproblemen”
 - Eerste en herhaalde uitgifte van benzodiazepines
 - Niet-medicamenteuze behandeling
 - Motivationale aanpak

7. Bijlagen

- a. Stappenplan voor opstart MFO
- b. Presentatie
 - De notitiepagina van de presentatie bevat alle nodige info voor de moderator van het MFO.
- c. Evaluatieformulier avond MFO
- d. Vragenlijsten : evaluatie effect MFO
- e. Verslagblad
- f. Algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca i.k.v. valrisico bij ouderen
 - i. Achtergrondinformatie bij de algoritmes voor oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het kader van valrisico bij ouderen
 - ii. Algoritme benzodiazepines/Z-producten
 - iii. Algoritme antidepressiva
 - iv. Algoritme antipsychotica
 - v. Instructies afbouw benzodiazepines
- g. Educatiebrochure ‘Van slaappillen kan je vallen’.

Valpreventie : het verband tussen psychofarmaca en vallen

