

Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra

Giulia Camilotti (departement R&D) in samenwerking met Jan Vandenberg (Medische Directie) en Rebekka Verniest (departement R&D)

Samenvatting

De kwaliteit van de dienstverlening in woonzorgcentra (WZC) en met name de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van bewoners zijn onderwerpen waarover te weinig informatie beschikbaar is. De Christelijke Mutualiteit heeft in verschillende studies al aangetoond dat er veel antidepressiva worden gebruikt onder senioren en in voorzieningen voor ouderen. Dit artikel toont aan dat er weinig elementen lijken te zijn veranderd in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van ouderen in voorzieningen. Ongeveer 42% van de CM-leden in woonzorgcentra gebruikte in 2014 minstens 30 dagen lang antidepressiva, 21% kreeg antipsychotica voorgeschreven. Uit een analyse van de voorgeschreven soorten geneesmiddelen blijkt dat één op de vier bewoners antidepressiva gebruikt die ongeschikt worden geacht voor ouderen. Er zijn nog steeds grote verschillen tussen woonzorgcentra. Uit een vergelijking met gelijkaardige leden die thuis worden verzorgd en een analyse van het gebruik onder een groep leden voor en na binnenkomst in het woonzorgcentrum blijkt dat het totale gebruik van deze geneesmiddelen in het woonzorgcentrum hoger is dan in de referentiegroepen.

Sleutelwoorden: geneesmiddelengebruik, antidepressiva, antipsychotica, ouderen, woonzorgcentra

1. Inleiding

De kwaliteit van de zorg in woonzorgcentra is de afgelopen maanden het onderwerp geweest van een groot debat, waarbij vragen werden gesteld bij de wijze van behandeling van de bewoners in sommige voorzieningen.

Er zijn nog steeds geëngestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra in het hele land¹. Het KCE brengt in het performantierapport van 2015² een aantal kwaliteitsindicatoren samen die een gemengde balans tonen. 20% van de bewoners (65+ jaar) heeft in 2013 een valincident gemeld; de prevalentie van MRSA-bacterie-infectie is 12,2%, maar neemt af. Wat geneesmiddelen betreft, heeft 17% van de bewoners (65+ jaar) in de afgelopen 24 uur meer dan 9 verschillende geneesmiddelen gekregen.

In een nationale context van buitensporige medicalisering van geestelijke gezondheidsproblemen, is de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen onder woonzorgcentrum-bewoners van groot belang. We hebben echter nog steeds te weinig informatie over dit onderwerp. Volgens het KCE kreeg in 2013 bijna de helft (47%) van de bewoners in woonzorgcentra minstens één keer een voorschrift voor antidepressiva. Dit is een hoog cijfer dat vragen oproept over de geestelijke gezondheidstoestand van de bewoners en de gepastheid van de verstrekte voorschriften.

In dit onderzoek gaan we nader in op de problematiek van de geestelijke gezondheid in woonzorgcentra. Hiervoor analyseren we het aantal voorschriften³ van antidepressiva en

- ¹ In Vlaanderen verzamelt Zorg en Gezondheid een aantal kwaliteitsindicatoren uit de informatie van woonzorgcentra. Deze indicatoren worden samengevoegd en gepresenteerd in verslagen die beschikbaar zijn op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-van-kwaliteitsmetingen-in-woonzorgcentra>.
- ² KCE (2015), *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem* – rapport 2015, p.37-38. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf
- ³ Wij gebruiken de facturatiegegevens van terugbetaalde geneesmiddelen in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Wij gaan er dus van uit dat elk gekocht geneesmiddel daadwerkelijk gebruikt wordt.

antipsychotica voor CM-leden die in 2014 in woonzorgcentra verbleven.

CM heeft reeds aangetoond dat geestelijke gezondheidsproblemen bij ouderen bijzonder acuut zijn en dat medicalisering niet noodzakelijk de meest geschikte oplossing is⁴. Het probleem van het hoge geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra werd ook in twee eerdere studies aan de orde gesteld⁵. Zoals we verder zullen zien, blijven de gebruikscijfers in 2014 hoog ondanks talrijke bewustmakingscampagnes.

Hier behandelen we het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra vanuit drie verschillende invalshoeken. Ten eerste kijken we naar het totale gebruik en de verschillen tussen woonzorgcentra volgens de mate van afhankelijkheid van de leden (Delen 2 en 3); we vergelijken het gebruik van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra met dat van leden met vergelijkbare kenmerken die thuis verzorgd worden (Deel 4); ten slotte kijken we naar de evolutie van het gebruik door leden in de loop van de tijd, voor en na de opname in een WZC (Deel 5). In Deel 6 worden de resultaten en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen besproken. Deel 7 vormt een besluit.

2. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra

2.1. Methodologie

Een lid wordt geacht antidepressiva of antipsychotica te hebben ingenomen als deze worden voorgeschreven tijdens een verblijf in een woonzorgcentrum en als deze geneesmiddelen overeenstemmen met in totaal ten minste 30 DDD⁶ (of 30 dagen behandeling).

Voor deze analyse worden alleen CM-leden in aanmerking genomen die gedurende het jaar ten minste 30 dagen in woonzorgcentra met ten minste 20 CM-leden hebben doorgebracht. We beschikken over een steekproef van 76.014 leden met een gemiddelde leeftijd van 85 jaar waarvan een meerderheid vrouw is (ongeveer 74%).

2.2. Resultaten

Gemiddeld (Tabel 1) gebruikte 42,7% van de CM-leden die in 2014 minstens 30 dagen in woonzorgcentra verbleven, ten minste 30 dagen lang antidepressiva. Ongeveer 21% van de leden gebruikte antipsychotica. In rust- en verzorgingstehuizen (RVT) is het gebruik in het algemeen hoger⁷ dan in rustoorden voor bejaarden (ROB), wat verklaard kan worden door de zwaardere psychiatrische problemen in RVT.

Het gebruik van deze geneesmiddelen is zorgwekkend hoog. We beschikken echter niet over informatie over de gezondheidstoestand van de leden om te beoordelen of deze voorschriften gerechtvaardigd zijn. We weten wel dat sommige geneesmiddelen niet geschikt zijn voor ouderen omdat de potentiële risico's van het gebruik ervan groter zijn dan de voordelen voor de gezondheid van ouderen. Hier gebruiken we de door de EU (7)-PIM-list voorgestelde lijst⁸ als maatstaf voor de relevantie van de verstrekte voorschriften. De antidepressiva die gebruikt worden als pijnstillers of slaapmiddelen zijn in deze lijst inbegrepen.⁹

In 2014 kregen 1 op de 4 leden antidepressiva voorgeschreven die niet geschikt zijn voor ouderen en 14% van de CM-bewoners gebruikte antipsychotica die niet geschikt zijn voor ouderen. Met andere woorden, zelfs als deze voorschriften voldoen aan de werkelijke behoeften van de bewoners, kan de typologie van de voorgestelde geneesmiddelen een negatieve invloed hebben op hun gezondheid¹⁰.

4 Camilotti G., Vandenbergen J., Verniest R. (2017), *Ouder worden maakt minder gelukkig*, CM Informatie 268, pp.17-21.

5 Gillis O., Verniest R. (2011), *Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen*, CM Informatie 245 pp. 11-19 ; Cornelis K., Mertens R. (2007), Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: grote verschillen, CM Informatie 229 pp. 3-6.

6 Defined daily dose.

7 In dit artikel hanteren we de volgende terminologie: RVT verwijst naar rust- en verzorgingstehuizen, ROB de rustoorden voor bejaarden, en alle instellingen voor ouderen (dus RVT en ROB) worden woonzorgcentra (WZC) genoemd.

8 Renom-Guiteras, A., Meyer G., Thürmann, P.A. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries, 71(7) pp. 861–875 European Journal of Clinical Pharmacology. Plus spécifiquement, les ATC7 considérés sont les suivants : antidépresseurs inappropriés : catégorie ATC N06A sauf N06AA10, N06AB03, N06AB04, N06AB05, N06AB06, N06AB10; antipsychotiques inappropriés : catégorie ATC N05A sauf N05AX08, N05AX12, N05AN01, N05AD01.

9 Het gaat om de categorieën ATC N06AA09, N06AX05 en N06AX21.

10 Het probleem van het overmatig gebruik van ongepaste geneesmiddelen in instellingen voor ouderen is in verschillende contexten onder de aandacht gebracht. Zie bijvoorbeeld Harrison e.a. (2018), Costs of potentially inappropriate medication use in residential aged care facilities, BMC Geriatrics, 18(9) <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0704-8>.

Tabel 1: % van de CM-leden in woonzorgcentra dat antidepressiva en antipsychotica heeft gebruikt (30 DDD) - 2014

	antidepressiva	ongepaste antidepressiva	antipsychotica	ongepaste antipsychotica	N
	%	%	%	%	
type bed woonzorgcentrum					
RVT	45,77%	26,80%	25,24%	16,63%	41.615
ROB	38,99%	22,95%	16,26%	11,43%	34.399
totaal	42,70%	25,06%	21,17%	14,28%	76.014

We zien ook een belangrijk verschil tussen de regio's, met een gebruik van ongeveer 40% voor de woonzorgcentrumbewoners in Vlaanderen, tegenover ongeveer 50% in Wallonië en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

3. Verschillen tussen woonzorgcentra

3.1. Methodologie

Het is belangrijk om te weten of het vastgestelde consumptie-niveau verschillen tussen voorzieningen verbergt. In het verleden wees CM al op significante verschillen tussen woonzorgcentra wat betreft het gebruik van antidepressiva en antipsychotica.

Een juiste inschatting van de verschillen tussen woonzorgcentra vraagt idealiter om twee soorten gegevens: gebruiksgegevens voor alle bewoners van elk woonzorgcentrum en gedetailleerde informatie over het profiel en de pathologieën in elk centrum. Bij gebrek aan deze informatie proberen we een inschatting te maken van de variabiliteit tussen woonzorgcentra door het vergelijken van woonzorgcentra volgens het zorgforfait en door de analyse te beperken tot woonzorgcentra waar veel CM-leden aanwezig zijn. Meer informatie over de afhankelijkheids-categorieën (forfaits) in woonzorgcentra vindt u in Tabel 2.

Concreet zijn we als volgt te werk gegaan: voor elke voorziening hebben we voor elke aanwezige afhankelijkheids-categorie het percentage leden berekend dat in 2014 antidepressiva of antipsychotica (minimaal 30 DDD) gebruikte. Omdat de afhankelijkheids-categorie een goede indicatie is voor de mate van afhankelijkheid (zie Tabel 2), vergelijken we individuen die qua zorgbehoefte vergelijkbaar zijn: dit verkleint het risico dat de waargenomen variatie tussen woonzorgcentra het gevolg is

van verschillen in het profiel. We hebben een drempel van ten minste 20 leden per afhankelijkheids-categorie aangehouden om het risico te verminderen dat de waargenomen variatie te wijten is aan het beperkte aantal waarnemingen.

Deze methode kent echter een aantal beperkingen. Ten eerste hebben de meeste woonzorgcentra slechts bepaalde soorten afhankelijkheids-categorieën. Het vergelijken van de verschillen in het gebruik tussen verschillende afhankelijkheids-categorieën is dan ook geen vergelijking tussen dezelfde woonzorgcentra. Ten tweede wordt het aantal woonzorgcentra dat voor dit onderzoek in aanmerking wordt genomen aanzienlijk verminderd door de beperking op het vlak van het minimumaantal leden per afhankelijkheids-categorie, zonder dat dit echter het risico wegneemt dat de waargenomen verschillen een artefact kunnen zijn van het beperkte aantal observaties per voorziening: in totaal zijn 750 van de 1.246 woonzorgcentra geselecteerd.

Bovenstaande analyse is dan ook slechts een poging om de verschillen tussen woonzorgcentra in kaart te brengen en dient met omzichtigheid te worden geïnterpreteerd: aanvullende gegevens en methoden zijn nodig voor een vollediger beoordeling van de behandeling van de geestelijke gezondheid in woonzorgcentra.

¹¹ CM-leden zijn minder representatief voor de bevolking in het Waals Gewest en Brussel.

¹² We hebben de forfaits gegroepeerd in de categorieën O, A, B+C, D+Cdem om te voorkomen dat het aantal woonzorgcentra in de analyse te sterk beperkt wordt. Het lid wordt toegewezen aan het zorgforfait waar hij/zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2014.

De afhankelijkheidscategorieën (forfaits) in het woonzorgcentrum

De ziekteverzekering dekt een deel van de zorgkosten voor bewoners van woonzorgcentra door middel van een forfaitaire tegemoetkoming. Het bedrag wordt mee bepaald door de mate van afhankelijkheid van de bewoners. De mate van afhankelijkheid wordt per bewoner berekend op basis van de KATZ-schaal en vertaald in een afhankelijkheidscategorie. De in dit onderzoek opgenomen afhankelijkheidscategorieën zijn de volgende:

Tabel 2: afhankelijkheidscategorieën in ROB en RVT

Zorgforfait	Omschrijving
O	zijn lichamelijk en psychisch volledig zelfstandig
A	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en/of aan te kleden; of zijn psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en volledig lichamelijk zelfstandig
B	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan of zijn psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en volledig afhankelijk om zich te wassen en/of aan te kleden
C	zijn lichamelijk afhankelijk: afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, en afhankelijk qua incontinentie en/of eten
C dem	rechthebbenden die gediagnosticeerd zijn als dementiepatiënten als gevolg van een gespecialiseerde diagnostische controle van dementie door een arts gespecialiseerd in neurologie, geriatrie of psychiatrie, lichamelijke KATZ-score onvoldoende voor Cd
D	zijn psychisch afhankelijk: (1) gedesoriënteerd in tijd en ruimte, of (2) gediagnosticeerd als dementiepatiënt na een gespecialiseerde diagnostische controle van dementie door een gespecialiseerde arts en lichamelijk afhankelijk zijn (in beide situaties): afhankelijk om zich te wassen en aan te kleden, en afhankelijk qua incontinentie, en afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan en/of te eten

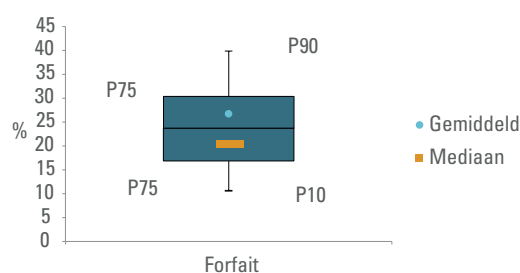
3.2. Resultaten

Wij hebben de verdeling van de percentages van gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (inclusief ongepaste) weergegeven per woonzorgcentrum met behulp van een box plot (Figuur 1).

We zien een aanzienlijke variatie in alle afhankelijkheidscategorieën. Voor de categorieën B en C als geheel bijvoorbeeld varieert het aantal leden dat antidepressiva gebruikt van 30% tot 57% (percentiel 10 tot 90). Gemiddeld gezien neemt het gebruik van antidepressiva in een woonzorgcentrum toe naarmate de afhankelijkheid stijgt.

In een woonzorgcentrum worden de meeste antipsychotische geneesmiddelen (30%) gebruikt in de categorieën D-Cdem. Ter herinnering: in de categorie Cdem vinden we het merendeel van de personen van dementie. Antipsychotica zijn echter niet aangewezen voor de behandeling van deze pathologie.

Hoe een box-plot lezen



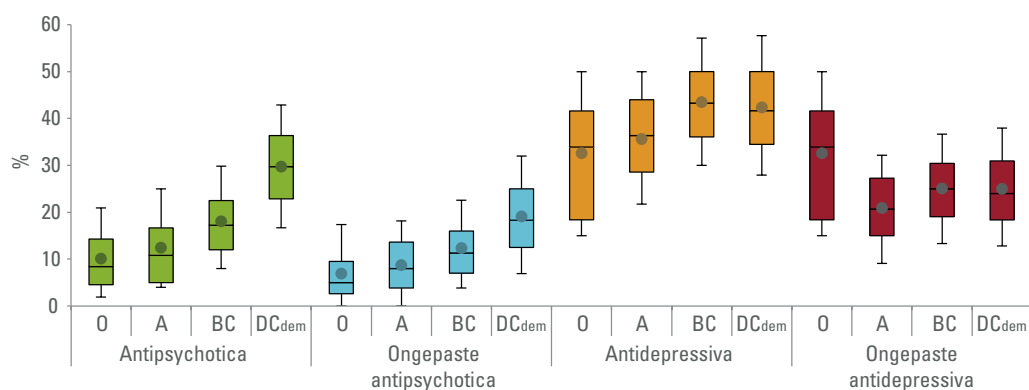
Grafische weergave van de spreiding van de waargenomen waarden;

Het gemiddelde wordt weergegeven door de cirkel, de mediaan door de lijn;

Het kader (percentiel 25 tot 75) geeft het interval aan waarin 50% van de waarnemingen wordt aangetroffen (interkwartielinterval);

De omvang van de gegevensspreiding wordt weergegeven door de lengte van de antennes (percentiel 10 tot 90).

Figuur 1: Spreiding van het aandeel bewoners per WZC volgens zorgcategorie dat antidepressiva of antipsychotica gebruikte (minstens 30 DDD) (2014)



De variatie die wordt weergegeven door de box-plot, kan nauwkeuriger worden gekwantificeerd aan de hand van het interkwartielinterval (Tabel 3). Dit is het verschil tussen het 75e en 25e percentiel en dus meet dit interval de lengte van het box-plotkader. We stellen vast dat het interval van dezelfde

grootteorde¹³ is voor de verschillende categorieën en in het algemeen hoger is voor antidepressiva dan voor antipsychotica: dit kan wijzen op grotere verschillen wat het voorschrijven van antidepressiva betreft.

Tabel 3: Parameters van de procentuele verdeling van antidepressiva- en antipsychoticagebruikers in woonzorgcentra volgens categorie (2014)

Categorie	Antipsychotica		Ongepaste antipsychotica		Antidepressiva		Ongepaste Antidepressiva	
	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval	Gemiddeld %	Interkwartiel interval
O	10,13	9,74	6,94	6,90	32,58	23,22	19,15	16,51
A	12,46	11,67	8,72	9,79	35,61	15,43	20,90	12,27
BC	18,10	10,50	12,36	8,98	43,48	13,93	25,04	11,39
DCdem	29,77	13,51	19,13	12,50	42,40	15,52	24,97	12,59

¹³ Uit een gevoeligheidsanalyse blijkt dat de resultaten met betrekking tot de forfaits O en A, waarvoor er minder waarnemingen zijn, gevoeliger zijn voor veranderingen in inclusiecriteria (aantal leden per forfait).

Naast de variatie door het beperkte aantal bewoners per woonzorgcentrum, kunnen de waargenomen verschillen tussen woonzorgcentra door twee andere factoren verklaard worden: andere verschillen in het profiel van bewoners dan die met betrekking tot de mate van afhankelijkheid en verschillen in praktijken tussen woonzorgcentra in de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen.

4. Verschil tussen thuiszorg en woonzorgcentrum

4.1. Methodologie

In dit deel vergelijken we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen thuiszorg¹⁴ en woonzorgcentrumzorg. Als we voor ieder individu in een woonzorgcentrum een lid met dezelfde sociaaldemografische kenmerken en pathologieën in de thuiszorg zouden kunnen identificeren, zou het verschil in het gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen zorgvoorzieningen en thuiszorg toe te wijzen zijn aan het voorschriftgedrag in woonzorgcentra ten opzichte van dat in de thuiszorg.

In de praktijk hebben we, zoals reeds opgemerkt, geen informatie over het ziektebeeld van leden. Verschillen in morbiditeit kunnen verklaren waarom sommige mensen in woonzorgcentra verblijven en andere, met een vergelijkbaar sociaaldemografisch profiel, thuis blijven. In ieder geval proberen we de impact van profielverschillen op het geneesmiddelengebruik te beperken door elk individu in een woonzorgcentrum te matchen met een thuiswonend individu

met identieke eigenschappen wat betreft: leeftijdscategorie, geslacht, afhankelijkheidsniveau¹⁵ en jaar van overlijden (2014 of in leven).

In 2014 hebben we het basisonderzoek beperkt tot CM-leden ouder dan 70 jaar die in 2014 afhankelijk zijn (Katz-schaal)¹⁶ en in 2014 minimaal 60 dagen thuisverpleging hebben ontvangen of minimaal 30 dagen per jaar in woonzorgcentra hebben doorgebracht. Aan de hand van deze steekproef hebben we geprobeerd om elke bewoner van een voorziening te koppelen aan een "identiek" lid in de thuiszorg met de hierboven beschreven kenmerken.

Na een kwantificering van het geneesmiddelengebruik in 2014 voor beide groepen (ten minste 30 DDD's gedurende het jaar), hebben we ze vervolgens ingedeeld op basis van de verblijfsduur in woonzorgcentra of het aantal dagen thuisverpleging. Dit betekent dat een deel van het waargenomen gebruik, in het bijzonder voor leden met een verblijf in een woonzorgcentrum korter dan 3 maanden, niet noodzakelijk verband houdt met een behandeling in een woonzorgcentrum.

4.2. Resultaten

Tabel 4 toont de kenmerken van de leden voor en na het matchen. Voor ongeveer 30% van de bevolking in woonzorgcentra werd geen matchpaar gevonden: onze analyse is dus niet representatief voor de gehele populatie die wordt geïdentificeerd als bewoners van woonzorgcentra. Voorafgaand aan de matching verschilt het profiel van de groepen aanzienlijk. Met name het percentage overleden personen in 2014 is in woonzorgcentra hoger dan thuis (20% ten opzichte van 7%).

Tabel 4: Profiel van leden in woonzorgcentra en in de thuiszorg voor en na het matchen (2014)

		Voor het matchen		Na het matchen	
		Thuiszorg	Woonzorgcentrum (RVT + ROB)	Thuiszorg	Woonzorgcentrum (RVT + ROB)
Mannen	%	30,71%	24,00%	28,32%	28,32%
Overleden in 2014	%	6,92%	20,28%	10,11%	10,11%
Afhankelijkheidsklasse: 1	%	8,63	10,87	11,1	11,1
Afhankelijkheidsklasse: 2	%	49,35	27,59	35,56	35,56
Afhankelijkheidsklasse: 3	%	30,6	38,12	36,6	36,6
Afhankelijkheidsklasse: 4	%	11,42	23,42	16,74	16,74
Leeftijd	Gemiddelde	83,57	86,6	84,98	85,16
Aantal waarnemingen	N	66.215	61.201	43.842	43.842

¹⁴ Leden in de thuiszorg worden geïdentificeerd aan de hand van thuisverplegingsvergoedingen.

¹⁵ De forfaits in de thuiszorg stemmen niet overeen met de forfaits in woonzorgcentra; om de twee groepen te kunnen matchen, hebben we de leden ingedeeld volgens hun Katz-schaal in vier afhankelijkheidsklassen. Voor nadere bijzonderheden over de indeling, zie Gillis O., Verniest R. (2011), *Consommation d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos*, CM information 245 pp. 11-19.

¹⁶ Als een lid in de loop van het jaar meer dan één Katz-beoordeling heeft, nemen we die waar hij of zij de meeste tijd heeft doorgebracht in 2014 in aanmerking.

Zelfs als dit verschil bij het matchen wordt omgekeerd, is het mogelijk dat leden in een woonzorgcentrum die na het matchen worden geselecteerd een ernstiger ziektebeeld hebben dan hun equivalent in de thuiszorg.

Tabel 5 toont de percentages antidepressiva- en antipsychotica gebruikers in de twee gematchte groepen, naar verblijfsduur in woonzorgcentra of aantal dagen thuiszorg.

Gemiddeld gebruikt 32,8% van de leden in de thuiszorg in 2014 ten minste 30 DDD's antidepressiva. Voor woonzorgcentrumbewoners met een profiel dat vergelijkbaar is met dat van thuisgebruikers bedraagt dit percentage 48%. In de loop van het jaar kreeg 18% van de leden in de thuiszorg ongepaste antidepressiva voorgeschreven, tegenover bijna 30% in woonzorgcentra.

Het gebruik van antidepressiva is thuis lager dan in woonzorgcentra voor elke verblijfsduur/thuiszorgduur. Bijna al het geneesmiddelengebruik van de leden die tussen de 9 en 12 maanden in woonzorgcentra hebben doorgebracht, vond daar plaats: in dit geval is er in het gebruik van antidepressiva een verschil van 14 procentpunten tussen de thuiszorg en woonzorgcentra.

De verschillen in het gebruik van antipsychotica zijn aanzienlijk voor elke verblijfsduur. Gemiddeld gebruikt 8,15% van de leden in de thuiszorg antipsychotica, vergeleken met 25,78% van soortgelijke personen in woonzorgcentra, een verschil van 17,63 procentpunt.

Tabel 5: % gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (minstens 30 DDD) in woonzorgcentra en thuis (gematchte steekproef) gedurende het jaar (2014)

Verblijfsduur woonzorg-centrum/ aantal dagen thuiszorg	Antidepressiva (%)		Ongepaste antidepressiva (%)		Antipsychotica (%)		Ongepaste antipsychotica (%)		Aantal waarnemingen
	Thuiszorg	Woonzorg-centrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorg-centrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorg-centrum ROB + RVT	Thuiszorg	Woonzorg-centrum ROB + RVT	
Tot 3 maanden	28,58%	38,06%	15,91%	23,50%	6,78%	15,36%	4,76%	10,26%	7.910
3-6 maanden	28,47%	45,38%	15,88%	27,17%	6,29%	23,00%	4,20%	14,59%	14.319
6-9 maanden	34,19%	48,69%	19,43%	30,13%	9,38%	27,32%	6,36%	17,12%	8.787
9-12 maanden	35,62%	49,61%	19,40%	29,73%	9,10%	26,83%	6,39%	17,80%	56.668
Totaal	32,81%	48,43%	18,11%	29,14%	8,15%	25,78%	5,64%	17,00%	87.684

Gezien de beperkingen van de hierboven beschreven analyse kunnen we deze verschillen tussen thuiszorg en voorzieningen niet volledig toeschrijven aan institutionele praktijken: ook andere factoren spelen hierin een rol. De verschillen blijven echter opmerkelijk.

5. Gebruik voor en na opname

5.1. Methodologie

Een laatste manier om het probleem van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra aan te pakken is te kijken hoe het zich ontwikkelt na de opname in een WZC.

Hiervoor hebben we leden geselecteerd die minimaal 6 maanden¹⁷ in 2014 in een woonzorgcentrum hebben doorgebracht en die in de 6 maanden voorafgaand aan de datum van hun eerste verblijf in een instelling geen forfaits in een woonzorgcentrum hebben ontvangen. 6.803 leden voldoen aan deze criteria.

Voor deze leden berekenen we het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de zes maanden voorafgaand aan de opname en in de zes maanden volgend op de (eerste) opnamedatum. We vergelijken dus dezelfde groep individuen voor en na opname in een woonzorgcentrum.

17 Een onderbreking van het verblijf is mogelijk.

5.2. Resultaten

We stellen vast dat het percentage leden dat antidepressiva gebruikt in deze groep stijgt van 35% naar 42% na de opname in een woonzorgcentrum (een stijging van 21,5%), en voor antipsychotica van 12% naar 18% (een stijging van 47%).

Tabel 6: % gebruikers van antidepressiva en antipsychotica (minstens 30 DDD) in de 6 maanden voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum en de eerste 6 maanden in het woonzorgcentrum (2014)

	Antidepressiva	Ongepaste antidepressiva	Antipsychotica	Ongepaste antipsychotica	Totaal leden
6 maanden voor de opname in het woonzorgcentrum	34,81%	17,24%	12,11%	8,06%	6.803
6 maanden na de opname in het woonzorgcentrum	42,28%	24,80%	17,85%	11,97%	
Stijgingsgraad	21,5%	43,9 %	47,3%	48,6%	

De verschillen in het gebruik tussen de periode voor en na de opname in een woonzorgcentrum zijn aanzienlijk, vooral wanneer het gaat om het gebruik van ongepaste geneesmiddelen.

We kunnen niet automatisch afleiden dat de centra de oorzaak zijn van de toename van het gebruik: andere factoren die tot opname leiden kunnen een deel van deze toename verklaren.

Het gebruik van antidepressiva is alarmerend hoog, zelfs voor de opname in een woonzorgcentrum. Aangezien 72% van de leden in de steekproef in de zes maanden voorafgaand aan de opname in het woonzorgcentrum minstens één ziekenhuisopname had, is één hypothese dat het gebruik van antidepressiva begon tijdens een ziekenhuisverblijf.

Ten opzichte van de vergelijking tussen thuiszorg en voorzieningen zien we dat, wanneer we dezelfde individuen in de tijd vergelijken, de verschillen in dit geval kleiner zijn. Dit kan erop wijzen dat zelfs als de geselecteerde leden in de thuiszorg een demografisch en afhankelijkheidsprofiel hebben dat vergelijkbaar is met die van leden in woonzorgcentra, ze andere kenmerken hebben die verschillen in het gebruik verklaren.

6. Bespreking en aanbevelingen

Uit deze analyse blijkt dat het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra hoog is, vooral in vergelijking met de thuiszorg. Om te kunnen beoordelen of dit gebruik verantwoord is, hebben we informatie nodig over de (mentale) gezondheidstoestand van de leden, die we helaas niet tot onze beschikking hebben. Volgens de Belgische gezondheidsenquête (2013)¹⁸ is de prevalentie van depressieve stoornissen bij personen ouder dan 75 jaar echter ongeveer 19%. Het percentage van depressies in de afgelopen 12 maanden bedraagt 10%.

Andere studies¹⁹ schatten dat ongeveer 12% van de thuiswonende ouderen symptomen van een depressie vertoont. Psychologische stoornissen zoals depressie en angst komen echter minder vaak voor bij ouderen die thuis wonen (prevalentie van ongeveer 2,9% op 12 maanden). Hoewel ernstige depressiesymptomen vaker voorkomen bij bewoners van voorzieningen²⁰, blijft het gebruik van antidepressiva bijzonder hoog. Bovendien is het percentage leden dat geneesmiddelen krijgt die potentieel ongepast zijn voor hun leeftijd, alarmerend hoog.

18 Institut Scientifique de Santé Publique (2013) Enquête de santé 2013, https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf.

19 Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K., *Kan Geestelijke Gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. 2011. Acco.

20 De prevalentie van depressiesymptomen bij bewoners van instellingen voor ouderen wordt geschat op 4 keer zo hoog als in de thuiszorg en varieert volgens studies tussen 14 en 42%. Zie Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K., *Kan Geestelijke Gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. 2011. Acco; Fiske A, Wetherell JL, Gatz M., Depression in Older Adults, Annual review of clinical psychology. 2009;5:363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

We zien verschillen tussen woonzorgcentra bij het vergelijken van personen met een vergelijkbaar afhankelijkheidsprofiel, wat kan wijzen op verschillende praktijken, met name op het gebied van het voorschrijven van antidepressiva. Bijzonder zorgwekkend is het hoog percentage voorgeschreven antipsychotica voor mensen die aan dementie lijden, terwijl we weten dat deze geneesmiddelen geen adequaat antwoord vormen op dit probleem.

Als referentiepunt vergelijken we eerst twee vergelijkbare groepen in termen van demografie en afhankelijkheid, in de thuiszorg en in woonzorgcentra, en vervolgens eenzelfde groep individuen voor en na de opname. Hoewel beide methoden beperkingen hebben, is er in beide gevallen sprake van een hoger gebruik in woonzorgcentra dan in de vergelijkingsgroep.

Tot slot, zelfs als we niet de mogelijkheid hebben om na te gaan of deze gebruiksniveaus beantwoorden aan echte geestelijke gezondheidsproblemen, kunnen we ons nog steeds afvragen of deze medicalisering altijd noodzakelijk en gepast is en of er geen andere behandelingen moeten worden ingevoerd.

Een recent voorbeeld van een alternatieve aanpak is het in West-Vlaanderen uitgerolde proefproject ter vermindering van het gebruik van psychotrope geneesmiddelen in woonzorgcentra. Gezien de positieve resultaten zal het worden uitgebreid tot de hele regio²¹. Dit is een voorbeeld van “goede praktijken” die deel zouden moeten uitmaken van een meer algemeen proces van de-medicalisering van geestelijke gezondheidsproblemen.

Een ander interessant voorbeeld zijn de in Nederland ontwikkelde zorgdorpprojecten voor mensen met dementie. Dit zijn woningen waar patiënten in kleine groepen verblijven, georganiseerd volgens hun interesses en levensstijl. Ze zijn ontworpen om de continuïteit tussen thuis en het leven in een voorziening te waarborgen: het gevoel van “vertrouwdheid” helpt de angst te verminderen die deze patiënten vaak ervaren. In Hogeweyk, het eerste centrum dat ontwikkeld werd, gebruikte 50% van de bewoners antipsychotische middelen voor de overbrenging naar een zorgdorp, vergeleken met 8% in 2015²².

Concreet pleit CM voor een volledige verandering van de benadering van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, met bijzondere aandacht voor preventie, meer financiële steun voor de psychologische ondersteuning van ouderen en een grotere betrokkenheid van gezinsleden bij medische keuzes. De ontwikkeling van een netwerk tussen zorgverleners onderling is essentieel om de psychologische problemen van ouderen in een vroeg stadium aan te pakken.

Met betrekking tot voorzieningen voor ouderen pleit CM voor de invoering van “goede praktijken” (bv. met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen) voor behandelende artsen,

en de ontwikkeling en communicatie van kwaliteitsindicatoren op een meer systematische wijze, alsmede de invoering van alternatieven voor de medicalisering. Ook zouden de opleidingen voor huisartsen en verzorgingspersoneel meer aandacht moeten hebben voor de psychiatrische problemen van ouderen.

De communicatie van woonzorgcentra naar de burgers en ziekenfondsen toe is vandaag onvoldoende transparant. Evaluaties van de kwaliteit van de aangeboden diensten zijn zeldzaam en worden niet openbaar gemaakt. Meer informatie over het profiel van patiënten (en met name diagnoses) die in woonzorgcentra verblijven, kan helpen om beter te beoordelen of de gegeven behandelingen gepast zijn.

7. Besluit

Deze studie legt een hoog gebruik bloot van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra, vooral in vergelijking met referentiegroepen. Zelfs bij gebrek aan informatie over diagnoses blijft het gebruiksniveau van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra zorgwekkend, vooral in vergelijking met het gebruik door thuiswonende leden met een vergelijkbare mate van afhankelijkheid. Bovendien is het duidelijk dat een aanzienlijk deel van de voorschriften geneesmiddelen betreft die ongeschikt zijn voor ouderen. Opnieuw pleit CM voor de ontwikkeling van benaderingen die een alternatief kunnen vormen voor de medicalisering, om de psychische problemen bij ouderen aan te pakken.

21 De Standaard, *Minder slaappillen, meer gelukkige ouderen*, 13 december 2017.

22 The Economist (2018), *Village People: A new way of caring for the vulnerable old*, January 13th-18th 2018.

Bijlage: gegevens 2016

Sinds 1 april 2015 worden de geneesmiddelen in woonzorgcentra getarifeerd per eenheid en niet langer per verpakking. Eén van de doelstellingen van deze hervorming is verspilling tegengaan en de kostprijs van geneesmiddelen verminderen voor de bewoners.

Deze studie is een actualisering van de studie die CM in 2011 maakte (gegevens 2009). Door gebruik te maken van gegevens die van na de hervorming dateren, kunnen wij niet vergelijken met de resultaten van de vorige studie. Wij gebruikten dus de facturatiegegevens van 2014.

De hervorming moest het aantal gefactureerde dosissen doen dalen. Vóór de hervorming werd een doos waarvan slechts de helft genomen was, beschouwd als volledig verbruikt. Dit risico bestaat niet langer met de nieuwe facturatie. Deze benadert nu het effectieve verbruik. Het aantal leden in onze studie dat antidepressiva of antipsychotica neemt en die werden geselecteerd op basis van het aantal dosissen dat zij nemen, zou dus moeten dalen wanneer wij werken met de gegevens van na de hervorming. Het wordt onmogelijk om te weten of de dalende consumptie tussen 2009 en vandaag het resultaat is

van een attitudeverandering in de woonzorgcentra of van minder verspilling van geneesmiddelen door de nieuwe facturatiemethode.

Ook worden de vergelijking tussen woonzorgcentra en verbruik door wie thuis woont, en de vergelijking vóór en na institutionalisering, moeilijker interpreteerbaar. Wij vergelijken immers de facturatie van verpakkingen buiten de woonzorgcentra (ziekenhuisopname niet meegerekend) met facturatie per eenheid in instellingen.

Volledigheidshalve tonen wij hier de resultaten van de analyse van het totale verbruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra in 2016 vergeleken met de cijfers van 2014.

De cijfers van 2014 en 2016 zijn niet echt vergelijkbaar, maar globaal bleef het percentage woonzorgcentrabewoners dat in 2016 en 2014 minstens 30 DDD antidepressiva en antipsychotica nam, wel gelijk. Ook de variatie van de resultaten tussen woonzorgcentra onderling en de vergelijking inzake verbruik tussen residenten en de referentiegroepen blijven van dezelfde grootte-orde.

% verbruikers van geneesmiddelen in woonzorgcentra vóór en na de invoering van de nieuwe tarificatiemethode per eenheid voor geneesmiddelen

	Antidepressiva	Ongepaste antidepressiva	Antipsychotica	Ongepaste antipsychotica	N
2014	42,70%	25,06%	21,17%	14,28%	76.014
2016	39,38%	22,31%	19,48%	13,16%	82.035