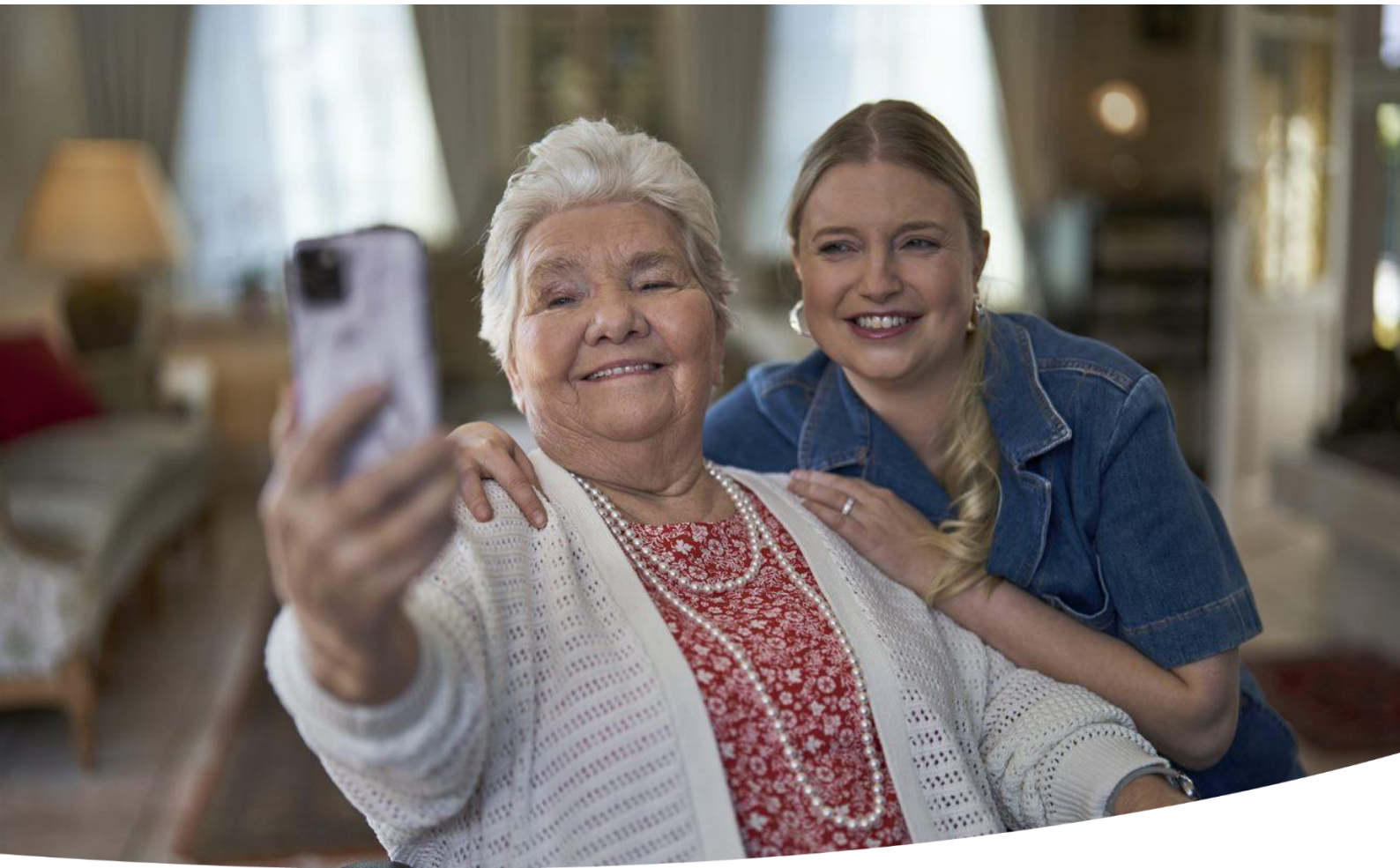


Medicatiegebruik in woonzorgcentra in 2021: een longitudinale analyse



Een update van de studie uit 2013

Didier Willaert, Leila Maron & Jérôme Vrancken

April 2023

www.solidaris.be

 **Solidaris**

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Data & methoden.....	4
2.1	Gegevens	4
2.2	Methodologie	5
2.2.1	Longitudinale analyse	5
2.2.2	Selectie van geneesmiddelen	6
2.3	Aandachtspunten bij een vergelijking met de studie van 2013	8
3	Longitudinale analyse van het medicatiegebruik bij bewoners van woonzorgcentra	8
3.1	Globaal medicatiegebruik voor en na de opname in een woonzorgcentrum	9
3.2	Polymedicatie voor en na de opname in een woonzorgcentrum	11
3.3	Populatie met een behandeling met de geselecteerde geneesmiddelen voor en na opname in een woonzorgcentrum	12
4	Conclusies	14
	Aanbevelingen.....	16

1 Inleiding

Medicatiegebruik is in België altijd al een bezorgdheid geweest, en dat zowel op vlak van de volksgezondheid, de overconsumptie van bepaalde geneesmiddelen, de budgettaire impact, als de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De Belg gaf in 2019 gemiddeld 598 dollar¹/527 euro² uit aan geneesmiddelen, waarvan 513 dollar/452 euro aan voorgeschreven medicatie (excl. afgeleverd in een ziekenhuis). Dat bedrag ligt iets hoger dan het gemiddelde van alle 33 OESO-landen (571 dollar)³. Net als bij de veel andere gezondheidszorguitgaven is het medicatiegebruik vooral geconcentreerd bij de oudere bevolking: een kwart van alle dagdosissen⁴ wordt afgeleverd aan 75-plussers, die maar 8% van de bevolking uitmaken⁵. De verwachting is dat het medicatiegebruik in de toekomst nog verder zal toenemen door onder andere de vergrijzing van de bevolking. Dat maakt het opvolgen van medicatiegebruik bij ouderen des te belangrijk.

Er zijn een aantal bestaande studies over het medicatiegebruik van ouderen, en meer specifiek bij ouderen in woonzorgcentra⁶. Naast het hoge gebruik, met name van antidepressiva en antipsychotica, wezen deze studies op problemen gerelateerd aan polymedicatie⁷ (wisselwerkingen en contra-indicaties, te weinig of te veel voorschrijven bij specifieke aandoeningen, gebruik van geneesmiddelen waarvan de werkzaamheid onvoldoende is aangetoond) en grote verschillen in medicatiegebruik tussen woonzorgcentra. Dit onderzoek was echter hoofdzakelijk gebaseerd op een vergelijking tussen thuiswonende ouderen en ouderen in woonzorgcentra, zonder rekening te houden met het feit dat het profiel van deze twee bevolkingsgroepen aanzienlijk verschilt.

Solidaris had in een studie van 10 jaar geleden rekening gehouden met deze tekortkoming⁸. We toonden aan dat de gemiddelde leeftijd van personen in woonzorgcentra hoger was, dat er meer vrouwen woonden, meer personen met een voorkeurregeling (verhoogde tegemoetkoming)⁹, meer chronisch zieken, en dat het sterftcijfer vijf keer zo hoog lag bij bewoners van woonzorgcentra in vergelijking met ouderen die nog thuis woonden¹⁰. Bovendien hadden we het medicatiegebruik longitudinaal geanalyseerd, d.w.z. door een cohorte van 70-plussers op te volgen in de periode van zes maanden vóór en zes maanden na hun opname in het woonzorgcentrum (WZC). Dit om hun

¹ Gecorrigeerd naar koopkracht (PPP - Purchasing Power Parity)

² Wisselkoers USD/EUR op 1/7/2019

³ OECD (2021), *Health at a glance* (<https://stat.link/s5ah40>)

⁴ De (doorsnee)dagdosis of standaarddagdosering (*Defined Daily Dose - DDD*) is een eenheid gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie, en komt overeen met de behandelingsdosis voor één dag van een geneesmiddel voor de hoofdindicatie bij volwassenen (zie [website WGO](#)).

⁵ *Solidaris* (2022), *Medicatie in het laatste levensjaar* (<https://corporate.solidaris-vlaanderen.be/wp-content/uploads/2022/03/Studierapport-Medicatie-laatste-levensjaar-202201.pdf>)

⁶ Bijvoorbeeld KCE (2006), *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen* (<https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/geneesmiddelengebruik-in-de-belgische-rusthuizen-en-rust-en-verzorgingstehuizen>)

⁷ 5 of meer verschillende geneesmiddelen per dag nemen (voor chronisch gebruik)

⁸ Boutsen, Maron & Vrancken (2013), *Consumption de médicaments en maison de repos: une analyse longitudinale*, UNMS - Direction Etudes (<https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2022/04/Etude-Consommation-de-medicaments-en-maison-de-repos.pdf>)

⁹ Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming krijgen een hogere terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg. Dit recht kan op drie mogelijke manieren worden verkregen: (1) een specifieke sociale uitkering ontvangen (leefloon, inkomensgarantie voor ouderen, tegemoetkoming voor personen met een handicap, toeslag voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%), (2) bij het ziekenfonds zijn ingeschreven als niet-begeleide minderjarige vreemdeling of als weeskind, en (3) een inkomen hebben dat lager ligt dan een grensbedrag.

¹⁰ Deze vaststellingen gelden ook nog in 2021.

medicatiegebruik in de tijd te kunnen vergelijken en het deel van het gebruik dat verband houdt met de verhuis naar het woonzorgcentrum te kunnen isoleren.

Het doel van deze studie is om de analyse van 10 jaar geleden te actualiseren op basis van de meest recente beschikbare gegevens. We selecteerden 3747 leden van *Solidaris* van 70 jaar en ouder die in het eerste semester van 2021 in een woonzorgcentrum werden opgenomen, en bekeken hun medicatiegebruik zes maanden ervoor en zes maanden erna. We willen een antwoord geven op de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Wat is de evolutie van het medicatiegebruik na opname in een woonzorgcentrum?
2. Is er een toename of een afname van het aantal verschillende soorten geneesmiddelen dat wordt genomen?
3. Wat zijn de veranderingen (opstart, stopzetting en voortzetting van de behandeling) per type medicatie (er werden 10 geneesmiddelengroepen onderscheiden)?

2 Data & methoden

2.1 Gegevens

Het medicatiegebruik wordt geanalyseerd op basis van gegevens uit twee databanken met daarin alle terugbetaalde afleveringen van geneesmiddelen aan de leden van *Solidaris*¹¹ in 2020 en 2021:

- *Farmanet*. Deze databank bevat geneesmiddelen die de openbare apotheken afleveren en die de verplichte ziekteverzekering vergoedt (Farmanet bevat geen gegevens over niet-vergoedbare geneesmiddelen, zoals kalmeer- of slaapmiddelen).
- *Medhosp*. Bevat informatie over geneesmiddelen die afgeleverd worden door ziekenhuisapotheken (aan zowel ambulante als gehospitaliseerde patiënten).

Door deze twee databanken in rekening te nemen, hebben we een volledig zicht op het terugbetaalbare medicatiegebruik. Van de leden die tijdens de eerste helft van 2021 in een woonzorgcentrum werden opgenomen, hadden er twee op de drie één of meerdere ziekenhuisverblijven van minstens 2 dagen in de zes maanden voorafgaand aan hun opname in het woonzorgcentrum. Het is daarom belangrijk om de gegevens m.b.t. medicatie afgeleverd in een ziekenhuis te integreren.

Op basis van de twee gegevensstromen weten we welke soort medicatie aan de patiënt is afgeleverd (op basis van de ATC-classificatie¹²), evenals het aantal afgeleverde dagdosissen (DDD)¹³. Deze studie houdt daarom alleen rekening met personen die in de bestudeerde periode minstens één medicijn hebben gebruikt.

¹¹ In absolute aantallen gaat het over ongeveer 3,3 miljoen leden (28,5% van alle rechthebbenden aangesloten bij de ziekenfondsen in België).

¹² *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*: classificatiesysteem van geneesmiddelen ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie.

¹³ Volgende filters werden toegepast op de twee databanken met het oog op *datacleaning*:

- De DDD moet gekend zijn, groter zijn dan 0 en het totaal aantal DDD per aflevering mag hoogstens 500 bedragen (weglaten *outliers*);
- Het aantal verpakkingen per aflevering is hoogstens 6, en het aantal pillen per aflevering is hoogstens 100 (enkel van toepassing bij tarificatie per eenheid van geneesmiddelen) (weglaten *outliers*);
- Uitsluiten van magistrale bereidingen (DDD is onbekend of onnauwkeurig);
- Enkel medicatie waarbij het terugbetalingsbedrag door de ziekteverzekering gekend is.

Om leden met een opname in een woonzorgcentrum te identificeren, kijken we of er een aanrekening is geweest van een basistegemoetkoming¹⁴. Er zijn momenteel geen gegevens beschikbaar over deze aanrekeningen in Brusselse woonzorgcentra. De analyse heeft dus enkel betrekking op leden die opgenomen werden in een woonzorgcentrum in Vlaanderen of Wallonië (excl. de woonzorgcentra gelegen in de Oostkantons).

2.2 Methodologie

2.2.1 Longitudinale analyse

Om de impact van de opname in een woonzorgcentrum beter te begrijpen, bekijken we het medicatiegebruik van de leden voor en na hun opname. We voeren dus een longitudinale analyse uit door een cohorte ouderen op te volgen die voor het eerst in een woonzorgcentrum zijn opgenomen tijdens de eerste helft van 2021 (tussen 1 januari en 30 juni 2021), en daarbij twee periodes met elkaar te vergelijken (figuur 1):

- zes maanden voor opname in een woonzorgcentrum;
- zes maanden na opname in een woonzorgcentrum.

Figuur 1: Opname in een woonzorgcentrum in de periode 2020-2021



Deze longitudinale benadering maakt het mogelijk om te beoordelen of het gebruik van (terugbetaalbare) medicatie werd opgestart in het woonzorgcentrum of dat de medicatie al werd genomen voor de opname in het woonzorgcentrum.

Ze stelt ons tevens in staat om een vergelijking te maken met de resultaten uit de studie van 2013 (medicatiegebruik 2010).

De analyse wordt beperkt tot leden die 70 jaar of ouder zijn op 31/12/2020, die lid zijn van Solidararis op 30/6/2020, 31/12/2020, 30/6/2021 en 31/12/2021, en die niet overleden zijn vóór 1 januari 2022. In totaal werden op deze manier 3747 leden geselecteerd die in de eerste helft van 2021 voor het eerst een opname hadden in een woonzorgcentrum in Vlaanderen of Wallonië.

De gemiddelde leeftijd van de bewoners die voor het eerst verhuisden naar een WZC in de eerste helft van 2021 is vergelijkbaar met die van de bewoners die reeds in 2020 in een WZC verbleven (84 vs. 85 jaar) (tabel 1). Het aandeel vrouwen en personen met verhoogde tegemoetkoming ligt iets

¹⁴ Kortverbijven in woonzorgcentra werden uitgesloten

lager bij de recente bewoners. Bij het aandeel met statuut chronische aandoening¹⁵ is er een grotere afwijking (58% vs. 82%). Er is namelijk een duidelijk verschil tussen het aandeel 70-plussers met een statuut chronische aandoening die thuis wonen (37%) vs. die in een WZC verblijven (80%) (situatie in 2021). En eens in een WZC neemt het aandeel met statuut chronische aandoening fors toe met het aantal jaren verblijf (van 63% als minder dan een jaar in een WZC naar 93% als meer dan 4 jaren in een WZC; eveneens situatie in 2021). Dit weerspiegelt de achteruitgang van de gezondheid bij deze bevolkingsgroep.

Tabel 1: Socio-demografische kenmerken van leden in een woonzorgcentrum, naargelang het moment van opname (vóór 2021 vs. tijdens eerste zes maanden van 2021)

Sociodemografisch kenmerk	Leden met opname in woonzorgcentrum vóór 2021	Leden met opname in woonzorgcentrum in eerste helft 2021
Gemiddelde leeftijd	85 jaar	84 jaar
Aandeel vrouwen	76%	71%
Aandeel met verhoogde tegemoetkoming	56%	45%
Aandeel met statuut chronische aandoening	82%	58%

Bron: Solidaris

De evolutie van het medicatiegebruik (enkel terugbetaalde geneesmiddelen) wordt bekeken vanuit drie verschillende dimensies:

- Het gemiddeld aantal afgeleverde dagdosissen;
- Polymedicatie (het aantal verschillende soorten terugbetaalde medicatie op ATC1- en ATC4-niveau)¹⁶;
- Het aandeel leden met een aflevering van minstens 30 DDD in een periode van zes maanden voor een selectie van 10 groepen geneesmiddelen (zie verder).

2.2.2 Selectie van geneesmiddelen

Om de impact van het medicatiegebruik in relatie tot de verhuis naar een woonzorgcentrum na te gaan, werden 10 geneesmiddelengroepen geselecteerd op basis van twee criteria (zie tabel 2):

- Het volume: de geneesmiddelen die het meest worden afgeleverd aan 70-plussers in 2021 (op vlak van het aantal DDD en het totaal aantal leden). Het betreft bloeddrukverlagers, antitrombotica, statines (cholesterolverlagers) en protonpompremmers (maagzuurremmers).
- Medicatie waarvoor er een specifieke aandacht bestaat op vlak van de volksgezondheid:
 - (a) antidepressiva en antipsychotica waarvan we uit de bestaande literatuur weten dat er een hoog gebruik is in de woonzorgcentra,
 - (b) antibiotica die in België veel worden voorgeschreven terwijl overconsumptie kan leiden tot bacteriële resistentie,
 - (c) ontstekingsremmers die vaak worden voorgeschreven in plaats van pijnstillers maar die negatieve bijwerkingen kunnen hebben op de nieren,

¹⁵ Patiënt heeft het statuut van chronisch zieke (op basis van het financieel criterium, krijgt een zorgforfait, of heeft een zeldzame ziekte).

¹⁶ Merk op dat de analyse alleen wordt uitgevoerd op terugbetaalde medicatie, waardoor (het probleem van) polymedicatie hier waarschijnlijk wordt onderschat.

- (d) sterke pijnstillers (opioïden) omdat chronische pijn vaak onvoldoende of slecht wordt behandeld bij bejaarden, en
- (e) antidiabetica die een controlegroep vormen voor zover ze alleen worden voorgeschreven aan patiënten met diabetes die die medicatie echt nodig hebben.

Tabel 2: Geneesmiddelengroepen die werden geselecteerd bij de opvolging van medicatiegebruik bij 70-plussers (aantal leden en aantal afgeleverde DDD in 2021)

ATC-code	Medicatie	Gebruik	Aantal leden	Aantal DDD
C03+C07+ C08+C09	Bloeddrukverlagers	Cardiovasculaire aandoeningen en hoge bloeddruk	322 218	177 576 568
B01	Antitrombotica	Risico op trombose	236 180	77 952 748
C10AA	Statines	Hoge cholesterol	188 989	70 455 883
A02B	Protonpompremmers	Maagdarmzweer en reflux	201 126	47 321 032
A10	Antidiabetica	Diabetes	99 322	40 888 658
N06A	Antidepressiva	Depressie	100 349	26 252 373
M01A	Ontstekingsremmers, niet-steroïdaal	Ontsteking, reuma	117 954	7 930 403
N02A	Opioïden	Pijn	111 153	6 431 125
J01	Antibiotica	Bacteriële infectie	182 773	4 684 044
N05A	Antipsychotica	Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen	35 355	2 648 326

Bron: Solidaris

Tabel 3: Aflevering van DDD's in 2021 bij de selectie van de 10 geneesmiddelengroepen naargelang de leeftijd van de patiënt (jonger dan 70 jaar versus 70 jaar of ouder)

Type medicatie	Aantal DDD		DDD (%)	
	< 70 jaar	>= 70 jaar	< 70 jaar	>= 70 jaar
Antitrombotica	66 308 308	77 952 748	7%	13%
Antibiotica	17 572 424	4 684 044	2%	1%
Antidepressiva	86 423 100	26 252 373	9%	4%
Opioïden	17 638 014	7 930 403	2%	1%
Bloeddrukverlagers	185 017 942	177 576 568	18%	29%
Ontstekingsremmers	32 782 056	6 431 125	3%	1%
Antipsychotica	18 221 262	2 648 326	2%	0%
Antidiabetica	68 915 935	40 888 658	7%	7%
Protonpompremmers	90 485 029	47 321 032	9%	8%
Statines	87 629 435	70 455 883	9%	11%
Overige	345 060 096	153 853 406	34%	25%
TOTAAL	1 016 053 602	615 994 567	100%	100%

Bron: Solidaris

Deze 10 groepen geneesmiddelen maken respectievelijk 75% en 66% uit van het totaal aantal afgeleverde DDD's aan 70-plussers en leden jonger dan 70 jaar (tabel 3). Het gebruik van sommige geneesmiddelen verschilt sterk met de leeftijd:

- Op vlak van afgeleverde DDD's ligt het gebruik van antitrombotica bijna dubbel zo hoog bij 70-plussers dan bij personen jonger dan 70 jaar (13% vs. 7%). Ook het gebruik van bloeddrukverlagers ligt significant hoger bij 70-plussers (29% vs. 18%). Met andere woorden: bijna één op de drie dagdosissen die worden afgeleverd aan leden van 70 jaar en ouder is een bloeddrukverlager, terwijl dit minder is dan één op de vijf bij personen jonger dan 70 jaar. Bij statines is er een beperkte toename met de leeftijd (11% vs. 9%).
- Omgekeerd is er een afname van het gebruik met de leeftijd bij antidepressiva, ontstekingsremmers en antipsychotica.
- Bij antibiotica, opioïden, antidiabetica en protonpompremmers is het gebruik min of meer stabiel met de leeftijd (verschil van minder dan 1 procentpunt).

2.3 Aandachtspunten bij een vergelijking met de studie van 2013

Er zijn een aantal kleine verschillen wat betreft de dataselectie en methodologie t.o.v. de studie van 2013 (op basis van cijfers voor de periode 2009-2011):

- De groep van nieuwe bewoners in woonzorgcentra is bijna de helft kleiner (3747 vs. 6943) dan in de oude studie, omdat hier enkel wordt gekeken naar leden die in de loop van de eerste helft van 2021 voor het eerst een opname hadden in een woonzorgcentrum, terwijl dat voorheen in de loop van een volledig jaar was (2010). Dit wegens de beschikbaarheid van de gegevens op het moment van de studie.
- In de studie van 2013 waren woonzorgcentra in het Brussels gewest en in de Oostkantons inbegrepen. Dit is hier niet (meer) het geval. Het aantal bedden voor langdurige zorg in woonzorgcentra in het Brussels gewest bedraagt bijna 11% van het totaal aantal bedden in België (situatie in 2018)¹⁷. In de Duitstalige gemeenschap zijn er 9 woonzorgcentra (situatie in 2021)¹⁸. De impact hiervan is dus relatief beperkt.
- De nieuwe bewoners van woonzorgcentra werden geselecteerd tijdens de eerste helft van 2021, dus middenin de derde coronagolf (25 februari-27 juni 2021). Op vlak van mortaliteit zal het effect klein zijn, vermits veruit de meeste overlijdens in woonzorgcentra in de eerste en tweede golf vielen¹⁸. Bovendien selecteerden we enkel leden die noch in 2020 noch in 2021 overleden waren. Hierbij aansluitend kunnen we vermelden dat de therapietrouw van bloeddrukverlagers, antidiabetica en medicatie tegen luchtwegaandoeningen stabiel bleef in 2020¹⁹.

3 Longitudinale analyse van het medicatiegebruik bij bewoners van woonzorgcentra

In dit deel presenteren we de resultaten van de longitudinale analyse van het medicatiegebruik bij ouderen (voor wat betreft de tien eerder geselecteerde geneesmiddelengroepen) om de impact van de verhuis naar een woonzorgcentrum te kunnen isoleren. Zo analyseren we het medicatiegebruik zes maanden voor en zes maanden na opname in een woonzorgcentrum bij een cohorte van 70-

¹⁷ <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen>

¹⁸ https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Surveillance_WZC.pdf

¹⁹ <https://ima-aim.be/Persbericht-Minder-chronische?lang=nl>

plussers, en bekijken we de veranderingen in medicatiegebruik veroorzaakt door deze opname in het woonzorgcentrum²⁰. We relateren de resultaten ook aan deze van het onderzoek dat in 2013 (geneesmiddelengebruik 2010) werd uitgebracht.

3.1 Globaal medicatiegebruik voor en na de opname in een woonzorgcentrum

Het globaal medicatiegebruik neemt af van ongeveer 3,5 miljoen DDD (gemiddeld 943 DDD per lid) tijdens de zes maanden voor opname in een woonzorgcentrum naar iets minder dan 2,9 miljoen DDD (gemiddeld 772 DDD per lid) tijdens de zes maanden na opname, ofwel een daling met 18% (tabel 4, laatste rij)²¹. In de studie van 2013 was er ook een afname van het medicatiegebruik na opname in een woonzorgcentrum, maar die was veel kleiner (2%). Tien jaar geleden nam een rusthuisbewoner gemiddeld 954 DDD in de periode tot zes maanden na zijn opname tegenover 973 zes maanden voor zijn opname. Dat betekent dat er – in vergelijking met tien jaar geleden – ook in de thuissituatie (zes maanden voor opname in het woonzorgcentrum) een kleine daling (-3%) van het totaal medicatiegebruik was.

Er zijn een aantal mogelijke verklaringen voor de (verdere) daling van het medicatiegebruik na opname in een woonzorgcentrum sinds de studie van 2013:

- 1) Er is in recente jaren meer aandacht voor een beter medicatiebeleid in woonzorgcentra met acties rond polymedicatie, een betere begeleiding van patiënten op vlak van geneesmiddelengebruik, etc. De vzw *Liages*²² organiseerde bijvoorbeeld enkele jaren geleden een informatie- en sensibiliseringscampagne. Deze campagne werd breder geïntegreerd in het project “*Dosez-moi ça!*” van de Dienst Gezondheidsbevordering van Solidaris, met als doel het verbeteren van de kwaliteit van het voorschrijven, de aflevering en het gebruik van geneesmiddelen voor verschillende doelgroepen.
- 2) Er is ook ingezet op het opleiden van Coördinerende en Raadgevende Artsen (CRA's) in woonzorgcentra. Dit om hen in staat te stellen hun opdrachten in overleg met de hoofdverpleegkundige(n) en hun zorgtaken zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren: (a) multidisciplinair overleg organiseren, (b) preventiebeleid implementeren, (c) het organiseren van het voorschrijven, afleveren, bezorgen, bewaren en distribueren van geneesmiddelen in overleg met de apothekers, (d) het jaarlijks opstellen en actualiseren van het farmaceutisch formularium, enz. De CRA speelt dan ook een centrale rol bij het voorschrijven van medicatie.
- 3) De invoering van de tarificatie per eenheid (aflevering per pil) in woonzorgcentra in 2015 (verplichte maatregel), gekoppeld aan de mogelijkheid tot individuele

²⁰ Enkel de dagdosissen die binnen de periode van 6 maanden voor/na opname in woonzorgcentrum vallen, worden in rekening genomen. Bijvoorbeeld als er een aflevering is van een verpakking van 90 DDD (behandeling van 3 maanden) bloeddrukverlagers precies één maand voor de opname in het woonzorgcentrum, dan worden enkel 30 DDD's (één maand) toegevoegd aan het medicatiegebruik in de zes maanden voor opname in een woonzorgcentrum, terwijl de 60 resterende DDD's niet meegerekend worden. De veronderstelling hierbij is dat 1 DDD gelijk is aan één dag behandeling. We passen deze correctie toe omdat in woonzorgcentra op het moment van de opname het medicatieschema opnieuw wordt geëvalueerd en omdat oude verpakkingen soms niet mogen meegenomen worden. Dezelfde correctieprocedure wordt toegepast bij de start en het einde van de observatieperiode (180 dagen voor en na opname in een woonzorgcentrum).

²¹ Het betreft het aantal afgeleverde DDD. Dat de patiënt de medicatie volledig heeft ingenomen is niet zeker. Bij afleveringen per doos zal het verschil tussen afgeleverd en effectief genomen waarschijnlijk groter zijn dan bij aflevering per pil.

²² <https://www.liages.be/>

medicatievoorbereiding (IMV) sinds 2012²³ heeft in combinatie met de vorige factoren zeker een gunstig effect. De IMV betreft het groeperen en voorbereiden van alle medicatie die aan een patiënt wordt voorgeschreven in één enkele doos als onderdeel van een behandeling van een chronische ziekte en bestaat uit een gepersonaliseerde opvolging van de farmaceutische zorg in het kader van een overeenkomst tussen de patiënt, apotheker en arts. Hierdoor kan het medicatieschema van een patiënt opgesteld worden en kan nagegaan worden of er bijvoorbeeld geen contra-indicaties zijn tussen de verschillende behandelingen. Door deze maatregel wordt het ook gemakkelijker om het medicatiegebruik te controleren en om overconsumptie in woonzorgcentra aan te pakken. Het gevolg is dat het woonzorgcentrum maar een beperkt aantal geneesmiddelen in voorraad heeft, wat op zijn beurt een remmend effect heeft op het medicatiegebruik en op de verandering van een medicatiebehandeling, maar wat anderzijds wel problemen kan geven als een dringende behandeling noodzakelijk is of als de behandeling in het weekend gewijzigd moet worden. Sommige woonzorgcentra leggen daarom om een reservevoorraad van veel gebruikte geneesmiddelen aan. Hoewel de IMV momenteel niet verplicht is, maken er toch meer en meer woonzorgcentra gebruik van. De introductie van de IMV heeft ook meer interesse opgewekt bij de familieleden van de rusthuisbewoners, gezien ze soms financieel moeten bijspringen (of het nu gaat om het betalen van medicatie of andere onkosten die verband houden met het verblijf in het woonzorgcentrum).

- 4) Tenslotte kan het ook deels te maken hebben met een iets verschillende populatie (gemiddeld iets oudere leeftijd en een hoger aandeel mannen bij opname in WZC) in vergelijking met de oude studie (cf. supra).

Tabel 4: Aflevering van DDD's zes maanden voor en zes maanden na opname in een woonzorgcentrum tijdens de eerste helft van 2021, naar geneesmiddelengroep

Type medicatie	Aantal DDD voor opname	Aantal DDD na opname	Vershil (absoluut)	Vershil (relatief)
Ontstekingsremmers	20 514	10 442	-10 072	-49%
Antidiabetica	162 403	10 9591	-52 813	-33%
Antitrombotica	491 533	366 218	-125 315	-25%
Antibiotica	44 909	34 975	-9934	-22%
Overige	986 137	770 597	-215 540	-22%
Opioïden	59 225	49 272	-9953	-17%
Bloeddrukverlagers	942 044	783 912	-158 132	-17%
Statines	267 151	233 280	-33 871	-13%
Antidepressiva	242 164	223 553	-18 611	-8%
Protonpompremmers	277 167	270 081	-7086	-3%
Antipsychotica	42 029	45 279	3250	8%
TOTAAL	3 535 277	2 897 199	-638 077	-18%

Bron: Solidaris

²³ Zie Koninklijk Besluit van 24 september 2012 tot vaststelling van een regeling met betrekking tot individuele medicatievoorbereiding (https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-24-september-2012_n2012018369.html)

Opgedeeld naar geneesmiddelengroep is de daling van het aantal DDD's het meest uitgesproken bij ontstekingsremmers (-49%) en antidiabetica (-33%), en het laagst bij antidepressiva (-8%) en protonpompremmers (-3%). Enkel bij antipsychotica ligt de aflevering van het aantal DDD na opname in een woonzorgcentrum hoger dan voor opname in het woonzorgcentrum (+8%).

3.2 Polymedicatie voor en na de opname in een woonzorgcentrum

Tabellen 5 en 6 geven de verdeling²⁴ van het aantal verschillende soorten medicatie (op ATC1- en ATC4-niveau) dat een persoon neemt tijdens de periode van zes maanden vóór en na opname in een woonzorgcentrum²⁵. Zowel op ATC1-niveau als op ATC4-niveau is een stabilisatie of een kleine daling zichtbaar van het aantal verschillende soorten medicatie dat wordt afgeleverd na opname in het woonzorgcentrum. Op ATC1-niveau neemt de helft (P50 of mediaan) van de nieuwe bewoners 4 verschillende soorten medicatie (was 5 toen de persoon nog thuis woonde). Op ATC4-niveau betreft het respectievelijk 7 (na opname) en 8 (voor opname) verschillende soorten. Ten opzichte van 10 jaar geleden is dat een kleine verbetering (toen was er nog een beperkte stijging of een stabiele situatie na opname). Het gemiddeld aantal verschillende geneesmiddelen dat een persoon neemt voor opname (dus in de thuissituatie) is wel iets toegenomen t.o.v. de studie uit 2013 (op ATC1-niveau van 4 naar 5 verschillende geneesmiddelen, op ATC4-niveau van 8 naar 9 verschillende geneesmiddelen).

Tabel 5: Verdeling van het aantal verschillende soorten afgeleverde medicatie op ATC1-niveau per patiënt (vergelijking 6 maanden voor en na opname in woonzorgcentrum)

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Gemiddelde
Voor opname	2	2	4	5	6	7	8	5
Na opname	2	2	3	4	6	7	8	5

Bron: Solidaris

Tabel 6: Verdeling van het aantal verschillende soorten afgeleverde medicatie op ATC4-niveau per patiënt (vergelijking 6 maanden voor en na opname in woonzorgcentrum)

	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95	Gemiddelde
Voor opname	2	3	6	8	12	15	17	9
Na opname	2	3	5	7	10	14	15	8

Bron: Solidaris

²⁴ De ledenpopulatie wordt verdeeld in gelijke klassen: bijvoorbeeld percentiel 25 (P25) vertegenwoordigt de 25% leden met het minst aantal verschillende soorten medicatie, en P75 komt overeen met de 25% leden die het meest aantal verschillende soorten medicatie neemt.

²⁵ Afleveringen van medicatie in het ziekenhuis worden hier buiten beschouwing gelaten omdat we ons enkel willen focussen op geneesmiddelen voor chronische aandoeningen. Er wordt geen rekening gehouden met het aantal DDD.

3.3 Populatie met een behandeling met de geselecteerde geneesmiddelen voor en na opname in een woonzorgcentrum

Tabel 7 geeft, voor elk van de 10 groepen geneesmiddelen, het aantal en aandeel nieuwe bewoners van woonzorgcentra tijdens de eerste helft van 2021 met een behandeling (aflevering van minstens 30 DDD tijdens de periode van 6 maanden) vóór en na de opname in een woonzorgcentrum.

- Bij 7 van de 10 geneesmiddelengroepen is er een afname van het aandeel personen met een behandeling na de opname in een woonzorgcentrum. De grootste daling manifesteert zich bij de ontstekingsremmers (247 personen hadden een behandeling vóór opname naar het woonzorgcentrum en maar 124 na de opname, ofwel een daling met de helft). Ook bij antibiotica (-20%), statines (-17%), antidiabetica (-14%) en antitrombotica (-11%) is er duidelijke afname van het aantal personen met een behandeling. Een beperkte daling is zichtbaar bij opioïden (-3%) en bloeddrukverlagers (-2%).
- Enkel bij protonpompremmers, antidepressiva en antipsychotica neemt het aantal personen met een behandeling toe na verhuis naar een woonzorgcentrum. In vergelijking met de cijfers van 2010 is die stijging wel veel minder uitgesproken bij antidepressiva (+8% vs. +16% in 2010) en antipsychotica (+14% vs. +34% in 2010).
- Het aandeel leden met een behandeling met antidepressiva voor opname in het WZC is gedaald van 39% in 2010 naar 35% in 2021; ook het aandeel na opname daalde tussen 2010 en 2021 (van 45% naar 38%). Bij antipsychotica zien we dezelfde evolutie: daling van het aandeel met een behandeling voor opname van 13% in 2010 naar 10% in 2021, en van het aandeel met een behandeling na opname van 18% in 2010 naar 11% in 2021.
- Als we het aandeel personen met een behandeling voor/na opname in een WZC vergelijken met deze van tien jaar geleden dan liggen ze meestal iets hoger, maar bij ontstekingsremmers, antibiotica, antidepressiva en antipsychotica duidelijk lager.

Tabel 7: Aantal en aandeel personen met een behandeling (voor elk van de 10 geselecteerde geneesmiddelengroepen) voor en na opname in een woonzorgcentrum

Type medicatie	Aantal personen met behandeling		% met behandeling		Relatief verschil aantal leden
	Voor	Na	Voor	Na	
Ontstekingsremmers	247	124	7%	3%	-50%
Antibiotica	454	362	12%	10%	-20%
Statines	1447	1203	39%	32%	-17%
Antidiabetica	731	626	20%	17%	-14%
Antitrombotica	2533	2267	68%	61%	-11%
Opioïden	522	508	14%	14%	-3%
Bloeddrukverlagers	2899	2833	77%	76%	-2%
Protonpompremmers	1764	1905	47%	51%	8%
Antidepressiva	1328	1437	35%	38%	8%
Antipsychotica	375	427	10%	11%	14%

Bron: Solidaris

Tabel 8 en figuur 2 tonen bijkomend het aandeel nieuwe bewoners van woonzorgcentra die gestart en gestopt zijn met een behandeling met een geneesmiddel in functie van het moment van de

opname in het woonzorgcentrum. Ook het aandeel met een verderzetting van de behandeling en het aandeel zonder behandeling is mee opgenomen.

Er zijn drie mogelijke scenario's:

- 1) De persoon begon zijn behandeling voor de opname in het woonzorgcentrum en zet deze behandeling voort tijdens zijn verblijf in het woonzorgcentrum (verderzetting);
- 2) De persoon stopt met zijn behandeling na opname in het woonzorgcentrum (stopzetting);
- 3) De persoon is pas met zijn behandeling begonnen nadat hij werd opgenomen in het woonzorgcentrum (opstart).

Na opname in een woonzorgcentrum worden sommige behandelingen gestart en andere stopgezet, wat uiteraard een impact heeft op het medicatiegebruik. De verhuis naar een woonzorgcentrum kan aldus aanleiding geven tot grote veranderingen qua medicatiegebruik.

Dit is bijvoorbeeld het geval voor antidepressiva en antipsychotica. Het aandeel personen met een behandeling met antidepressiva neemt toe van 35% vóór opname in het woonzorgcentrum naar 38% na opname, terwijl deze percentages bij antipsychotica stijgen van 10% naar 11% (tabel 7). Van de 1437 leden met een behandeling met antidepressiva in het woonzorgcentrum zijn er 339 (ofwel 24%) die hun behandeling pas opgestart hebben na opname in het woonzorgcentrum; bij antipsychotica ligt het aandeel met een opstart na opname op 50% (215 van de 427 leden) (tabellen 7 en 8).

Anderzijds daalt het aandeel leden met een behandeling met antitrombotica na de opname in een woonzorgcentrum (van 68% naar 60%). Van de 2533 personen die al minstens 30 DDD antitrombotica namen in de zes maanden voor opname in het woonzorgcentrum, zijn er 572 (ofwel 22%) die hun behandeling hebben stopgezet tijdens de eerste zes maanden van hun verblijf in het woonzorgcentrum. Bij statines bedraagt het aandeel stopzettingen 27% (391 van de 1447 leden).

Tabel 8: Aantal en aandeel personen met een behandeling (voor elk van de 10 geselecteerde geneesmiddelengroepen) voor en na opname in een woonzorgcentrum

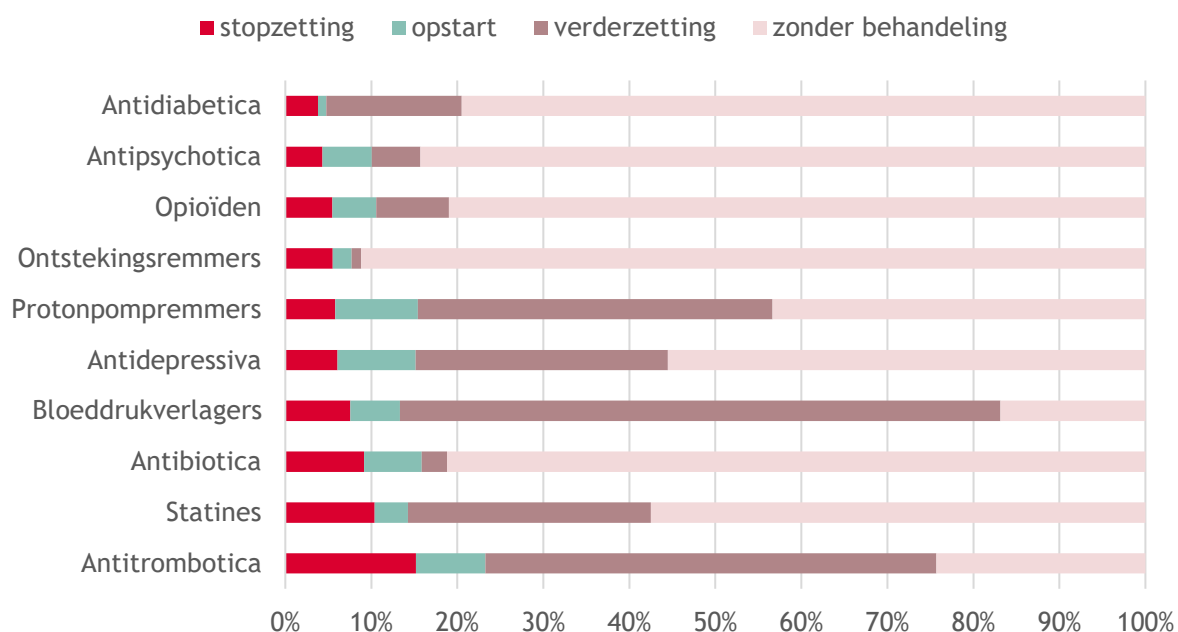
Type medicatie	Aantal personen met behandeling		Bij opname in woonzorgcentrum		
	Stopzetting	Opstart	% dat stopt*	% dat start**	% met verderzetting*
Antitrombotica	572	302	22%	13%	78%
Statines	391	145	27%	12%	73%
Antibiotica	343	250	76%	69%	24%
Bloeddrukverlagers	284	216	10%	8%	90%
Antidepressiva	230	339	17%	24%	83%
Protonpompremmers	220	359	12%	19%	88%
Ontstekingsremmers	206	82	83%	67%	17%
Opioïden	205	191	39%	38%	61%
Antipsychotica	162	215	43%	50%	57%
Antidiabetica	142	37	19%	6%	81%

* Noemer is het aantal personen met een behandeling voor opname in een woonzorgcentrum (zie tabel 7)

** Noemer is het aantal personen met een behandeling na opname in een woonzorgcentrum (zie tabel 7)

Bron: Solidaris

Figuur 2: Aandeel* personen met een stopzetting, opstart en verderzetting van een behandeling en zonder behandeling bij de opname in een woonzorgcentrum (selectie van 10 geneesmiddelengroepen)



* Noemer is telkens het aantal nieuwe bewoners van woonzorgcentra (N=3747).
Bron: Solidaris

4 Conclusies

Hoewel verschillende studies het medicatiegebruik in woonzorgcentra hebben onderzocht, hebben maar weinigen nagegaan hoe dat medicatiegebruik evolueert na opname in een woonzorgcentrum in vergelijking met de periode ervoor (nog thuis wonend).

Door longitudinaal 70-plussers op te volgen die in de eerste helft van 2021 voor het eerst in een woonzorgcentrum werden opgenomen (3747 leden in Wallonië en Vlaanderen) en hun medicatiegebruik zes maanden voor en zes maanden na hun opname te vergelijken, werpt deze studie een meer genuanceerde blik op het medicatiegebruik in woonzorgcentra. Het betreft een actualisatie van eerdere analyses door Solidaris (studie uit 2013).

De belangrijkste conclusies hieruit zijn:

- **Bewoners van woonzorgcentra krijgen minder geneesmiddelen.** Een opname in een woonzorgcentrum resulteert in een significant lager medicatiegebruik (uitgedrukt in aantal dagdosissen). Gemiddeld neemt een bewoner van een woonzorgcentrum 772 DDD in de periode van zes maanden na opname tegenover 943 zes maanden voor zijn opname (i.e. daling van 18%). Deze daling is veel meer uitgesproken dan wat tien jaar geleden werd waargenomen (-2%). Verschillende hypothesen zouden dit kunnen verklaren: de (verplichte) invoering van de tarificatie per eenheid (i.e. aflevering per pil) in woonzorgcentra (sinds 2015), de mogelijkheid om een individuele medicatievoorbereiding op te starten (sinds 2012), maar ook bijvoorbeeld de toegenomen bewustwording voor een rationeler medicatiegebruik en de opleiding van coördinerende en raadgevende artsen.

- **De opname in een woonzorgcentrum leidt tot een gebruik van een iets lager aantal verschillende geneesmiddelen (polymedicatie).** De geanalyseerde leden worden gemiddeld 8 verschillende geneesmiddelenklassen (op ATC4-niveau) voorgeschreven. Voor opname is dat aantal 9. Het hoogste deciel (P90) slikt 14 verschillende geneesmiddelenklassen na opname t.o.v. 15 in de thuissituatie.
- **Bewoners van woonzorgcentra slikken andere geneesmiddelen.** De longitudinale analyse toont aan dat er een belangrijk verschil bestaat tussen de voorgeschreven geneesmiddelen in woonzorgcentra en in de thuisomgeving.
 - 38 procent van de bewoners van woonzorgcentra slikt antidepressiva (minstens 30 dagdosissen gedurende zes maanden) tegenover 35 procent in de thuissituatie, of een toename met 9 procent. Een kwart van de bewoners van woonzorgcentra die antidepressiva nemen, is hiermee begonnen na opname.
 - 11 procent van de bewoners van woonzorgcentra slikt antipsychotica (minstens 30 dagdosissen gedurende zes maanden) tegenover 10 procent in de thuissituatie, of een toename met 10 procent (in de studie van 2013 was dat nog 34%). De helft van de bewoners van woonzorgcentra die antipsychotica slikken, is hiermee begonnen na opname. Dit nuanceert deels de vaststelling van een problematisch voorschrijfgedrag van antipsychotica in woonzorgcentra in de Pano-reportage van 19 oktober 2022.
 - 32 procent van de bewoners van woonzorgcentra heeft een behandeling met statines (cholesterolverlagers) tegenover 39 procent in de thuissituatie, of een daling met 18 procent. 27 procent van de personen die cholesterolverlagers slikken, stopt de behandeling na opname in het woonzorgcentrum.
 - 61 procent van de bewoners van woonzorgcentra heeft een behandeling met antitrombotica tegenover 68 procent in de thuissituatie, of een daling met 18 procent. 22 procent van de personen die antitrombotica slikken, stopt de behandeling na rusthuisopname.

Aanbevelingen

Uit deze studie blijkt dat de laatste jaren vooruitgang is geboekt op vlak van het voorschrijven van geneesmiddelen in woonzorgcentra, met name door de invoering van de tarificatie per eenheid (vanaf 2015), en de mogelijkheid om een individuele medicatievoorbereiding op te starten (sinds 2012).

Het is echter essentieel dat blijvend aandacht besteed wordt aan een zinvol en *evidence-based*-voorschrijfgedrag van medicatie bij ouderen. Reeds bestaande richtlijnen en lijsten kunnen daarbij een goede leidraad zijn. Een aangehouden sensibilisering maar ook responsabilisering bij artsen op dit vlak is noodzakelijk. En het is aan te bevelen om deze aspecten te integreren in de opleiding en/of permanente vorming van alle betrokken zorgverleners. Tenslotte is ook een correcte voorlichting van de patiënt zelf belangrijk.

Solidaris pleit voor de volgende aanbevelingen:

- **Betrokkenheid van apothekers bij het bepalen van het geneesmiddelenbeleid in woonzorgcentra door de aanstelling van een Coördinerende en Adviserende Apotheker (CAA).** Apothekers kunnen toezien op de therapietrouw, de contra-indicaties, de mogelijke bijwerkingen, of wisselwerkingen tussen de verschillende voorgeschreven (maar ook niet-voorgeschreven) geneesmiddelen. Het is belangrijk om na te gaan of rusthuisbewoners ongepaste medicatie gebruiken. Hoewel dit een essentiële taak is van de behandelende arts, kan de CAA in dit opzicht een rol spelen die vergelijkbaar is met de rol van de coördinerende en raadgevende arts.
- **Versterking van de rol van de Coördinerende en Adviserende Arts (CRA) van het woonzorgcentrum.** Solidaris stelt voor dat de CRA, naast de bestaande taken die hij/zij al heeft in het woonzorgcentrum, op regelmatige tijdstippen een multidisciplinair overleg organiseert tussen de CRA zelf, de CAA en alle verpleegkundigen van het woonzorgcentrum omtrent het medicatiegebruik. En dat er ook een bijkomend overleg hierover wordt gepland tussen deze equipe en alle betrokken huisartsen van de regio/eerstelijnszone die patiënten hebben in het woonzorgcentrum. Dit zou dan op zijn beurt individuele *feedback*-gesprekken over de situatie van de bewoners in het woonzorgcentrum mogelijk maken.
- **Meer aandacht voor het welbevinden door de verbetering van de niet-farmacologische aanpak om het medicatiegebruik te verminderen.** De opname in een woonzorgcentrum is vaak een (psychologisch) ingrijpende gebeurtenis. Dit kan stress veroorzaken bij de rusthuisbewoner en aldus zijn fysieke en mentale gezondheid beïnvloeden. De eerste oplossing is dan vaak het voorschrijven van bepaalde medicatie. Maar het is ook mogelijk om preventief op te treden (voorbereiden op de opname in een woonzorgcentrum, onthaal met individuele begeleiding, bijzondere aandacht voor het welbevinden van de bewoner en voor de aangeboden activiteiten, etc.).

Naast deze sectorspecifieke aanbevelingen pleit Solidaris voor een paradigmaverschuiving. Het woonzorgcentrum mag niet langer worden gestigmatiseerd of aangewezen worden als een plaats waar er een systematische overconsumptie van medicatie plaats vindt (cf. de bevindingen in deze studie).

Integendeel, het probleem van de (over)consumptie van medicatie bij ouderen moet op een algemene manier worden aangepakt en moet het onderwerp zijn van een breed volksgezondheidsbeleid omdat er zich ook bij ouderen die nog thuis wonen problemen op vlak van medicatiegebruik kunnen manifesteren (bijvoorbeeld zelfmedicatie, mogelijke risico's zoals wisselwerkingen tussen geneesmiddelen die samen worden ingenomen, een minder goed zicht op

welke soorten medicatie iemand neemt, een gebrek aan coördinatie en multidisciplinair overleg, enz.).

In die zin gaat het erom dat de *good practices* toegepast in de woonzorgcentra de thuissector kunnen inspireren. Bijvoorbeeld de medicatie “op maat” zoals die nu al bestaat in de woonzorgcentra via de aflevering per pil en de individuele medicatievoorbereiding zou kunnen uitgebreid worden naar ouderen die nog thuis wonen. Hierdoor zou de verspilling van medicatie verminderen en zou de apotheker en de behandelende arts een beter zicht krijgen op het (historisch) medicatiegebruik van de patiënt, zodat bijvoorbeeld ongepaste medicatie en wisselwerkingen tussen geneesmiddelen beter geïdentificeerd kunnen worden.