

Het gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Redactie > Wies Kestens, Dieter De Court, Claire Huyghebaert, Güngör Karakaya,
Joëlle Josse, Evelyn Macken, Amandine Prade, Ludo Vandenthoren,
Kelly Van der Cruyssen, Ruud Saerens

www.mloz.be
(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

Het gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra

Subtitle

01	Inleiding.....	3
02	Onderzoeksvragen	5
03	Methodologie	6
	Studieperiode.....	6
	Studiepopulatie	6
	Onderzoeksvariabelen	6
	Analyses.....	8
04	Resultaten.....	9
	Het profiel van de bewoners van woonzorgcentra	9
	De evolutie van het geneesmiddelengebruik van de bewoners van woonzorgcentra ..	11
05	Discussie.....	19
	Het gebruik van antipsychotica	19
	Het gebruik van antidepressiva	20
	Variatie tussen woonzorgcentra.....	20
	De impact van de institutionalisering op het geneesmiddelengebruik	21
	Afbouw.....	22
06	Aanbevelingen	22
07	Referenties	25
08	Nota's	27

01 Inleiding

Geestelijke gezondheid bij ouderen is vaak gelinkt aan andere factoren dan bij mensen uit andere leeftijdsgroepen. Met name de confrontatie met verlieservaringen en significante levensveranderingen kan leiden tot een toenemende druk op veerkracht, destabilisatie van mentaal welzijn en zo tot het ontstaan van psychische klachten en aandoeningen [1]. Zo zijn er onder andere het verlies van dierbaren, het achterlaten van de vertrouwde woonomgeving bij verhuis naar een woonzorgcentrum, het omgaan met chronische ziekte en verminderde mobiliteit, ... Allemaal factoren die op zichzelf of veelal gecombineerd aanleiding kunnen geven tot een gevoel van eenzaamheid, verlies van autonomie en dus mogelijk psychische problemen.

Uit de BELHEALTH-enquêtes van Sciensano leren we dat de prevalentie voor angst- en depressieve stoornissen bij 65-plussers respectievelijk rond de 9% en 8% fluctueert over de laatste jaren, ongeveer 10% een lage levenstevredenheid aangeeft en ongeveer een op vijf ontevreden is met zijn niveau van sociaal contact [2]. Buiten deze laatste indicator liggen de cijfers stevast lager dan bij mensen uit andere leeftijdsgroepen. Cijfers van het IMA tonen dat het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in België in 2022 fors hoger ligt bij 65-plussers dan bij jongere personen [3], [4]. Bij 65-plussers bedraagt het gebruik van antidepressiva in 2022 19.7% terwijl het bij 25-64 -jarigen 12.7% bedraagt en nog lager ligt bij 18-24-jarigen. In 2022 gebruikt 5% van de 65-plussers antipsychotica, vergeleken met 3% van de 25-64-jarigen en 1.8% bij de 18-24-jarigen.

Indicaties voor het gebruik van antidepressiva en antipsychotica (in woonzorgcentra)

Er zijn verschillende richtlijnen met betrekking tot het gebruik van antipsychotica in de klinische praktijk. Hier verwijzen we naar de aanbevelingen van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Zij definiëren verschillende indicaties voor antipsychotica, gedreven door de beschikbare evidentie van effectiviteit en veiligheid. In de algemene populatie kunnen ze zo aangewezen zijn bij (i) schizofrenie en andere psychotische ziektebeelden, (ii) agressiviteit en ernstige agitatie, bijvoorbeeld bij onderliggende dementie of in geval van alcoholafhankelijkheid en (iii) manische episoden bij bipolaire stoornissen [5]. Zoals bij alle geneesmiddelen, wordt deze groep gebruikt bij die indicaties waar de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zo is er slechts een beperkte indicatiestelling bij acute verwardheid en psychose geassocieerd aan de ziekte van Parkinson en bij therapieresistente depressie (specialistisch). Ten slotte raadt het BCFI expliciet af om deze klasse geneesmiddelen te gebruiken in het kader van slapeloosheid en bij persoonlijkheidsstoornissen.

Bij ouderen moeten we bovendien rekening houden met additionele beperkingen. De risico-batenverhouding wordt beïnvloed door frequentere en ernstigere bijwerkingen. Een recent artikel in Folia verwijst naar het hogere risico op cardiovasculaire aandoeningen en overlijden bij patiënten met dementie, een groep die nochtans vaak antipsychotica voorgeschreven krijgt omwille van

gedragsproblemen [6]. Richtlijnen, waaronder die van het Formularium Ouderenzorg, benadrukken daarom een in eerste instantie niet-medicamenteuze benadering en, wanneer toch voor medicatie gekozen wordt, minimale doseringen en korte behandelduur bij personen met dementie [5], [7], [8]. Zorgverleners worden aangemoedigd om antipsychotica af te bouwen [9], al blijkt uit onderzoek dat dit met wisselend succes gebeurt [10], [11], [12]. Samengevat komt het erop neer dat antipsychotica effectieve en relatief veilige geneesmiddelen kunnen zijn in de juiste indicaties. Buiten die (beperkte) lijst is voorzichtigheid geboden.

Het BCFI definieert ook indicaties voor het gebruik van een andere klasse van psychotrope geneesmiddelen, de antidepressiva: *‘Bij (matige tot) ernstige depressie is een gecombineerde behandeling van een antidepressivum met psychotherapie succesvol gebleken in klinische studies’* [13]. Opnieuw moet bij alle patiënten - maar a fortiori bij kwetsbare ouderen - steeds de risico-batenverhouding geëvalueerd worden vóór opstart van enige medicamenteuze therapie. Ook hier biedt het Formularium Ouderenzorg een goede leidraad wat betreft indicatiestelling, niet-medicamenteuze therapie, keuze en, zo nodig, aangepaste dosering van het antidepressivum [14]. Daarnaast stelt het BCFI ook dat, in tegenstelling tot antipsychotica, bij voldoende therapeutisch effect de behandeling 6 tot 12 maanden na remissie voortgezet wordt en de patiënt niet abrupt met de medicatie mag stoppen.

Algemeen kunnen we spreken van oordeelkundig (of gepast) medicatiegebruik wanneer de medicatie geïndiceerd is voor de problematiek waarvoor het voorgeschreven is, en wanneer de geneesmiddelkeuze en dosering gebaseerd is op de bestaande medische richtlijnen, inclusief het overwegen van aanvullende of andere (niet-medicamenteuze) behandelingen [15].

Gebruik van antipsychotica en antidepressiva in Belgische woonzorgcentra

Tegenover de lagere prevalentie van angst en depressiestaat dan wel het hogere gebruik van psychoactieve medicatie bij ouderen. In een systematische review uit 2016 kwam België naar voren als een van de West-Europese landen met het hoogste gebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra (wzc) [16]. Dit blijkt ook uit recentere cijfers van het IMA: in 2020 gebruikte bijna een derde van de Belgische wzc-bewoners minstens éénmaal antipsychotica, waarvan twee op vijf ze langer dan 6 maanden innam [17], en in 2022 had 48.7% van de Belgische ouderen die minstens één dag in een woonzorgcentrum verblijft antidepressiva gebruikt en 28.1% antipsychotica [3], [4].

In 2024 publiceerden we een studie naar het antipsychoticagebruik in Belgische woonzorgcentra in de periode 2017-2022 [18]. In deze studie leerden we dat in 2022 het chronisch gebruik van antipsychotica 22.5% bedroeg, wat een lichte, maar significante daling was ten opzichte van 2017. De definitie die we gebruikten om chronisch gebruik te identificeren, verschilt van die van vorig onderzoek, namelijk op jaarbasis 80 standaarddagdosissen en/of 16 weken met een aflevering (ongeacht dosis) van deze geneesmiddelen. Deze definitie werd gehanteerd om chronisch gebruik beter te capteren, zelfs van lagere doseringen. We stelden eveneens vast dat het gebruik van antipsychotica sterk varieerde tussen de woonzorgcentra, en dat de

evolutie van het antipsychoticagebruik ook sterk verschilt van woonzorgcentrum tot woonzorgcentrum.

Variatie tussen woonzorgcentra in het gebruik van psychotrope medicatie

Verschillende studies konden reeds vaststellen dat er onderling een sterke variatie is tussen woonzorgcentra in het gebruik van antipsychotica en antidepressiva [19], [20]. Zo vonden Fog en collega's dat het gebruik van antipsychotica in woonzorgcentra in Noorwegen varieerde tussen 3% en 50% en van antidepressiva tussen 9% en 75% [20]. Kleijer en collega's vonden bovendien dat woonzorgcentra in Nederland met een hoog gebruik van antipsychotica vaak groot waren, stedelijk en minder dan gemiddeld scoorden op personeelsbezetting, zorg en recreatieve activiteiten [19].

Impact van de opname in een woonzorgcentrum

Een opname in een woonzorgcentrum gaat vaak gepaard met een toename in het gebruik van antipsychotica, antidepressiva en andere geneesmiddelen. Een analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen uit 2011 toonde reeds aan dat 1 op de 3 (36%) gebruikers van antidepressiva en bijna 6 op de 10 (57%) gebruikers van antipsychotica pas met hun gebruik begonnen na opname in het woonzorgcentrum [21]. Uit een Australische studie bleek dat 45.7% van de gebruikers van antipsychotica en 19.8% van de gebruikers van antidepressiva er pas mee begon in de 6 maanden na intrede [22].

02 Onderzoeksvragen

In deze studie actualiseren we de belangrijkste resultaten uit het vorige onderzoek [18], met toevoeging van de gegevens voor de jaren 2023 en 2024. We breiden daarbij het domein van ons onderzoek uit naar antidepressiva en bestuderen ook het niet-chronische gebruik.

De opzet van deze studie is vierledig. Ten eerste beschrijven we de evolutie van het (chronische) gebruik van antidepressiva en antipsychotica van bewoners van woonzorgcentra tussen 2017 en 2024. Ten tweede analyseren we welke profielen een hoger risico op chronisch gebruik van deze geneesmiddelen vertonen in 2024. Ten derde bestuderen we welke specifieke geneesmiddelen gebruikt worden. Ten vierde bestuderen we de impact van de institutionalisering op het geneesmiddelengebruik.

03 Methodologie

Studieperiode

We vertrekken vanaf het jaar 2017. We vergelijken 2017 met de daaropvolgende jaren tot 2024. De jaren 2017 tot 2019 laten toe de situatie pre-COVID te karakteriseren. De jaren 2020 en 2021 geven de situatie tijdens de pandemie weer en de jaren vanaf 2022 tonen de situatie na de pandemie.

Studiepopulatie

De studiepopulatie bestaat uit de personen die in een gegeven kalenderjaar minstens een dag in een woonzorgcentrum verblijven. Om de bewoners van woonzorgcentra in 2017 en 2018 te identificeren, gebruikten we administratieve gegevens over de terugbetalingen. Om de bewoners in 2019 tot 2024 te identificeren, werd gebruik gemaakt van de akkoorden voor de intrede, verlenging of stopzetting van verblijven in woonzorgcentra.

Voor onderzoeksvragen 1 (evolutie geneesmiddelengebruik), 2 (risicofactoren chronisch gebruik) en 3 (specifieke geneesmiddelen) beschouwen we enkel de personen die een volledig kalenderjaar in een woonzorgcentrum verblijven. We sluiten dus de personen uit die tijdens het betreffende jaar intreden of uittreden, evenals personen die overlijden. De studiepopulatie bestaat uit 15 222 personen in 2017 en 15 076 in 2024.

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 4 (impact institutionalisering) werden enkel de personen geïncludeerd die tussen 2021 en 2024 een nieuwe intrede in een woonzorgcentrum hebben, én die gedurende de 6 maanden ervoor tot 9 maanden erna niet van ziekenfonds veranderen, én die in de 9 maanden na intrede niet overlijden of het woonzorgcentrum verlaten. De studiepopulatie bestaat hier uit 14 336 personen.

Onderzoeksvariabelen

Gebruik van geneesmiddelen

Voor de onderzoekspopulatie analyseren we de Farmanetgegevens met betrekking tot geneesmiddelen die afgeleverd werden in openbare officina (dus buiten de ziekenhuissetting) en waarvoor een vergoeding gebeurde door het RIZIV. Niet-terugbetaalde geneesmiddelen worden dus uitgesloten. Om de geneesmiddelen te identificeren, maken we gebruik van het ATC-systeem: aan elk werkzaam bestanddeel wordt een ATC-code toegekend en het krijgt daarmee een plaats in het classificatiesysteem.

Indicatoren

Gebruik van antipsychotica: geïdentificeerd op basis van het ATC4-niveau: N05A

Gebruik van antidepressiva: geïdentificeerd op basis van het ATC4-niveau: N06A

Gebruik betekent minstens aflevering van een antipsychoticum in een kalenderjaar. Chronisch gebruik betekent 80 of meer 'Daily Defined Dose' (DDD) in eenzelfde kalenderjaar of minstens 16 verschillende weken met een aflevering van geneesmiddelen. Kort antipsychoticagebruik wordt in verschillende richtlijnen gezien als maximaal 16 weken [23], [24]. Met deze methode capteren we dus ook chronisch gebruik van lage dosissen.

Wanneer we de impact van de institutionalisering bestuderen, gebruiken we data over een periode van 6 maanden voor en 3 tot 9 maanden na intrede. We bestuderen daarbij enkel alle gebruik, dus niet het chronische gebruik, omdat het onmogelijk is het chronische gebruik van lage dosissen te capteren in de thuissituatie, waar afleveringen van geneesmiddelen niet wekelijks dienen te gebeuren. Hierbij berekenen we de volgende indicatoren:

- Prevalentie van gebruik: de prevalentie van het gebruik van antidepressiva of antipsychotica:

$$\text{Prevalentie} = \frac{\text{Aantal personen met gebruik in bepaalde periode}}{\text{Aantal personen die aanwezig zijn in de studiestudiepopulatie in bepaalde periode}}$$

- Start na intrede (%): het aandeel bewoners dat start met het gebruik van geneesmiddelen in de 6 maanden na intrede in een woonzorgcentrum. Om deze berekening te maken, worden enkel de personen geïnccludeerd die geen gebruik van deze geneesmiddelen kenden in de 6 maanden vóór de intrede:

$$\text{Start na intrede} = \frac{\text{aantal bewoners met gebruik in de 3 – 9 maanden na intrede en zonder gebruik in de 6 maanden voor intrede}}{\text{Aantal bewoners zonder gebruik in de 6 maanden voor intrede}}$$

- Stop na intrede (%): het aandeel bewoners dat stopt met het gebruik van geneesmiddelen in de 6 maanden na intrede in een woonzorgcentrum. Om deze berekening te maken, worden enkel de personen geïnccludeerd die gebruik van deze geneesmiddelen kenden in de 6 maanden vóór de intrede:

$$\text{Stop na intrede} = \frac{\text{aantal bewoners zonder gebruik in de 3 – 9 maanden na intrede én met gebruik in de 6 maanden voor intrede}}{\text{Aantal bewoners met gebruik in de 6 maanden voor intrede}}$$

Karakteristieken onderzoekspopulatie

- Zorgbehoevend: de akkoorden voor de intrede, verlenging of stopzetting van verblijven in woonzorgcentra bevatten informatie over de zorgbehoevendheid van de persoon (en laten toe het specifieke woonzorgcentrum te identificeren).

Deze zorgbehoevendheid wordt uitgedrukt met behulp van de Katz-schaal¹. We groeperen de profielen O en A van de Katz-schaal onder de noemer 'minder zorgbehoevend' en de profielen B, C, D en Cd als 'meer zorgbehoevend'. Deze gegevens zijn enkel beschikbaar voor 2019-2024.

- Woonplaats: de regio waar het lid woont: Brussel, Wallonië of Vlaanderen
- Leeftijd: onderverdeeld in leeftijdsgroepen:
 - <65-jarigen
 - 65-74-jarigen
 - 75-84-jarigen
 - 85-plussers
- Geslacht: man of vrouw
- Het recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT): dit recht leidt tot een hogere terugbetaling van medische zorg en dus lagere kosten voor de patiënt. Deze variabele kan gebruikt worden als een socio-economische indicator omdat het recht voornamelijk wordt toegekend op basis van inkomensvoorwaarden².

Analyses

Onderstaand schema verduidelijkt de gebruikte methodes en studiepogaties om de drie onderzoeksvragen te beantwoorden. Alle analyses worden verricht in SAS 8.1.

Onderzoeksvraag 1

We berekenen de prevalentie van het (chronische) gebruik van antipsychotica en antidepressiva tussen 2017 en 2024.

Variaties tussen woonzorgcentra in het (chronische) gebruik van antidepressiva of antipsychotica in 2017 en 2024, en de variatie in de evolutie tussen 2017 en 2024, worden weergegeven met behulp van boxplots. Voor deze analyses hernemen we enkel de 63 woonzorgcentra waar in 2017 en 2024 minstens 30 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verblijven. We behouden hiervoor dus slechts 2 666 bewoners in 2024, wat neerkomt op 17.7% van de studiepogatie, en 63 woonzorgcentra, wat neerkomt op 4.6% van de woonzorgcentra waar minstens één lid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verblijft in 2024.

Onderzoeksvraag 2

Om te onderzoeken welke profielen het grootste risico op (chronisch) gebruik van antidepressiva of antipsychotica kennen, berekenen we de associatie tussen de persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, zorgbehoevendheid, VT, regio) enerzijds, en

¹ RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx>

² RIZIV - <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>

het risico op het chronische gebruik van antipsychotica of chronisch gebruik van antidepressiva anderzijds.

Om deze associaties in te schatten voor 2024 werd gebruik gemaakt van een meervoudige logistische regressie. Daarbij werd er telkens ook een *random intercept* toegevoegd voor het woonzorgcentrum, om de clustering van bewoners binnen woonzorgcentra in beschouwing te nemen. De resultaten hiervan worden weergegeven als kansverhoudingen (odds ratio of OR) en hun betrouwbaarheidsintervallen.

Onderzoeksvraag 3

We geven een overzicht van de geneesmiddelen in functie van hun volume en het aantal personen dat ze gebruikt heeft.

Onderzoeksvraag 4

De impact van de institutionalisering wordt geanalyseerd met behulp van de prevalentie en incidentie van het aantal chronische gebruikers van antidepressiva en antipsychotica 6 maanden voor en 3 tot 9 maanden na de intrede in het woonzorgcentrum. Hiervoor worden alle nieuwe intredes in de periode 2021-2024 beschouwd waarvoor we over administratieve gegevens beschikken in de 6 maanden voor én de 3 tot 9 maanden na de intrede. Bewoners die het woonzorgcentrum verlieten binnen de 9 maanden of kwamen te overlijden, werden dus uitgesloten, evenals bewoners die van ziekenfonds veranderden tijdens de observatieperiode. Dit komt neer op 14 336 nieuwe intredes. Vervolgens berekenen we het gebruik van antipsychotica en antidepressiva voor en na intrede en berekenen we de incidentie van bewoners die starten of stoppen met gebruik. We gaan hier niet nader in op chronisch gebruik omdat het chronisch gebruik vóór de intrede moeilijk te identificeren is.

De variatie tussen de woonzorgcentra wat betreft de impact van de institutionalisering wordt geanalyseerd met behulp van boxplots. Daarbij worden enkel de 38 woonzorgcentra geïncludeerd waar in de periode 2021-2024 minstens 30 nieuwe intredes waren, dus 2.6% van de woonzorgcentra waar minstens één lid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verblijft in 2024.

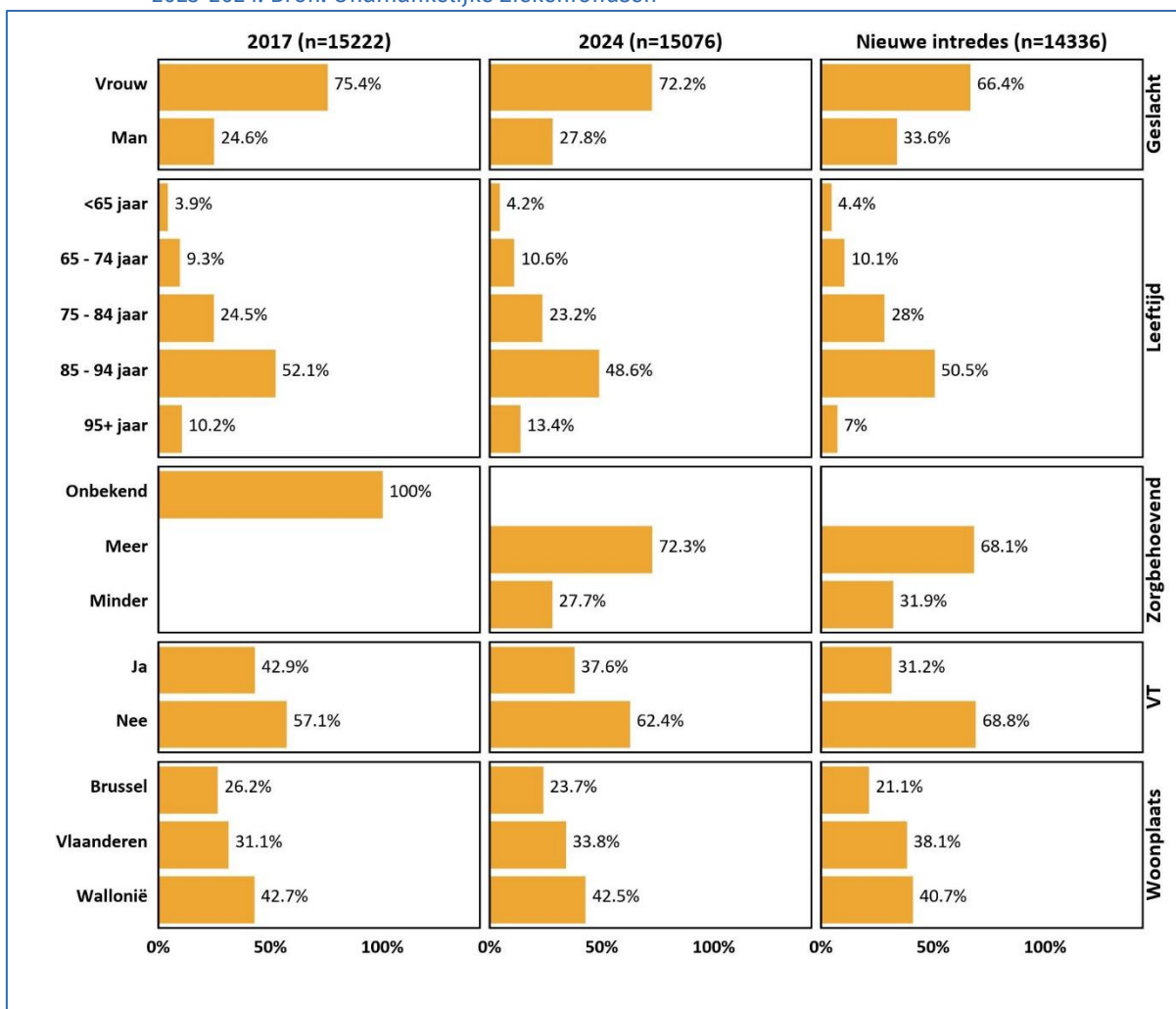
04 Resultaten

Het profiel van de bewoners van woonzorgcentra

Figuur 1 geeft enkele kenmerken van de studiestudiepopulatie in 2017 en 2024 en de studiestudiepopulatie van de nieuwe intredes. In 2024 zijn er 15,082 ouderen die gedurende het volledige jaar in een woonzorgcentrum verblijven, een daling van 1% ten opzichte van 2017. Ongeveer 3 op de 4 bewoners zijn vrouwen in 2024 (72.2%), maar het aandeel vrouwen is gedaald sinds 2017. Ongeveer 6 op de 10 bewoners (62.0%) zijn tussen 85 en 94 jaar of ouder dan 95 in 2024 en dit is nauwelijks veranderd tussen 2017 en 2024.

Wel stijgt het aandeel 95-plussers sterk tussen 2017 en 2024. Ongeveer 4 op de 10 (37.6%) bewoners hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming in 2024, een markante daling ten opzichte van 2017. Ongeveer 3 op de 4 bewoners zijn meer zorgbehoevend in 2024. De bewoners wonen voornamelijk in Wallonië, gevolgd door Vlaanderen en Brussel. Sinds 2017 is het aandeel bewoners dat in Vlaanderen woont, licht toegenomen en het aandeel dat in Brussel woont, licht gedaald. Bij de nieuwe intredes zijn er proportioneel meer mannen, meer 75-94-jarigen, minder zorgbehoevenden, en minder personen met het VT-statuuut.

Figuur 1: Profiel van de bewoners van woonzorgcentra in 2017 en 2024, en van de nieuwe intredes in 2023-2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



De evolutie van het geneesmiddelengebruik van de bewoners van woonzorgcentra

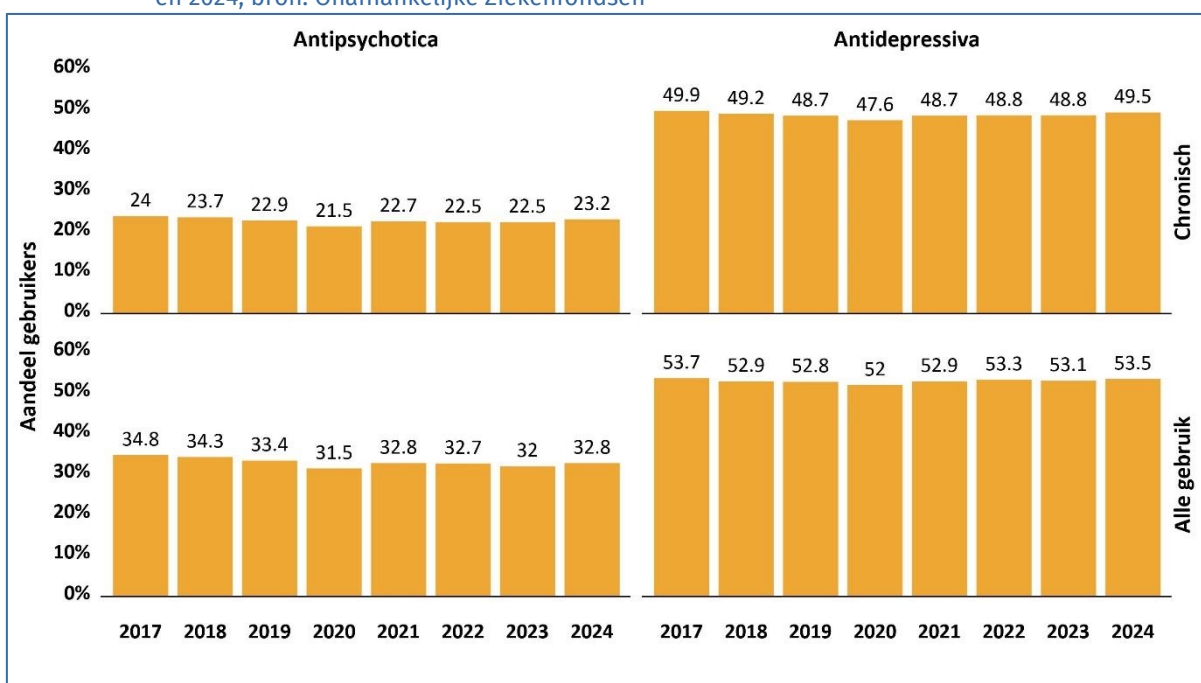
Beschrijving van de evolutie

Bijna 1 op de 3 bewoners die een volledig jaar in het wzc verblijven (32.8%), krijgt minstens éénmaal antipsychotica in 2024. Dit is een lichte maar significante daling sinds 2017 ($\text{Chi}^2=14.2$; $p=0.0002$) toen 34.8% van de bewoners antipsychotica kreeg, maar wel een stijging ten opzichte van 2020 (31.5%). Meer dan de helft van de bewoners (53.5%) krijgt minstens éénmaal antidepressiva in 2024, wat een zeer lichte, niet-significante daling ten opzichte van 2017 ($\text{Chi}^2=0.069$; $p=0.7934$) betekent, toen nog 53.7% van de bewoners antidepressiva kregen.

Meer dan 1 op de 5 bewoners (23.2%) krijgt chronisch antipsychotica in 2024. Ter herinnering, chronisch betekent minstens 80 standaarddagdosissen en/of gebruik gedurende 16 verschillende weken. Dat is een niet-significante daling sinds 2017 ($\text{Chi}^2=2.7$; $p=0.1002$), toen het gebruik nog op 24% lag. Het chronische gebruik van antipsychotica lag vooral laag in 2020 (21.5%) en is sindsdien terug gestegen. Bij antipsychotica is ongeveer 2/3 van alle gebruik chronisch.

Bijna de helft van de bewoners (49.5%) krijgt chronisch antidepressiva in 2024. Ten opzichte van 2017, toen het chronisch gebruik nog 49.9% betrof, is dat een lichte, niet-significante daling ($\text{Chi}^2=0.42$; $p=0.5164$). Bij antidepressiva is ongeveer alle gebruik chronisch.

Figuur 2: Evolutie van het gebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra tussen 2017 en 2024, bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



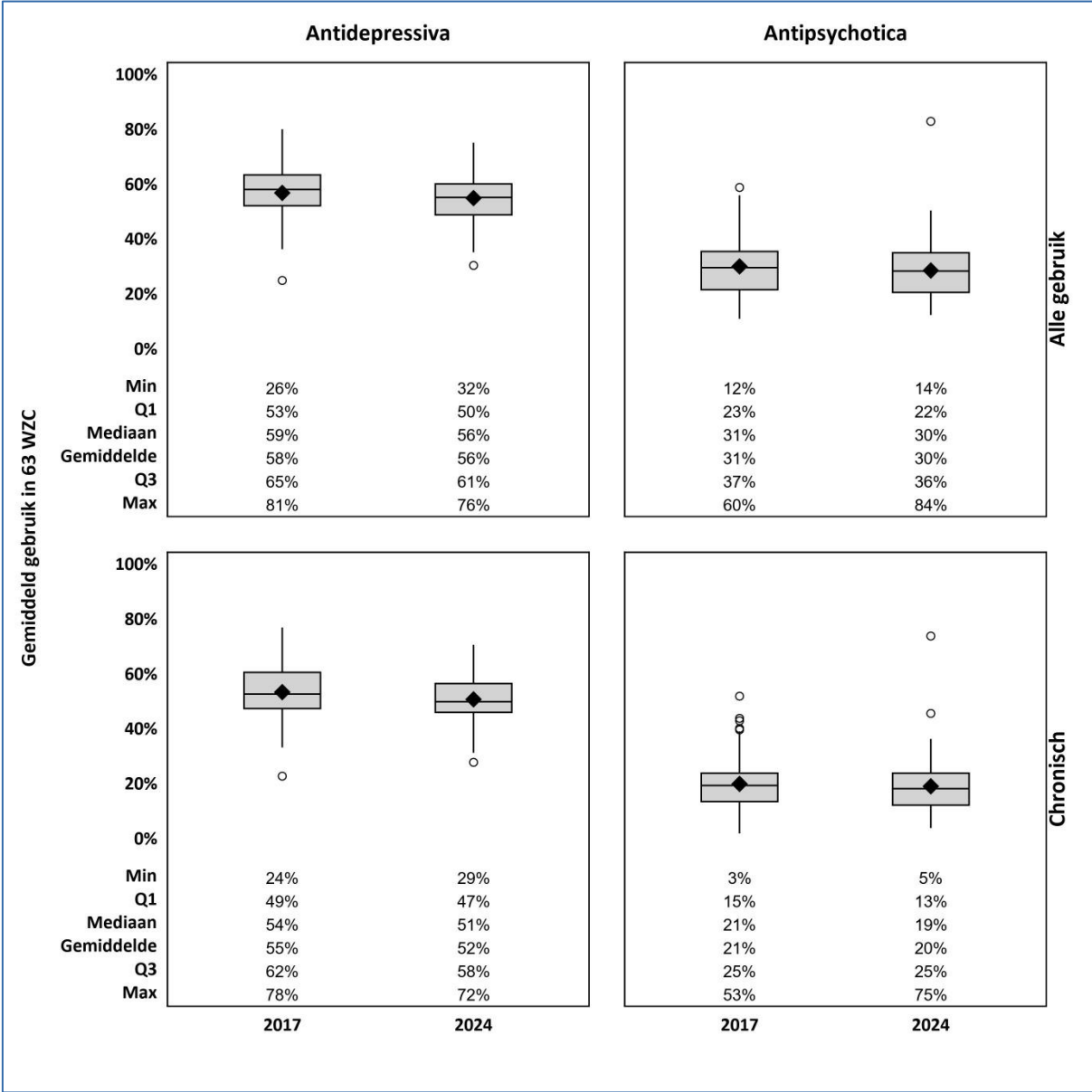
Variatie tussen de woonzorgcentra in het chronisch gebruik van antipsychotica

Figuur 3 toont de variatie in het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in 2017 en 2024 tussen de 63 woonzorgcentra waar minstens 30 leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verblijven in 2017 en 2024 (op een totaal van 1401 woonzorgcentra).

Het chronische gebruik van antidepressiva varieert minder sterk tussen de woonzorgcentra: in de 25% woonzorgcentra met het laagste gebruik wordt door maximaal 47% (2024) tot 49% (2017) van de bewoners chronisch antidepressiva gebruikt. Daarentegen, in de 25% woonzorgcentra met het hoogste gebruik wordt door minimaal 58% (2024) tot zelfs 62% (2017) van de bewoners chronisch antidepressiva gebruikt. Gemiddeld genomen, daalt het chronisch antidepressivagebruik in de bestudeerde wzc's (mediaan= -3 procentpunt, gemiddelde= -2 procentpunt).

Het chronische gebruik van antipsychotica varieert zeer sterk tussen de woonzorgcentra. In de 25% woonzorgcentra met het laagste gebruik wordt door maximaal 13% (2024) à 15% (2017) van de bewoners chronisch antipsychotica gebruikt. In de 25% woonzorgcentra met het hoogste gebruik wordt door minimaal 25% van de bewoners chronisch antipsychotica gebruikt. Algemeen gezien daalt het antipsychoticagebruik licht in de bestudeerde wzc's (gemiddelde= -1 procentpunt, mediaan= -1 procentpunt).

Figuur 3: Verdeling van het geneesmiddelengebruik in de 63 geïncludeerde woonzorgcentra in 2017 en 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



LESSEN UIT ENKELE WZC-BEZOEKEN

In de periode 2023-2024 bezochten we enkele wzc's om met de verpleegkundigen, directeurs, CRA's over het (geneesmiddelen)beleid in hun wzc te spreken. We kozen daarbij specifiek voor enkele wzc's waar het gebruik van psychotrope medicatie sterk was afgenomen (bij leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen).

We identificeren de volgende *best practices*:

- Het organiseren van een **kernvergadering** waarbij alle aspecten van leven en zorg m.b.t. de bewoner besproken worden teneinde hem/haar beter te leren kennen, en zorg en omkadering op maat te kunnen bieden. Zowel de bewoner en zijn/haar familie, als de huisarts, de coördinerend en raadgevend arts (CRA), het betrokken wzc-personeel en de sociale dienst zijn hierbij uitgenodigd. De levensgeschiedenis, de gezondheidstoestand en medicatie, de zorgnoden, voeding en eetgewoonten, tijdsgebruik en ontspanning, interesses, zingeving en geloofsovertuigingen komen daarbij aan bod. De bewoner en de familie krijgen hierbij inspraak.
- De familie van de bewoner zoveel mogelijk betrekken bij beslissingen en het leven in het woonzorgcentrum
- Sterk inzetten op een niet-medicamenteuze benadering. Men zet veel in op alternatieven zoals goed aanbod/stimuleren van hobby's, muziektherapie, aromabaden, snoezelen, ... De banden met de buurt worden aangehaald, bijvoorbeeld door bewoners te laten helpen met het huiswerk van kinderen uit scholen uit de buurt.
- Concept van Innovatieve Arbeidsorganisatie (IAO) om kleinschaliger te werken met kleine leefgroepen en personeel dat specifiek toegewezen wordt aan een leefgroep helpt de personeelsleden om de bewoners beter te leren kennen. Dit leidt tot een grotere tevredenheid bij personeel en bewoners.
- Professionele psychologische hulp inschakelen, bijvoorbeeld in samenwerking met een externe dienst

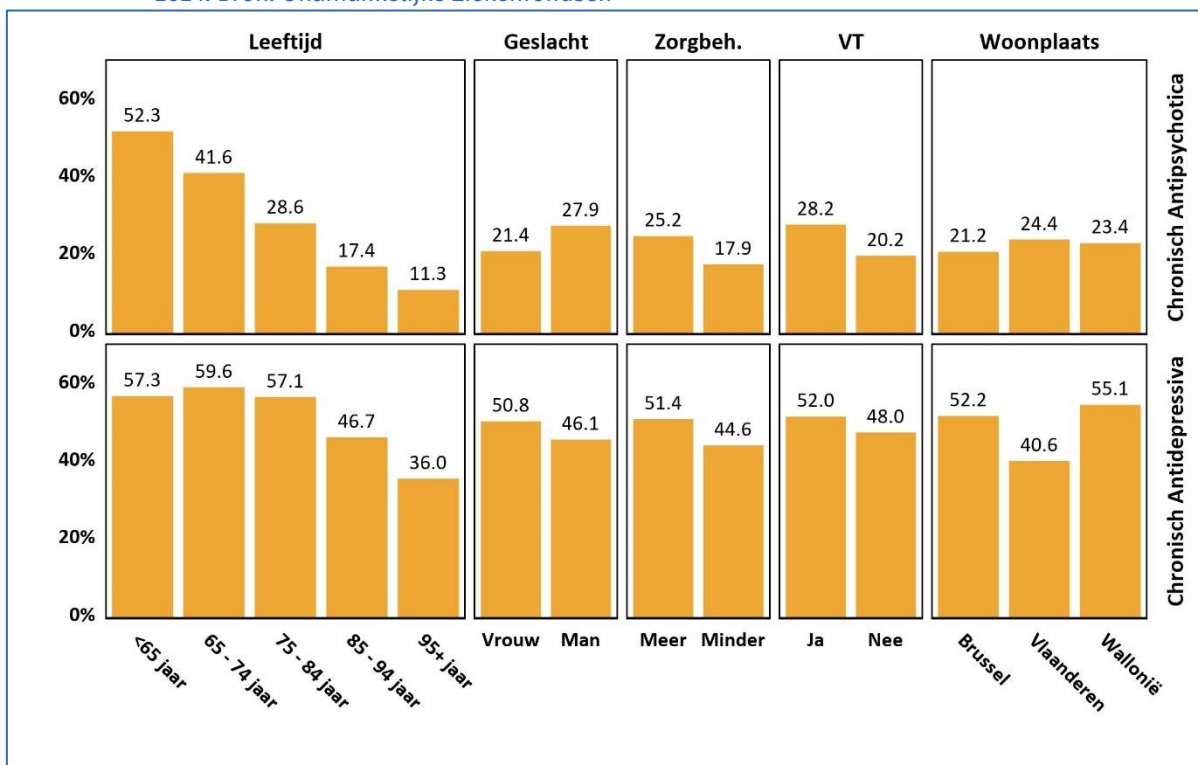
et profiel van de bewoners van wzc die chronisch antidepressiva of antipsychotica gebruiken

Figuur 4 geeft het chronisch gebruik van antipsychotica en antidepressiva volgens het profiel van de bewoners in 2024. Figuur 5 toont de resultaten van de meervoudige logistische regressie waarbij de associatie tussen het chronisch gebruik van antidepressiva of antipsychotica en het profiel van de leden wordt weergegeven aan de hand van kansverhoudingen. De resultaten van dit model bevestigen de resultaten de beschrijvende analyse weergegeven in Figuur 4.

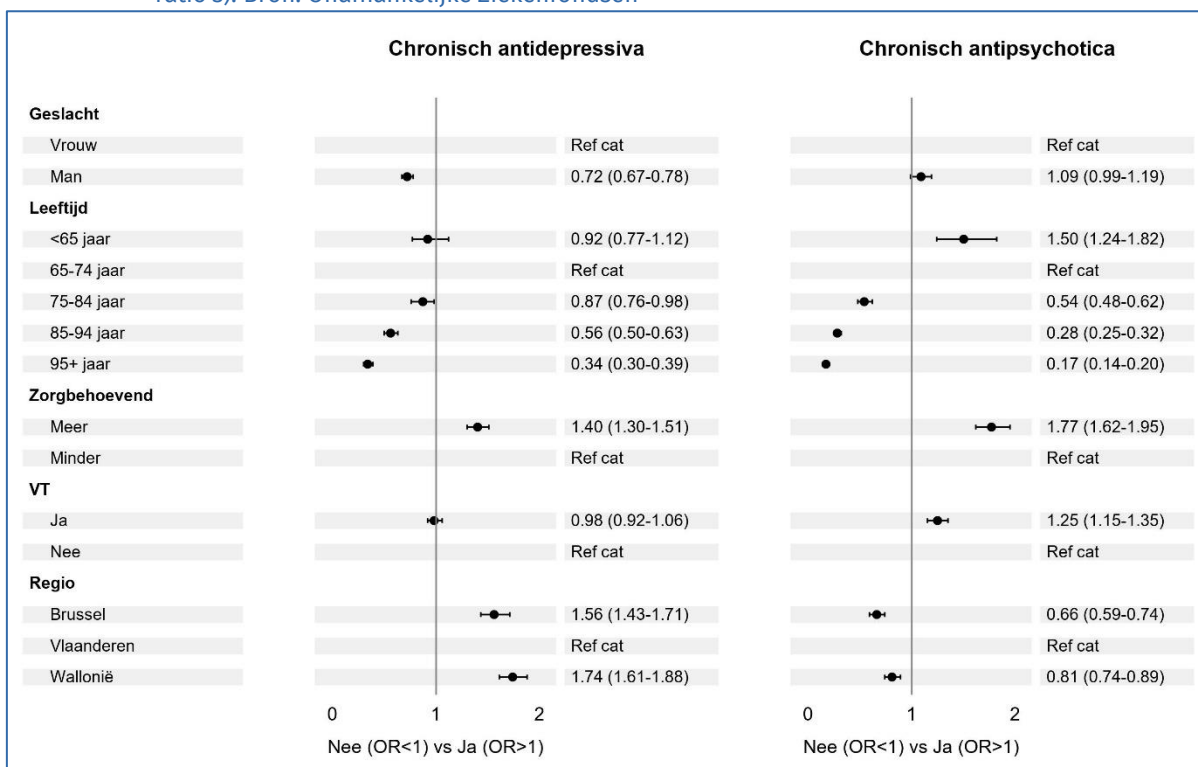
Gegeven dat alle andere variabelen constant blijven, ligt het chronisch gebruik van antipsychotica hoger bij jongere bewoners dan bij oudere bewoners (52.3% van de <65-jarigen en 41.6% van de 65-74-jarigen neemt chronisch antipsychotica, vergeleken met minder dan 20% bij de 85-94-jarigen en 95+-jarigen), hoger bij meer zorgbehoevenden dan bij minder zorgbehoevenden, namelijk 25.2% vs. 17.9%, hoger bij personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming dan bij personen zonder dit recht, namelijk 28.2% vs. 20.2% en lager in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen, namelijk 21.2% en 23.4% vs. 24.4%. Tussen mannen en vrouwen is er geen significant verschil in het chronisch gebruik van antipsychotica indien we controleren voor leeftijd, zorgbehoevendheid, verhoogde tegemoetkoming en woonplaats.

Gegeven dat alle andere variabelen constant blijven, ligt het chronisch gebruik van antidepressiva hoger bij vrouwen dan bij mannen, namelijk 50.8% vs. 46.1%, hoger bij 65-74-jarigen (59.6%) vergeleken met 75-84-jarigen (57.1%), 85-94-jarigen (46.7%) en 95+-jarigen (36.0%), hoger bij meer zorgbehoevenden (51.4%) dan bij minder zorgbehoevenden, namelijk 51.4% vs. 44.6%, en hoger in Brussel (52.2%) en Wallonië (55.1%) dan in Vlaanderen (40.6%). Tussen personen met en zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming is er geen significant verschil in het chronisch gebruik van antipsychotica indien we controleren voor leeftijd, zorgbehoevendheid, geslacht en woonplaats.

Figuur 4: Chronisch gebruik van antipsychotica en antidepressiva volgens profiel van de bewoners in 2024. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Figuur 5: Associatie tussen chronisch gebruik van antidepressiva of antipsychotica en profiel van de bewoners van woonzorgcentra in 2024, weergegeven aan de hand van kansverhoudingen (odds ratio's). Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



Het gebruik van specifieke antipsychotica en antidepressiva

Onderstaande tabellen geven de 10 meest gebruikte antipsychotica en antidepressiva weer.

We stellen vast dat 79,8% van het totale volume antipsychotica bestaat uit quetiapine, 7,0% uit aripiprazol en 5,8% uit risperidon. 37,3% van de gebruikers van antipsychotica kreeg minstens éénmaal quetiapine afgeleverd, 30% risperidon en 20,4% haloperidol.

Bijna de helft van het volume afgeleverde antidepressiva bestaat uit trazodon, 18% uit sertraline en 11,2% uit escitalopram. Bijna 4 op de 10 gebruikers van antidepressiva krijgt minstens éénmaal trazodon afgeleverd, 30,4% escitalopram en 21,4% mirtazapine. Tricyclische antidepressiva met anticholinerge werking (ATC-groep N06AA) maken 1% uit van het totale volume en 4,8% van de gebruikers van antidepressiva heeft minstens één van deze geneesmiddelen afgeleverd gekregen.

Tabel 1: 10 meest gebruikte geneesmiddelen binnen de antipsychotica in termen van volume

Naam	Deel van gebruikers dat dit geneesmiddel gebruikt	Aandeel binnen totale volume (in DDD)
Quetiapine	37.3%	79.8%
Risperidon	30.0%	5.8%
Haloperidol	20.4%	0.2%
Olanzapine	13.3%	1.3%
Prothipendyl	6.0%	0.3%
Pipamperon	4.6%	0.2%
Aripiprazol	4.0%	7.0%
Amisulpride	4.0%	1.3%
Clozapine	3.1%	2.1%
Clotiapine	2.9%	1.2%

Tabel 2: 10 meest gebruikte geneesmiddelen binnen de antidepressiva in termen van volume

Naam	Deel van gebruikers dat dit geneesmiddel gebruikt	Aandeel binnen totale volume (in DDD)
Trazodon	38.8%	47.7%
Escitalopram	30.4%	11.2%
Mirtazapine	21.4%	4.8%
Sertraline	16.4%	18.0%
Venlafaxine	8.7%	1.6%
Duloxetine	6.0%	0.9%
Paroxetine	4.9%	4.2%
Amitriptyline	3.6%	0.8%
Citalopram	2.8%	1.7%
Fluoxetine	2.0%	8.9%

De impact van de institutionalisering op het chronisch gebruik van geneesmiddelen

In dit onderdeel onderzoeken we de impact van de institutionalisering op het gebruik van antipsychotica. We vergelijken daarbij het gebruik in de 3 tot 9 maanden na de intrede in het woonzorgcentrum met het gebruik in de 6 maanden vóór de intrede.

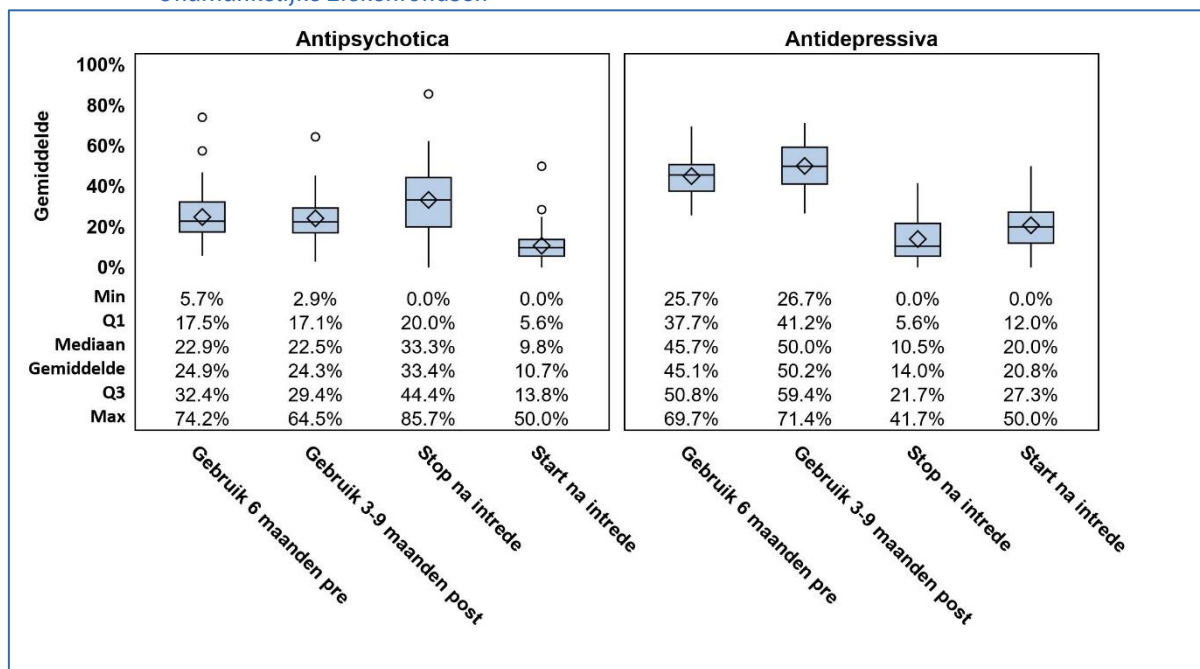
Er is een lichte toename van het totale gebruik van antipsychotica en antidepressiva na intrede in het woonzorgcentrum. In de 6 maanden vóór de intrede krijgt 27.0% van de toekomstige bewoners antipsychotica afgeleverd en in de 3 tot 9 maanden na intrede is dit gestegen tot 28,2% (Tabel 3). Voor antidepressiva stijgt het gebruik van 43.9% vóór intrede tot 47,2% na intrede. Van diegenen die al antipsychotica of antidepressiva gebruikten vóór intrede, stopt respectievelijk 30.0% en 14.3% ermee na intrede. Anderzijds werd bij 12.7% van de bewoners die geen antipsychotica gebruikten vóór de intrede, met antipsychotica gestart in de 3 tot 9 maanden na intrede, en vergelijkbaar 17.2% bij antidepressiva.

Figuur 6 toont dat er eveneens een grote variatie is tussen de 38 wzc's met minstens 30 nieuwe intredes wat betreft het gebruik van antipsychotica en antidepressiva en het aandeel dat ermee start of stopt na intrede. Deze analyse omvat slechts 38 wzc's en de weergegeven gemiddeldes komen dan ook niet volledig overeen met de gemiddeldes uit Tabel 3.

Tabel 3: Prevalentie en incidentie van het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de 6 maanden voor intrede en de 3 tot 9 maanden na de intrede in een woonzorgcentrum. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen

	6 maanden voor intrede	3-9 maanden na intrede	Start	Stop
Antipsychotica	27.0%	28.2%	12.7%	30.0%
Antidepressiva	43.9%	47.3%	17.2%	14.3%

Figuur 5: Variatie tussen 38 wzc's wat betreft het gebruik van antipsychotica en antidepressiva van nieuwe bewoners in de 6 maanden vóór intrede en de 3 tot 9 maanden na intrede. Bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen



05 Discussie

Het gebruik van antipsychotica

Het gebruik van antipsychotica is licht maar significant gedaald tussen 2017 en 2024 maar in 2024 krijgt nog steeds bijna 1 op de 3 bewoners minstens eenmaal een antipsychoticum. Het chronisch gebruik van antipsychotica is tussen 2017 en 2024 niet significant afgenomen. In 2024 gebruikt meer dan 1 op de 5 bewoners chronisch antipsychotica. Daarmee ligt het chronische gebruik vele malen hoger bij ouderen in een woonzorgcentrum dan bij de gehele populatie van 80-plussers (1.36 %) [25]. In een systematische review uit 2016 kwam België naar voren als één van de West-Europese landen met het hoogste gebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra [16].

Factoren geassocieerd met het chronische gebruik van antipsychotica in woonzorgcentra zijn leeftijd (jongere bewoners lopen groter risico), zorgbehoevendheid (meer zorgbehoevenden lopen groter risico), recht op de verhoogde tegemoetkoming en in Vlaanderen wonen. In een vorige studie werden leeftijd (hoger risico voor ouderen jonger dan 80 jaar), dementie, slapeloosheid en depressie ook geïdentificeerd als risicofactoren [26]. Ook werd er een grote mate van ongepast voorschrijven van antipsychotica vastgesteld, onder meer op basis van de Beers-criteria en de Screening Tool of Older People's Prescriptions criteria (STOPP).

Hoewel in het Formularium Ouderenzorg van het BCFI enkel haloperidol en risperidone geselecteerd worden als molecules, zien we dat voor het totaal aantal gebruikers dat antipsychotica voorgeschreven kreeg, deze slechts 50% uitmaken. Voor quetiapine en olanzapine, waar bovendien gebruik in het kader van gedragsproblemen bij dementie off-label is, gaat dit respectievelijk over 37.3% en 13.3% van de gebruikers. De som van de proporties komt bovendien een stuk boven de 100% uit, wat betekent dat een deel van de bewoners in een gegeven jaar meer dan één molecule voorgeschreven kreeg, al dan niet simultaan (buiten de scope van deze studie).

Het gebruik van antidepressiva

Tussen 2017 en 2024 evolueert het gebruik van antidepressiva niet en blijft dus op een hoog niveau. Meer dan de helft van de bewoners krijgt minstens eenmaal antidepressiva afgeleverd in 2024. Ook het chronische gebruik van antidepressiva daalt niet significant. In een systematische review uit 2016 kwam België naar voren als één van de West-Europese landen met het hoogste gebruik van antidepressiva in woonzorgcentra [16].

Factoren geassocieerd met het chronische gebruik van antidepressiva zijn leeftijd (jongere bewoners lopen groter risico), vrouw zijn, zorgbehoevendheid (meer zorgbehoevenden lopen groter risico), recht op de verhoogde tegemoetkoming en in Brussel of Wallonië wonen.

Sertraline, voorgeschreven aan 16.4% van de gebruikers van antidepressiva, wordt in het Formularium Ouderenzorg weerhouden als eerste keus geneesmiddel voor de behandeling van depressie. In de top 10 van voorgeschreven molecules staat een andere SSRI, escitalopram, op de tweede plaats.

Ongeveer 1 op de 20 bewoners kreeg tricyclische antidepressiva met anticholinerge werking (ATC-groep N06AA). Tricyclische antidepressiva worden minder aanbevolen voor ouderen omwille van een hoger risico op ongewenste anticholinergische bijwerkingen (droge mond, constipatie, urineretentie, visusstoornissen, verwarring). Nortriptyline, de eerste keuze bij contra-indicatie voor SSRI, staat niet in de top 10.

Opvallend is dat bijna 4 op de 10 gebruikers van antidepressiva trazodone voorgeschreven kregen. Vermoedelijk is dit voor een groot deel off-label gebruik in het kader van slaapstoornissen, aangezien dit een sederend antidepressivum betreft. Door het gebrek aan wetenschappelijk bewijs en de ongewenste effecten wordt het gebruik van sederende antidepressiva echter afgeraden in de WOREL-richtlijn [“Aanpak van slaapklachten en insomnie \(slapeloosheid\) in de eerste lijn.”](#)

Variatie tussen woonzorgcentra

Wat betreft het gebruik van antidepressiva en antipsychotica en de impact van de institutionalisering op het geneesmiddelengebruik zien we grote verschillen tussen de woonzorgcentra onderling. Grote variatie tussen woonzorgcentra in het gebruik van antidepressiva en/of antipsychotica werd reeds vastgesteld onder andere in Nederland en Noorwegen [19], [20]. Hiervoor worden meerdere verklaringen

geopperd. In woonzorgcentra waar een huisarts actief is met een specialisatie in gerontologie, lag het voorschrijven van antipsychotica lager [26]. In woonzorgcentra met een lage tevredenheid over recreatieve activiteiten of over de personeelsbezetting ligt het gebruik van antipsychotica hoger [19]. Fog en collega's verklaren de variatie deels door te verwijzen naar verschillen in lokale voorschrijfprijzen en raden onder meer aan multidisciplinaire medicatienazichten in te voeren [27]. In Australische woonzorgcentra leidde de invoering van een medicatienazicht in woonzorgcentra tot een daling van het gebruik van antidepressiva, maar slechts tot een verwaarloosbare daling van het gebruik van antipsychotica [28].

Deschodt, Tournoy, en Van der Linden stellen vast dat tot dusver het voorschrijven van geneesmiddelen bijna volledig een louter medische akte is en het dan ook tot dusver de uiteindelijke verantwoordelijkheid van artsen blijft om indicatiestelling te doen, opvolging te garanderen en medicatie terug af te bouwen of te stoppen [29]. Wel pleiten de auteurs voor een multidisciplinaire aanpak in woonzorgcentra, met inclusie van huisartsen, CRA's, verpleegkundigen, apothekers, paramedische zorgteams, en directies.

Sterke variaties tussen de woonzorgcentra in het (chronische) gebruik van antidepressiva of antipsychotica, alsook in de impact van de institutionalisering, doen vermoeden dat de woonzorgcentra toch ook een belangrijke rol spelen. We konden echter slechts een beperkt aantal woonzorgcentra includeren in deze oefening en beschikten niet over voldoende gegevens om dit te controleren voor het profiel van de bewoners. Dezelfde oefening uitvoeren op de volledige populatie van woonzorgcentrabewoners in België zou dus verhelderend zijn.

De impact van de institutionalisering op het geneesmiddelengebruik

Bij de intrede in een woonzorgcentrum wordt een chronische behandeling met antidepressiva opgestart bij bijna 1 op de 5 bewoners en met antipsychotica bij bijna 1 op de 8 bewoners. Zoals we schreven in vorig onderzoek: *'admission is a decision point'* [18]. Voor personen die tussen 2020 en 2022 een woonzorgcentrum betraden, konden we in recent onderzoek ook vaststellen dat het gebruik van antipsychotica significant toenam in de 3 tot 9 maanden na opname vergeleken met de 6 maanden vóór de opname, namelijk van 28.2% tot 29.6% [18].

Een analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen uit 2011 toonde reeds aan dat in de 6 maanden na de opname het gebruik van antidepressiva (van 37% tot 49%) en het gebruik van antipsychotica (van 16% tot 29%) sterk stijgen vergeleken met de 6 maanden vóór de opname [21]. Er werd ook vastgesteld dat 28% van de ouderen die nog geen antidepressivum nam vóór opname en 20% van de ouderen die nog geen antipsychoticum nam vóór opname, ermee startte in de 6 maanden na intrede. Dat betekent dat 1 op de 3 (36%) gebruikers van antidepressiva en bijna 6 op de 10 (57%) gebruikers van antipsychotica pas met hun gebruik begonnen na opname in het woonzorgcentrum.

Afbouw

Na intrede in het woonzorgcentra werd het gebruik van antipsychotica stopgezet bij 30% van de gebruikers en het gebruik van antidepressiva bij 14,3% van de gebruikers. Hoewel dit wijst op een zekere mate van *deprescribing*, blijft het onduidelijk in hoeverre dit structureel ingebed is in het zorgbeleid van woonzorgcentra. Verpleegkundigen spelen, naast artsen, vaak een centrale rol bij de opstart en continuering van psychofarmaca, maar ervaren het afbouwen ervan als een knelpunt [22]. Afbouw wordt algemeen aangemoedigd, al tonen studies uiteenlopende resultaten, wat duidt op contextspecifieke barrières en verschillen in implementatie [10], [11], [12].

Het Formularium Ouderenzorg reikt duidelijke aanbevelingen aan, zoals het geleidelijk afbouwen van antipsychotica bij gedragsverbetering, in combinatie met niet-medicamenteuze interventie [30]. Toch lijken deze richtlijnen niet systematisch te worden toegepast. Voor antidepressiva blijkt dat artsen vaak terughoudend zijn om chronisch gebruik af te bouwen, onder meer uit vrees voor klinische verslechtering of wegens terughoudendheid om het gesprek hierover met verpleegkundigen of naasten aan te gaan [31]. Anderzijds zijn er ook factoren die *deprescribing* kunnen faciliteren, zoals veranderde gezondheidstoestand, dementie, positieve levensgebeurtenissen of initiatief van de patiënt zelf [31], [32].

06 Aanbevelingen

Om het hoge gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra te doen dalen en een meer oordeelkundig gebruik van psychofarmaca te bekomen, stellen we aanbevelingen voor volgens 3 assen: preventie/psychische hulpverlening, psychofarmacabeleid en overkoepelend beleid.

Preventie en toegankelijke psychische hulpverlening

- Versterk zorg- en welzijnsprofessionals die met ouderen werken in het bespreekbaar maken van geestelijke gezondheid, tijdig herkennen van problemen en het bieden van de gepaste hulp met de hulp van bestaande actoren met expertise (Netwerken GGZ, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, ...)
- Deskundigheidsbevordering van kennis en vaardigheden door het inzetten binnen de basis- en permanente navorming.
- Om patiënten naar de juiste hulp te begeleiden, is een eenvoudig en duidelijk overzicht van de beschikbare hulp- en zorgverleners in de buurt belangrijk.
- Informeer ouderen en hun naasten omtrent aspecten van mentaal welzijn, veel voorkomende psychische problemen, niet-medicamenteuze aanpak en de risico's van onoordeelkundig gebruik van psychoactieve medicatie.

- Voorzie in een toegankelijk en laagdrempelig aanbod van psychologische hulp voor bewoners en hun naasten op basis van een interfederaal afspraken- en financieringskader.
- Extra aandachtspunten bij bovenstaande aanbevelingen
 - de belangrijke impact van het moment van opname in een wzc.
 - Creëer een gemengd individueel en groepsaanbod

Psychofarmacabeleid als fundament voor oordeelkundig medicatiegebruik

- Ontwikkel – ondersteund door bestaande richtlijnen en tools – op het niveau van elk woonzorgcentrum een psychofarmacabeleid, bijvoorbeeld met behulp van het draaiboek van het VAD [15]. Dit is een samenhangend geheel van afspraken over hoe de organisatie omgaat met psychoactieve medicatie.
- Belangrijke elementen van een psychofarmacabeleid, naast de reeds eerder vermelde op vlak van preventie en zorg zijn
 - Lokaal overleg rond het oordeelkundig gebruik van psychofarmaca in het wzc
 - Overleg tussen zorgteam (arts, apotheker, verpleegkundige,...) rond de individuele farmacologische behandeling met betrokkenheid patiënt en zijn/haar naasten
 - Monitoring van geneesmiddelengebruik en klinische uitkomstmaten op wzc-niveau door beter gebruik van data
- Ken elk van de belangrijke actoren een duidelijke taak en verantwoordelijkheid toe in het psychofarmacabeleid
 - Coördinerend en raadgevend arts (CRA): sleutelrol in opmaak medisch en farmacologisch beleid
 - Apotheker: farmacologisch beleid
 - Verpleegkundigen wzc: link met individuele bewoners op vlak van zorgnoden en zorgplanning
 - Huisartsen: zorg en dossierbeheer op bewonersniveau
 - Psycholoog/orthopedagoog: zorgaspecten op vlak van geestelijke gezondheid
 - Directie wzc: proces en evaluatie van het geïmplementeerde beleid

Algemene beleidsaanbevelingen

- Een voldoende en goed ondersteund personeelsbestand in woonzorgcentra, met aandacht voor hun welzijn, creëert de nodige randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle en warme zorg voor bewoners.
- Stimuleer de betrokkenheid van bewoners in het dagelijkse beheer van wzc's. Een model hiervoor vinden we in de Tubbe methode, gecentreerd rond medezeggenschap en relatiegerichte zorg. Aandacht voor de betrokkenheid

van bewoners moet opgenomen worden als één van de financieringscriteria van wzc's.

- Organiseer stelselmatig activiteiten die het mentaal welzijn en de veerkracht van de bewoners bevorderen, volgens de (evoluerende) noden van de bewoner zelf.
- Ontwikkel de rol van de coördinerend en adviserend apotheker. In Vlaanderen zijn de eerste stappen gezet in het Vlaams Woonzorgdecreet van 2019. Deze apotheker zou, in samenwerking met de CRA en het woonzorgcentrum, het farmaceutisch beleid helpen vormgeven als onderdeel van het medisch beleid.

07 Referenties

- [1] Vlaamse ouderenraad, “Advies 2021/3 - Advies over de beleidsuitdagingen rond psychisch welzijn op oudere leeftijd,” Brussel, Nov. 2021.
- [2] Sciensano, “Belhealth,” Sciensano. Accessed: May 08, 2025. [Online]. Available: <https://healthinformation.sciensano.be/shiny/belhealth/>
- [3] IMA, “Antidepressiva in België.” Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: <https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie>
- [4] IMA, “Gebruik van antipsychotica in België.” Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: <https://ima-aim.be/Gebruik-van-antipsychotica-in-376>
- [5] BCFI, “Antipsychotica.” Accessed: Apr. 08, 2025. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/chapters/11>
- [6] BCFI, “Antipsychotica bij dementie: meer risico’s dan gedacht?,” *Folia Pharmacotherapeutica*, vol. 51, no. 12, Dec. 2024, Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://www.bcfi.be/nl/articles/4459.pdf?folia=4453&version=long>
- [7] Yorkshire and the Humber Clinical Network and London Clinical Network NHS England, “Appropriate prescribing of antipsychotic medication in dementia,” London, Sep. 2022.
- [8] American Psychiatric Association, *The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia*. American Psychiatric Association, 2016. doi: 10.1176/appi.books.9780890426807.
- [9] BCFI, “Deprescribing van antipsychotica,” *Formularium Ouderenzorg*. Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/665>
- [10] F. Harrison *et al.*, “Prolonged use of antipsychotic medications in long-term aged care in Australia: A snapshot from the HALT project,” *Int Psychogeriatr*, vol. 32, no. 3, pp. 335–345, Mar. 2020, doi: 10.1017/S1041610219002011.
- [11] A. Szczepura *et al.*, “Antipsychotic prescribing in care homes before and after launch of a national dementia strategy: an observational study in English institutions over a 4-year period,” *BMJ Open*, vol. 6:e009882, 2016, doi: 10.1136/bmjopen-2015.
- [12] J. Lühnen, T. Richter, S. Calo, G. Meyer, S. Köpke, and R. Möhler, “Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents,” Aug. 31, 2023, *John Wiley and Sons Ltd*. doi: 10.1002/14651858.CD008634.pub3.
- [13] BCFI, “Antidepressiva.”
- [14] BCFI, “Depressieve stoornissen,” *Formularium Ouderenzorg*. Accessed: Apr. 23, 2025. [Online]. Available: <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main>
- [15] VAD, “Ouderen (55+) en psychoactieve medicatie,” Brussel, 2022. Accessed: May 13, 2025. [Online]. Available: https://vad.be/content/uploads/2025/01/Visietekst_Ouderen-en-psychoactieve-medicatie.pdf
- [16] S. I. M. Janus, J. G. Van Manen, M. J. Ijzerman, and S. U. Zuidema, “Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes,” *Int Psychogeriatr*, vol. 28, no. 11, pp. 1775–1790, 2016, doi: 10.1017/S1041610216001150.
- [17] A. De Bleser, “Gebruik van antipsychotica in woonzorgcentra 2024,” Brussel, Mar. 2024. [Online]. Available: www.ima-aim.be.
- [18] I. Vandenberghe, W. Kestens, L. Bruyneel, L. Van der Linden, and J. Tournoy, “Patterns of Antipsychotic Use in Belgian Nursing Homes 2017-2022: Admission is a Decision Point,” *J Am Med Dir Assoc*, vol. 25, no. 10, Oct. 2024, doi: 10.1016/j.jamda.2024.105222.
- [19] B. C. Kleijer *et al.*, “Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia,” *Int Psychogeriatr*, vol. 26, no. 3, pp. 363–371, 2014, doi: 10.1017/S1041610213002019.

- [20] A. F. Fog, I. Mdala, K. Engedal, and J. Straand, "Variation between nursing homes in drug use and in drug-related problems," *BMC Geriatr*, vol. 20, no. 1, pp. 1–9, 2020, doi: 10.1186/s12877-020-01745-y.
- [21] G. Karakaya, C. Huyghebaert, and E. Macken, "Analyse de la consommation de médicaments en maison de repos," Brussel, België, 2011.
- [22] S. L. Harrison *et al.*, "The dispensing of psychotropic medicines to older people before and after they enter residential aged care," *Medical Journal of Australia*, vol. 212, no. 7, pp. 309–313, 2020, doi: 10.5694/mja2.50501.
- [23] Yorkshire and the Humber Clinical Network and London Clinical Network NHS England, "Appropriate prescribing of antipsychotic medication in dementia," London, Sep. 2022.
- [24] V. I. Reus *et al.*, "The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia," American Psychiatric Association, May 2016. doi: 10.1176/appi.books.9780890426807.
- [25] L. Vandenthoren, R. Saerens, G. Karakaya, K. Van Der Cruyssen, and M. De Backer, "Evoluties in mentale gezondheid," Brussel, 2024. Accessed: May 19, 2025. [Online]. Available: <https://www.mloz.be/sites/default/files/ressources/Studie%20document%20-%20Evoluties%20in%20mentale%20gezondheid.pdf>
- [26] M. Azermai, M. Elseviers, M. Petrovic, L. van Bortel, and R. Vander Stichele, "Assessment of antipsychotic prescribing in Belgian nursing homes.," *International psychogeriatrics / IPA*, vol. 23, no. 8, pp. 1240–1248, 2011, doi: 10.1017/S104161021100024X.
- [27] A. F. Fog, I. Mdala, K. Engedal, and J. Straand, "Variation between nursing homes in drug use and in drug-related problems," *BMC Geriatr*, vol. 20, no. 1, pp. 1–9, 2020, doi: 10.1186/s12877-020-01745-y.
- [28] J. K. Sluggett *et al.*, "Medicines use before and after comprehensive medicines review among residents of long-term care facilities: a retrospective cohort study," *BMC Geriatr*, vol. 22, no. 1, pp. 1–15, 2022, doi: 10.1186/s12877-022-03187-0.
- [29] M. Deschodt, J. Tournoy, and L. Vanderlinden, "Te veel antipsychotica in woonzorgcentra: 'Vergeet de rol van de arts niet.'" Accessed: Feb. 16, 2023. [Online]. Available: <https://sociaal.net/opinie/antipsychotica-in-woonzorgcentra-vergeet-de-rol-van-de-arts-niet/>
- [30] BCFI, "Haloperidol." Accessed: Apr. 10, 2025. [Online]. Available: https://farmaka.bcfi.be/nl/geneesmiddelen/geneesmiddel/217?search_term=haloperidol
- [31] E. Van Leeuwen, S. Anthierens, M. L. van Driel, A. I. M. De Sutter, E. van den Branden, and T. Christiaens, "General practitioners' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants in nursing homes," *European Journal of General Practice*, vol. 28, no. 1, pp. 23–31, 2022, doi: 10.1080/13814788.2022.2038131.
- [32] E. Van Leeuwen, S. Anthierens, M. L. van Driel, A. De Sutter, E. van den Branden, and T. Christiaens, "'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants," *Scand J Prim Health Care*, vol. 39, no. 4, pp. 533–542, 2021, doi: 10.1080/02813432.2021.2006487.

08 Nota's

[illegible]



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre