



RIZIV

# Feedback Woonzorgcentra

2016

Geneesmiddelen – Klinische biologie



Mei 2019

.be

# Inhoudstafel

---

<b>INLEIDING.....</b>	<b>4</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>5</b>
Welke gegevens werden er gebruikt? .....	5
Identificatie van de WZC-bewoners.....	6
Samenstelling van de vergelijkingsgroep .....	6
Wat is de inhoud van het verslag? .....	6
Hoe worden de resultaten voorgesteld? .....	7
<b>BESCHRIJVING VAN DE POPULATIE .....</b>	<b>8</b>
<b>KWALITEITSINDICATOREN .....</b>	<b>11</b>
<b>THEMA I: GENEESMIDDELEN .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Infecties.....</b>	<b>11</b>
Griep .....	11
Antibiotica .....	13
<b>2. Medicatie bij ouderen.....</b>	<b>18</b>
Polymedicatie.....	18
Hypolipemiërende geneesmiddelen.....	20
Niet-steroïdale antiflogistica (NSAID's).....	22
Anticholinerge medicatie .....	24
Psychotrope medicatie.....	26
<b>3. Psychotrope medicatie.....</b>	<b>27</b>

Antidepressiva .....	27
Antipsychotica .....	36
<b>THEMA II: Klinische biologie .....</b>	<b>39</b>
<b>1. Screening .....</b>	<b>39</b>
Schildklierfunctie .....	39
<b>2. Diagnose.....</b>	<b>42</b>
Hypertensie.....	42
<b>3. Follow-up.....</b>	<b>44</b>
Diabetes .....	44
Hypertensie.....	51
<b>REFERENTIES.....</b>	<b>53</b>
Geneesmiddelen .....	53
Klinische biologie.....	54

# Inleiding

---

Als CRA vindt u hierbij ingesloten een overzicht van de medische zorgverlening in de woonzorgcentra (WZC's), geaggregeerd per provincie. Deze zorg werd in kaart gebracht aan de hand van een aantal thematisch geordende kwaliteitsindicatoren. De indicatoren werden opgesteld en gevalideerd in samenspraak met huisartsenvertegenwoordigers van Domus Medica en SSMG. De behandelde onderwerpen behoren tot de prioriteiten van de NRKP (Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie). Deze feedback wordt dan ook ondersteund door de NRKP en de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen (MedicoMut).

Dit document werd opgesteld als een positief werkinstrument, met als doel een aanzet te geven tot zelfreflectie en procesverbetering binnen uw WZC.

# Methodologie

---

Alvorens over te gaan tot een overzicht van elk thema verduidelijken wij:

1. welke gegevens er werden gebruikt,
2. de manier waarop WZC-bewoners werden geïdentificeerd,
3. de samenstelling van de vergelijkingsgroep,
4. de inhoud van de feedback,
5. de manier waarop de resultaten van de indicatoren worden getoond.

## Welke gegevens werden er gebruikt?

Deze feedback heeft betrekking op de gezondheidsgegevens van 2016. De gezondheidsdata van de Belgische bevolking hebben een lange weg af te leggen vooraleer ze geanalyseerd kunnen worden (via onder andere voorschrijver, verstrekker, patiënt, mutualiteiten, IMA – InterMutualistisch Agentschap en RIZIV). Eens verzameld, neemt een degelijke analyse en verificatie ook de nodige tijd in beslag.

De databank met de gegevens van 2016 is opgesteld door verschillende informatiebronnen te hergroeperen:

- ⇒ De gegevens met betrekking tot klinische biologie zijn gebaseerd op de voorschriften die werden uitgevoerd.
- ⇒ De gegevens met betrekking tot geneesmiddelenvoorschriften, hebben betrekking op de geneesmiddelen die werden afgeleverd in publieke officina.

**De gebruikte gegevens houden enkel rekening met verstrekkingen of farmaceutische specialiteiten die worden terugbetaald in het kader van de ziekteverzekering.** Dit betekent dus dat de bewoners/verstrekkingen die niet onder de ziekteverzekering vallen, geen deel uitmaken van het activiteitenverslag. Ook geneesmiddelen die niet terugbetaald worden door het RIZIV, werden niet in rekening gebracht.

## Identificatie van de WZC-bewoners

De feedback heeft betrekking op de verzekerden van 75 jaar en ouder die in het betrokken kalenderjaar (2016) langdurig (minstens 330 dagen) in een WZC verbleven.

## Samenstelling van de vergelijkingsgroep

De zorg voor WZC-bewoners wordt geaggregeerd per provincie. De zorgverlening in de verschillende provincies kan aldus onderling vergeleken worden.

De vergelijkingsgroep bestaat uit ambulante verzekerden van 75 jaar en ouder, die in de loop van 2016 geen enkele dag in een WZC verbleven.

Verzekerden die in 2016 gedurende 1 tot 329 dagen in een WZC verbleven werden in de analyse niet in rekenschap gebracht (noch in de WZC-groep, noch in de vergelijkingsgroep).

## Wat is de inhoud van het verslag?

Deze feedback bestaat uit een **beschrijving van de betrokken populatie**, gevolgd door **2 thema's met kwaliteitsindicatoren**:

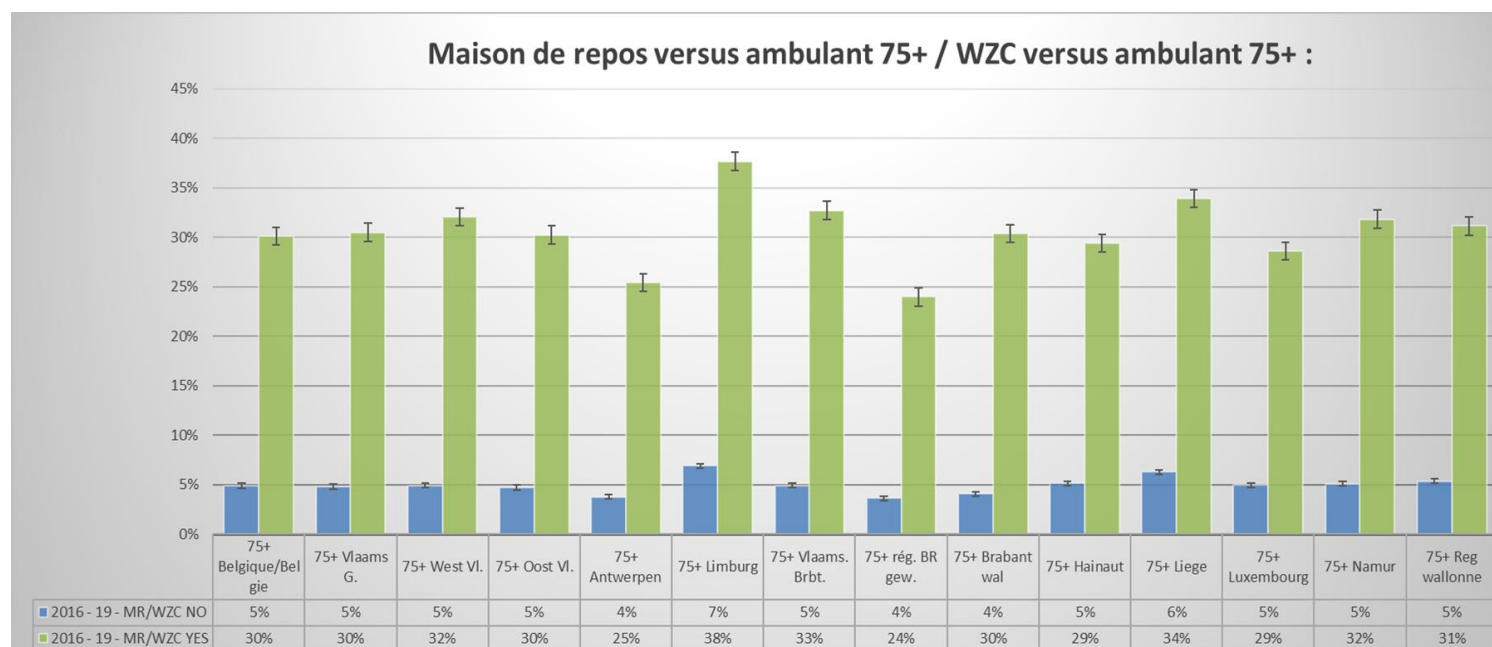
- Thema 1: Geneesmiddelen
- Thema 2: Klinische Biologie

De evolutie van de resultaten tussen 2011 en 2016 is eerder beperkt. Data daaromtrent zijn beschikbaar in de appendix.

## Hoe worden de resultaten voorgesteld?

De kwaliteitsindicatoren met betrekking tot de zorg voor verzekerden van 75 jaar en ouder die in een WZC verblijven, wordt vergeleken met deze in een ambulante populatie  $\geq 75$  jaar. De resultaten worden weergegeven per provincie.

Onderstaand voorbeeld betreft het gebruik van antipsychotica:

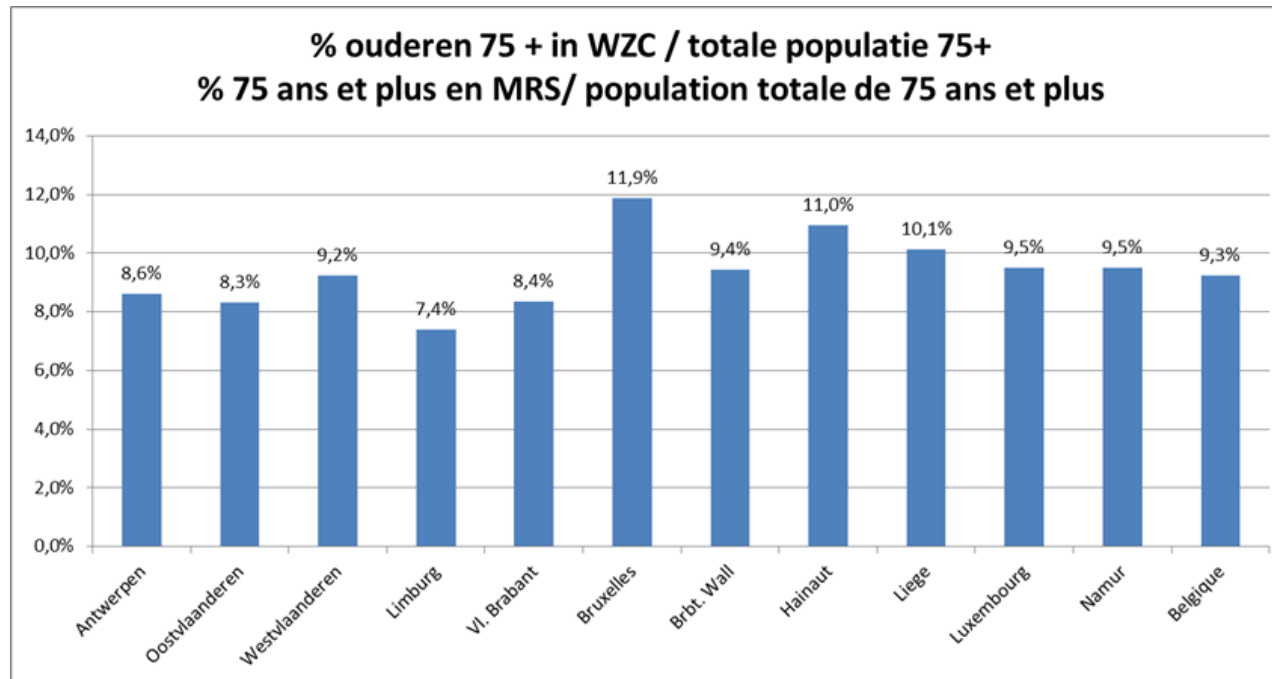


De grafiek illustreert het percentage van de betrokken populatie aan wie minstens één voorschrift voor antipsychotica werd afgeleverd in de loop van 2016. In de ambulante populatie  $\geq 75$  jaar betreft het 4% van de betrokken populatie (roze). In de WZC's loopt dit op tot 30% (blauw). In Limburg, waar 38% van de WZC-bewoners  $\geq 75$  jaar een antipsychoticum ontving, zijn deze cijfers het meest uitgesproken.

# Beschrijving van de populatie

- **Aantal bewoners**

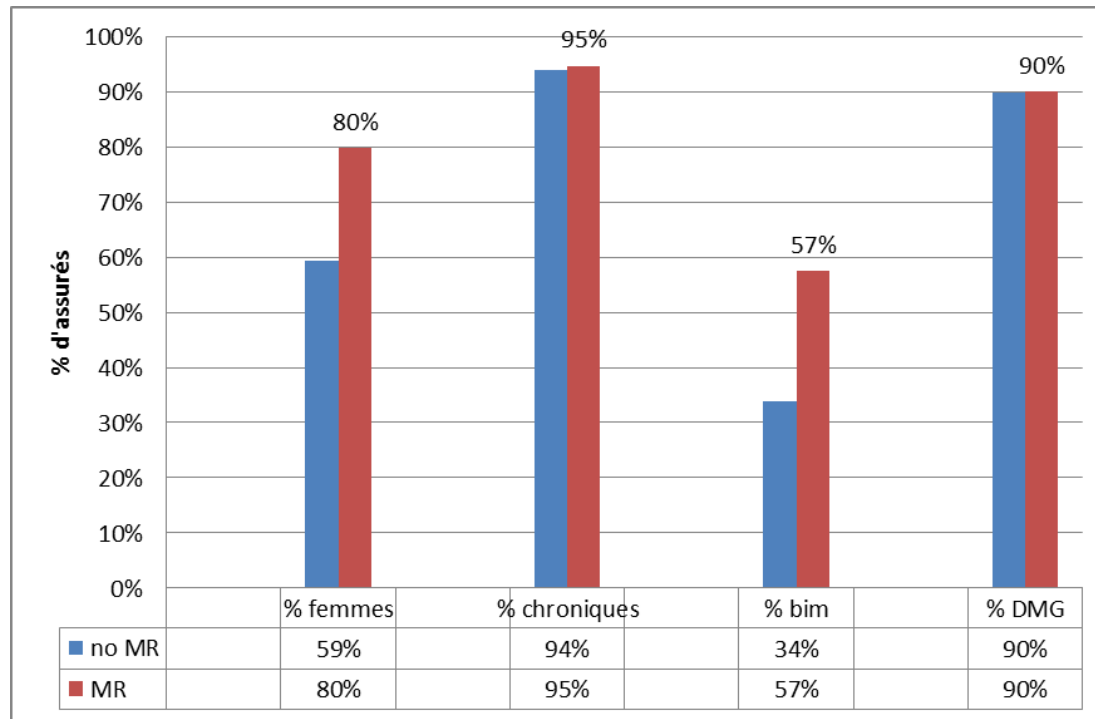
De WZC-populatie die voor deze analyse in rekening werd gebracht, betreft 85.133 verzekerden, of ongeveer 5% van de Belgische populatie  $\geq 75$  jaar.





- **Kenmerken van de populatie**

Vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de WZC-populatie ≥75 jaar, vergeleken met de ambulante populatie ≥75 jaar (80% versus 59%). Het percentage van de betrokken populatie met een GMD ligt hoog en is identiek voor beide populaties (90%). Het percentage chronische patiënten<sup>1</sup> is eveneens vergelijkbaar en betreft bijna de volledige populatie (95%). Daarentegen ligt het percentage van de betrokken populatie met een verhoogde tegemoetkoming beduidende hoger in de WZC's (57% versus 34%).



<sup>1</sup> i.e. minstens 1 geneesmiddel met ≥ 80 dagdosissen (DDD) per jaar

Onderstaande tabel toont de leeftijdsverdeling van de populatie met langdurig verblijf ( $\geq 330$  dagen in het betrokken jaar) in WZC's, alsook de leeftijdsverdeling van de populatie vanaf 65 jaar buiten een WZC. De WZC-populatie is globaal ouder.

De scores op de kwaliteitsindicatoren werden niet gestandaardiseerd voor leeftijd. Gezien het beperkte aantal verzekerden tussen 65 en 75 jaar in een WZC, werd deze populatie niet in rekening gebracht in de analyse. Binnen eenzelfde populatie (WZC of geen WZC) zijn de verschillen in de resultaten voor de diverse leeftijdsklassen (75-84 jaar; 80-84 jaar en  $\geq 85$  jaar) voor de meeste indicatoren bovendien minimaal. Een overzicht van de resultaten per leeftijdscategorie is digitaal beschikbaar op de RIZIV-website.

<b>population hors MRS / populatie buiten WZC</b>													
	Antw	O.vl	w.vl	Limburg	VI.	Brbt BXL	Brbt W:	Hainaut	Liege	Namur	Luxem	Total général	
65	29%	28%	29%	32%	29%	29%	32%	33%	32%	32%	34%	30,35%	
70	24%	25%	24%	24%	24%	23%	25%	24%	23%	22%	23%	24,01%	
75	23%	23%	23%	23%	22%	22%	21%	20%	22%	22%	21%	22,22%	
80	12%	12%	12%	11%	12%	12%	11%	11%	11%	12%	11%	11,62%	
85	12%	12%	12%	10%	12%	14%	11%	12%	11%	13%	11%	11,81%	
<b>Total/aantal</b>	<b>295770</b>	<b>232001</b>	<b>248014</b>	<b>144074</b>	<b>182148</b>	<b>115951</b>	<b>60058</b>	<b>199866</b>	<b>165425</b>	<b>37844</b>	<b>74129</b>	<b>1755280</b>	

<b>population MRS (longue durée) / populatie WZC (lang verblijf)</b>													
	Antw.	O.vl	W.vl	Limburg	VI.	Brbt BXL	Brbt W:	Hainaut	Liege	Namur	Luxem	Total général	
65	2%	2%	2%	2%	2%	5%	3%	6%	5%	3%	4%	3,36%	
70	4%	4%	4%	4%	4%	7%	4%	6%	6%	5%	6%	4,87%	
75	12%	11%	11%	12%	10%	11%	11%	12%	13%	12%	14%	11,75%	
80	16%	16%	17%	18%	16%	14%	15%	15%	16%	15%	16%	15,87%	
85	66%	66%	66%	64%	67%	63%	67%	61%	60%	64%	60%	64,14%	
<b>Total/aantal</b>	<b>14454</b>	<b>11139</b>	<b>13083</b>	<b>5669</b>	<b>8737</b>	<b>8925</b>	<b>3074</b>	<b>12507</b>	<b>9837</b>	<b>2105</b>	<b>3951</b>	<b>93481</b>	

# Kwaliteitsindicatoren

---

## THEMA I: GENEESMIDDELEN

### 1. Infecties

#### GRIEP

- Vanaf de leeftijd van 65 jaar wordt een jaarlijkse griepvaccinatie aanbevolen omwille van een verhoogd risico op complicaties.

#### REFLECTIE

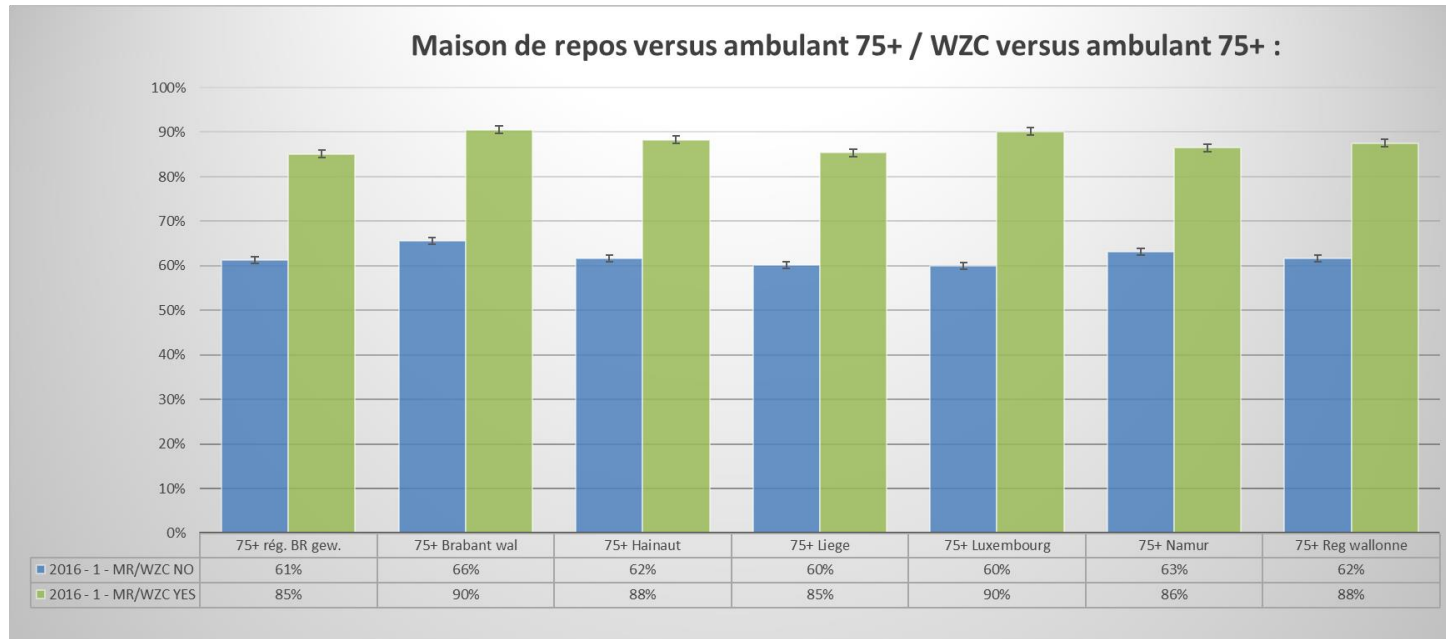
Patiënten  $\geq 65$  jaar lopen een hoger risico op complicaties bij een influenza-infectie. Een jaarlijkse griepvaccinatie wordt aanbevolen.

#### STREEFDOEL

De Wereldgezondheidsorganisatie streeft een dekking na van minstens 75% in de risicopopulatie. (<https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/prevention-and-control/influenza-vaccination>).

⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar die in de loop van het jaar gevaccineerd werden tegen griep**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden ≥75 jaar die in de loop van 2016 werden gevaccineerd tegen griep.



!!! **Opgelet: de resultaten voor deze indicator hebben enkel betrekking op de populatie in Wallonië. De verstrekking van vaccins aan WZC-bewoners in Vlaanderen verloopt hoofdzakelijk via de Vlaamse Gemeenschap.**

## ANTIBIOTICA

### Algemeen antibioticagebruik

- De meeste courante infecties in de ambulante praktijk vereisen geen antibiotica.

#### REFLECTIE

De meeste courante infecties in de ambulante praktijk genezen spontaan. Antibiotica zijn enkel noodzakelijk voor de behandeling van infecties veroorzaakt door virulente bacteriën, bij een sterk gecompromitteerd immuunsysteem, of bij een zeer ernstig verloop van de infectie (bijvoorbeeld sepsis). Het eventuele nut van antibiotica dient steeds te worden afgewogen ten opzichte van het risico op ongewenste effecten, inclusief de ontwikkeling van resistentie.

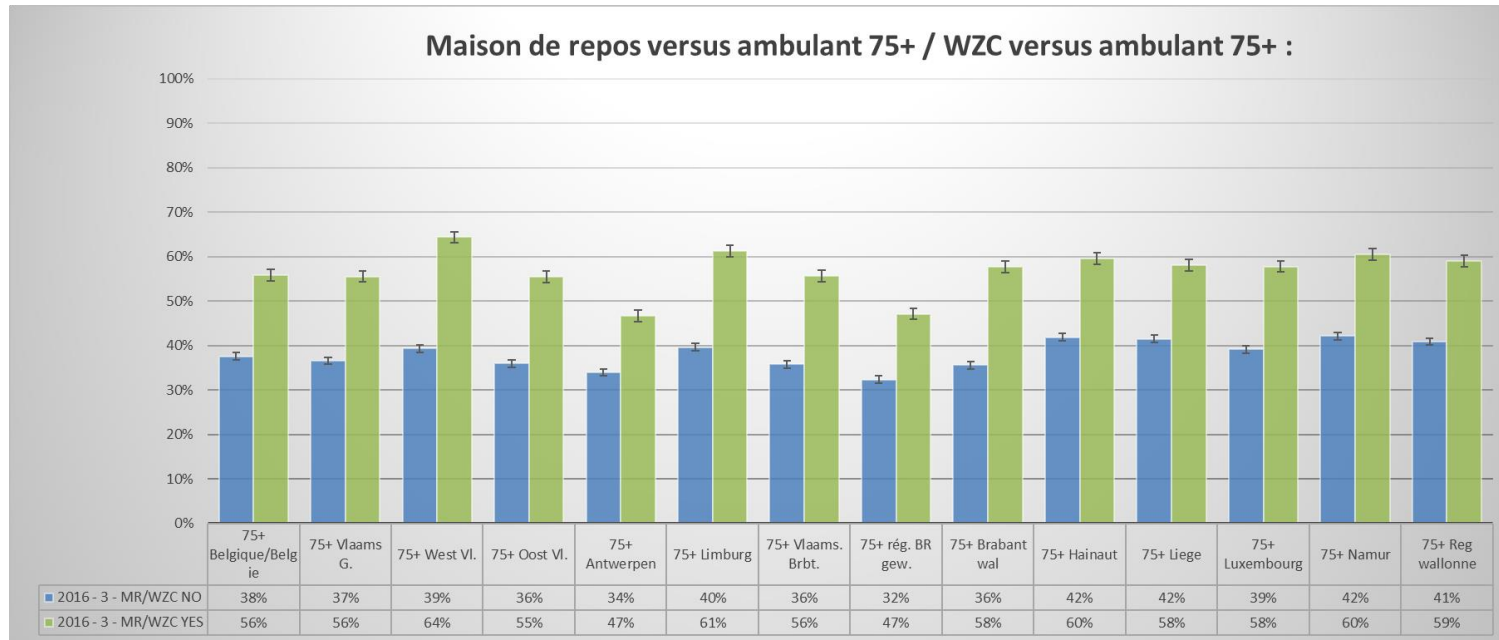
#### STREEFDOEL

Het aantal patiënten met antibiotica en/of het aantal voorgeschreven standaard dagdosissen (DDD) antibiotica per patiënt moet drastisch dalen om de BAPCOC doelstelling te halen (BAPCOC: Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid). Deze beoogt een reductie van de globale antibioticaconsumptie van meer dan 800 voorschriften per 1.000 inwoners op jaarbasis tot maximaal 600 voorschriften tegen 2020 en 400 voorschriften tegen 2025. Met deze doelstelling streeft BAPCOC een antibioticagebruik na zoals in buurlanden Nederland en Zweden.

Er zijn twee geaccrediteerde elektronische opleidingen beschikbaar met betrekking tot dit thema: [www.riziv-elearning.be](http://www.riziv-elearning.be)

⇒ **Percentage verzekerden  $\geq 75$  jaar met  $\geq 1$  voorschrift voor antibiotica in de loop van het jaar**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar die in 2016 minstens één voorschrift voor antibiotica (ATC-code J01) ontvingen, verstrekt door de huisarts.



## Keuze van het antibioticum

- Indien een antibioticum nodig is, wordt bij voorkeur gekozen voor een antibioticum met een zo smal mogelijk spectrum.
  - Bij respiratoire infecties gaat de voorkeur uit naar amoxicilline (voor zover een antibioticabehandeling noodzakelijk is).
- Chinolonen zijn breedspectrum-antibiotica en zijn (bijna) nooit geïndiceerd als eerstelijnsbehandeling.

### REFLECTIE

Indien een antibioticum nodig is, wordt bij voorkeur gekozen voor een antibioticum met een zo smal mogelijk spectrum om selectie en vorming van resistentie te voorkomen. Idealiter is het antibioticum enkel gericht tegen de vermoedelijke bacteriële verwekker. Desondanks blijkt uit de analyse dat veelvuldig tweedelijnsantibiotica worden voorgeschreven (zoals amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur, cefalosporines, chinolonen en macroliden). Zij maken respectievelijk 59% en 61% uit van het globale antibioticagebruik bij verzeerden  $\geq 75$  jaar in de ambulante populatie en in WZC's.

### Respiratoire infecties

De meeste respiratoire infecties zijn van virale oorsprong. Bovendien is de spontane evolutie zowel bij virale als bij bacteriële, respiratoire infecties doorgaans gunstig. Voor een acute bronchitis zijn antibiotica niet geïndiceerd.

Bij een pneumonie zijn antibiotica wel aangewezen. De behandeling is in de eerste plaats gericht tegen de pneumokok. De pneumokok is de belangrijkste bacteriële verwekker van respiratoire infecties buiten het ziekenhuis. Hoewel de meeste infecties gunstig evolueren, kan de pneumokok aanleiding geven tot sepsis, of meningitis.

Amoxicilline is effectief in meer dan 99% van alle pneumokokkeninfecties. De penicillineresistentie van de pneumokok is niet geassocieerd met de productie van betalactamase. Het is dus zinloos om een betalactamase-inhibitor zoals clavulaanzuur toe te voegen om deze mogelijke resistentie te overwinnen. Enkel bij patiënten met co-morbiditeit verdient de combinatie met clavulaanzuur de voorkeur, aangezien de incidentie van infectie door *Haemophilus influenzae* in deze populatie hoger ligt.

## **Chinolonen**

De chinolonen hebben een breed spectrum en hun veelvuldig gebruik kan tot allerlei problemen leiden. Ze kunnen, vooral bij oudere personen, aanleiding geven tot psychose, delier, verwardheid, hallucinaties, convulsies, tendinitis en peesrupturen. Daarnaast gaan zij gepaard met een groter cardiaal risico (verlenging van het QT interval) dan andere antibiotica. Ook worden chinolonen in verband gebracht met het opduiken van een resistente clostridiumstam en met de kolonisatie met MRSA (methicilline resistente Staphylococcus aureus).

Chinolonen zijn geen eerste keuze behandeling voor respiratoire infecties en hebben geen plaats in de eerstelijnsbehandeling van ongecompliceerde urineweginfecties.

In de ambulante praktijk zijn chinolonen enkel geïndiceerd als eerstelijnsbehandeling in het kader van orchi-epididymitis, prostatitis en acute pyelonefritis. Bij een IgE gemedieerde penicilline-allergie kunnen respiratoire chinolonen gebruikt worden voor behandeling van community-acquired pneumonie en de behandeling van acute exacerbaties van COPD (chronisch obstructief longlijden) indien een behandeling met antibiotica aangewezen is. In dat geval gaat de voorkeur uit naar moxifloxacin. Penicilline-allergie wordt door 10% van de bevolking gerapporteerd, terwijl slechts 2% daadwerkelijk een penicilline-allergie vertoont (gegevens Verenigd Koninkrijk).

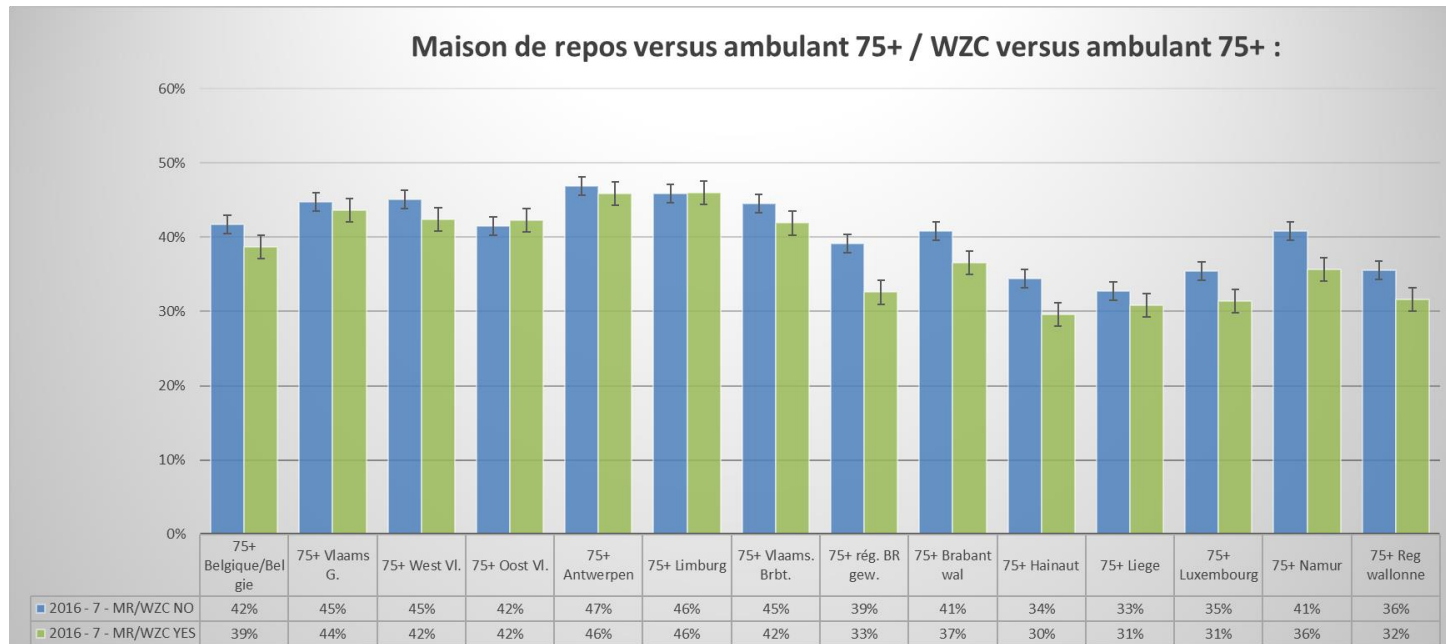
## **STREEFDOEL**

BAPCOC beoogt globaal (populatie-niveau) een drastische toename van de verhouding amoxicilline ten opzichte van amoxicilline + amoxicilline geassocieerd met clavulaanzuur tot 80% (ratio 80/20) en een drastische reductie van het chinolonengebruik tot maximaal 5% van het globale antibioticagebruik.



⇒ **Percentage voorschriften voor amoxicilline, niet gecombineerd met clavulaanzuur**

Van alle voorschriften voor amoxicilline (al dan niet gecombineerd met clavulaanzuur) in de betrokken populatie geeft de indicator het voorgeschreven percentage “zuivere” amoxicilline (niet gecombineerd met clavulaanzuur) weer.



## 2. Medicatie bij ouderen

### POLYMEDICATIE

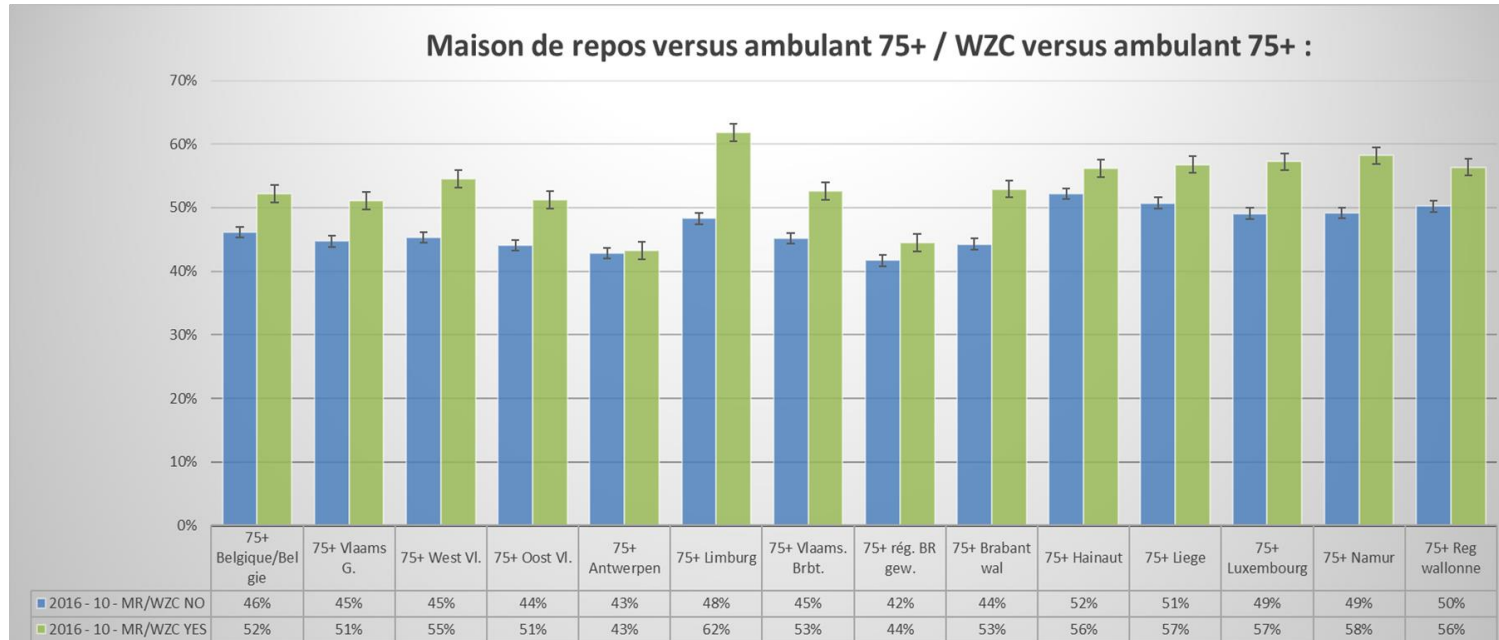
- Een kritische, systematische evaluatie van het geneesmiddelenverbruik is wenselijk bij ouderen onder polymedicatie ( $\geq 5$  geneesmiddelen chronisch).

### REFLECTIE

Polyfarmacie is geassocieerd met een verhoogde mortaliteit en morbiditeit. Zo neemt het valrisico toe naarmate er meer geneesmiddelen worden gebruikt. Bij gebruik van psychofarmaca is dit effect nog groter. Daarnaast is het aantal geneesmiddelen een risicofactor voor een ziekenhuisopname omwille van ongewenste effecten. Interacties en ongewenste effecten kunnen aanleiding geven tot gastro-intestinale klachten, urine-incontinentie, cognitieve achteruitgang, verwardheid, delier,... . Soms worden deze klachten ten onrechte beschouwd als 'normaal voor de leeftijd' en geven zij aanleiding tot het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen (voorschrijfcascade). Een jaarlijkse evaluatie is wenselijk (overbehandeling, onderbehandeling, posologie, keuze geneesmiddel en toedieningsvorm, ongewenste effecten, interacties, therapietrouw).

⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar met langdurig gebruik van ≥ 5 verschillende geneesmiddelen**

De indicator geeft het percentage van de verzekerden ≥75 jaar die in de loop van het jaar van minstens 5 verschillende moleculen (ATC-code van 5 posities) meer dan 80 standaard dagdosissen (DDD) ontvingen (alle voorschrijvers samen).



## HYPOLIPEMIËRENDE GENEESMIDDELEN

- **Bij een populatie van 80 jaar en ouder is er geen bewijs voor het nut van cholesterolverlaging.**

### REFLECTIE

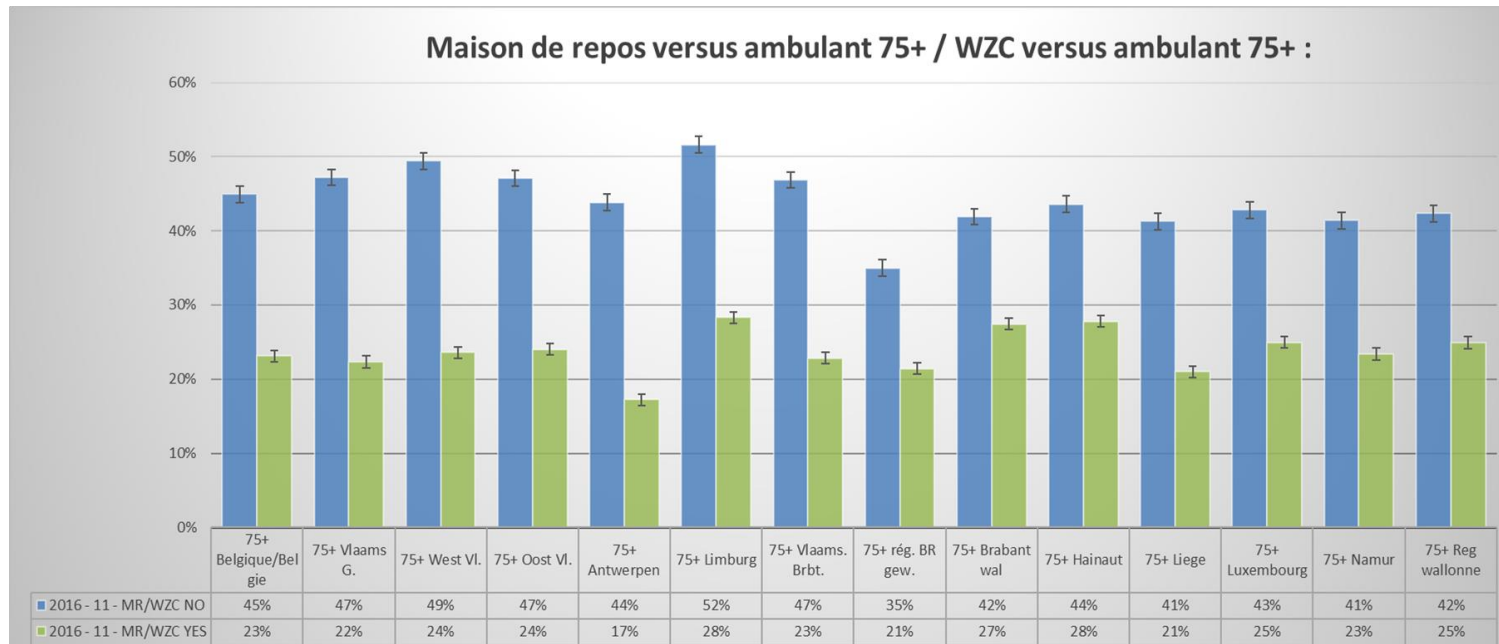
Er is echter geen evidentie over het nut van cholesterolverlaging na de leeftijd van 80 jaar, noch over het nut van statines op deze leeftijd. Het gebruik van statines kan bovendien gepaard gaan met ongewenste effecten. Zo treden frequent spier- en skeletafwijkingen op bij behandeling met statines en dit vaker bij 65-plussers. Daarnaast kunnen statines aanleiding geven tot potentieel ernstige geneesmiddeleninteracties.

Bij gebrek aan klinische evidentie in deze oudere populatie is het zinvol bij patiënten  $\geq 80$  jaar de stopzetting van hypolipemiërende medicatie te overwegen.

⇒ **Percentage verzekerden van 80 jaar en ouder die behandeld worden met hypolipemiërende geneesmiddelen**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden van 80 jaar en ouder aan wie hypolipemiërende geneesmiddelen werden voorgeschreven (alle voorschrijvers samen).

De populatie van 80 jaar en ouder vertegenwoordigt 87% van de populatie in de WZC's (74.250 verzekerden in de huidige analyse).



## NIET-STEROÏDALE ANTIFLOGISTICA (NSAID'S)

- **Langdurig gebruik van NSAID's bij ouderen is af te raden.**

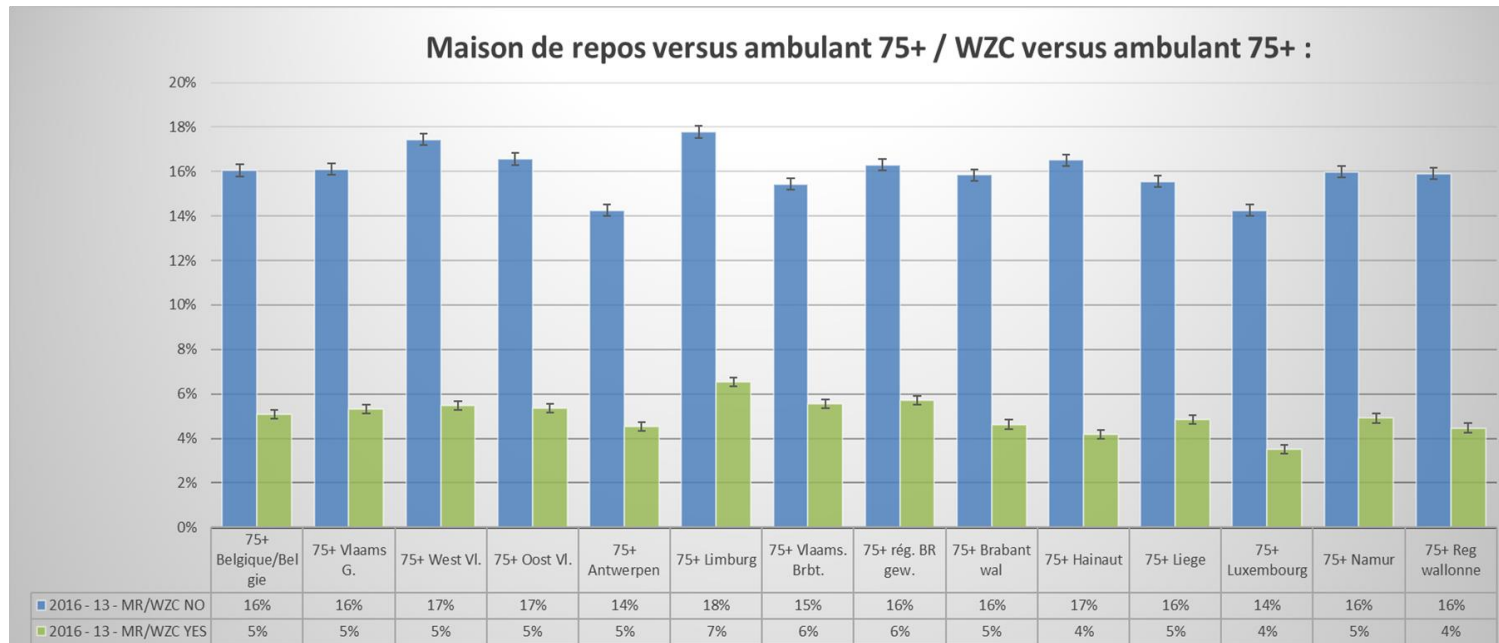
### REFLECTIE

Paracetamol is het eerste keuze geneesmiddel bij nociceptieve pijn. Dit omwille van zijn gunstige risico-baten balans, in het bijzonder bij ouderen. Bij onvoldoende werkzaamheid kunnen orale NSAID's worden toegevoegd. Ongewenste effecten treden vooral op bij het gebruik van hoge doses en bij langdurig gebruik. Chronisch gebruik is dus af te raden. Er bestaat geen dosis waarvoor het risico op ongewenste effecten onbestaande is. Het is aldus aanbevolen de laagst effectieve dosis te gebruiken. De frequentie van ongewenste effecten neemt toe met de leeftijd. Bij personen boven de 80 jaar is het risico op ernstige gastro-intestinale ongewenste effecten ongeveer tienmaal hoger dan bij personen jonger dan 50 jaar. Ook kunnen alle (al dan niet selectieve) NSAID's arteriële trombo-embolische voorvallen of hartfalen uitlokken in deze populatie, zelfs in afwezigheid van een cardiovasculaire risicofactor. Daarnaast gaan NSAID's potentieel gepaard met ernstige ongewenste effecten ter hoogte van de lever en nieren.

Bij pijnlijke artrose van de knie of de hand kan een topisch NSAID worden overwogen, als tweede keuze na paracetamol, gezien het gunstige risicoprofiel ten opzichte van orale NSAID's. Daarnaast kunnen bepaalde fysiotherapeutische interventies en oefenprogramma's bijdragen tot de verlichting van chronische pijn ten gevolge van artrose en lage rugpijn.

⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar met een voorschrift voor NSAID's voor meer dan 30 dagen**

De indicator geeft het percentage van de bewoners die in 2016 meer dan 30 dagdosissen NSAIDs kregen voorgeschreven (door alle voorschrijvers samen).



## ANTICHOLINERGE MEDICATIE

- **Geneesmiddelen met een anticholinerge werking dienen beperkt te worden bij ouderen.**

### REFLECTIE

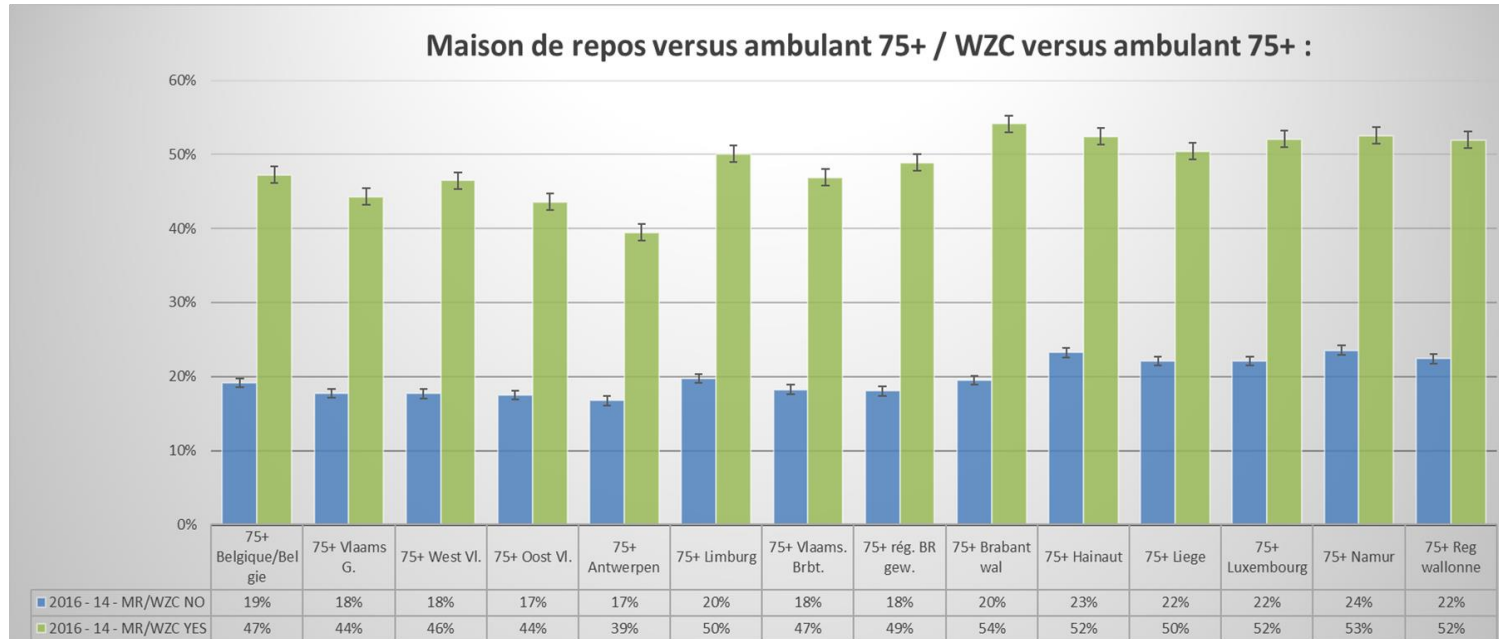
Anticholinergica worden geassocieerd met tal van centrale en perifere ongewenste effecten. Centrale ongewenste effecten zijn onder meer duizeligheid en hoofdpijn, slaperigheid, verwardheid, desoriëntatie, visuele hallucinaties, delier, geheugenproblemen, agitatie, irritabiliteit en agressiviteit. Mogelijke perifere ongewenste effecten zijn droge ogen, mydriase, visusstoornissen door accommodatiestoornissen, gesloten-hoek glaucoom, droge mond, dyspepsie, misselijkheid, constipatie, mictieproblemen, urineretentie, verminderde transpiratie, voorbijgaande bradycardie gevolgd door tachycardie en hartfalen. Ouderen zijn gevoeliger voor centrale ongewenste effecten en lopen een hoger risico op interacties. Ook werken anticholinergica bij ouderen een toename van de cognitieve achteruitgang in de hand. Daarnaast behoren ouderen frequent tot één van de risicogroepen op ongewenste effecten van anticholinergica omwille van co-morbiditeit (Bv.: Patiënten gevoelig aan urineretentie (prostaathypertrofie, ...), problemen met intestinale transit, nauwe iridocorneale hoek, cardiale geleidingsstoornissen).

Het gebruik van geneesmiddelen met anticholinerge werking moet zo veel mogelijk beperkt worden bij ouderen.



⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar met een voorschrift voor meer dan 80 dagen voor minstens één geneesmiddel met anticholinerge werking**

De indicator geeft het percentage weer van de bewoners van 75 jaar en ouder, die in 2015 minstens 80 standaard dagdosissen ontvingen van een geneesmiddel met anticholinerge werking.



## PSYCHOTROPE MEDICATIE

- Een kritische, systematische evaluatie van het geneesmiddelenverbruik is wenselijk bij ouderen onder polymedicatie. Een belangrijke geneesmiddelenklasse, zijn de psychotrope geneesmiddelen. Psychotrope geneesmiddelen worden geassocieerd met tal van ongewenste effecten, alsook mogelijke interacties.

Meer informatie over het voorschrijven van psychotrope medicatie bij ouderen, vindt u onder de topic 'Psychotrope medicatie'.

### 3. Psychotrope medicatie

#### ANTIDEPRESSIVA

➤ **Er is voldoende evidentie voor de effectiviteit van antidepressiva bij een ernstige majeure depressie.**

➤ **Bij een milde of matige depressie worden antidepressiva niet routinematig aanbevolen.**

#### REFLECTIE

In de bevolkingsenquête van 2013 vertoonde 14,8% van alle respondenten ouder dan 15 jaar symptomen van een depressieve stoornis. Een medicamenteuze behandeling is echter niet steeds aangewezen.

Er is voldoende evidentie voor de effectiviteit van antidepressiva bij een ernstige majeure depressie, maar bij milde en matige depressie is een klinisch relevant effect van antidepressiva niet aangetoond. Naast de werkzaamheid, moeten ook de ongewenste effecten van antidepressiva in rekening worden gebracht. Voor een milde / matige depressie worden antidepressiva bijgevolg niet routinematig aanbevolen. Ook bij ouderen bepaalt de ernst van de depressie de indicatie voor een medicamenteuze aanpak.

Om herval te voorkomen wordt aanbevolen de behandeling met antidepressiva ten minste zes maanden verder te zetten na een goede respons, waarna eventuele stopzetting kan worden overwogen. Bij een verhoogd risico op herval wordt aanbevolen de behandeling minstens 2 jaar verder te zetten.

Er is onvoldoende evidentie voor een gunstig effect van de langdurige (> 1jaar) voortzetting van antidepressiva bij ouderen (> 60 jaar) ter preventie van herval. Voor recidiverende depressies wordt bij consensus aanbevolen de behandeling gedurende 1 à 2 jaar verder te zetten.

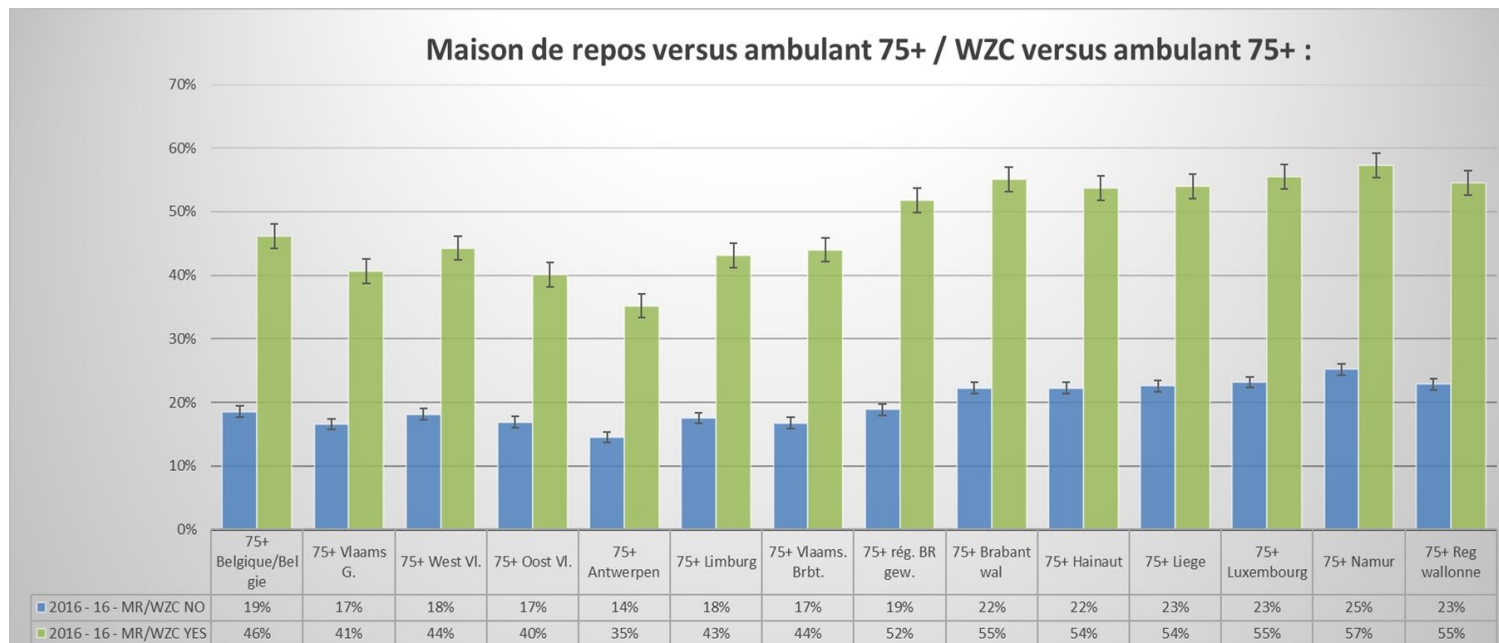
Indien een antidepressivum wordt opgestart, wordt bij voorkeur gekozen voor een SSRI (selectieve serotonine heropname inhibitor) of TCA (tricyclisch antidepressivum), naar gelang de te vermijden ongewenste effecten en de aanwezigheid co-morbiditeit en/of co-medicatie.

Het formularium ouderenzorg geeft aan dat binnen de SSRIs citalopram en sertraline het best onderzocht zijn. Binnen de klasse van de SSRI's gaat de voorkeur uit naar sertraline, omwille van het risico op QT-verlenging met zowel citalopram als escitalopram. Binnen de klasse van TCA's gaat de voorkeur uit naar nortriptyline, omwille van een beperkter risico op orthostatische hypotensie en relatief weinig ongewenste anticholinerge effecten.

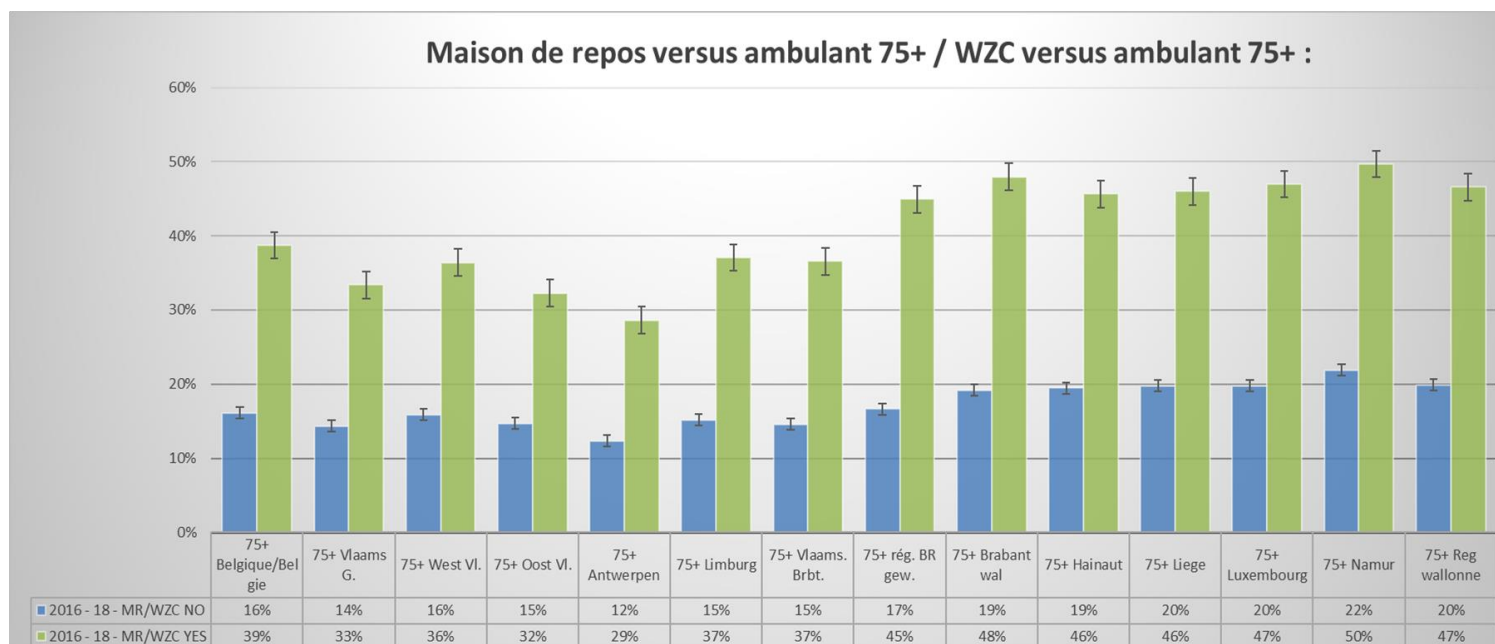
⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar met een voorschrift voor antidepressiva**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden ≥75 jaar die in de loop van het jaar minstens één voorschrift voor antidepressiva kregen. Aangezien trazodone vaak voor andere indicaties dan depressie wordt gebruikt, worden de resultaten voor deze indicator met en zonder trazodone weergegeven.

- **Inclusief trazodone:**



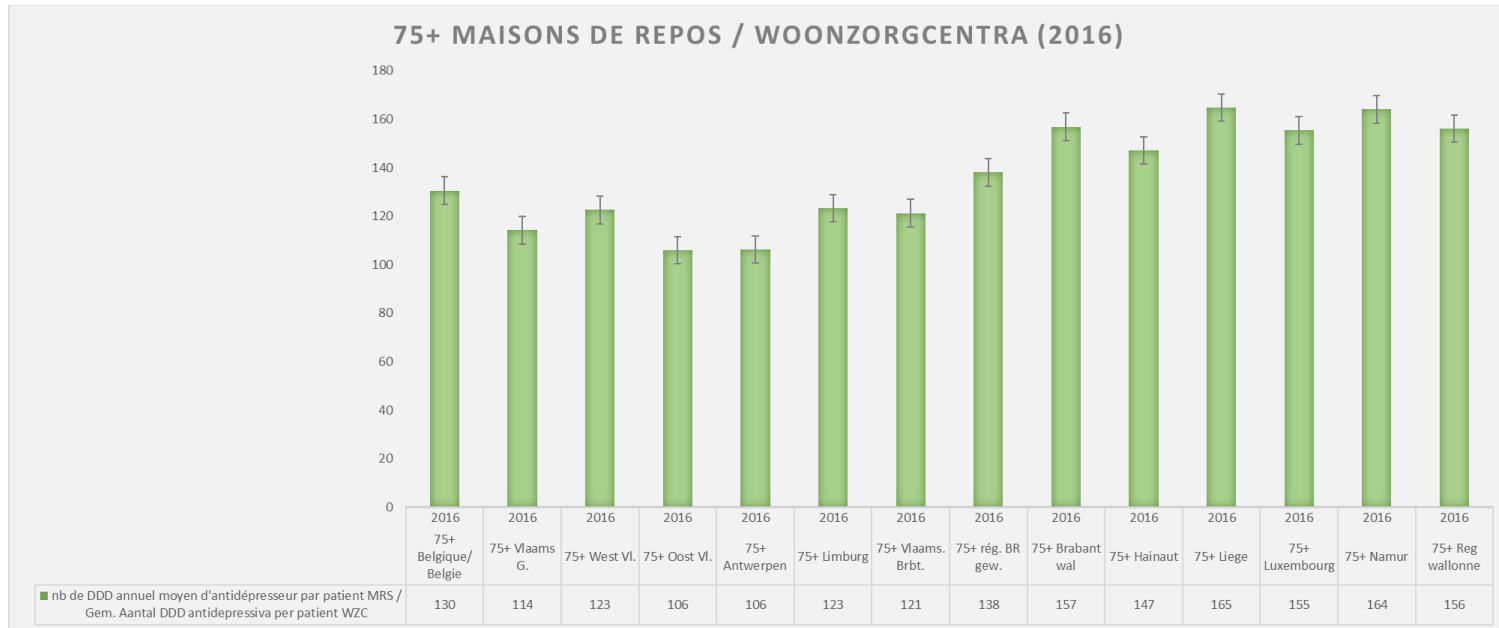
- Exclusief trazodone:



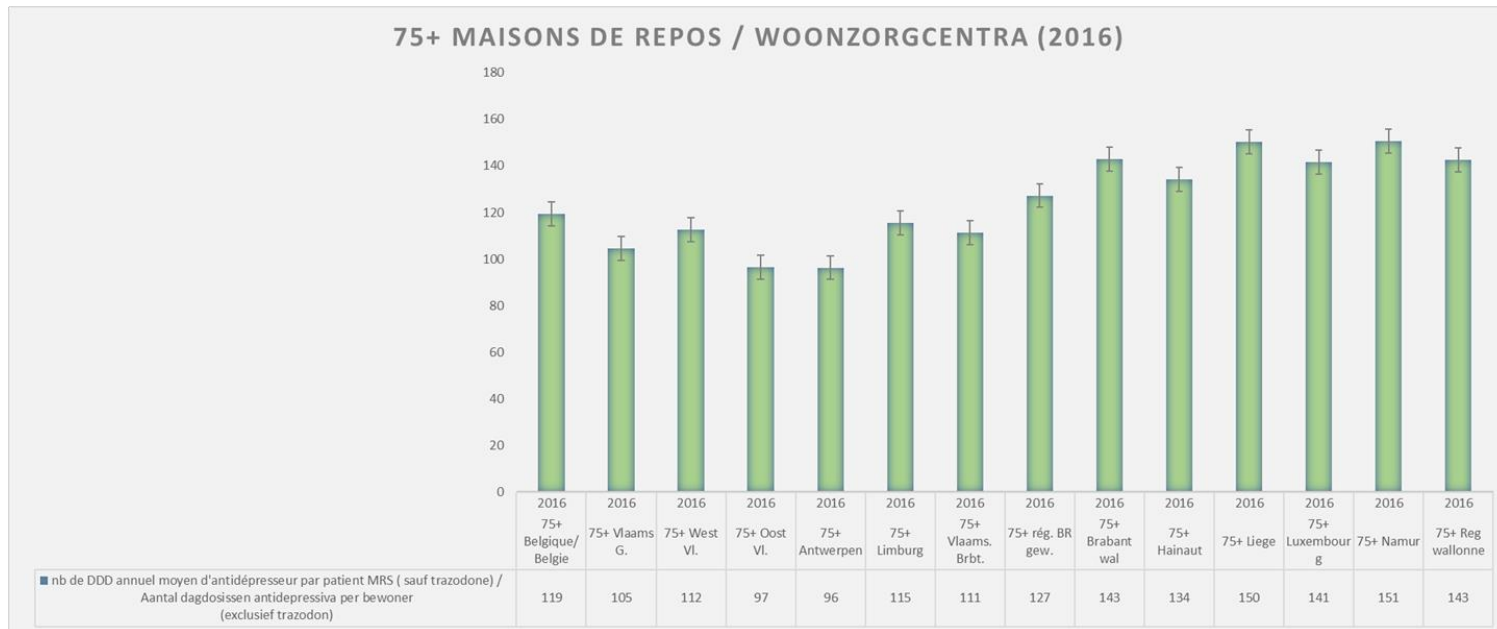
⇒ **Aantal dagdosissen antidepressiva per bewoner**

De indicator geeft het aantal voorgeschreven dagdosissen antidepressiva (inclusief trazodone) weer per bewoner (2016).

- **Inclusief trazodone:**



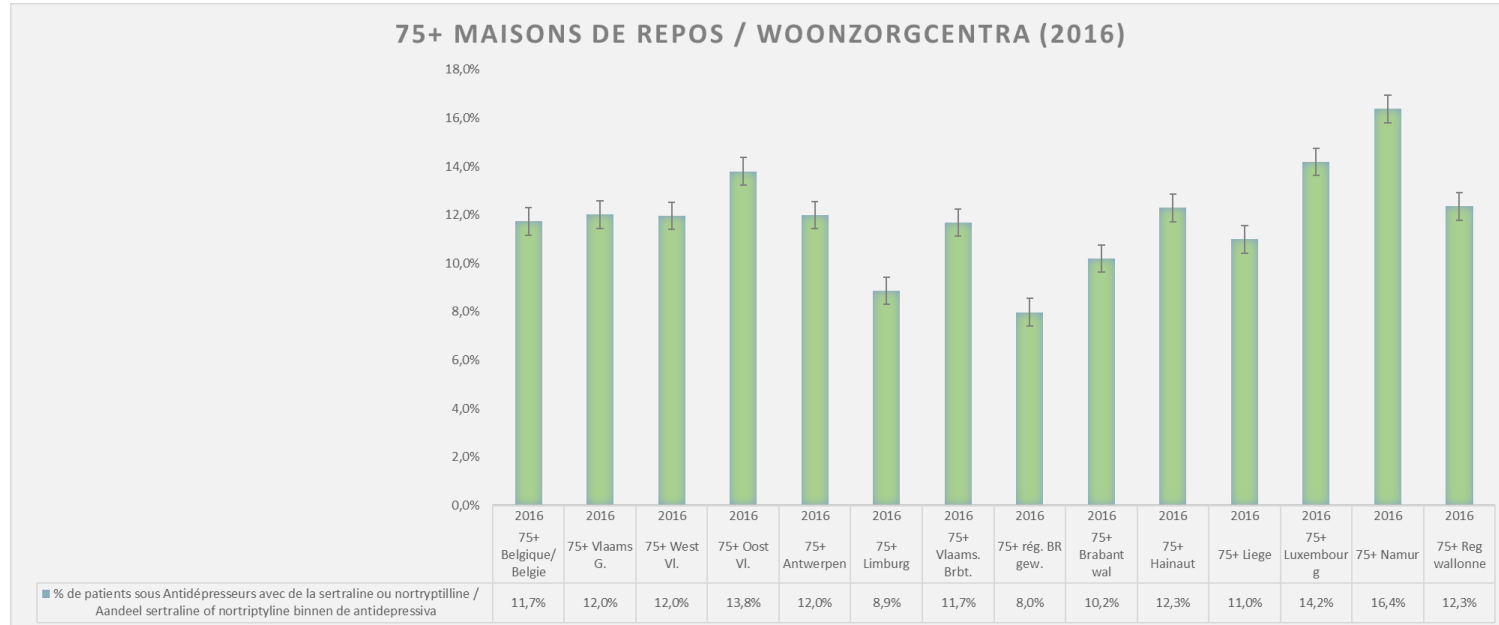
- Exklusief trazodone:





⇒ **Aandeel sertraline / nortriptyline binnen de antidepressiva**

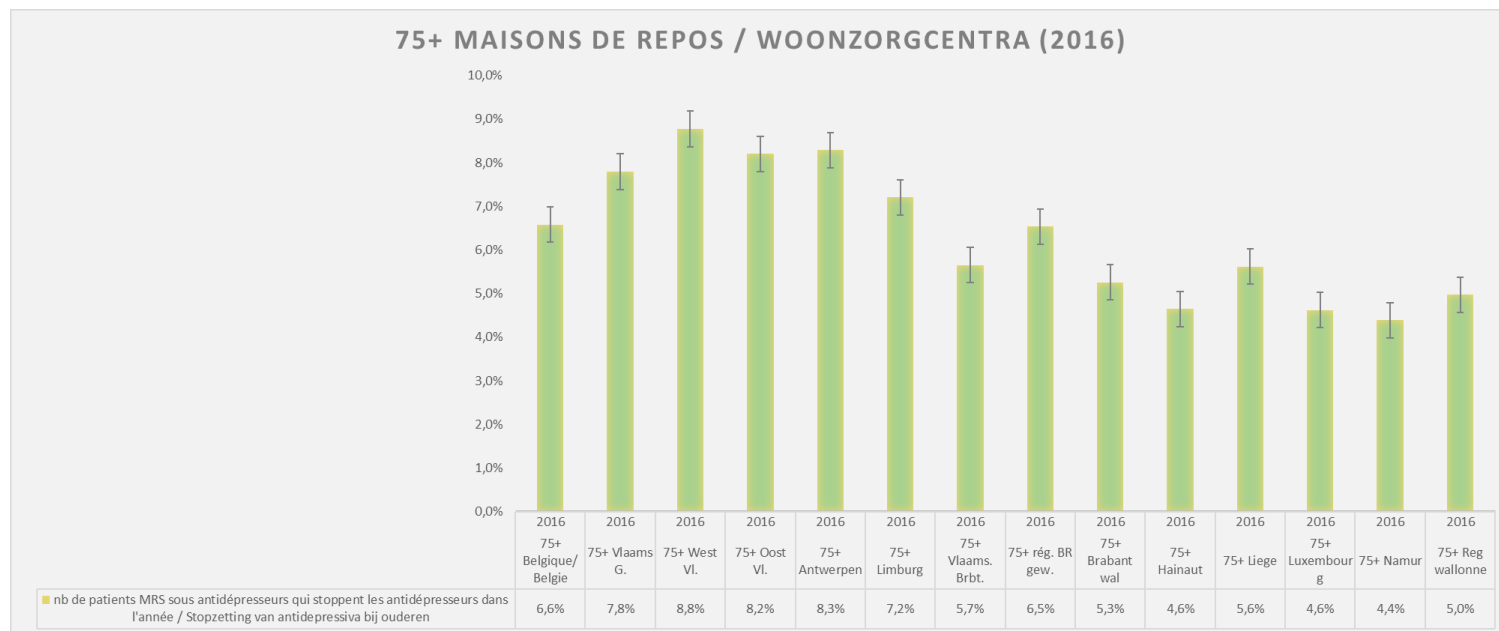
Binnen de populatie, behandeld met een antidepressivum (inclusief trazodone), geeft de indicator het percentage weer van de populatie die sertraline of nortriptyline ontvingen.



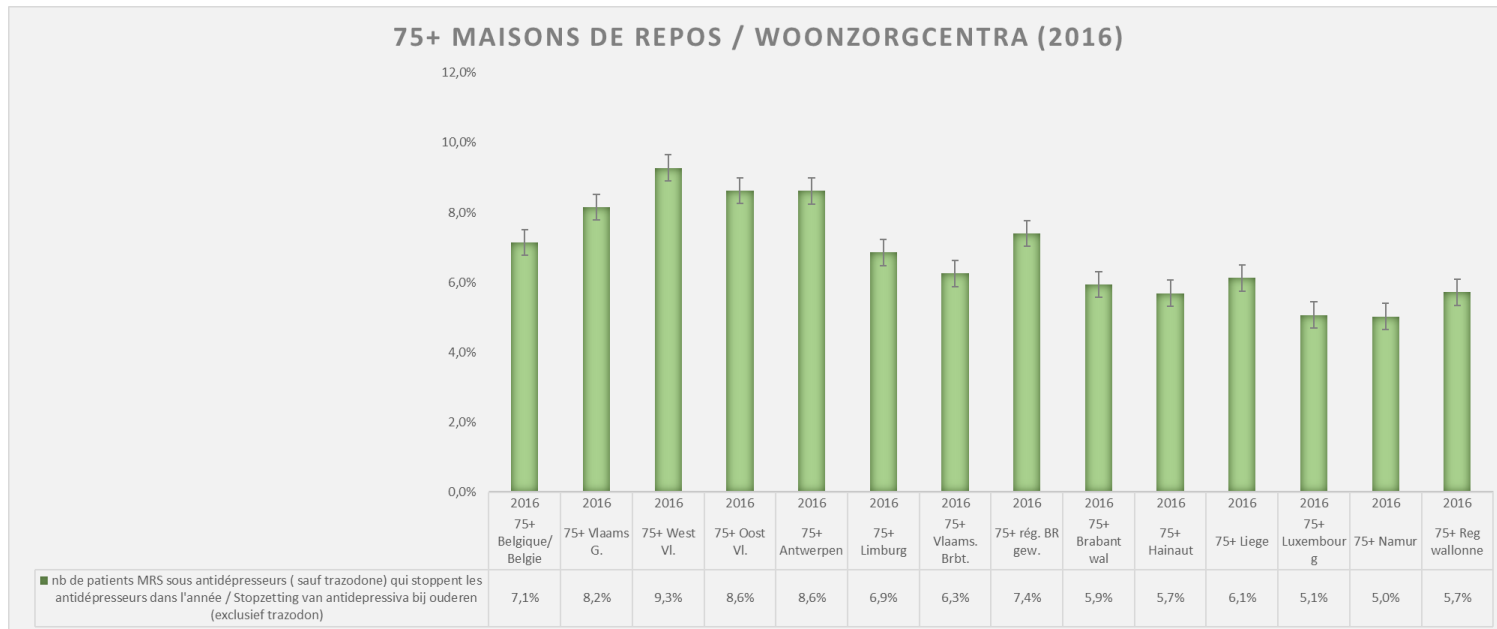
⇒ **Stopzetting van antidepressiva bij ouderen**

Binnen de populatie die meer dan 80 dagdosissen ontving van een antidepressivum (inclusief trazodone) in 2015, geeft de indicator het percentage weer van de populatie die geen antidepressivum ontving in 2016.

- **Inclusief trazodone:**



- **Exclusief trazodone:**



## ANTIPSYCHOTICA

- **Het gebruik van antipsychotica bij ouderen in het kader van dementie wordt niet standaard aanbevolen.**
- **Indien antipsychotica gestart worden omwille van acuut delirium, moet de medicatie worden stopgezet wanneer de symptomen verdwenen zijn. Een langdurige behandeling met antipsychotica is niet aangewezen.**

### REFLECTIE

De indicaties voor antipsychotica buiten het kader van psychose, zijn beperkt.

#### **Probleemgedrag bij dementie**

Probleemgedrag bij dementie wordt bij voorkeur op een niet-medicamenteuze wijze aangepakt. Antipsychotica hebben enkel een plaats indien een niet-medicamenteuze benadering onvoldoende effect heeft of indien de gedragsstoornissen een gevaar betekenen voor de patiënt, zijn omgeving of verzorgers.

De behandeling met antipsychotica in het kader van probleemgedrag bij dementie wordt best beperkt tot maximaal 3 maanden. De noodzaak om de behandeling met antipsychotica verder te zetten, moet regelmatig geëvalueerd worden. De voordelen op langere termijn zijn minder duidelijk dan de effecten op korte termijn, maar het mortaliteitsrisico blijft significant verhoogd. Daarom dienen regelmatig pogingen ondernomen te worden om de medicatie af te bouwen of te stoppen.

#### **Acuut delier**

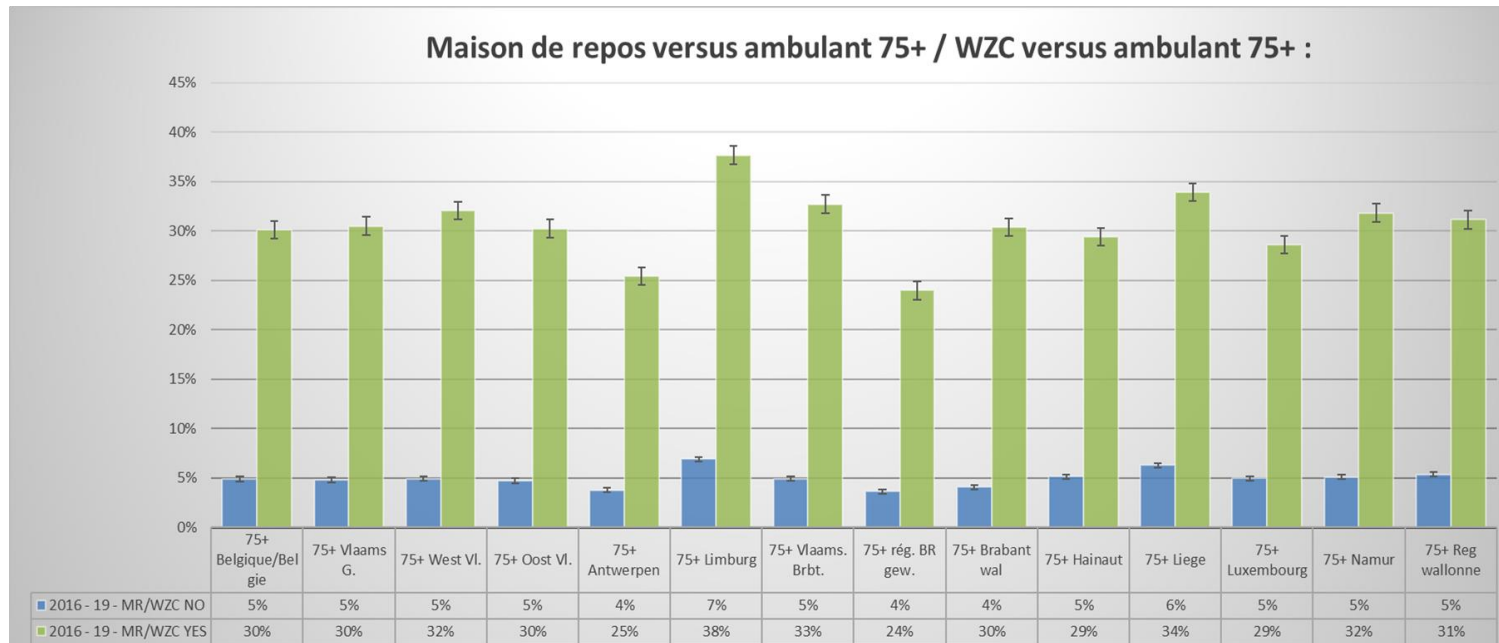
Bij een acuut delier dient in eerste instantie de onderliggende oorzaak te worden aangepakt (verantwoordelijke medicatie, onttrekking van middelen, onderliggende somatische aandoening). Daarnaast worden primair niet-medicamenteuze maatregelen aanbevolen.

Een symptomatische behandeling van acuut delier kan geïndiceerd zijn voor de bestrijding van angst en hallucinaties of wanen, bij hevige motorische onrust (letselpreventie) of om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken. Het al dan niet opstarten van antipsychotica dient individueel te worden afgewogen. De werkzaamheid van (typische en atypische) antipsychotica voor de symptoombestrijding bij een delirium is niet eenduidig aangetoond. Indien de behandeling gestart werd omwille van acuut delirium, moet de medicatie gestopt worden wanneer de symptomen verdwenen zijn.

Het gebruik van antipsychotica bij ouderen moet zoveel mogelijk in de tijd beperkt worden met uitzondering van psychose / bestaande schizofrenie (of na specialistisch advies). Men moet regelmatig proberen de behandeling (geleidelijk) stop te zetten.

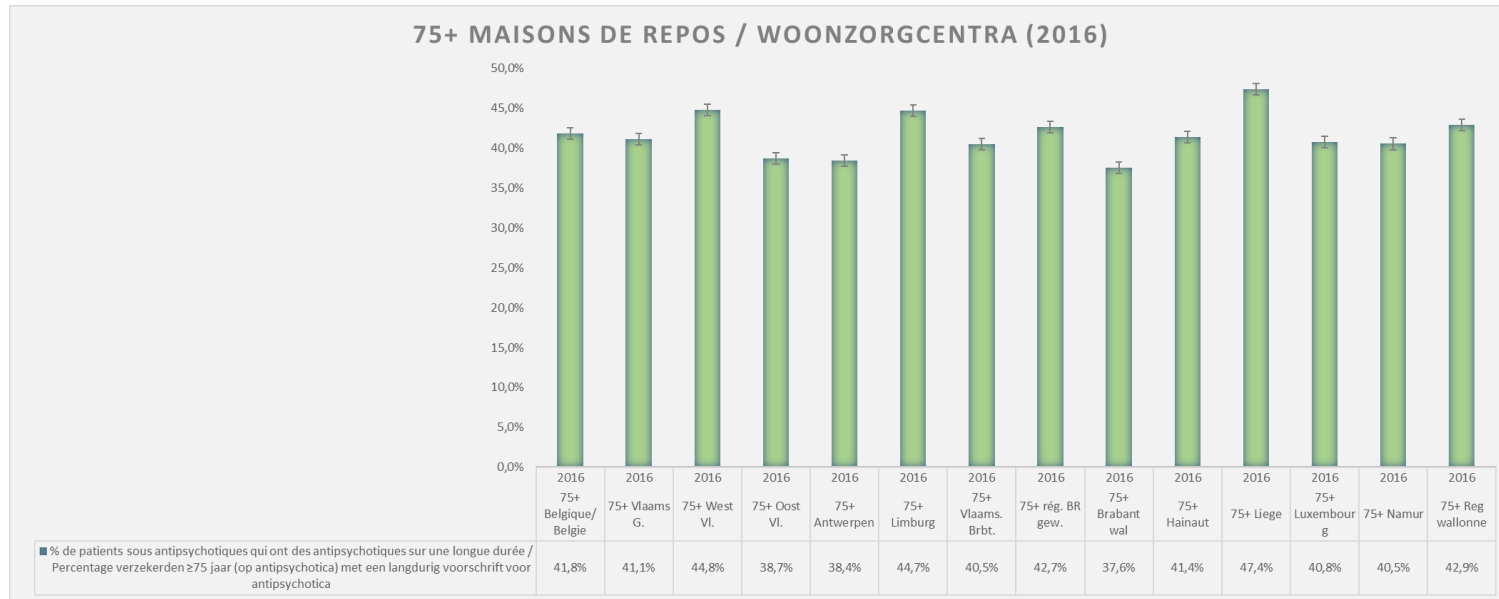
⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar met een voorschrift voor antipsychotica**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden ≥75 jaar, die in de loop van het jaar van minstens één voorschrift voor antipsychotica ontvingen.



⇒ **Percentage verzekerden ≥75 jaar (op antipsychotica) met een langdurig voorschrift voor antipsychotica**

De indicator geeft het percentage weer van de betrokken populatie met minstens één voorschrift voor antipsychotica tussen januari en september 2016, die tussen oktober 2014 en december 2015 >90 DDDs antipsychotica ontvingen.



## THEMA II: Klinische biologie

### 1. Screening

#### SCHILDKLIERFUNCTIE

- Voer geen routinematige schildklierfunctiescreening (TSH-bepaling) uit, enkel als gerichte case-finding.
- Indien schildklierfunctiescreening aangewezen is (gerichte case-finding), bepaal dan enkel TSH. Vrij T<sub>4</sub> (en zeldzaam T<sub>3</sub>) dient enkel in tweede instantie bepaald te worden bij een afwijkende TSH-waarde.

#### REFLECTIE

Schildklierfunctietesten worden vaak routinematig uitgevoerd tijdens een 'algemene brede bloedname'. Overmatige screening is echter niet aangewezen, omdat het zorgt voor belangrijke verspilling en bovendien potentieel kan leiden tot schadelijke gevolgen voor de patiënt door overbodige diagnostische en therapeutische handelingen die hieruit voortvloeien.

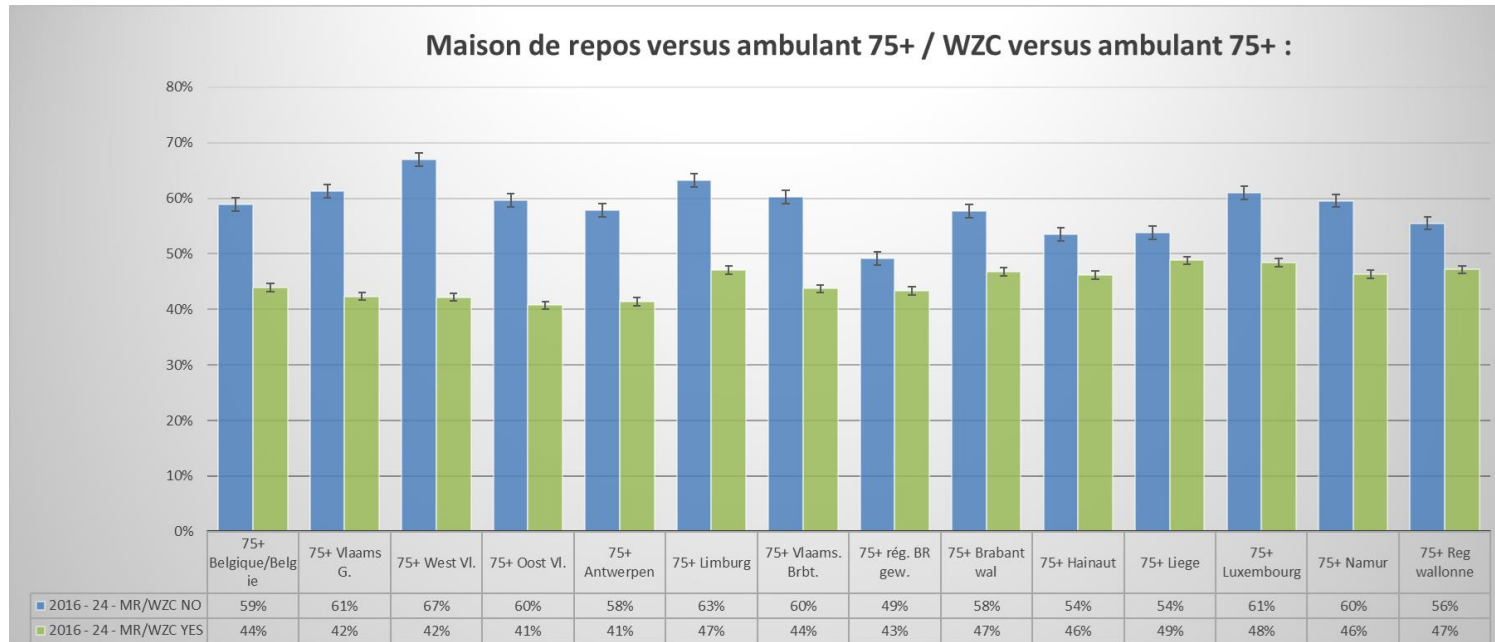
Daarom pleiten we ervoor om bij het aanvragen van labotesten te kiezen voor een wetenschappelijk onderbouwde, gerichte case-finding. Vraag enkel en alleen de testen aan die bij een specifieke patiënt noodzakelijk zijn om een klinisch vermoeden/verdenken te bevestigen of te weerleggen.

**\*NB:** Uiteraard valt gerichte case-finding niet onder de noemer 'overbodige screening'.

⇒ **Proportie verzekerden  $\geq 75$  jaar die een overbodige\* schildklierfunctiescreening kregen**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar zonder gekende diabetes of schildklierlijden, die in de loop van het jaar een schildklierfunctiescreening kregen, waarbij het voorschrift door de huisarts werd opgesteld.

De betrokken populatie vertegenwoordigt 72% van de WZC-populatie (61.253 verzekerden in de huidige analyse).

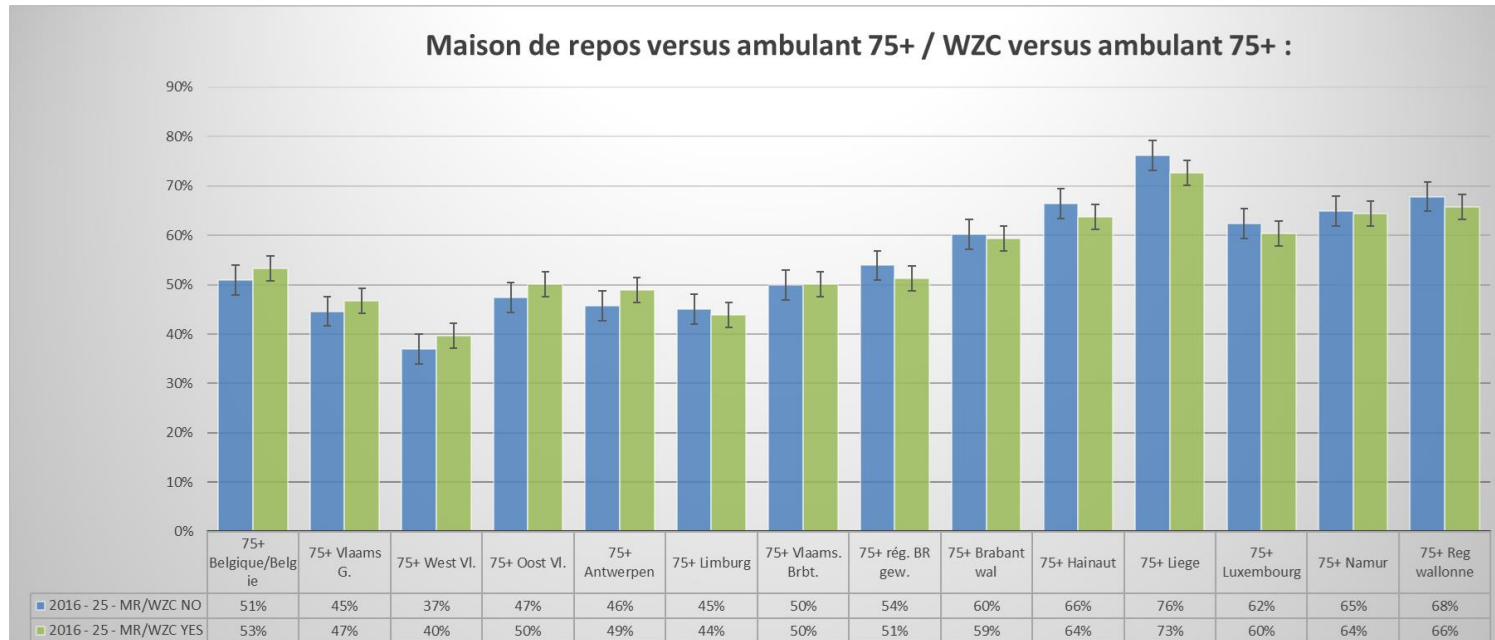




⇒ **Overmatig gebruik van gecombineerde T4-T3-bepaling bij screening naar een schildklierfunctiestoornis**

De indicator geeft het percentage weer van de bewoners zonder gekende diabetes of schildklierlijden die een TSH-screening kregen, waarbij eveneens een T4- en/of T3-bepaling werd verricht, voorgeschreven door de huisarts.

De betrokken populatie vertegenwoordigt 38% van de WZC-populatie (32.745 verzekerden in de huidige analyse).



## 2. Diagnose

### HYPERTENSIE

➤ **Bepaal steeds\* creatinine voor opstart van diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten.**

\*Een bepaling tot 6 maanden voor opstart wordt als recent beschouwd. In dat geval hoeft er geen herhaling plaats te vinden, tenzij er argumenten zijn om een achteruitgang van de nierfunctie in deze periode te vermoeden.

### REFLECTIE

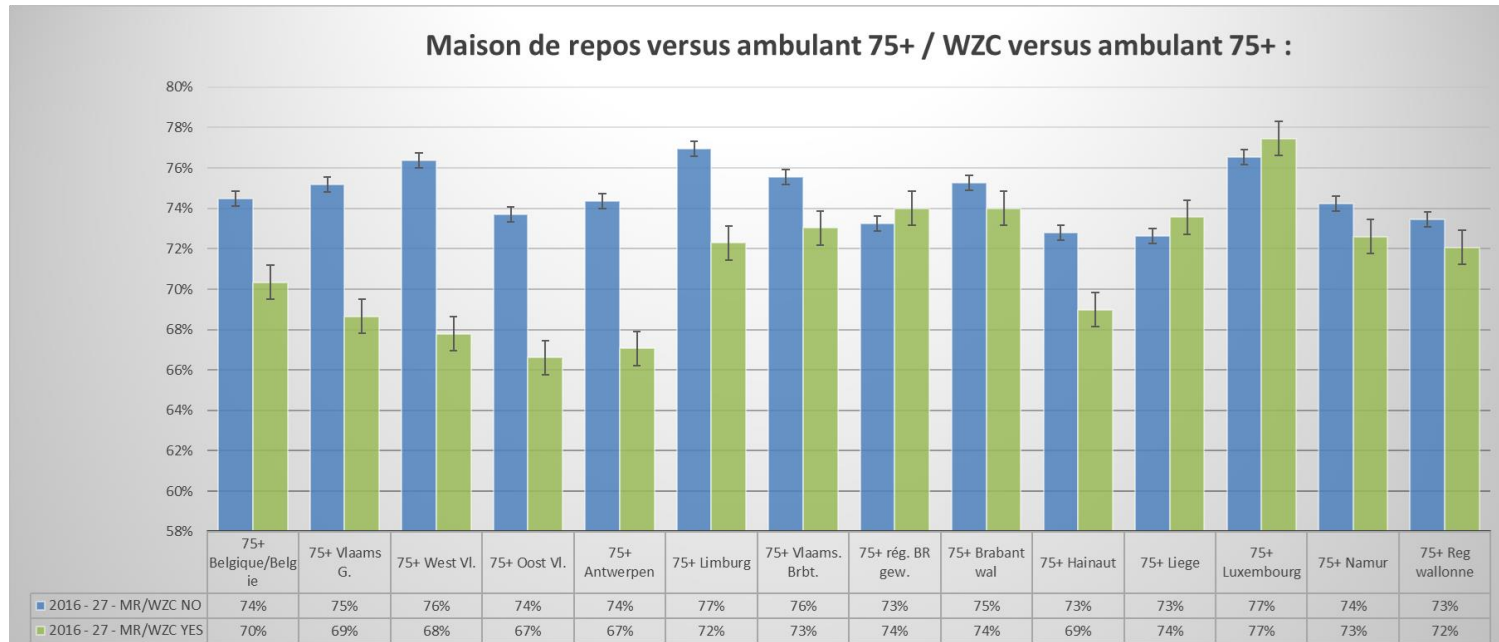
Patiënten met hypertensie zijn at risk voor een verminderde nierfunctie. Diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten pakken de hypertensie aan. Op lange termijn is er hierdoor een nefroprotectief effect. Anderzijds kan de nierfunctie acuut (verder) gelimiteerd raken bij gebruik van deze medicatie.

Daarom volgen we de wetenschappelijke evidentie en pleiten we ervoor om de nierfunctie (creatinine) van alle nieuwe gebruikers te bepalen vóór opstart. Zo is er een individuele referentiewaarde om een gepaste follow-up van de nierfunctie te kunnen voorzien.

⇒ **Proportie van nieuwe gebruikers van antihypertensiva met een correcte opstart (i.e. met recente bepaling van creatinine)**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar bij wie er gestart werd met diuretica, ACE-remmers of angiotensine 2-antagonisten, die voordien een bepaling van creatinine kregen (alle voorschrijvers samen).

De betrokken populatie vertegenwoordigt 5% van de WZC-populatie  $\geq 75$  jaar (4.318 verzekerden in de huidige analyse).



### 3. Follow-up

#### DIABETES

➤ **Bied bewoners met diabetes mellitus een correcte\* follow-up.**

\*Dit houdt in: jaarlijkse meting van de lipidenstatus, om de 3 maanden meting van de nuchtere glycemie, 2 maal per jaar meting van HbA<sub>1c</sub>, jaarlijkse meting micro-albuminurie of proteïnurie, jaarlijks oftalmologisch nazicht.

#### REFLECTIE

Ondanks het goed onderbouwde, uitgewerkte zorgpad rond diabetes (diabetespas, zorgtraject, diabetesconventie), blijkt een optimale opvolging van diabetici verre van evident. Naast de huisarts, zijn natuurlijk ook de specialist (endocrinoloog, oftalmoloog) en de patiënt zelf belangrijke spelers in dit proces.

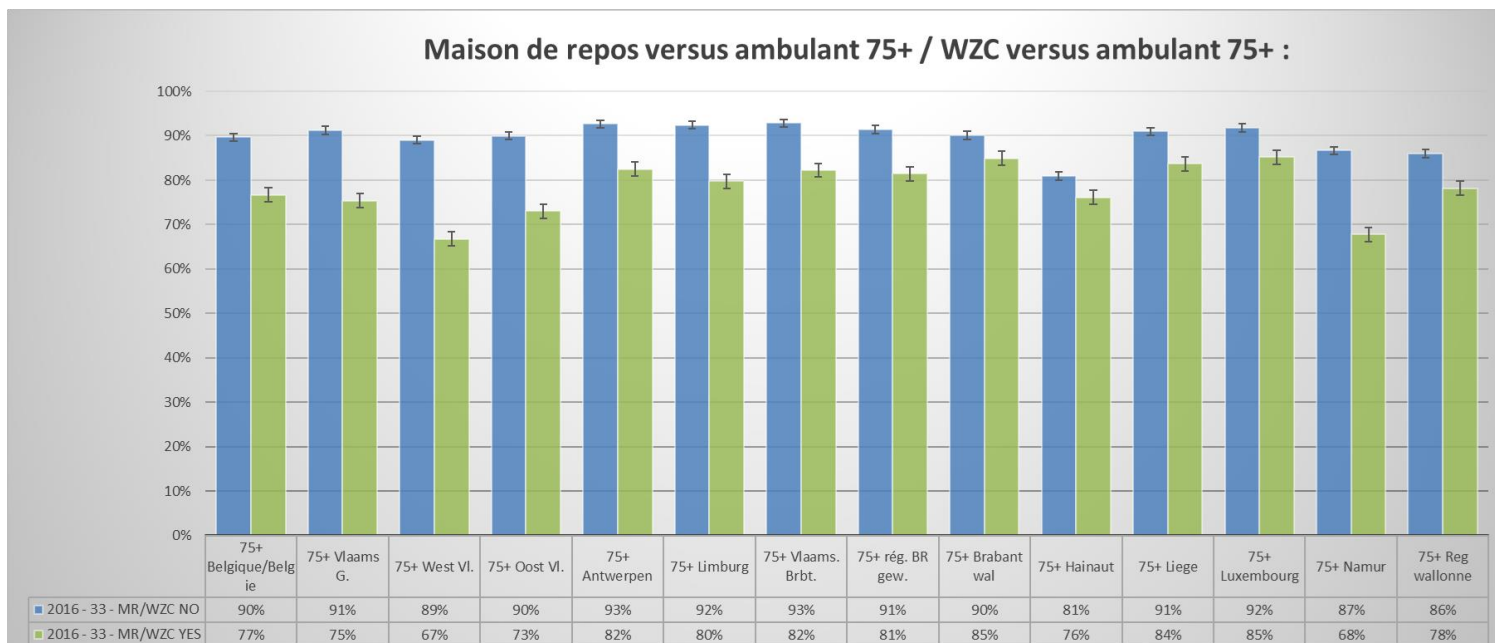
***Motivationale factoren, bereikbaarheid van specialisten en een goede communicatie tussen de verschillende zorgverleners (taakverdeling, rapportering) zijn enkele elementen die maken dat de zorg rond deze chronische aandoening zo complex is. Goede afspraken tussen de verschillende zorgverleners op lokaal niveau zijn essentieel om deze zorg te optimaliseren.***

## Insuline-dependente diabetici

De betrokken populatie vertegenwoordigt 6% van de WZC-populatie (4.692 verzekerden in de huidige analyse).

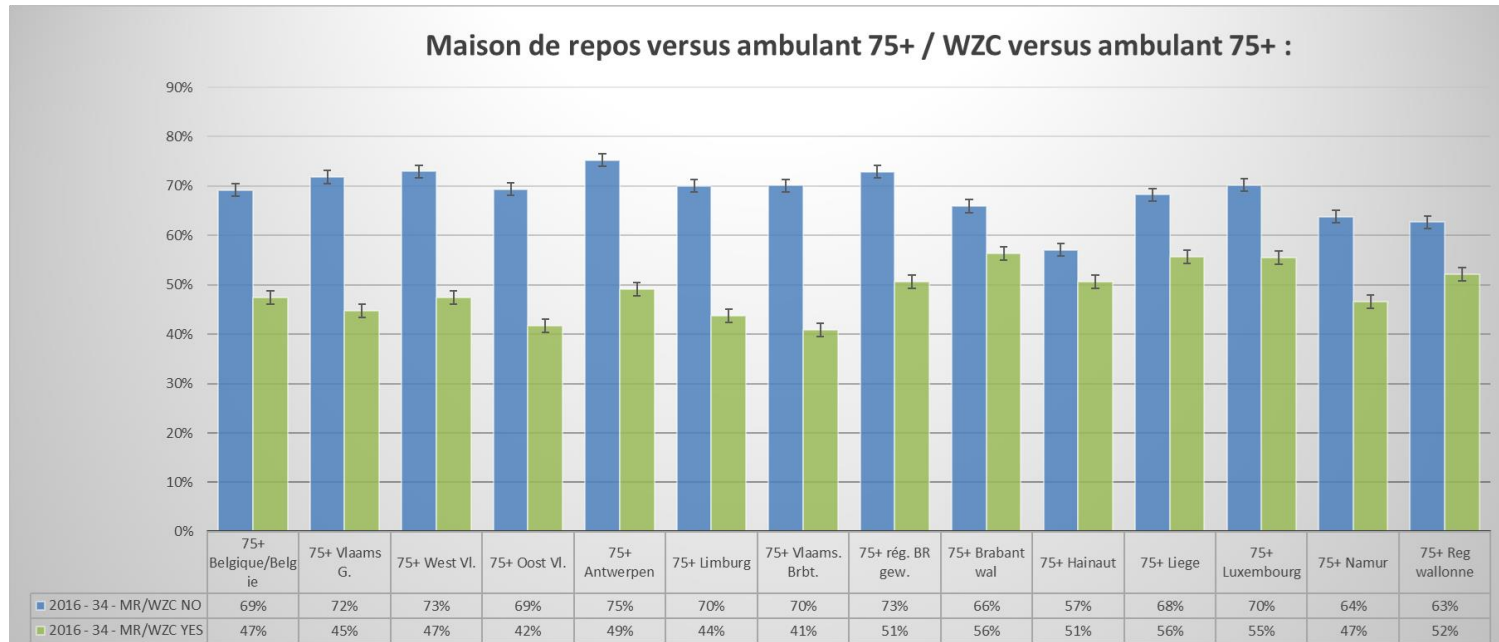
### ⇒ Proportie diabetici met HbA1c –bepaling om de 6 maanden

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden ≥75 jaar met insuline-dependente diabetes die minstens 2 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun HbA1c-waarde kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



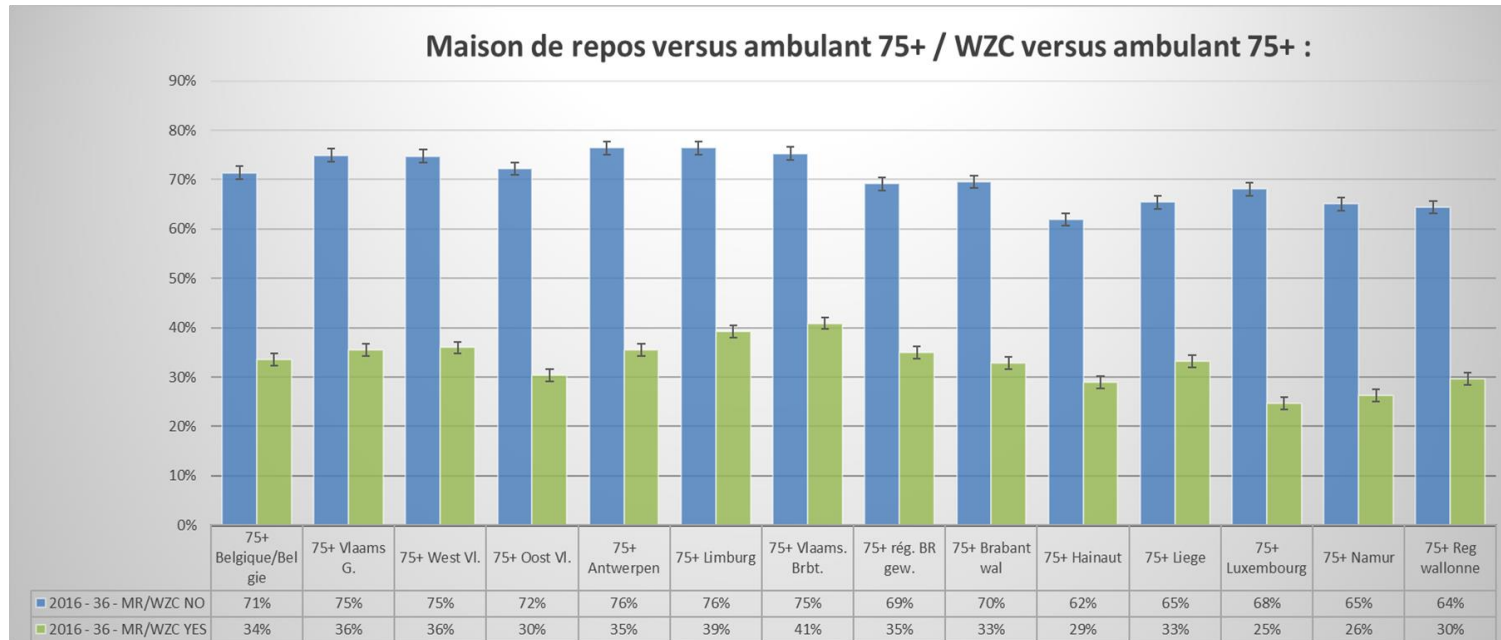
⇒ **Proportie diabetici met jaarlijkse bepaling van proteïnurie / micro-albuminurie**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar met insuline-dependente diabetes die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun proteïnurie en/of micro-albuminurie kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



⇒ **Proportie diabetici met jaarlijks oftalmologisch nazicht**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar met insuline-dependente diabetes die minstens 1 keer in het gemeten jaar een oftalmologisch consult kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

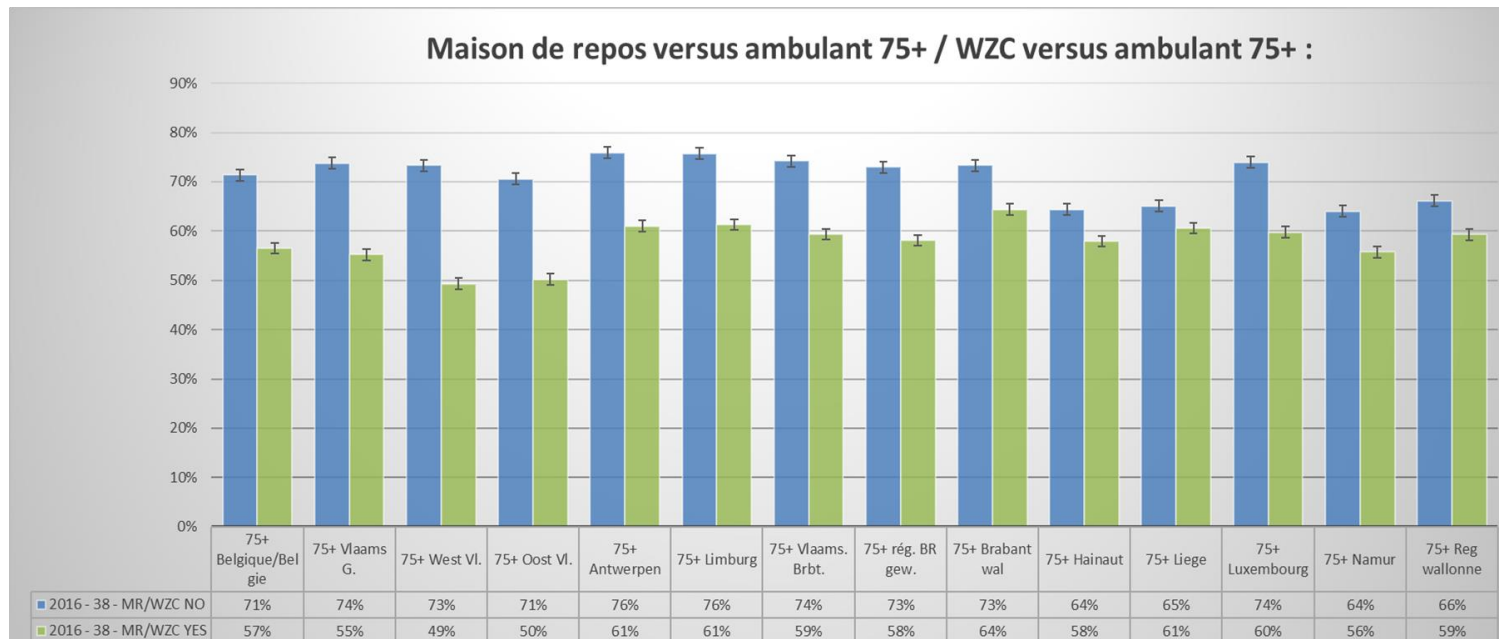


## Niet-insuline-dependente diabetici

De betrokken populatie vertegenwoordigt 5% van de WZC-populatie (3.942 verzekerden in de huidige analyse).

### ⇒ Proportie diabetici met HbA1c –bepaling om de 6 maanden

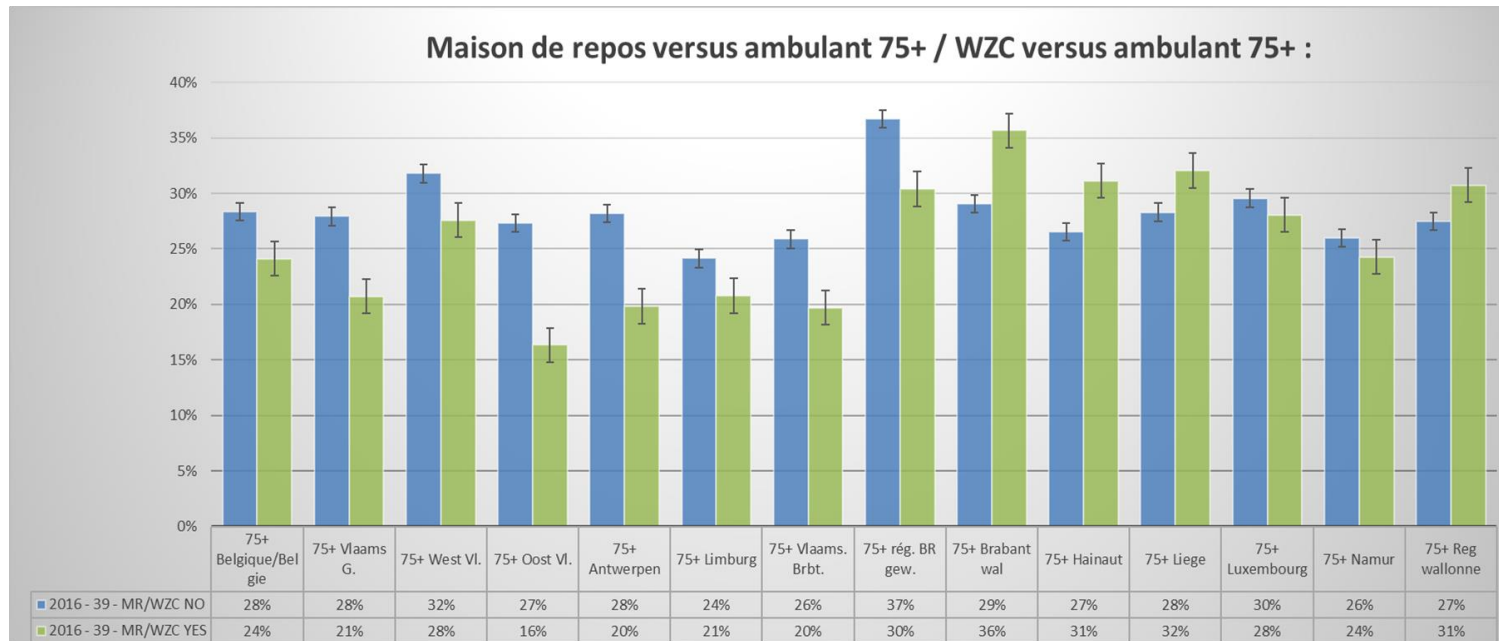
De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar met niet-insuline-dependente diabetes die minstens 2 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun HbA1c-waarde kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).





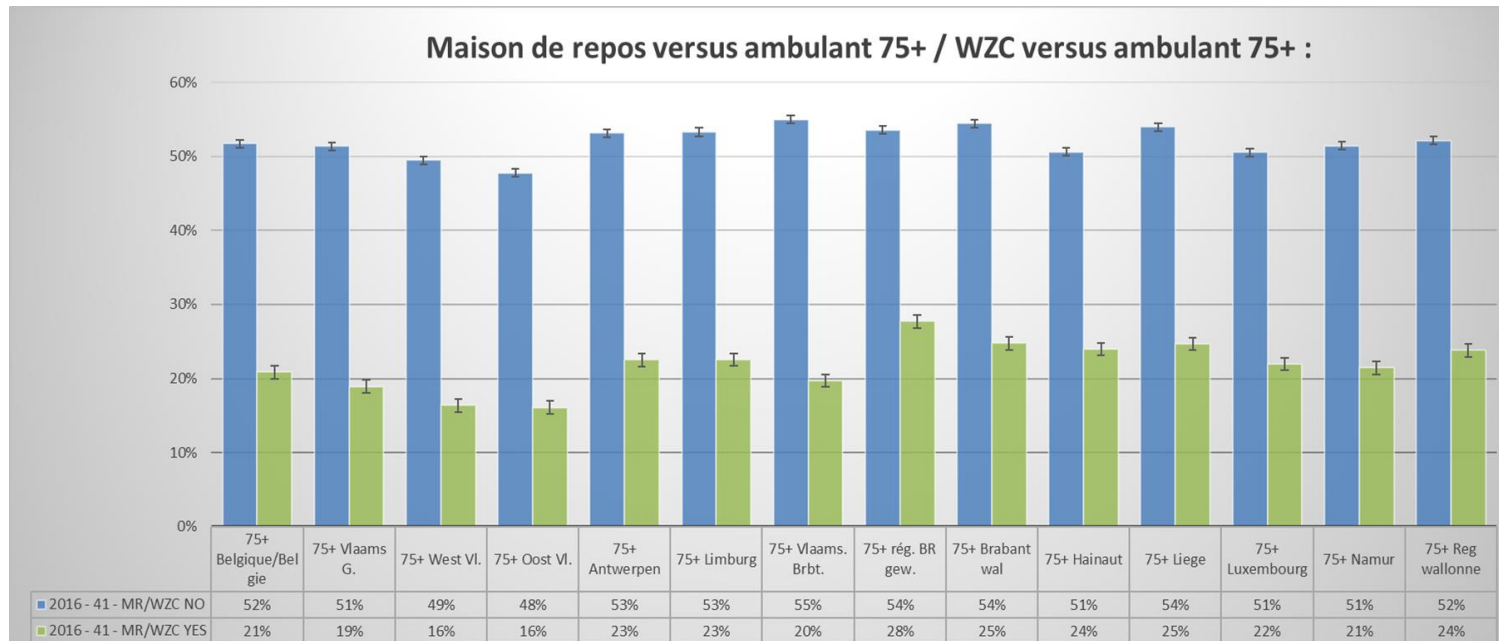
⇒ **Proportie diabetici met jaarlijkse bepaling van proteïnurie / micro-albuminurie**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar met niet-insuline-dependente diabetes die minstens 1 keer in het gemeten jaar een bepaling van hun proteïnurie en/of micro-albuminurie kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



⇒ **Proportie diabetici met jaarlijks oftalmologisch nazicht**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar met niet-insuline-dependente diabetes die minstens 1 keer in het gemeten jaar een oftalmologisch consult kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).



## HYPERTENSIE

- **Controleer 1 x / jaar creatinine bij patiënten die behandeld worden met ACE-inhibitoren, sartanen of diuretica.**

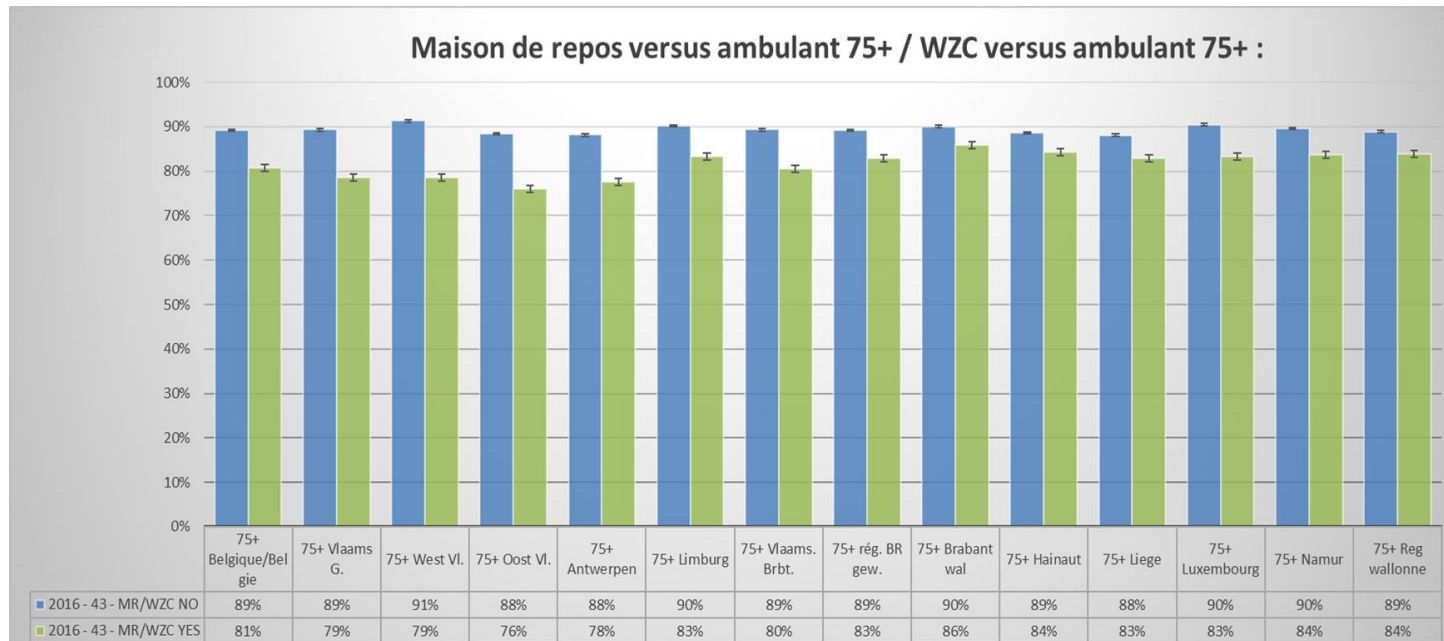
### REFLECTIE

Patiënten met hypertensie zijn at risk voor een verminderde nierfunctie. Diuretica, ACE-remmers en angiotensine 2-antagonisten pakken de hypertensie aan (nefroprotectief effect op lange termijn). Anderzijds kan de nierfunctie acuut (verder) gelimiteerd raken bij gebruik van deze medicatie. Daarom wordt aangeraden om de nierfunctie van gebruikers minstens jaarlijks op te volgen. Zo kunnen er, indien nodig, gerichte therapeutische aanpassingen (bv. dosisaanpassing, switch molecule/klasse) gebeuren.

⇒ **Proportie van de verzekerden  $\geq 75$  jaar die ACE-I, sartanen of diuretica nemen, met correcte biochemische follow-up ( $\geq 1$ x/jaar creatinine)**

De indicator geeft het percentage weer van de verzekerden  $\geq 75$  jaar, behandeld met ACE-I, sartanen of diuretica, die minstens 1 keer in het gemeten jaar een creatinine-bepaling kregen (alle voorschrijvers en verstrekkers samen).

De betrokken populatie vertegenwoordigt 38% van de WZC-populatie (32.258 verzekerden in de huidige analyse).



## REFERENTIES

### Geneesmiddelen

- ⇒ Advies Hoge Gezondheidsraad 'Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep – Winterseizoen 2017-2018'.
- ⇒ BAPCOC - Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, editie 2012:  
[http://www.bcfi.be/legacy\\_assets/antibioticagids-nl.pdf](http://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-nl.pdf)
- ⇒ BAPCOC / BVIKM – Richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in ziekenhuizen 2017:  
[http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc\\_guidelineshospi\\_2017\\_sbimc-bvikm\\_nl\\_v1.pdf](http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guidelineshospi_2017_sbimc-bvikm_nl_v1.pdf)
- ⇒ BAPCOC doelstellingen 2014-2019:  
[http://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/policy\\_paper\\_bapcoc\\_executive\\_summary\\_2014-2019\\_english.pdf](http://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/policy_paper_bapcoc_executive_summary_2014-2019_english.pdf)
- ⇒ Penicillin allergy-getting the label right. Drug Ther Bull 2017; 55(3):33-6.
- ⇒ Farmaka: formularium ouderenzorg <https://www.farmaka.be/nl/formularium/> (november 2017)
- ⇒ O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015; 44(2): 213–8.
- ⇒ Domus Medica:  
Richtlijn 'Depressie bij volwassenen' – 2016  
Richtlijn 'Diabetes Mellitus type 2' - 2015

- ⇒ *Farmaka presentaties:*
  - « Polyfarmacie bij ouderen » – 2014
  - « Hypercholesterolemie in primaire preventie » – 2013
  - « Aanpak van artrose » – 2013

## Klinische biologie

- ⇒ *Domus Medica: Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen – Gevalideerd door CEBAM in maart 2011 en april 2012*
- ⇒ *Domus Medica: Richtlijn Diabetes Mellitus - Laatste update: 05.05.2015 Laatste contextuele review: 05.05.2015*