

Nascholing over richtlijn polyfarmacie bij ouderen

# Stapeling medicijnen bij ouderen aangepakt

Heleen Croonen

De nieuwe multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen adviseert een jaarlijks consult met alle kwetsbare ouderen die meer dan vijf geneesmiddelen krijgen. Er wordt nog wel gesteggeld over de vergoeding en ook de automatisering voldoet nog niet.

**T**ijdens een dagje uit neem ik de plasmedicatie niet in, want na drie kwartier begint de ellende en die duurt vier tot vijf uur', aldus een van de ouderen uit de focusgroep van de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Een ander: 'Je moet te veel medicijnen in de ochtend innemen, ik verdeel ze over de dag.' Deze voorbeelden zetten het

probleem op de kaart: kwetsbare ouderen die veel medicijnen krijgen, zien door de bomen het bos niet meer en gebruiken medicijnen vaak anders dan voorgeschreven. Bovendien is de therapietrouw vaak laag. De nieuwe richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, die in mei verscheen, pleit er daarom voor dat zorgverleners met deze kwetsbare ouderen in gesprek gaan over

Beelden uit de MCTv nascholing over polyfarmacie bij ouderen.



### De START-STOPP-criteria

Geneesmiddelen zijn voor registratie te weinig onderzocht bij ouderen met multimorbiditeit, daar zijn alle deskundigen het over eens. Er zijn verschillende lijsten in omloop met criteria die aangeven waar ouderen baat bij hebben, en welke geneesmiddelen beter vermeden kunnen worden. De richtlijncommissie heeft de lijsten naast elkaar gelegd, voor de insiders: POM, Beers, IPET, Rancourt, Laroche, Winit-Watjana en Norgep, en ze kwam uit op de START-STOPP-lijst. Deze lijst bestaat uit twee delen. Deel één is een lijst met geneesmiddelen die je bij ouderen wel zou

moeten voorschrijven, de START-lijst (*Screening Tool to Allert doctors to Right Treatment*). Een voorbeeld: een protonpompremmer bij NSAID's voor 70-plussers, of een laxans bij opiaten. Tweede deel is de STOPP-lijst (*Screening Tool of Older Peoples Prescription*). Die bevat middelen die potentieel ongewenst zijn, denk aan tricyclische antidepressiva bij dementie, omdat ze verslechtering van de cognitie kunnen geven.

De richtlijncommissie heeft een vertaalslag gemaakt naar de Nederlandse NHG-richtlijnen.

hun medicijngebruik. 'Te vaak wordt over de hoofden van deze mensen besloten', benadrukt Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en apotheker. Zij is lid van de kerngroep van de richtlijncommissie en heeft meegeschreven aan de lijvige richtlijn. Verduijn is de eerste om toe te geven dat al deze gesprekken met ouderen veel tijd kosten, tijd die niet voldoende wordt vergoed. Maar zij is optimistisch: de randvoorwaarden van deze nieuwe richtlijn zijn een mooie uitdaging voor het veld, verschillende groepen zijn al van start gegaan.

#### Implementatie

Huisarts Anne Bram Visser bladert door het document en zucht ervan. Zijn praktijk in Doorwerth, een dorpje bij Arnhem, krijgt het druk met deze richtlijn. Een kwart van zijn patiënten behoort namelijk tot de doelgroep. Hij is handig met ICT, en heeft van alles geprobeerd, maar de selectie van de doelgroep die de richtlijn omschrijft, is niet te maken. Alle patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen uit verschillende groepen slikken, met een bepaalde kwetsbaarheid – dat kan de computer niet op een rijtje zetten. Hij heeft vervolgens bij de apotheker aangeklopt, twee deuren verder, die wel een lijst kon maken met de oudere veelgebruikers. Op kwetsbaarheid kon de apotheker echter niet selecteren, zoals verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, of niet zelfstandig wonend. Die gegevens staan weer in het dossier van de huisarts. Ligt het aan de systemen? Nee, geen enkele huisarts of apotheker kan zelfstandig de selectie maken, erkent Verduijn van

het NHG, tenzij je apotheekhoudend huisarts bent. Huisartsen en apothekers moeten dus wel samenwerken voor deze richtlijn. Uit de apotheekcomputer in Doorwerth rollen 190 oudere veelslikkers. Visser gaat rekenen: 'Het zou 1 tot 2 uur per patiënt kosten; daarmee zou ik een dag per week kwijt zijn aan alleen polyfarmacie. Ik zou nergens anders meer aan toekomen.' Vissers praktijk is natuurlijk wel een uitzondering; zoveel ouderen heeft een gemiddelde huisartsenpraktijk niet.

#### Grieks doosje

Hoe uitvoerbaar is de richtlijn in een gemiddelde praktijk, waar minder ervaring is met ouderen? Dat wordt komende maanden getest in drie Farmacotherapeutisch Overleg-groepen. Artsen uit deze groepen proberen de richtlijn ieder bij vijf patiënten uit. Het NHG en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM, voorheen DGV) begeleidt deze pilot. De consultants van dit instituut zijn al jaren actief in de eerste lijn op het gebied van polyfarmacie. Visser heeft onlangs ook een project gedaan met het IVM. Daarin besprak hij met een andere huisarts en een apotheker de medicatie van alle bewoners van een naburig verzorgingshuis. In dit project had de verzorgende het gebruik van de geneesmiddelen uitgevraagd bij de bewoners. Het bleek erg nuttig om niet alleen te varen op de gegevens uit de computer, maar zelf met de mensen in gesprek te gaan, iets wat de richtlijncommissie ook aanbeveelt. Veel medicatie werd namelijk in de praktijk niet geslikt, ook bleken parallel geïmporteerde geneesmiddelen veel problemen te geven. De pillen uit een Grieks of Frans doosje kunnen lastiger breekbaar zijn of te groot om door te slikken.

Visser: 'Het is leuk om een onafhankelijk oordeel te krijgen over je eigen voorschrijfgedrag.

**'Leuk om een onafhankelijk oordeel te krijgen over je eigen voorschrijfgedrag'**

## Tien vragen over de richtlijn

### 1 **Waarom is er een nieuwe richtlijn?**

Ouderen die veel geneesmiddelen gebruiken, lopen een verhoogd risico op schadelijke effecten. In mei 2012 verscheen deze nieuwe richtlijn voor betere begeleiding van deze kwetsbare veelgebruikers.

### 2 **Wie hebben de richtlijn samengesteld?**

Een multidisciplinair team van onder meer huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater, (klinisch) farmacologen, (ziekenhuis)apothekers en gezondheidseconomen. Onderhoud is in handen van het NHG (huisartsen) en de NVKG (klinisch geriater).

### 3 **Hoe zijn de patiënten vertegenwoordigd?**

In de commissie zaten mensen van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad en de belangenorganisatie voor senioren (ANBO). Verder heeft de commissie een focusgroep georganiseerd met patiënten.

### 4 **Voor wie is de richtlijn relevant?**

Artsen die ouderen als patiënt hebben die risico lopen op schade door geneesmiddelen. Vooral huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en (klinisch) geriater. De richtlijn betreft vooral de eerste lijn.

### 5 **Over welke patiënten gaat de richtlijn?**

Ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie (chronisch vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende groepen) en een van de risicofactoren: verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, verminderde therapietrouw, niet zelfstandig wonend en/of niet geplande ziekenhuisopname van meer dan vier dagen.

### 6 **Wat is er nieuw aan de anamnese?**

De patiënt, eventueel begeleid door de mantelzorger, wordt uitgevraagd over de medicijnen in een 'farmacotherapeutische anamnese'.

### 7 **Wat is er nieuw aan de diagnostiek?**

De farmacotherapeutische anamnese wordt geanalyseerd, en farmacotherapie gerelateerde problemen geïdentificeerd, aan de hand van een lijst zoals de START-STOPP-criteria in een 'farmacotherapeutische analyse'.

### 8 **Wat is er nieuw aan de verwijzing?**

Voorgestelde veranderingen worden overlegd met de apotheker en met de oorspronkelijk voorschrijvers. Uit dit gesprek volgt een farmacotherapeutisch behandelplan.

### 9 **Wat is er nieuw aan de behandeling?**

Het farmacotherapeutisch behandelplan wordt besproken met de patiënt, en uitgevoerd.

### 10 **Wat is er nieuw aan de follow-up en nazorg?**

Binnen drie maanden volgt een nieuw consult met de patiënt om het farmacotherapeutisch behandelplan te evalueren. Minimaal een keer per jaar vindt een nieuwe evaluatie plaats. Bij overgang tussen eerst en tweede lijn wordt overgedragen dat een medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden.

We hebben allemaal onze voorkeuren voor bepaalde middelen. De grootste winst van dit project was de bewustwording bij het voorschrijven.'

### Kosten

Voorkómen van ongewenste medicatie is beter dan herstellen, vindt ook de richtlijncommissie. De commissieleden staan dicht bij de automatiseerders, en opname van de richtlijn in de voorschrijfsystemen staat hoog op de agenda. Ze kijken of de START-STOPP-criteria voor goed voorschrijven bij ouderen (zie *kader*), kunnen worden opgenomen in de medisch-farmaceutische beslisseregels. Deze kunnen vervolgens een plaats krijgen in het computersysteem, waardoor je wordt gewaarschuwd als je bijvoorbeeld een hoge dosis digoxine wilt voorschrijven aan een 65-plusser.

Vooral nog zal de doelstelling van de richtlijn – een medicatiebeoordeling voor alle kwetsbare ouderen met polyfarmacie – een omvangrijke operatie zijn. Naar schatting zijn er in Nederland 755.000 ouderen met polyfarmacie. De richtlijncommissie raamt de kosten op 103 tot 229 miljoen euro per jaar, een flinke hap uit de landelijke huisartsenuitgaven van 2,7 miljard. Deze investering is niet realistisch, erkent Verduijn van de NHG. 'Maar de kosten worden lager, als de automatisering goed is geregeld. Daarbij zullen de eerste gesprekken veel tijd kosten, maar daarna is medicatie "opgeschoond" en zijn vooral onderhoudsgesprekken nodig.'

### Weinig bewijs

Deze richtlijn vraagt investeringen in tijd en geld, maar wat levert het feitelijk op? Het lijkt zonneklaar dat kwetsbare ouderen met veel geneesmiddelen meer risico lopen op schade door geneesmiddelen, maar bewezen is het niet. De selectie van patiënten die de richtlijn voorstelt, heeft bijvoorbeeld het laagste bewijsniveau dat het CBO kent: de mening van deskundigen. Ook het effect van de medicatiebeoordeling die de commissie voorstelt, kent weinig onderbouwing op harde eindpunten. Sterker nog: klinisch onderzoek uit het buitenland heeft laten zien dat er geen effect is op klinische uitkomstmaten als ziekenhuisopnames, mortaliteit en kwaliteit van leven. Verduijn van de richtlijncommissie pareert dat voor de START/STOPP-criteria wel bewijs is voor minder ziekenhuisopnames. Daarbij is er veel variatie binnen de beschikbare onderzoeken. De eigen arts en apotheker waren vaak niet betrokken, de individuele behoeften van de patiënt waren




niet meegewogen, de onderzochte patiëntengroepen waren klein en divers. Deze aspecten zijn van belang, zegt Verduijn, want 'we weten uit Nederlands onderzoek dat er veel fout kan gaan, en dat de eigen zorgverleners een verschil kunnen maken.'

Verduijn doelt op het HARM-onderzoek en de promotie van Anne Leendertse, apotheker en lid van de richtlijncommissie. Hieruit bleek dat één op de 18 ongeplande ziekenhuisopnames wordt veroorzaakt door een geneesmiddel. Dit kost de maatschappij jaarlijks 94 miljoen euro. Deze opnames zijn voor een groot deel te voorkomen als apotheker, huisarts en patiënt

intensief samenwerken en samen een farmacotherapeutisch behandelplan opstellen.

#### Klein beginnen

'Als je de richtlijn leest, schrik je van de omvang en de kostenraming', erkent ook commissielid en huisarts Leo Veehof, wiens promotieonderzoek naar polyfarmacie bij ouderen in de huisartsenpraktijk al vele jaren steeds opnieuw wordt aangehaald. 'Maar laat je niet afschrikken en begin gewoon op kleine schaal. Ga bijvoorbeeld met vier huisartsen rond de tafel zitten en bespreek de medicatie van alle 80-plussers uit de praktijk', aldus de huisarts. De belangrijkste boodschap uit de richtlijn is volgens Veehof dat artsen meer in gesprek moeten gaan met ouderen over hun medicatie; de praktijkondersteuner kan dat ook prima doen. Het kan betekenen dat je een geneesmiddel niet voorschrijft voor een oudere, ook al schrijft de aandoeningsgerichte richtlijn het gebruik wel voor, omdat er evidence voor is. Het gaat er namelijk vooral om of de individuele oudere met zijn persoonlijke wensen er baat bij heeft. Veehof: 'Er is veel verscheidenheid onder 65-plussers. Je hebt 80-jarigen die nog de Vierdaagse van Nijmegen lopen, maar ook mensen die het benauwd hebben en in een rolstoel zitten. Wat vindt deze individuele patiënt belangrijk op zijn oude dag? Het maakt uit voor wat de medicatie moet doen: klachten verminderen of ervoor zorgen dat men zo lang mogelijk leeft.' 

Zie ook het praktijkperikel Guinness World Records op blz. 2671.



Meer informatie en artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

#### MCTv nascholing over polyfarmacie bij ouderen

De multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' staat centraal in een nieuwe gratis en geaccrediteerde aflevering van MCTv nascholing. De uitzending is vanaf donderdag 29 november te zien. Hoe organiseer je deze gesprekken met kwetsbare ouderen? Hoe beoordeel je de medicatie? Een aantal gasten zal in een rondetafelgesprek onder leiding van MC-journalist en huisarts Sophie Broersen discussiëren over de implementatie van de richtlijn. In een casus wordt de richtlijn stap voor stap uitgelegd.

Ga nu vast naar de website, want u kunt onder dit artikel uw vraag voor de uitzending alvast stellen. Doe het wel voor maandag 26 november. Tijdens het rondetafelgesprek komen deze vragen van lezers aan de orde.

Kijk op [www.medischcontact.nl/nascholing](http://www.medischcontact.nl/nascholing)

**mctv**  
nascholing  
live-uitzending