

Herziene module Medicatiebeoordeling beperkt werklust voor huisarts en apotheker

Jako Burgers, Monique Verduijn, Rob van Marum, Henk-Frans Kwint

De module Medicatiebeoordeling uit de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is herzien. De primaire doelgroep is beperkt tot patiënten van 75 jaar of ouder die tien of meer geneesmiddelen gebruiken en/of kwetsbaar zijn. Voor andere groepen zijn ook minder uitgebreide evaluaties beschikbaar. De nieuwe module is praktisch en beperkt de werklust voor huisarts en apotheker.

De Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen bevatte sinds 2012 de aanbeveling om een medicatiebeoordeling (MBO) proactief aan te bieden aan patiënten van 65 jaar of ouder die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken en/of die een of meer risicofactoren hebben voor farmacotherapeutische problemen (sterk verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw).¹

Een MBO is een integrale beoordeling van de farmacotherapie, uitgevoerd door een arts en een apotheker in samenspraak met de patiënt en/of diens mantelzorg, op basis van een gestructureerde en kritische evaluatie van alle medische, farmaceutische en gebruiksinformatie, met als doel het optimaliseren van de effectiviteit van de farmacotherapie en het verminderen van de kans op farmacotherapeutische problemen.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een MBO voor de genoemde doelgroep niet effectief en niet doelmatig is.²⁻⁷ In de praktijk is er behoefte aan minder uitgebreide vormen van farmacotherapeutische evaluatie, die beter aansluiten bij de verschillende risicoprofielen van patiënten in de eerste lijn. Daarom hebben het NHG, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) onlangs de module Medicatiebeoordeling uit de multidisciplinaire richtlijn herzien. De nieuwe aanpak is praktisch en haalbaar, met een beperkte werklust voor de huisarts en apotheker [kader]. Meer informatie over de totstandkoming van de herziene module is te vinden op <https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen>.

SELECTIE VAN PATIËNTEN

Alle kwetsbare patiënten met polyfarmacie hebben er recht op dat hun medicatie wordt geëvalueerd om eventuele schadelijke gevolgen van over- of onderbehandeling zoveel mogelijk te beperken. Een volledige MBO is wenselijk wanneer het risico op farmacotherapeutische problemen hoog is, bij een minder hoog risico volstaat een minder uitgebreide evaluatie. In de literatuur zijn geen vaste criteria te vinden voor de selectie van

MENEER EN MEVROUW DE GROOT

Meneer [84 jaar] en mevrouw De Groot [78 jaar] zijn al jaren bij u in de praktijk. Ze wonen zelfstandig in een seniorenappartement. Beiden hebben hypertensie en hypercholesterolemie, en ze komen samen regelmatig op controle bij de praktijkondersteuner. Hij heeft tevens diabetes mellitus type 2, een dalende nierfunctie en jicht. Meneer gaat de laatste tijd cognitief wat achteruit en hij is een maand geleden gevallen; dit is aanleiding om de medicatie te evalueren. Mevrouw De Groot is redelijk vitaal en komt altijd mee met haar man. Wel gaf zij bij het laatste bezoek aan dat ze af en toe duizelig is en dat de zorg voor haar man haar steeds zwaarder valt. U vraagt de apotheker ook naar haar medicatie te kijken.

De apotheker nodigt het echtpaar uit voor een gesprek en stuurt hen ter voorbereiding daarvan een vragenlijst over het medicatiegebruik en eventuele problemen die daarbij worden ervaren. Ze nemen de ingevulde vragenlijst mee bij het bezoek aan de apotheek. Meneer ervaart weinig problemen met gebruik van de medicatie, maar geeft wel aan last te hebben van spierpijn in de kuit. Mevrouw wijt haar duizeligheid aan vermoeidheid door slecht slapen.

De [tabel] geeft een overzicht van het medicatiegebruik van het echtpaar, gerelateerd aan de episodische uit het elektronisch dossier. De apotheker voert een medicatiebeoordeling uit bij meneer. Bij mevrouw voert de apotheker geen medicatiebeoordeling uit, maar stelt voor dat mevrouw een afspraak maakt met haar praktijkondersteuner om na te gaan of zij [tijdelijk] kan stoppen met een van de antihypertensiva, omdat er mogelijk een relatie is met de duizeligheidsklachten.

patiënten bij wie een MBO zinvol zal zijn, maar er is wel een richting aan te geven.

Mede met het oog op de praktische haalbaarheid kiest de nieuwe module primair voor de doelgroep met het hoogste risico: patiënten van 75 jaar of ouder die langdurig tien of meer geneesmiddelen gebruiken of bij wie kwetsbaarheid is vastgesteld.⁸ Het staat patiënten (of hun naasten) natuurlijk vrij om zelf het initiatief te nemen tot een gesprek over hun medicatie.

Factoren die, vooral in combinatie met elkaar, ouderen kwetsbaar maken, zijn onder meer:⁹

- recente ziekenhuisopname.¹⁰
- een of meer *geriatric giants* (mobiliteitstoornissen, balansproblemen, cognitieve achteruitgang, incontinentie);
- ontbreken van een sociaal netwerk, recent verlies van een partner of alleenstaand zijn;
- lage opleiding of laaggeletterdheid;
- sterk afgenomen levensverwachting.

DOEL EN UITVOERING

In een MBO wordt het medicatiegebruik beoordeeld aan de hand van een actueel overzicht van alle medicatie en alle relevante medische gegevens, indicaties en laboratoriumuitslagen.

Tabel

Medicatiegebruik, problemen en actiepunten bij het echtpaar De Groot

Episoden	Medicatie	Farmacotherapeutische problemen	Actiepunten/beleid
Meneer De Groot, 84 jaar			
TIA [2016]	<ul style="list-style-type: none"> ■ carbasalaatcalcium sachet, 1 dd 100 mg ■ omeprazol capsule, 1 dd 20 mg ■ atorvastatine tablet, 1 dd 20 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ dipyridamol ontbreekt, dan wel monotherapie met clopidogrel [aanbevolen in NHG-Standaard Beroerte] ■ spierpijn in kuit, met name 's avonds, mogelijk gerelateerd aan statine [LDL 2,0 mmol/l] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ niet toevoegen dipyridamol vanwege kans op bijwerkingen en ernstige nierfunctiestoornis [eGFR 19 ml/min] ■ vervangen door clopidogrel kan wel; dan kan omeprazol gestopt worden ■ atorvastatine kan op proef gestopt
Diabetes mellitus type 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ metformine tablet, 1 dd 500 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ geen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zo doorgaan; laatst gemeten HbA1c 55 mmol/mol
Hartfalen, hypertensie	<ul style="list-style-type: none"> ■ metoprolol retard tablet, 1 dd 50 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ACE-remmer en diuretica ontbreken, meneer heeft deze jaren gebruikt, waarom gestopt? ■ is metoprolol nog wel geïndiceerd? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ volgens cardioloog licht verminderde ventrikel functie ondanks NT-proBNP 550 pg/ml; fosinopril is in 2015 gestopt vanwege duizeligheid en vermoede orthostatische hypotensie; laatst gemeten bloeddruk 127/62 mmHg; metoprolol verlagen naar 25 mg
Jicht	<ul style="list-style-type: none"> ■ allopurinol tablet, 1 dd 100 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ sinds drie jaar geen klachten; stoppen? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ meneer wil graag met allopurinol doorgaan vanwege negatieve ervaringen met stoppen en angst voor jichtaanval
Fractuurpreventie	<ul style="list-style-type: none"> ■ colecalciferol tablet, 1 dd 800 IE 	<ul style="list-style-type: none"> ■ meneer neemt gemiddeld twee porties zuivel per dag; NHG-Standaard adviseert dan 500 mg calciumsuppletie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ stop colecalciferol 800, start calcium/vitamine D₃ 500/800 tablet, 1 dd
Obstipatie	<ul style="list-style-type: none"> ■ magnesiumhydroxide tablet, 2 dd 724 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ meneer gebruikt soms extra tablet 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zo doorgaan, dosis eventueel aanpassen op basis van consistentie ontlasting
Mevrouw De Groot, 78 jaar			
Hypertensie	<ul style="list-style-type: none"> ■ bisoprolol tablet, 1 dd 2,5 mg ■ enalapril tablet, 1 dd 20 mg ■ hydrochloorthiazide tablet, 1 dd 12,5 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ duizeligheid, mogelijk gevolg van orthostatische hypotensie? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ verwijzen naar poh-somatiek om mogelijk bisoprolol af te bouwen en na te gaan of duizeligheid vermindert onder monitoring bloeddruk
Slaapstoornissen	<ul style="list-style-type: none"> ■ zolpidem tablet, 1 dd 10 mg zo nodig 	<ul style="list-style-type: none"> ■ duizeligheid als gevolg van vermoeidheid? ■ gebruik neemt laatste maanden toe van om de dag een tablet naar twee tabletten in drie dagen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ probeer gebruik te beperken ■ gesprekken met poh-ggz aangeboden ■ eventueel extra hulp en zorg voor partner regelen
Primaire hypercholesterolemie		<ul style="list-style-type: none"> ■ LDL verhoogd [4,4 mmol/l] ■ in verleden drie statines geprobeerd, die alle spierpijn gaven 	<ul style="list-style-type: none"> ■ patiënt eet gezond en beweegt dagelijks [doet boodschappen op de fiets] ■ verhoogd cholesterol geaccepteerd

Daarbij wordt een gestructureerde methode gebruikt, bijvoorbeeld de STRIP-methode. Er zijn ook minder uitgebreide manieren om het medicatiegebruik te evalueren, bijvoorbeeld een farmacotherapeutische analyse of een gericht medicatieconsult.

MBO

Een MBO dient primair te plaats te vinden op indicatie en moet gezien worden als aanvulling op de al aanwezige veiligheidsvoorzieningen in het elektronisch voorschrijfsysteem en in het medicatiebewakingssysteem met medisch-farmacologische beslisregels en alerts over allergieën, interacties en contra-indicaties. De patiënt kan bij elk individueel recept met de huisarts of apotheker in gesprek gaan over het medicatiegebruik, maar een gesprek in het kader van een MBO is uitgebreider. Vragen die daarbij aan bod komen zijn:

- past het huidige medicatiegebruik nog steeds bij de klachten, aandoeningen, wensen en behoeften?
- zijn de effectiviteit en de veiligheid van het huidige medicatiegebruik nog in balans?

- worden deze effectiviteit en veiligheid gemonitord conform professionele standaarden en richtlijnen?
- gebruikt de patiënt de medicatie op de gewenste wijze?

Farmacotherapeutische analyse

De farmacotherapeutische analyse is een korte screening van de lijst van alle gebruikte medicatie, zo mogelijk in combinatie met laboratoriumgegevens en indicaties. De analyse wordt uitgevoerd door een openbaar apotheker of een huisarts, zonder consult van de patiënt. Een farmacotherapeutische analyse kan periodiek worden uitgevoerd voor bepaalde groepen patiënten, bijvoorbeeld gebruikers van een baxterrol.

Gericht medicatieconsult

Een gericht medicatieconsult kan worden ingezet als integrale beoordeling van de farmacotherapie niet noodzakelijk is, maar wanneer het gaat om deelaspecten zoals het juiste gebruik van een middel (en eventuele afspraken daarover), aan een bepaald middel gerelateerde gezondheidsproblemen



Een medicatiebeoordeling is primair bedoeld voor patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapeutische problemen.

Foto: Margot Scheerder

DE HERZIENE MODULE MEDICATIEBEOORDELING

- Huisarts of apotheker wijzen kwetsbare patiënten met polyfarmacie, ongeacht leeftijd of aantal gebruikte medicamenten, op de mogelijkheid van nadere evaluatie van het medicatiegebruik, bijvoorbeeld door korte vragenlijsten of folders mee te geven aan patiënten of te attenderen op Thuisarts.nl of Apotheek.nl.
- Nadere evaluatie van de medicatie kan gewenst zijn bij:
 - een verzoek van patiënt of mantelzorger;
 - signalen over farmacotherapeutische problemen (FTP's), zoals een recente val door onbekende oorzaak, cognitieve achteruitgang, verminderde therapietrouw;
 - acute of structurele verandering van gezondheidstoestand, zoals bij of na een ziekenhuisopname.
- Huisarts en apotheker maken een risico-inschatting en bepalen in overleg op welke manier de nadere evaluatie van het medicatiegebruik bij de individuele patiënt moet worden ingevuld.
- Voor een beperkte groep met een sterk verhoogd risico op FTP's (patiënten ≥ 75 jaar met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen en/of met vastgestelde kwetsbaarheid) is het wenselijk dat huisarts en apotheker proactief een MBO uitvoeren.
- Voor patiënten met een beperkt risico op FTP's, bij wie een MBO naar het oordeel van de huisarts en de apotheker niet noodzakelijk is maar de reguliere zorg onvoldoende is ingericht om de problematiek adequaat te analyseren of een behandelplan op te stellen, wordt een minder uitgebreide medicatie-evaluatie aanbevolen, bijvoorbeeld:
 - een farmacotherapeutische analyse [analyse van de medicatie zonder consult];
 - een gericht medicatieconsult met alleen huisarts of apotheker, afhankelijk van het probleem.
- Huisarts of apotheker bespreken de aanbevelingen uit de evaluatie van het medicatiegebruik met de patiënt en/of diens mantelzorger. In gezamenlijk overleg wordt besloten of er wijzigingen in medicatie worden doorgevoerd; de medicatiewijzigingen worden bij voorkeur ook op schrift meegegeven.
- Overweeg de patiënt ter voorbereiding van een MBO een vragenlijst mee te geven, waarop deze eventuele problemen, vragen en wensen kan aangeven.
- Voer een MBO bij voorkeur uit op een gestructureerde manier, zoals STRIP.
- Consulteer een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde indien extra geriatrie kennis gewenst is. Dit kan een voorschrijvend medisch specialist zijn indien de patiënt een hoofdbehandelaar of meerdere behandelaars heeft in de tweede lijn
- Alle adviezen worden teruggekoppeld naar de huisarts met afspraken over de uitvoering en follow-up.

(vallen, cognitieve problemen) of medicatie voor een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld bij jaarlijkse controle door de praktijkondersteuner of huisarts in het kader van een zorgprogramma). Een gericht medicatieconsult wordt in de regel uitgevoerd door een apotheker op verwijzing van de huisarts, of door de huisarts na overleg met de apotheker.

FREQUENTIE EN FOLLOW-UP

De literatuur geeft geen uitsluitsel hoe vaak men een MBO zou moeten herhalen. De frequentie zal per patiënt variëren naar gelang diens risicofactoren, wensen en mogelijkheden, de aanpassingen die in het voorgaande MBO zijn afgesproken en de veranderingen die men daarvan verwacht. De huisarts en apotheker kunnen samen afspraken maken over de wijze waarop de patiënt voor een volgende MBO zal worden opgeroepen.

MENEER EN MEVROUW DE GROOT (VERVOLG)

U evalueert samen met de apotheker het medicatiegebruik van meneer De Groot, diens farmacotherapeutische problemen en de vragen en voorstellen die de apotheker heeft gemaald [tabel]. Daarna komen meneer en mevrouw De Groot samen op uw spreekuur om afspraken te maken over het beleid. Meneer is blij dat hij zoveel medicijnen kan stoppen en ook mevrouw slikt inmiddels een pil minder na bezoek aan de praktijkondersteuner. U koppelt het beleid per e-mail terug aan de apotheker, licht de praktijkondersteuner in en stelt voor om de MBO van meneer over een jaar te herhalen. U vertelt het echtpaar dat zij uiteraard ook eerder altijd welkom zijn om problemen met de medicatie te bespreken.

LITERATUUR

1. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
2. Huiskes VJ, Burger DM, Van den Ende CH, Van den Bemt BJ. Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract* 2017;18:5.
3. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Den Elzen WPJ, Bouvy ML. Home medication review in older patients: a randomized controlled trial in primary care. In: Kwint HF. *Improving appropriate medication use for older people in primary care* [dissertation]. Utrecht: Utrecht University, 2013. p. 94-114.
4. Leendertse AJ, De Koning GH, Goudswaard AN, Belitser SV, Verhoef M, De Gier HJ, et al. Preventing hospital admissions by reviewing medication (PHARM) in primary care: an open controlled study in an elderly population. *J Clin Pharm Ther* 2013;38:379-87.
5. Schoenmakers TW, Wensing M, De Smet PA, Teichert M. Patient-reported common symptoms as an assessment of interventions in medication reviews: a randomised, controlled trial. *Int J Clin Pharm* 2018;40:126-34.
6. Verdoorn S, Kwint HF, Blom J, Gussekloo J, Bouvy ML. Which older patients will benefit most from a clinical medication review on quality of life and health-related complaints? Explorative subgroup analysis of the DREAMeR study. In: Verdoorn S, *Clinical medication review: One step beyond* [proefschrift]. Utrecht: Utrecht University, 2019.
7. Willeboordse F, Schellevis FG, Chau SH, Hugtenburg JG, Elders PJ. The effectiveness of optimised clinical medication reviews for geriatric patients: Opti-Med a cluster randomised controlled trial. *Fam Pract* 2017;34:437-45.
8. Poudel A, Peel NM, Nissen LM, Mitchell CA, Gray LC, Hubbard RE. Adverse outcomes in relation to polypharmacy in robust and frail older hospital patients. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17:767.e9-13.
9. Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GW, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60:S1-12.
10. Schoonover H, Corbett CF, Weeks DL, Willson MN, Setter SM. Predicting potential postdischarge adverse drug events and 30-day unplanned hospital readmissions from medication regimen complexity. *J Patient Saf* 2014;10:186-91.

Burgers JS, Verduijn MM, Van Marum RJ, Kwint HF. Herziene module Medicatiebeoordeling beperkt werklast voor huisarts en apotheker. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0306-5. NHG, Utrecht: prof.dr. J.S. Burgers, huisarts en strategisch medisch adviseur, j.burgers@nhg.org [tevens hoogleraar aan Maastricht University]; NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker. Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch: prof.dr. R.J. van Marum, klinisch geriater en klinisch farmacoloog [tevens bijzonder hoogleraar farmacotherapie bij ouderen aan Amsterdam UMC, locatie VUmc]. SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Leiden: dr. H.F. Kwint, apotheker [tevens werkzaam bij Universiteit Utrecht]. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.