

Wat weten de patiënt en zijn hulpverlener: de meerwaarde van een huisbezoek door de praktijkondersteuner bij de medicatiebeoordelingen van patiënten met polyfarmacie in de eerste lijn

D. Bosch-Lenders^a, M. van den Akker^b, H. E. J. H. Stoffers^c,
H. van der Kuy^d, J. M. G. A. Schols^e, J. A. Knottnerus^f

How much do patients and health professionals (really) know? The surplus value of a home visit to the patient with polypharmacy by the practice nurse to support medication reviews in primary care

Background: Polypharmacy in older people should be addressed by an annual review of the chronic medication. In the PIL-study this was done by an integrated approach by GP, practice nurse, pharmacist, specialist and patient. All patients were first visited at home by the practice nurse.

Research questions: What 'over the counter' (OTC) medications do polypharmacy patients use? Do they know the indications of the prescribed medication? Does medication use according to the patient match with medication use according to the records of GP and pharmacist?

Method: Inclusion criteria were: age 60 years or older, daily use of five or more chronic medications, mental competence, and adequate command of the Dutch language. All patients were visited at home by the practice nurse, who made an inventory of the actual drug use.

Results: Five hundred fifty patients used a total of 5576 drugs, including 527 (9.4%) OTC medication. Patients knew the indication of 64% of the prescribed medication. The number of prescribed drugs that a patient actually used did not match the numbers known to GP and pharmacist. In 60.4% of all medication prescriptions there was complete agreement between GP, pharmacist and patient. On a patient level agreement was 18.7%.

^a Huisarts-onderzoeker, Vakgroep huisartsgeneeskunde UM Maastricht, Maastricht, The Netherlands

^b Epidemioloog, Vakgroep huisartsgeneeskunde, UM Maastricht en School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), The Netherlands en KU Leuven, Belgium

^c Huisarts-epidemioloog, Vakgroep huisartsgeneeskunde, UM Maastricht, Maastricht, The Netherlands

^d Ziekenhuisapotheker, Orbis Medisch Centrum, Sittard, The Netherlands

^e Hoogleraar Ouderengeneeskunde, Vakgroep huisartsgeneeskunde, UM Maastricht/Vivre, Maastricht, The Netherlands

^f Hoogleraar, Vakgroep huisartsgeneeskunde, UM Maastricht, Maastricht, The Netherlands

Correspondentie: D. Bosch-Lenders, Vakgroep huisartsgeneeskunde UM Maastricht, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht, The Netherlands, Email: donna.lenders@maastrichtuniversity.nl

Conclusions: Home visits by the nurse practitioner to make an inventory of the medication as reported by the patient seem to have an added value.

Keywords: polypharmacy, medication review, general practitioner, practice nurse

Tijdschr Gerontol Geriatr 2013; 44: 72-80

Samenvatting

Achtergrond: Om polyfarmacie bij ouderen aan te pakken wordt een jaarlijkse beoordeling van de chronische medicatie aanbevolen. In de PIL-studie gebeurde dit door een geïntegreerde aanpak door huisarts, praktijkondersteuner, apotheker, specialist en patiënt. Hierbij werden alle patiënten thuis bezocht door de praktijkondersteuner.

Vraagstelling: Welke zelfzorgmedicatie gebruiken polyfarmacie patiënten? Kennen patiënten de indicaties van de voorgeschreven medicatie? In hoeverre komen medicatiegebruik volgens de patiënt, en volgens de registraties van huisartsen en apothekers met elkaar overeen?

Methode: Inclusiecriteria waren leeftijd 60 jaar of ouder, dagelijks gebruik van vijf of meer chronische geneesmiddelen, wilsbekwaamheid, en voldoende beheersing van het Nederlands. Alle patiënten werden thuis bezocht door de praktijkondersteuner, die het daadwerkelijk medicijngebruik inventariseerde.

Resultaten: Vijfhonderdvijftig patiënten van 60 jaar of ouder met polyfarmacie gebruikten in totaal 5576 medicijnen, waarvan 527 (9,4%) zelfzorgmedicatie. Patiënten kenden van 64% van de voorgeschreven geneesmiddelen de indicatie. Het aantal voorgeschreven geneesmiddelen dat een patiënt daadwerkelijk gebruikt komt niet overeen met wat bij huisarts en apotheker bekend is. Bij 60,4% van alle voorgeschreven medicatie was er volledige overeenstemming in voorschrift en gebruik bij huisarts, apotheker en patiënt. Op patiëntniveau was de overeenstemming 18,7%.

Conclusies: Inventarisatie van het medicatiegebruik door een praktijkondersteuner bij de patiënt thuis lijkt meerwaarde te hebben.

Trefwoorden: polyfarmacie, medicatie review, huisarts, praktijkondersteuner

Inleiding

Onlangs is de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen 2012 verschenen.¹ Deze richtlijn richt zich op ouderen met een groot risico op schade door gebruik van meerdere en voor hen ook mogelijk minder geschikte geneesmiddelen tegelijk. Hiertoe wordt periodiek een medicatiebeoordeling geadviseerd. Voor een adequate medicatiebeoordeling is een daartoe geschikt en volledig overzicht van de voorgeschreven en andere gebruikte medicatie essentieel.

Een recente Amerikaanse studie liet zien dat de overeenstemming tussen huisartsen en apothekers over medicatie die aan patiënten is voorgeschreven, beperkt is.² Ook zijn er veel verschillen tussen de medicatiegegevens van de ziekenhuisspecialist vergeleken met de medicatielijsten van huisartsen en apothekers.³ Bovendien kunnen door de specialist voorgeschreven medicamenten bij de patiënt bekend zijn, maar nog niet in de huisartsenpraktijk. Oorzaken hiervan kunnen zijn een achterlopende communicatie tussen de eerste en tweede lijn over een patiënt of herhaalreceptuur die alleen via de specialist wordt verkregen.

Ook de patiënt draagt bij aan onduidelijkheid over het medicatiegebruik. Zo kopen en gebruiken patiënten regelmatig 'over-the-counter' medicatie' (OTC medicatie). Huisartsen en apothekers zullen hiervan vaak niet op de hoogte zijn. Deze OTC (zelfzorg) medicatie kan wel tot interacties leiden met de voorgeschreven medicatie. Daarnaast is therapie(on)trouw een belangrijke patiëntgebonden factor. Deze wordt onder andere beïnvloed door de kennis die een patiënt heeft over de indicatie van de medicatie. Bovendien geldt dat hoe meer geneesmiddelen dagelijks gebruikt moeten worden, des te groter de kans op therapieontrouw is.⁴

In Zuid-Limburg vindt momenteel de 'Polyfarmacie Interventie Limburg' (PIL) studie plaats.⁵ De gegevensverzameling van deze gerandomiseerde studie in 24 huisartsenpraktijken en 17 apotheken bevindt zich in de afrondingsfase. In dit project

werden alle patiënten eerst thuis bezocht door de praktijkondersteuner van de huisarts. Daarna werd de eigenlijke medicatiereview door de huisarts en apotheker gedaan. De verwachting was, dat huisbezoeken door de praktijkondersteuner meerwaarde kunnen hebben. Door de inventarisatie bij de patiënt thuis worden therapieontrouw en andere medicatie gerelateerde problemen mogelijk beter zichtbaar. Patiënten praten vaak opener met de praktijkondersteuner, de praktijkondersteuner kan de diverse bewaarsystemen, die de patiënt thuis gebruikt zien en kan eventuele moeilijkheden met het medicijngebruik signaleren. Ook de OTC medicatie wordt in kaart gebracht. Kortom, een huisbezoek zou een beter zicht op het daadwerkelijke medicatiegebruik door de patiënt kunnen opleveren.⁶

In dit artikel worden de eerste resultaten van de PIL-studie ten aanzien van zelfzorg en voorgeschreven medicatie gerapporteerd. We hebben in kaart gebracht hoe de door de praktijkondersteuner van de huisarts verzamelde gegevens kunnen bijdragen aan een beter inzicht in de volledigheid en correctheid van het geneesmiddelengebruik bij oudere patiënten met polyfarmacie. Hiertoe worden drie vraagstellingen beantwoord: (1) Welke en hoeveel zelfzorgmedicatie wordt er door polyfarmacie patiënten gebruikt? (2) Weten patiënten waarvoor ze de voorgeschreven medicatie gebruiken? (3) Gebruiken patiënten voorgeschreven medicamenten waarvan de huisarts niet op de hoogte is? Zijn die medicamenten wel bekend bij de apotheker?

Methode

Design en setting

De PIL-studie is een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) waarbij het effect van een multidisciplinaire aanpak van polyfarmacie bestudeerd wordt.⁷ In de PIL-studie wordt een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak van polyfarmacie bij oudere patiënten geëvalueerd, waarbij huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, specialisten en patiënten betrokken zijn. Aan de PIL-studie doen in totaal 24 huisartspraktijken mee: acht solopraktijken, twaalf duo- en HOED-praktijken en vier gezondheidscentra. In het onderzoek participeren 17 apothekers die samenwerken met de deelnemende huisartsenpraktijken.

De randomisatie heeft plaats gevonden op praktijkniveau om contaminatie tussen patiënten binnen praktijken te voorkomen. Er wordt gebruik gemaakt van een stepped wedge design.^{8,9} Dit betekent dat de interventie sequentieel wordt uitgerold onder de deelnemers (individueel of clusters) in de loop van de studieperiode. In de PIL-studie hebben uiteindelijk alle praktijken de interventie uitgevoerd bij de door hen geïnccludeerde patiënten. De volgorde waarin de praktijken de interventie uitvoerden werd door random allocatie bepaald.

Voor alle patiënten begon de interventie met een huisbezoek door de praktijkondersteuner, die het daadwerkelijke gebruik van voorgeschreven en zelfzorg medicatie inventariseerde. De huisbezoeken werden verricht door 21 praktijkondersteuners.

Populatie

Inclusiecriteria waren een leeftijd van 60 jaar of ouder, dagelijks gebruik van vijf of meer chronische geneesmiddelen, wilsbekwaamheid en voldoende beheersing van het Nederlands in woord en geschrift. Aan solopraktijken werd gevraagd maximaal 30 patiënten te includeren, aan praktijken met meer dan 4700 patiënten hebben geprobeerd 60 patiënten te includeren. In totaal is er bij 823 patiënten een medicatiereview uitgevoerd. De analyse voor dit artikel betreft de gegevens van de huisbezoeken bij 550 patiënten waarvan de gegevens compleet en ingevoerd waren ten tijde van de analyse (september 2012).

Variabelen

Tijdens het huisbezoek bracht de praktijkondersteuner in kaart welke medicatie de patiënt nam, hoe de medicatie ingenomen werd (inclusief tijdstip en frequentie), en eventuele moeilijkheden daarbij. Ook therapie (on)trouw werd besproken: er werd gevraagd naar de inname van ieder medicament (dosering, frequentie) en indien het antwoord afweek van het voorschrift werd gevraagd naar de redenen die de patiënt daarvoor had. Daarnaast werd geïnventariseerd voor welke indicatie de patiënt meende dat medicatie genomen werd. Tevens werd gevraagd naar door de patiënt gebruikte zelfzorgmedicatie.

Van elk gebruikt medicament werd niet alleen gevraagd naar dosering en frequentie van inname,

maar ook naar eventueel ervaren bijwerkingen en de indicatie volgens de patiënt. De zelf gerapporteerde indicaties werden gecodeerd als “juist”, “onjuist” of “onbekend”. Indicaties scoorden “juist” als de patiënt de voorgeschreven indicatie noemde of de tractus waarop het medicament werkt correct benoemde (voorbeeld: valsartan ‘voor hoge bloeddruk’ respectievelijk ‘voor het hart’). Een niet geheel precieze indicatie, maar wel binnen de juiste tractus, werd ook als “juist” gescoord (voorbeeld: simvastatine ‘voor het hart’). Een indicatie werd als “onjuist” gescoord bij het benoemen van de verkeerde tractus (voorbeeld: simvastatine ‘voor het slapen’). Wanneer een patiënt de indicatie in het geheel niet wist te benoemen, werd zelf gerapporteerde indicatie gescoord als “onbekend”.

In de periode waarin het huisbezoek plaatsvond werd ook een uitdraai gemaakt van de chronische voorgeschreven medicatie zoals die bekend was in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) van de deelnemende huisartsen en in het Apothekers Informatie Systeem (AIS) van de deelnemende apothekers.

De voorgeschreven medicamenten werden verdeeld in 7 verschillende groepen, conform de systematiek waarmee de huisartsen en apothekers de medicatiereviews uitvoerden. De indeling was gebaseerd op mate van voorkomen bij patiënten met polyfarmacie: cardiovasculair, pulmonaal, diabetes, tractus digestivus, psychofarmaca, pijnmedicatie en tenslotte ‘overige’ (Figuur 2).

Alle medicatie werd achteraf met behulp van ATC codes (‘Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie systeem’) gecodeerd. Bij het vaststellen van overeenkomsten en verschillen tussen patiënt, huisarts en apotheker werden voorschriften gescoord als ‘overeenkomend’ als ATC-code, dosering en frequentie overeenkwamen; indien dit niet volledig het geval was, werd dit gescoord als ‘niet overeenkomend’.

Analyse

Data zijn geanalyseerd met SPSS 19 en Excel. De analyses zijn descriptief van aard: frequenties en proporties werden berekend.

Resultaten

Studiepopulatie

De gegevens van 550 patiënten met polyfarmacie, die thuis bezocht werden door de praktijkondersteuner, waren beschikbaar voor analyse. Het betrof 286 mannen en 264 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 73,1 jaar (SD 7,6)

op het moment van starten van de studie. Overige demografische informatie staat beschreven in Tabel 1.

Alle 550 patiënten samen gebruikten 5576 geneesmiddelen, waarvan 90,6% voorgeschreven was. Gemiddeld gebruikte een patiënt 9 voorgeschreven medicijnen.

Zelfzorg medicatie

Van de 5576 gebruikte geneesmiddelen ging het bij 527 middelen (9,4%) om zelfzorg (OTC) medicatie. Figuur 1 geeft een gedetailleerd overzicht. In 35% van de genoemde zelfzorgmiddelen gaat het om paracetamol. Daarna komen vitaminepreparaten met 25% en voedingssupplementen met 13%. In 4% van de gevallen gaat het om onbekende middelen, veelal middelen uit andere landen: smeersels, voedingssupplementen of homeopathie. Het aantal potentieel gevaarlijke zelfzorgmiddelen was relatief laag: 3% NSAIDs en 1% antimycotica (interactie acenocoumarol).

Voorgeschreven medicatie en door patiënten gerapporteerde indicaties

In Figuur 2 is weergegeven welke voorgeschreven medicatie door de onderzochte patiënten gebruikt werden. Opvallend is de grote proportie cardiovasculaire medicatie, 50% van de voorgeschreven middelen.

In Figuur 3 is aangegeven in hoeverre patiënten met polyfarmacie weten waarvoor zij de aan hen voorgeschreven geneesmiddelen dienen te gebruiken. Bij 64% van de 5049 voorgeschreven geneesmiddelen is dit het geval.

Verschillen in medicatiegebruik volgens patiënt, huisarts en apotheker

In Figuur 4 is aangegeven hoeveel geneesmiddelen gebruikt worden door patiënten met polyfarmacie volgens opgave van respectievelijk de patiënt, de huisarts en de apotheker. De groepen patiënten die zes of zeven geneesmiddelen gebruikten waren het grootste, terwijl het gemiddelde over de gehele onderzochte populatie negen geneesmiddelen is. Bij dagelijks gebruik van vier tot en met zes medicamenten, zijn er meer patiënten die volgens de gegevens van de huisarts en apotheker meer dagelijkse medicatie gebruiken, dan wat de patiënt daadwerkelijk zegt dat hij gebruikt. Vanaf het gerapporteerde dagelijkse gebruik van zeven medicamenten of meer rapporteert de patiënt meer medicamenten dan dat er bij de huisarts en/of apotheker bekend is.

Tabel 1		Demografische gegevens van de deelnemers aan de PIL-studie (N=550)
		N (%)
Geslacht	mannen	286 (52)
	vrouwen	264 (48)
Leeftijd	60-65	101 (18,4)
	66-70	132 (24,0)
	71-75	104 (18,9)
	76-80	110 (20,0)
	≥81	103 (18,7)
Opleidingsniveau	Geen opleiding	10 (1,9)
	Lagere school	116 (21,5)
	Lager of Voorbereidend Beroepsonderwijs	167 (30,9)
	Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs	86 (5,9)
	Middelbaar Beroepsonderwijs en Beroepsbegeleidend Onderwijs	64 (11,9)
	Hoger Algemeen en Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs	26 (4,8)
	Hoger Beroepsonderwijs	54 (10,0)
Woonsituatie	Wetenschappelijk onderwijs	17 (3,1)
	Zelfstandig, alleen	138 (25,5)
	Zelfstandig, met anderen	368 (68,0)
	Verzorgingshuis/wooncentrum	35 (6,5)

Bij vergelijking op medicamentniveau komt het dagelijks gebruik bij patiënt, huisarts en apotheker geheel (medicament, frequentie, dosering) met elkaar overeen in 60,4% van de voorschriften. Het aantal medicamenten dat onbekend is bij de huisarts komt nagenoeg overeen met het aantal onbekende medicamenten bij de apotheker. Dit betreft niet altijd dezelfde soort medicamenten (Figuur 5).

Bij vergelijking op patiëntniveau, dus in hoeverre alle gebruikte medicatie bij één patiënt, huisarts en apotheek op ATC code en frequentie en dosering met elkaar overeenkwamen, is er sprake van volledige overeenstemming (van alle medicamenten frequentie en dosering) bij 18,7% van de patiënten.

Discussie

Belangrijkste resultaten

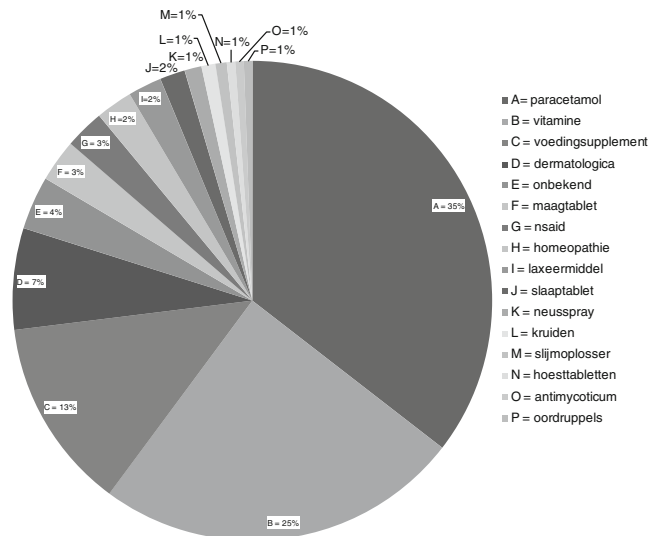
Bij 550 patiënten van 60 jaar of ouder met polyfarmacie werden de gegevens van een huisbezoek door de praktijkondersteuner (24 huisartspraktijken) geanalyseerd. Samen gebruikten de patiënten 5576 medicijnen.

Het aantal voorgeschreven medicijnen per patiënt bedroeg gemiddeld 9. Bij 527 middelen (9,4%) ging het om zelfzorgmedicatie. Het aantal potentieel gevaarlijke zelfzorgmiddelen was relatief laag: 3% NSAIDs en 1% antimycotica. De grootste groep voorgeschreven medicatie betrof de cardiovasculaire middelen (50%).

Patiënten weten bij 64% van de voorgeschreven geneesmiddelen de indicatie correct te benoemen. Het aantal voorgeschreven geneesmiddelen dat een patiënt daadwerkelijk gebruikt, komt niet overeen met het aantal volgens de informatiesystemen van huisarts en apotheker.

Op patiëntniveau is er in 18,7% volledige overeenstemming in de voorgeschreven medicatielijst tussen patiënt, huisarts en apotheker.

Het aantal voorgeschreven geneesmiddelen dat een patiënt daadwerkelijk gebruikt, komt niet overeen met het aantal volgens de informatiesystemen van huisarts en apotheker. Wordt er gekeken op medicatieniveau, dan is er in 60,4% van alle voorgeschreven medicatie overeenstemming tussen wat de huisarts voorschrijft, de apotheek levert en de patiënt



Figuur 1 Zelfzorgmedicatie (550 patiënten, 527 zelfzorgmiddelen)

zegt dat hij neemt. Wordt er echter gekeken op patiëntniveau, wat voor de dagelijkse praktijk meer relevant is, dan is er slechts in 18,7% overeenstemming in de gehele medicatielijst van een patiënt en wat er bij de huisarts en apotheker bekend is.

Sterke en zwakke punten

De PIL-studie is een relatief grote studie, waarbij polyfarmaciepatiënten at random geselecteerd zijn. Het is daardoor onwaarschijnlijk dat bepaalde patiënten, of patiënten met bepaalde medicatieprofielen, over- of ondervetegenwoordigd zijn in deze studie. De gegevens die nu beschikbaar zijn, representeren ongeveer twee derde van de uiteindelijk onderzochte populatie. De gegevens die beschikbaar zijn voor deze eerste analyses, zijn wel een goede afspiegeling van de totale onderzoekspopulatie, omdat alle soorten praktijken uit de twee subregio's zijn al vertegenwoordigd zijn in deze analyses.

De medicatielijsten van huisartsen en apothekers werden geautomatiseerd gegenereerd, en waren niet afhankelijk van interpretatie door de huisarts of apotheker. De meting van de door de patiënt feitelijk gebruikte medicatie door de praktijkondersteuner gebeurde zonder dat de praktijkondersteuner de beschikking had over de medicatielijst van huisarts of apotheker. Dit komt de betrouwbaarheid van deze gegevens ten goede.

De huisbezoeken werden weliswaar uitgevoerd door 21 verschillende praktijkondersteuners, maar om zoveel mogelijk standaardisatie te bereiken, werden

zij getraind door de onderzoekers aan de hand van concrete voorbeelden met behulp van rollenspelen. Hierin kwamen bijvoorbeeld ook de verschillende bewaarsystemen die patiënten gebruiken aan bod.

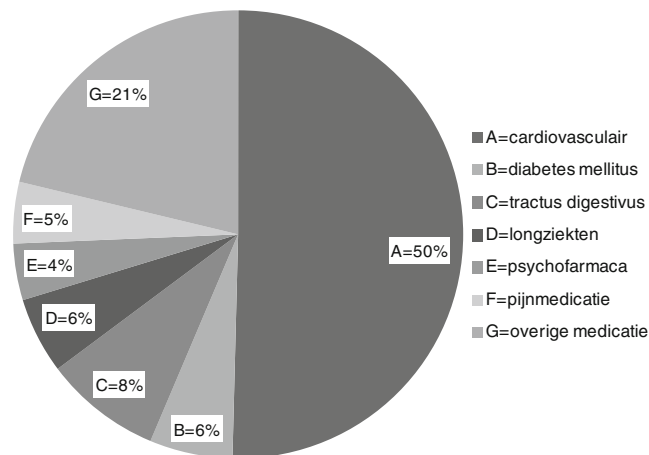
De definitie van polyfarmacie gehanteerd in de PIL-studie wijkt af van de definitie gehanteerd in de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Polyfarmacie bij ouderen 2012.¹ In de PIL-studie is het gebruik van dermatologica wel meegerekend in de beoordeling van polyfarmacie, mits chronisch en langdurig gebruikt. De definitie zoals gebruikt in deze studie was al vastgesteld voor het verschijnen van de MDR en sluit aan bij de meest gangbare definitie op dit moment van chronisch gebruik van vijf of meer medicijnen.

Medicatie en kennis van indicaties

Het gemiddelde gebruik van zelfzorgmiddelen (9,4%) komt overeen met het landelijk gemiddelde berekend door het SFK.¹⁰

Het aantal voorgeschreven medicamenten voor hart en vaatziekten, is 50%. Dit is een hoger percentage dan het landelijk gemiddelde van 38%, berekend door het SFK.¹⁰ Een oorzaak voor dit forse verschil kan gezocht worden in het feit dat in Zuid-Limburg meer mensen zijn met hart en vaatziekten. Een andere verklaring kan er in schuilen dat in deze studie alleen polyfarmaciepatiënten zijn opgenomen, met een verhoogd risico op multimorbiditeit en daarmee ook een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen.¹¹

In 31% van de gevallen weten patiënten niet waarvoor ze dagelijks tabletten innemen. Dit kan samenhangen met het toenemend aantal ouderen wat een



Figuur 2 Indeling van voorgeschreven medicatie ($n=5049$) naar medicatiegroep bij 550 patiënten

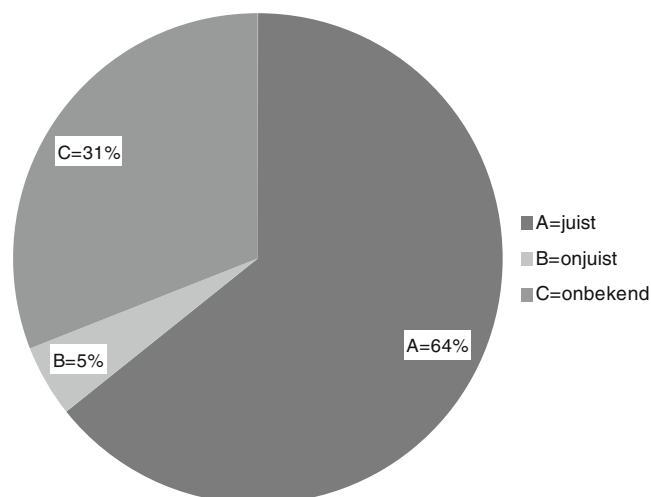
medicatierol heeft vanuit de apotheek, waardoor patiënten mogelijk minder goed op de hoogte zijn, welk medicatie ze gebruiken en waarvoor. Ook het preferentiebeleid kan hier een rol in spelen; hierdoor is het niet meer zo dat een eenmaal voorgeschreven medicament altijd in hetzelfde soort doosje zit, en dezelfde kleur en vorm behoudt.

Verschillen in medicatiegebruik volgens patiënt, huisarts en apotheker

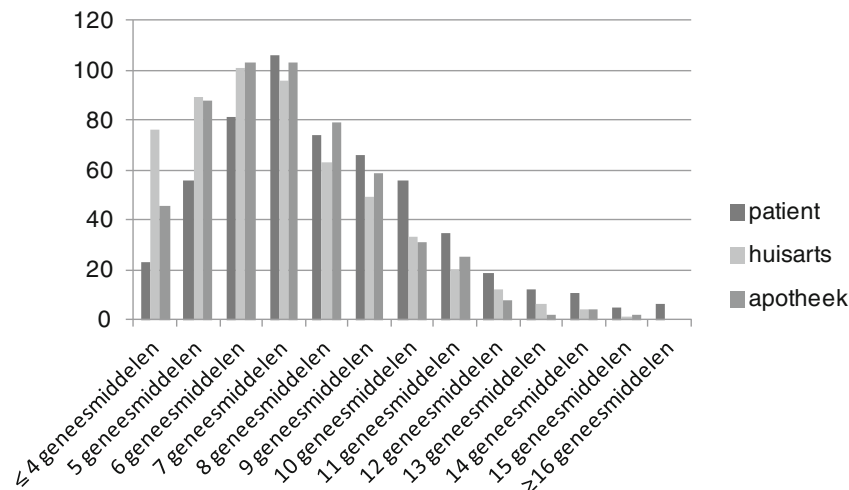
In deze studie vonden we grote verschillen tussen de medicatie zoals bekend bij de patiënt zelf, de huisarts en de apotheker. De accuraatheid van de medicatielijsten van huisarts en apotheker neemt af bij het gebruik van meerdere medicamenten door de patiënt. Voor een deel betreft dit doseringsverschillen. Als een identiek medicament niet volledig in dosering en

frequentie overeenkwam werd dat ook gescoord als 'niet overeenkomend'. Een ander deel van de verschillen betreft wel verschillen in soort medicament. Bij patiënten die onder behandeling zijn van verschillende specialisten kan dit verklaard worden door het achterlopen van correspondentie. Als dan ook de herhaalreceptuur via de specialist verloopt, kan de patiënt langere tijd medicamenten gebruiken die niet bekend zijn bij de huisarts. Doordat patiënten op meerdere plekken medicatie kunnen halen, is ook de overeenstemming met de apotheker niet volledig.

In onze studie, uitgevoerd in de provincie Limburg, werd een deel van de medicatie bovendien voorgeschreven door specialisten in België of Duitsland. Deze medicatie is nog moeilijker systematisch in beeld te krijgen door de Nederlandse huisartsen en apothekers.



Figuur 3 Juistheid van indicatie van voorgeschreven geneesmiddelen volgens de patiënt (550 patiënten, 5049 voorgeschreven geneesmiddelen)



Figuur 4 Aantal patiënten met een bepaald aantal *voorgeschreven* geneesmiddelen volgens patiënt, huisarts en apotheek (550 patiënten, 5049 voorgeschreven geneesmiddelen)

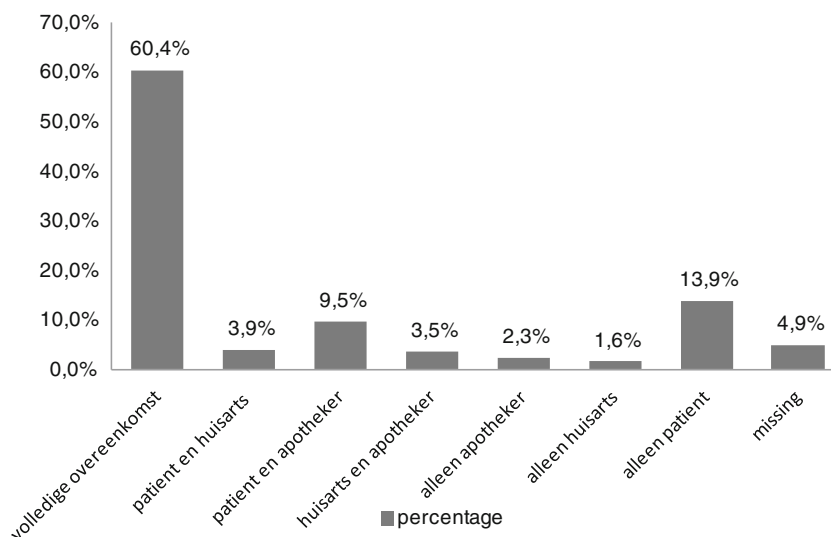
De verschillen onderstrepen het belang van de verdere ontwikkeling en verplicht gebruik van gezamenlijke geautomatiseerde systemen, waardoor de verschillende hulpverleners goed van de voorgeschreven medicatie op de hoogte zijn. De accuraatheid van de medicatielijsten bekend bij huisarts en apotheker nemen af bij het gebruik van meerdere medicamenten.

Patiënten kennen van meer dan een derde van de door hen gebruikte voorgeschreven medicijnen de indicatie niet. Er zijn grote verschillen tussen de door de patiënt gebruikte voorgeschreven medicatie en de registraties van huisarts en apotheker.

Ons onderzoek toont aan dat het zinnig is om patiënten regelmatig naar hun medicatiegebruik te vragen, bijvoorbeeld door een huisbezoek of door een zogenaamde ‘brown-bag review’, waarbij aan patiënten gevraagd wordt al hun medicatie mee te brengen naar de huisarts. Ook de voorlichting van huisartsen en apothekers aan hun patiënten over indicaties en gebruik verdient permanente aandacht. Ten slotte onderstreept

Conclusies en aanbevelingen

Het aantal daadwerkelijk gebruikte zelfzorgmedicijnen is beperkt en de kans op potentieel gevaarlijke interacties lijkt gering.



Figuur 5 Mate van overeenkomst bij patiënt, huisarts en apotheker met betrekking tot voorgeschreven middelen op medicatieniveau (550 patiënten, 5049 voorgeschreven geneesmiddelen)

dit onderzoek de noodzaak tot verdere ontwikkeling van gemeenschappelijke of

communicerende medicatiesystemen van artsen en apothekers.

Literatuur

1. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
2. Olson M, Tong G, Steiner B, Viera A, Ashkin A, Newton W. Medication documentation in a primary care network serving North Carolina medicaid patients: results of a cross-sectional chart review. *BMC Fam Pract.* 2012;13:83.
3. Balon J, Thomas S. Comparison of hospital admission medication lists with primary care physician and outpatient pharmacy lists. *J Nurs Scholarship.* 2011;43:292-300.
4. Taskforce on Medicines and Partnership, the National Collaborative Medicines Management Services Program. Room for review. A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers. London: Medicines Partnership, 2002.
5. PIL studie. Polyfarmacie Interventie Limburg. www.pil-studie.nl (bezocht op 21 september 2012)
6. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56:501-9.
7. www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=2154 (bezocht op 21 september 2012)
8. Hussey M, Hughes J. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. *Contemp Clin Trials.* 2007;28:182-91.
9. Brown C, Lilford R. The stepped wedge trial design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2006;6:54.
10. Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Data en feiten 2011. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2011.
11. Gezondheidsraad Multimorbiditeit bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.