

Een pilletje meer of minder



12

Marieke van den Berk-Bulsink en Anke Lambooi

Drs. M.J.E. Marieke van den Berk - Bulsink, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht

Drs. A. Lambooi, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet je wat polyfarmacie is en welke problemen en risico's dit kan geven;
- weet je wat aandachtspunten rondom een ziekenhuisopname zijn om geneesmiddelgerelateerde problemen te voorkomen;
- ken je de STRIP-methode als hulpmiddel om een medicatiebeoordeling uit te voeren;
- weet je dat er hulpmiddelen zijn die kunnen ondersteunen bij het verantwoord minderen of stoppen van medicatie bij je patiënten.

Samenvatting

Gebruik van medicatie levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven, maar kan ook ongewenste effecten veroorzaken. Zeker bij ouderen met meerdere chronische aandoeningen zijn veel verschillende geneesmiddelen nodig wanneer elke aandoening volgens richtlijnen wordt behandeld. Het is dan van belang steeds in ogenschouw te nemen of de medicatie nog past bij de patiënt. Met een medicatiebeoordeling, met behulp van de STRIP-methode, kun je de medicatie van je patiënten structureel en kritisch beoordelen. Een van de uitkomsten van een medicatiebeoordeling kan zijn dat een geneesmiddel niet meer past bij de situatie van de patiënt. Stoppen is dan geïndiceerd. De module *Minderen en stoppen van medicatie* (2020), met de bijbehorende kennisdocumenten, geeft handvatten om dit op een verantwoorde wijze te doen.

Casus

Een van je patiënten is mevrouw Van Heck. Ze is 76 jaar en heeft sinds 12 jaar diabetes mellitus type 2. Je kent haar als een vitale en actieve vrouw. In december 2020 heeft ze een myocardinfarct gehad waarvan ze goed is hersteld. De internist heeft hierna haar diabetesmedicatie aangepast en heeft onder andere dapagliflozine toegevoegd. Eind vorig jaar heeft de cardioloog hartfalen vastgesteld. Vanwege oedeem in haar benen gebruikt ze furosemide. Afhankelijk van de klachten gebruikt ze hier één of twee tabletjes per dag van. Ze komt vandaag, in een zomerse periode, samen met haar man op uw spreekuur. Haar man maakt zich wat zorgen. Mevrouw lijkt de laatste tijd wat vaker duizelig en klaagt over hoofdpijn.



Gegevens Basisset Medicatiegegevens casuïstiek

- acetylsalicylzuur 80 mg eenmaal daags 1 tablet
- atorvastatine 10 mg eenmaal daags 1 tablet
- metoprolol 50 mg mga eenmaal daags 1 tablet
- dapagliflozine 10 mg eenmaal daags 1 tablet
- enalapril 10 mg eenmaal daags 1 tablet
- furosemide 20 mg zo nodig een- tot tweemaal daags 1 tablet
- gliclazide 80 mg eenmaal daags 1 tablet
- metformine 500 mg driemaal daags 1 tablet
- temazepam 10 mg zo nodig voor de nacht 1 capsule

Voorgeschiedenis

- diabetes mellitus type 2 sinds 2010
- myocardinfarct in december 2020
- hartfalen sinds oktober 2021

Labwaarden (1 maand geleden)

- HbA1c 58 mmol/mol
- eGFR 43 ml/min/1,73 m²
- kalium 4,0 mmol/l
- natrium 136 mmol/l

Overweging: mevrouw mag op geleide van de oedeemklachten furosemide innemen. Een hogere inname kan leiden tot volumedepletie. Dit is ook een bijwerking van dapagliflozine. Door het gecombineerde gebruik van deze twee middelen neemt de kans op dehydratie en hypotensie toe. Dit kan haar klachten verklaren. Zeker bij warm weer is het belangrijk om alert te zijn op het risico op uitdroging. Je benadrukt mevrouw daarom om

goed te blijven drinken. Gezien haar leeftijd, het gebruik van furosemide, de verminderde nierfunctie en de dosering dapagliflozine kan er een verhoogd risico op acuut nierfalen zijn. Je kunt daarom, samen met de internist, de overweging maken om de dapagliflozine en metformine tijdelijk te staken en de dosering furosemide en enalapril te verlagen.

Polyfarmacie

Gebruik van geneesmiddelen levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven, maar kan ook ongewenste effecten veroorzaken. Comorbiditeit, meerdere voorschrijvers en automatisme in de herhaalreceptuur zijn enkele factoren die kunnen leiden tot geneesmiddelgerelateerde problemen. Bovendien stijgt de kans op interacties en bijwerkingen met het toenemen van het aantal gebruikte geneesmiddelen. Ook is het zowel voor zorgverleners als voor de patiënt moeilijker om medicatiefouten te voorkomen bij gebruik van meerdere geneesmiddelen. Aan de andere kant is gebruik van meerdere geneesmiddelen niet altijd te vermijden. Heeft iemand een hartinfarct doorgemaakt, dan verlaat hij het ziekenhuis met een recept voor ten minste twee trombocytenaggregatieremmers, een statine, bètablokker, ACE-remmer en eventueel een maagbeschermer. Bij patiënten met meerdere aandoeningen kan het aantal gebruikte geneesmiddelen hierdoor in de loop van de tijd oplopen, zeker wanneer meerdere voorschrijvers betrokken zijn. Gebruikt een patiënt gelijktijdig meerdere verschillende geneesmiddelen, dan wordt al snel de term polyfarmacie

genoemd. De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) geeft als definitie voor polyfarmacie het chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen. Dermatologische geneesmiddelen en geneesmiddelen die een patiënt niet chronisch gebruikt, tellen hierbij niet mee. Van chronisch gebruik is sprake als meer dan drie keer per jaar hetzelfde geneesmiddel wordt verstrekt of als minimaal één keer een hoeveelheid wordt verstrekt voor een gebruiksduur van negentig dagen of meer.¹

Zorgintensief

In 2020 gebruikten 1,8 miljoen apotheekbezoekers chronisch vijf of meer geneesmiddelen. Zij dragen hiermee het label zorgintensief. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 70 jaar. Deze zorgintensieve patiënten gebruikten in 2020 langdurig geneesmiddelen uit gemiddeld zeven therapeutische groepen. Meer dan de helft van deze patiënten gebruikte maagzuurremmers (73%), cholesterolverlagers (63%), antitrombotica (62%) en bètablokkers (52%).²

Ziekenhuisopnames door polyfarmacie

Het HARM-onderzoek uit 2006 toonde aan dat polyfarmacie een risicofactor is voor het optreden van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.³ Uit het *Eindrapport vervolgonderzoek medicatieveiligheid* (2017) blijkt dat ongeveer 10% van de ziekenhuisopnames bij 65-plussers mogelijk geneesmiddelgerelateerd was. Bij personen tussen 18 en 65 jaar was de gemiddelde prevalentie 2,64% (95% BI: 2,55%-2,75%). De helft van deze geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames bij personen van 65 jaar en ouder was potentieel vermijdbaar en had dus voorkomen kunnen worden. Bij personen tussen de 18 en 65 jaar was dit slechts in een kwart van de opnames het geval. De geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames die vermijdbaar bleken, kwamen voornamelijk doordat er onvoldoende maatregelen werden genomen, bijvoorbeeld door het niet toevoegen van een laxans bij een opioïde of maagbeschermer bij een Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug (NSAID). Maar ook werd onvoldoende rekening gehouden met de leeftijd, het gewicht of ziektestadium van de patiënt bij het kiezen van de dosering, toedieningsweg of frequentie van het geneesmiddel.⁴

De uitkomsten van bovenstaande studies laten zien dat de zorg voor ouderen met polyfarmacie vraagt om alertheid. Een goede afstemming en samenwerking tussen patiënt (en/of mantelzorger), voorschrijvers en apotheker is dan van cruciaal belang. Om hierin te ondersteunen is in 2012 de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* opgesteld. Deze richtlijn is vooral gericht op de eerste lijn. Aandacht voor optimale farmacotherapie is echter ook van belang in de tweede lijn. Daarom is in 2018 het addendum *Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn* (2018) aan de richtlijn toegevoegd. Speerpunten in dit addendum zijn het herkennen van geneesmiddelgerelateerde problemen, behandeling in het ziekenhuis en overdracht naar de eerste lijn.⁵

Aandachtspunten rondom ziekenhuisopname

Herkenning van geneesmiddelgerelateerde problemen is te verbeteren door gebruik te maken van een triggerlijst met daarop aandoeningen die heel vaak verbonden zijn aan bijwerkingen van geneesmiddelen. Een dergelijke triggerlijst is opgesteld op basis van gegevens uit het HARM-onderzoek (2006) en het *Eindrapport Vervolgonderzoek medicatieveiligheid* (2017), zie tabel 1. De werkgroep van het addendum adviseert om met behulp van de triggerlijst alle patiënten van 70 jaar en ouder bij gebruik van vijf of meer geneesmiddelen bij een bezoek aan de spoedeisende hulp (SEH) of een ongeplande opname standaard te beoordelen op de mogelijkheid van geneesmiddelgerelateerde problemen als reden voor dit SEH-bezoek of de opname.⁵

Tabel 1 Triggerlijst.⁵

Trigger	Vaak betrokken geneesmiddel
fractuur/val	psychofarmaca, corticosteroïden, antihypertensiva
collaps/hypotensie/duizeligheid	antihypertensiva, antiaritmica, psychofarmaca
bloeding (meestal gastro-intestinaal)/doorgeschoten INR	anticoagulantia, trombocyten-aggregatieremmers, NSAID's
elektrolytenstoornis/dehydratie	diuretica, RAS-remmers, NSAID's, antidepressiva
nierinsufficiëntie	RAS-remmers, NSAID's
ontregelde bloedsuiker	bloedglucoseverlagende middelen, corticosteroïden
hartfalen	NSAID's
obstipatie/ileus	opioïden, calciumblokkers
braken/diarree	Antibiotica
delier/verward/suf	psychofarmaca, antihypertensiva, antiaritmica, middelen bij mictieklachten, benzodiazepinen

Vermijdbare geneesmiddelgerelateerde problemen tijdens opname zijn te voorkomen door de kennis rondom bijwerkingen van geneesmiddelen bij medisch specialisten, en het ziekenhuis algemeen, te verbeteren. Deze kennis is te verbeteren door scholing, maar ook door het inrichten van speciale teams, waarbij ze klinische kennis combineren met farmaceutische kennis.⁵ Dit is in steeds meer ziekenhuizen terug te zien in de vorm van geriatrische consultatie. Uit onderzoek van Lehnborn et al. (2014) blijkt dat medicatiefouten ook vaak voorkomen rondom ontslag uit het ziekenhuis. Een systematische review vond dat bij een kwart tot 80% van de patiënten er een verschil was tussen het actuele medicatiegebruik van de patiënt en wat er bij ontslag was voorgescreven.⁶ Een goede communicatie bij ontslag met de patiënt, maar ook tussen tweede en eerste lijn, is dus van groot belang. Bijvoorbeeld over wie verantwoordelijk is voor de follow-up na veranderingen in het geneesmiddelgebruik tijdens de opname. Een situatie zoals de beschreven casus in het kader is dan te voorkomen. Concrete tips voor goede farmacotherapeutische zorg bij ontslag vind je in het kader Farmacotherapeutische zorg bij ontslag.

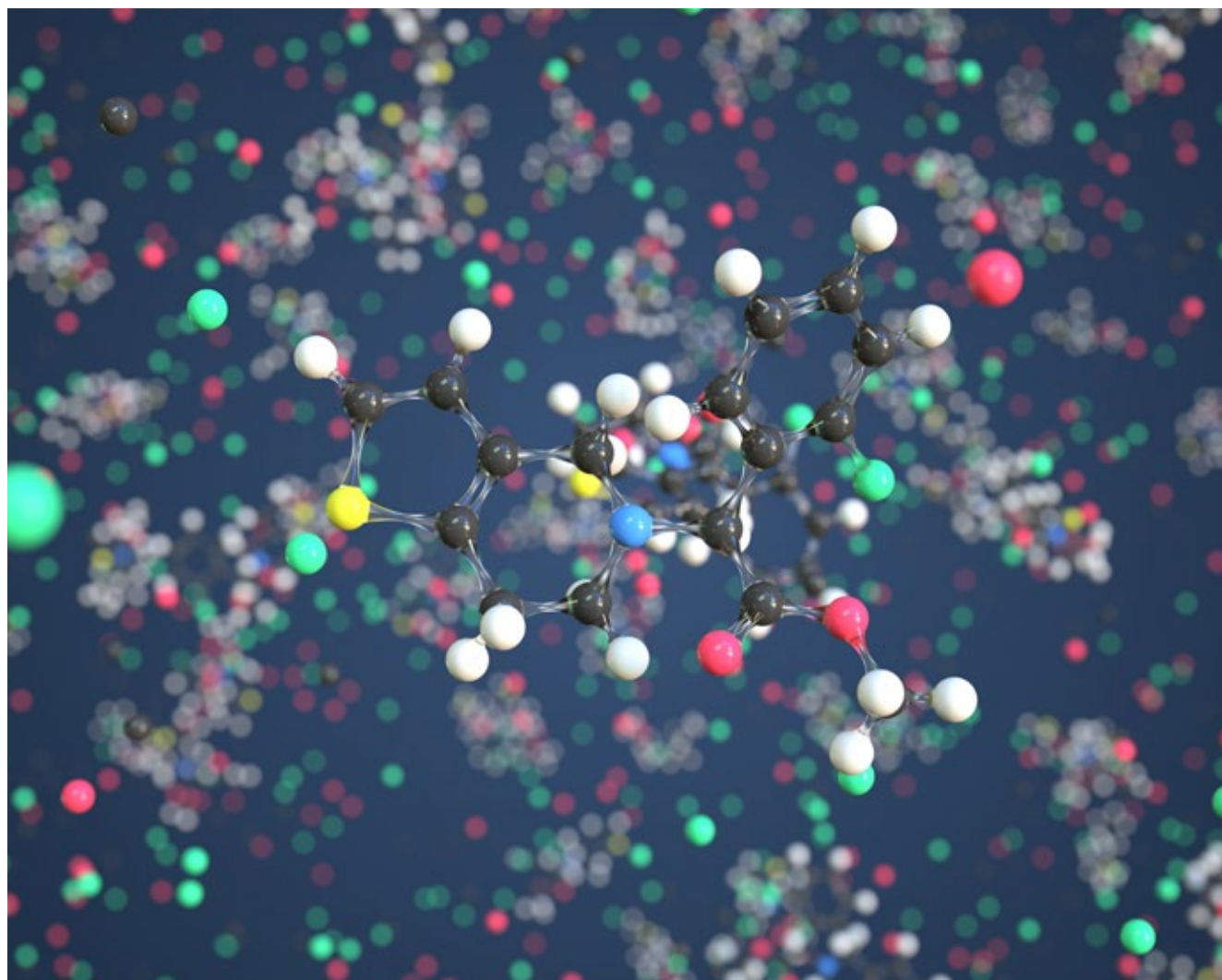
Farmacotherapeutische zorg bij ontslag⁵

- Geef schriftelijke en mondelinge voorlichting aan de patiënt (en/of mantelzorger) over minimaal:
 - indicaties voor de geneesmiddelen
 - doseerschema
 - wijze van gebruik
 - wijzigingen die tijdens opname zijn doorgevoerd in de (thuis)medicatie
 - therapietrouw
- Zorg voor monitoring (labcontrole, monitoring bijwerkingen) in de eerste maand na ontslag. Kan dit niet vanuit het ziekenhuis? Zorg dan voor goede overdracht naar de arts die de zorg gaat overnemen.
- Geef door wanneer en waarom iemand een risicopatiënt is.
- Beoordeel de ontslagmedicatie voor ontslag.
- Voorkom represcriptie door ook de oorspronkelijk voorschrijver (indien nog steeds betrokken bij de behandeling) te informeren over het staken van het geneesmiddel en de redenen hiervoor.

Casus: herstart clopidogrel

Bij een patiënt die een operatie krijgt, staakt de arts-assistent clopidogrel. Na ontslag uit het ziekenhuis moet clopidogrel weer worden gestart. Dit laatste gebeurt niet omdat de arts-assistent dit niet vermeld heeft in de ontslagbrief en op het ontslagrecept. Na verloop van tijd wordt de patiënt thuis getroffen door een CVA. De patiënt overleeft het CVA, maar herstelt niet volledig.⁷

Dit medicatie-incident publiceerde Voorkomen Medicatie Incidenten (VMI) begin 2022. VMI is hét landelijk meldpunt waar zowel zorgorganisaties als individuele zorgverleners medicatie-incidenten kunnen melden. VMI verzamelt en analyseert de meldingen op geaggregeerd niveau. Hierdoor worden risico's in de zorgprocessen sneller zichtbaar dan op lokaal niveau. De risico's die VMI signaleert worden primair, voorzien van aanbevelingen over hoe de incidenten te voorkomen zijn, teruggegeven aan zorgverleners via onder andere Praktijkprikkel. Meer weten over VMI? Kijk dan op www.medicijngebruik.nl/vmi.



3D-beeld van een clopidogrelmolecuul

Kritische blik op medicatie

Waarschijnlijk herken je het beeld van mevrouw Van Heck uit de casus ook uit je eigen praktijk. Een patiënt met meerdere ziektebeelden, behandeld door meerdere specialisten met meerdere geneesmiddelen. Je patiënt krijgt nieuwe klachten en vraagt zich af of het door de medicatie kan komen. Lukt het jou, met die lange lijst van medicatie, hier een antwoord op te geven?

Om antwoord op de vraag te kunnen geven, moet je tot in detail naar de lijst van medicatie en andere gegevens kijken. Een hulpmiddel om dat te doen is het uitvoeren van een medicatiebeoordeling. De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* beschrijft wanneer en hoe je dit aanpakt. Een medicatiebeoordeling is een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door voorschrijver, apotheker en patiënt (en/of mantelzorger) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie.¹ Het uitvoeren van medicatiebeoordelingen vindt vooral plaats in de eerste lijn, onder regie van een voorschrijver bij wie de patiënt langdurig onder behandeling is. Maar ook de richtlijn *Veilige principes in de medicatieketen* (2016) voor de langdurige zorg beschrijft dat zorgorganisaties afspraken moeten maken met de voorschrijvers (vanuit de huisartsenpraktijk of specialist

ouderengeneeskunde) en apotheker over het periodiek uitvoeren van medicatiebeoordelingen.⁸ Het correct uitvoeren van een medicatiebeoordeling kan een tijdrovende klus zijn. Goede afstemming en afspraken vooraf tussen voorschrijver en apotheker dragen bij aan een efficiënte aanpak.

In 2019 zijn de criteria voor het preventief uitvoeren van een medicatiebeoordeling verder aangescherpt in de aanvullende module *Medicatiebeoordeling*. De werkgroep van deze module stelt dat het voor een beperkte groep patiënten met een sterk verhoogd risico op geneesmiddelgerelateerde problemen wenselijk is dat huisarts en apotheker proactief een medicatiebeoordeling aanbieden. De werkgroep adviseert hierbij in eerste instantie te kiezen voor patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van tien of meer geneesmiddelen (hyperpolyfarmacie) en/of met vastgestelde kwetsbaarheid.⁹ Uiteraard kunnen voorschrijver of apotheker ook altijd op basis van hun klinische inschatting een medicatiebeoordeling starten.

STRIP-methode

Om een medicatiebeoordeling goed uit te kunnen voeren zijn gegevens nodig over de gebruikte medicatie (basisset medicatiegegevens), medische gegevens (medische voorgeschiedenis, (contra-)indicaties, intoleranties en meetwaarden) en gegevens van de patiënt verkregen uit een farmacotherapeutische anamnese. De richtlijn adviseert om



Farmacotherapeutische anamnese

hierbij een systematische methode aan te houden, zoals de STRIP-methode. STRIP staat voor Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing. De methode bestaat uit vijf stappen:

- stap 1: farmacotherapeutische anamnese
- stap 2: farmacotherapeutische analyse
- stap 3: opstellen farmacotherapeutisch behandelplan samen met andere zorgverleners
- stap 4: vaststellen farmacotherapeutisch behandelplan samen met patiënt
- stap 5: follow-up en monitoring¹

Tijdens de farmacotherapeutische anamnese gaat de voorschrijver of apotheker in gesprek met de patiënt (en/of mantelzorger) over het werkelijke gebruik van de medicatie. In deze gesprekken blijkt regelmatig dat patiënten naast receptgeneesmiddelen ook zelfzorg(genees)middelen gebruiken. Ook zelfzorggeneesmiddelen kunnen – al dan niet door interactie met receptgeneesmiddelen – leiden tot ziekenhuisopnames. Berucht hierbij zijn de NSAID's, zie tabel 1. Naast vragen over het werkelijke gebruik komen ook vragen aan bod over zorgen, verwachtingen en problemen rondom het medicijngebruik. Met de informatie uit deze eerste stap voeren voorschrijver en apotheker vervolgens de farmacotherapeutische analyse uit. Bij deze analyse koppelen zij de aandoeningen van de patiënt aan medicatie, eventuele labwaarden en behandeldoelen. Vervolgens zijn hiermee farmacotherapeutische problemen te formuleren. Tezamen met andere zorgverleners is een farmacotherapeutisch behandelplan op te stellen, dat voorschrijver of apotheker uiteindelijk vastlegt in overleg met de patiënt.

Voorbeelden van hulpmiddelen

Een onderdeel van de medicatiebeoordeling is het opsporen van onder- en overbehandeling. Veelvoorkomende vormen van onderbehandeling zijn opgenomen in de START-NL-criteria. Deze lijst van criteria, voor patiënten ouder dan 70 jaar, is opgesteld door het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor). Voor het opsporen van overbehandeling zijn de STOP-NL-criteria opgesteld.¹⁰ Daarnaast kun je hiervoor ook andere standaarden en richtlijnen gebruiken. Uiteraard weeg je ook de situatie van de patiënt en zijn wensen mee.

Patiënten kunnen ook nieuwe geneesmiddelen gebruiken die nog niet in richtlijnen beschreven staan. Voorschrijvers hebben hier vaak alleen informatie over ontvangen van de registratiehouder van het middel. Dit maakt het lastig om te bepalen of het nieuwe, vaak dure geneesmiddel een meerwaarde heeft voor de patiënt. Meer achtergrondinformatie en een plaatsbepaling over deze middelen is dan te bekijken op de website Medicijnbalans van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM), www.medicijnbalans.nl. Deze website bevat feitelijke en actuele informatie over nieuwe geneesmiddelen en helpt hiermee voorschrijvers een onderbouwde keuze te maken om het nieuwe geneesmiddel wel of niet te continueren.¹¹

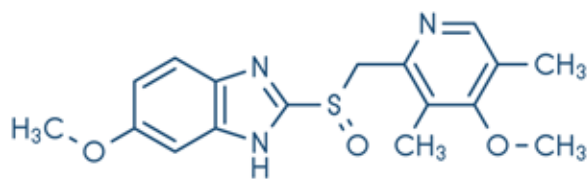
Binnen geneesmiddelgroepen kan er voor ouderen, door bijvoorbeeld verschil in bijwerkingen, een voorkeur voor een bepaald middel zijn binnen die groep. In de app van Ephor is dit eenvoudig per geneesmiddelgroep terug te vinden, zie www.ephorapp.nl.¹²

Minderen en stoppen van medicatie

Richtlijnen ondersteunen voorschrijvers bij het starten van medicatie. Minderen of stoppen van medicatie staat vaak veel minder goed beschreven, terwijl minder en stoppen van medicatie ook valt onder het optimaliseren van de medicamenteuze behandeling. Daarmee verbeter je de kwaliteit van leven, gezondheid en welzijn van de patiënt.

Aanvullende module

Uit studies blijkt dat een deel van de zorgverleners en patiënten terughoudend is ten aanzien van minder en stoppen. Een reden die zorgverleners hiervoor noemen is gebrek aan kennis en bewijs bij de besluitvorming over het minder en stoppen. Anderen ervaren een gebrek aan inzicht of vaardigheden om dit proces te begeleiden. Zowel patiënten als zorgverleners vinden het soms moeilijk om het gesprek aan te gaan over dit onderwerp.¹⁴ Om zorgverleners te ondersteunen bij het minder en stoppen van medicatie is in 2020 de module *Minderen en stoppen van medicatie*¹⁴ toegevoegd aan de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij Ouderen*. De module richt zich specifiek op het proces van afbouwen van en stoppen met medicatie. De module gaat hierbij zowel in op de gespreksvoering tussen zorgverlener en patiënt als op de aspecten hoe je verantwoord mindert. Hiermee kan het minder en stoppen van medicatie, net als het voorschrijven van medicatie, een onderdeel worden van de dagelijkse medische praktijk. Gekoppeld aan deze module zijn tien kennisdocumenten ontwikkeld. Hierin staan overwegingen beschreven om wel of juist niet te stoppen bij patiënten van 70 jaar en ouder, welk bewijs er bekend is over het stoppen of minder van deze geneesmiddelgroep bij ouderen en een stop- of afbouwstrategie. De documenten zijn beschikbaar voor de geneesmiddelgroepen: alfablokkers en 5-alfa-reductaseremmers, anticoagulantia, bisfosfonaten, bloeddrukverlagende middelen, bloedglucoseverlagende middelen, calcium en vitamine D, protonpompremmers, statines, trombo-cytenaggregatieremmers en urologische spasmolytica.¹⁵ Idealiter is deze informatie ook ingebed in behandelrichtlijnen. Het NHG is hier inmiddels mee gestart door de informatie over minder en stoppen van protonpompremmers ook op te nemen in de NHG-Standaard *Maagklachten* (2021).¹⁶



Omeprazol, een protonpompremmer.

In de praktijk

Het idee achter het uitvoeren van medicatiebeoordelingen was om uiteindelijk het aantal (vermijdbare) ziekenhuisopnames te verlagen. (Inter)nationale studies hebben echter niet aangetoond dat dit doel bereikt wordt. Ook werd geen effect aangetoond op het aantal patiënten met valincidenten, of op sterfte, zorgconsumptie, geestelijk functioneren, algeheel functioneren en kwaliteit van leven. Wél leiden medicatiebeoordelingen tot minder farmacotherapeutisch-gerelateerde problemen, meer veranderingen in de medicatie en tot een afname in het aantal gebruikte geneesmiddelen.¹⁷ Het op grote schaal toepassen van medicatiebeoordelingen zonder dat hier een specifieke aanleiding voor is, zal een beperkt effect hebben. Maar bij de individuele patiënt met gezondheidsklachten, op indicatie, kan een medicatiebeoordeling zeer zinvol zijn. De studie van Verdoorn et al. (2019) laat zien dat het bespreken van persoonlijke wensen en doelen van de patiënt tijdens een medicatiebeoordeling effectief is in het verbeteren van uitkomsten die belangrijk zijn voor het welzijn van ouderen. Patiënten die tien of meer geneesmiddelen gebruiken bleken uit deze studie het meeste baat te hebben bij een medicatiebeoordeling.¹⁸ Periodiek herhalen van een beoordeling adviseert de werkgroep van de module *Medicatiebeoordeling* (2019) niet. Een goed uitgevoerde medicatiebeoordeling zal, bij gelijkblijvende gezondheid, voor een langere periode geldend zijn. Daarnaast kost een medicatiebeoordeling tijd en zal het rendement bij een herhaling lager zijn dan bij een eerste beoordeling. Voorschrijver en apotheker kunnen bij deze patiënt het medicijngebruik daarom beter vervolgen met de gebruikelijke opties van medicatiebewaking.⁵ Het oefenen met en regelmatig uitvoeren van medicatiebeoordelingen zorgt ervoor dat je dit met steeds meer vertrouwen en handigheid kunt doen. Wil jij deze vaardigheden ook oefenen? Schrijf je dan in voor de scholing *Polyfarmacie voor verpleegkundig specialisten en physician assistants* van het IVM!

In company scholing

Een scholing *Polyfarmacie voor verpleegkundig specialisten* organiseren voor meerdere verpleegkundig specialisten tegelijk binnen je eigen organisatie? Ook dat is mogelijk bij IVM. Neem contact op via info@ivm.nl of 0800 88 00 400.

Literatuur

- 1 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG/NVKG/OMS; 2012. Zie richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen.
- 2 Stichting Farmaceutische Kengetallen. 1 op 7 patiënten is zorgintensief. Pharm Weekbl 2021;156(48):8.
- 3 Van den Bemt PM, Egberts AC, Leendertse AJ. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. 2006.
- 4 Vervolgonderzoek medicatieveiligheid: eindrapport. Rotterdam/Utrecht/Nijmegen: Erasmus MC, NIVEL, Radboud UMC, PHARMO; 2017.
- 5 Addendum Polyfarmacie bij ouderen in de tweede lijn. Onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NVKG; 2018. Zie www.richtlijnenndatabase.nl.
- 6 Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, et al. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. Ann Pharmacother 2014;48(10):1298-312.
- 7 VMI. Onvoldoende overdracht na ontslag uit het ziekenhuis. Utrecht: Voorkomen Medicatie Incidenten; 2022. Zie www.medicijngebruik.nl/vmi.
- 8 Veilige principes in de medicatieketen. Utrecht: ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN; 2016. Zie www.actiz.nl.
- 9 Module Medicatiebeoordeling Onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG; 2019. Zie richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen.
- 10 STOP-START-NL. Zie richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen.
- 11 Medicijnbalans. Zie www.medicijnbalans.nl.
- 12 Ephorapp. Zie www.ephorapp.nl.
- 13 Heins M, Oosterveld M, Reyners A, et al. Palliatieve zorg in Nederland: feiten en cijfers. Factsheet 3: voorschrijven van medicatie voor de huisarts. Utrecht: Nivel; 2020. Zie www.nivel.nl.
- 14 NHG/NVKG. Module Minderen en stoppen van medicatie. Addendum bij de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG; 2020. Zie richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen.
- 15 Kennisdocumenten Medicatiegroepen bij Verantwoord minderen en stoppen. Zie richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen.
- 16 De Jongh E, De Wit NJ, Numans ME, et al. NHG standaard Maagklachten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2021. Zie richtlijnen.nhg.org.
- 17 Huiskes VJ, Burger DM, Van den Ende CH, et al. Effectiveness of medication review: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Fam Pract 2017;18:5.
- 18 Verdoorn S, Kwint HF, Blom J, et al. (2019, submitted). 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. 2019 (thesis: Clinical medication review: one step beyond Computer rules of personal goals? Chapter 5 and 8).

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.