

Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking

Fleur Boot, Linda Mulder-Wildemors, Vincent Voorbrood, Heleen Evenhuis

Polyfarmacie, langdurig gebruik van vijf of meer medicijnen tegelijk, komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Polyfarmacie kan bij hen al op relatief jonge leeftijd tot problemen leiden. Huisartsen komen echter zelden toe aan een systematische medicatiebeoordeling voor deze patiëntengroep. Een pilotproject in Zuidwest-Nederland waarin huisartsen, apothekers en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) gezamenlijk de multidisciplinaire STRIP-methodiek toepasten, bracht de opbrengsten en de knelpunten in kaart.

Van de Nederlanders met een verstandelijke beperking die ouder zijn dan 50 jaar gebruikt ongeveer 40% langdurig meer dan vier medicijnen tegelijk.^{1,2} Bij deze groep patiënten gaat

polyfarmacie samen met gezondheidsrisico's die vaak al jong beginnen. Daartoe behoren niet alleen psychiatrische en gedragsproblemen of epilepsie, maar ook vroege diabetes en cardiale risico's door een ongezonde leefstijl, een chronisch verstoord slaap-waakritme en antipsychoticagebruik. Multimorbiditeit en polyfarmacie zijn de oorzaken van vroege geriatrische kwetsbaarheid bij deze mensen.²⁻⁴

DE STRIP-METHODIEK

De Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen adviseert bij iedereen die ouder is dan 65 jaar, minstens vijf medicijnen gebruikt en minimaal één risicofactor heeft, een medicatiebeoordeling uit te voeren. Bij deze stapsgewijze en systematische beoordeling werken de huisarts, apotheker



Het is wenselijk dat huisartsen bij mensen met een verstandelijke beperking vóór hun 50e een medicatiebeoordeling uitvoeren. Foto: iStock

DE KERN

- Polyfarmacie komt veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking.
- Multidisciplinaire medicatiebeoordeling volgens de STRIP-methodiek bij huisartspatiënten ouder dan 35 jaar met een verstandelijke beperking en polyfarmacie brengt gemiddeld vijf farmacotherapiegerelateerde problemen aan het licht.
- De farmacotherapiegerelateerde problemen betreffen vooral indicaties, bijwerkingen, onjuiste doseringen, onderbehandeling en gebrekkige monitoring.
- Zowel patiënten als huisartsen ervaren de inbreng van de patiënt zelf als zeer waardevol.
- De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) heeft toegevoegde waarde bij moeizame communicatie met de patiënt en bij het aanpassen van psychofarmaca of anti-epileptica.

en patiënt samen volgens de STRIP-methodiek [figuur].⁵ Huisartsen voeren zo'n medicatiebeoordeling echter zelden uit bij mensen met een verstandelijke beperking, en dan meestal zonder de patiënt er actief bij te betrekken. De oorspronkelijke indicaties voor het medicijngebruik worden niet systematisch bijgehouden in het HIS en zijn vaak achterhaald of zelfs helemaal niet bekend.

In het licht van het voorgaande zou het te wensen zijn dat huisartsen bij mensen met een verstandelijke beperking liefst al vóór hun 50e een medicatiebeoordeling uitvoeren volgens de STRIP-methodiek. In 2011 stonden bij elke huisartsenpraktijk gemiddeld ongeveer tien patiënten ingeschreven met een verstandelijke beperking.^{6,7} Inmiddels zal dat aantal hoger liggen door de hervormingen in de langdurige zorg. Huisartsen hebben over het algemeen weinig kennis van het specifieke medicatiegebruik in deze populatie.⁸ Samenwerking met een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is mogelijk via een van de 90 poliklinieken voor mensen met een verstandelij-

ke beperking (poli-VB) die Nederland telt, maar bij huisartsen is die mogelijkheid nauwelijks bekend.⁹

EEN PROEF IN DE EERSTE LIJN

In 2015 startte de afdeling Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten van het Erasmus MC in samenwerking met het huisartsennetwerk PrimeEUR van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC en het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy een proefproject om de STRIP-methodiek te implementeren in de huisartsenpraktijk voor patiënten met een verstandelijke beperking en polyfarmacie. De projectcoördinator (FB) koppelde elf huisartsen uit het huisartsennetwerk en hun lokale apothekers aan een AVG binnen hun regio; het SIR verzorgde voor de aldus gevormde teams een eendaagse multidisciplinaire scholing.

Iedere huisarts benaderde maximaal vijf patiënten die ouder waren dan 35 jaar, een verstandelijke beperking hadden en vijf of meer medicijnen tegelijk gebruikten. Zij zochten op basis van ICPC-code P85 (Mentale retardatie/intellectuele achterstand) of via een woonvoorziening die was aangesloten bij de praktijk. Twee praktijken haakten al snel af vanwege moeizame communicatie met begeleiders in woonvoorzieningen of samenwerkingsproblemen tussen huisarts en apotheker.

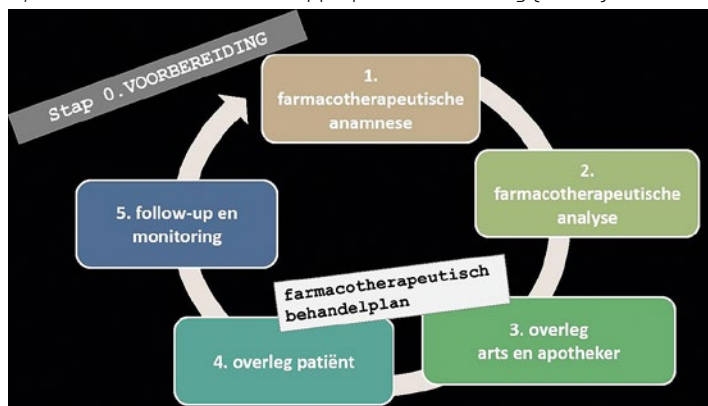
De overige negen praktijken voerden bij 28 patiënten (11 mannen en 17 vrouwen) een medicatiebeoordeling uit. Voorafgaand aan het consult vulde de patiënt en/of diens begeleider een vragenlijst in. De deelnemers waren gemiddeld 60 jaar oud (uitersten 37 tot 84) en gebruikten gemiddeld 9 medicijnen (uitersten 5 tot 23). Achttien deelnemers woonden in een woongroep met 24-uursbegeleiding, acht woonden zelfstandig met ambulante begeleiding en vier woonden geheel zelfstandig. Op één na alle deelnemers hadden twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit). De ernst van de verstandelijke beperking varieerde van licht tot zeer ernstig, maar was bij de meerderheid licht of matig (ontwikkelingsleeftijd 4 tot 12 jaar). In de meeste huisartsenpraktijken is die laatste groep ook het grootst.

In de 'Vragenlijst medicatiebeoordeling' die voor dit onderzoek werd ontwikkeld komen alle aspecten van het medicatieregime, inclusief indicaties en eventuele bijwerkingen, systematisch aan de orde [bijlage Vragenlijst medicatiebeoordeling]. De patiënt of diens vertegenwoordiger en de persoonlijk begeleider vulden de vragenlijst vooraf in; de medicatiebeoordeling omvatte verder een farmacotherapeutische anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek. Voor advies kon de huisarts overleggen met een AVG. Bij hun medicatiebeoordelingen registreerden de teams naast de reeds genoemde patiëntkenmerken welke medicijnen de deelnemers gebruikten en van welk type deze waren, en tot welke farmacotherapiegerelateerde problemen en interventieadviezen deze leidden.

De teams bepaalden zelf de samenwerkingsstructuur en rolverdeling, en legden per discipline de tijdsinvestering in de STRIP-methodiek vast. Meestal was de huisarts betrokken bij alle stappen; de apotheker werd met name ingeschakeld bij de

Figuur

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



Tabel 1

Farmacotherapiegerelateerde problemen bij 28 huisartspatiënten met een verstandelijke beperking en polyfarmacie

Farmacotherapiegerelateerde problemen	n	[%]*	Aantal patiënten
Aantal	144		28
gemiddeld per patiënt (uitersten)	5	[1-11]	
Geneesmiddelkeuze	40	[28]	21
ontbreken indicatie	39		
dubbelmedicatie	1		
Bijwerking	26	[18]	17
Onjuiste dosering	23	[16]	15
dosering te hoog	11		
dosering te laag	8		
doseringsfrequentie of -schema niet optimaal	4		
Onderbehandeling	23	[16]	14
Monitoring	15	[10]	11
monitoring [lab, onderzoek] ontbreekt	15		
Therapietrouw	8	[6]	8
ondergebruik	4		
problemen met toedieningsvorm	4		
Voorlichting ontbreekt	7	[5]	6
Overig	2	[1]	

* Tenzij anders aangegeven.

Tabel 2

Aanbevolen interventies

Interventie	n	[%]*
Aantal aanbevelingen	144	
gemiddeld per patiënt (uitersten)	5	[1-11]
Medicatiewijziging		
staken	35	[24]
dosisverlaging	28	[19]
toevoeging ander middel	16	[11]
dosisverhoging	8	[6]
vervangning	9	[6]
wijziging doseringsfrequentie of toedieningsschema	6	[4]
wijziging toedieningsvorm	2	[1]
Andere aanbevelingen		
controlebezoek of onderzoek	17	[12]
labcontrole	11	[8]
educatie/instructie	10	[7]
aanpassen medicatiebewaking	2	[1]

* Tenzij anders aangegeven.

analyse en het behandelplan, vaak ook bij de voorbereiding en de anamnese; de AVG was veelal betrokken bij het behandelplan.

RESULTATEN VAN DE PROEF

Per patiënt was de huisarts gemiddeld 107 minuten kwijt, de apotheker 79 minuten en de AVG 39 minuten. De meeste tijd (gemiddeld 43 minuten) ging op aan het voorbereiden van de medicatiebeoordeling, met name het opzoeken van dossiergegevens van jaren terug. In één team deed de praktijk-ondersteuner het overleg met de patiënt en de follow-up (40 minuten per patiënt), zodat de huisarts minder tijd kwijt was. De teams stelden in totaal 144 farmacotherapiegerelateerde problemen vast (gemiddeld 5 per patiënt; uitersten 1 tot 11 [tabel 1]). De drie meest voorkomende problemen waren het ontbreken van een indicatie (n = 39), bijwerkingen (n = 26) en onjuiste dosering (n = 23). De meest gegeven interventieadviezen waren staken van medicatie (n = 35) en dosisverlaging (n = 28) [tabel 2].

BESCHOUWING

Onderzoek zoals het onze is in de eerste lijn wel uitgevoerd bij ouderen, maar nooit eerder bij mensen met een verstandelijke beperking. Een Nederlands onderzoek onder thuiswonende 65-plussers met polyfarmacie (n = 3807) wees uit dat de deelnemers gemiddeld drie farmacotherapiegerelateerde problemen hadden. Ook bij hen was het ontbreken van een indicatie het meest voorkomende probleem.¹⁰

Dat de indicatie voor een bepaald middel niet is te vinden, kan verschillende oorzaken hebben. Veel mensen met een verstandelijke beperking gebruiken hun medicijnen al zo lang dat de oorspronkelijke indicatie niet in een elektronisch dossier is vastgelegd, maar alleen op papier. Ook speelt mee dat medicatie voor psychiatrische diagnoses, gedragsproblemen of epilepsie in eerste instantie niet door de huisarts wordt voorgescreven, maar door de specialist. De huisarts zal dan moeten nagaan of de patiënt nog onder controle is bij deze specialist.

Het ontbreken van een duidelijke indicatie is het meest voorkomende probleem bij polyfarmacie

KNELPUNTEN

Selectie, tijd, vergoeding

Na afloop van de proefimplementatie hield de projectcoördinator gestructureerde interviews met een aantal deelnemende huisartsen, apothekers en AVG's. Zij vonden dat de STRIP-methode na een korte scholing goed uitvoerbaar was, maar dat multidisciplinaire samenwerking wel onmisbaar is. Input van de AVG was met name belangrijk wanneer de patiënt antipsychotica of anti-epileptica gebruikte, of wanneer de communicatie met de patiënt moeizaam verliep – overigens

vonden de geïnterviewden de actieve inbreng van patiënten zelf zeer waardevol. Ze waren verrast dat deze proefimplementatie zo'n groot aantal farmacotherapeutische problemen en mogelijke interventies aan het licht bracht.

Het belangrijkste knelpunt bij de selectie van kandidaten voor een medicatiebeoordeling was het ontbreken van een ICPC-code voor 'verstandelijke beperking'. Huisartsen blijken met name lichte verstandelijke beperkingen en zwakbegaafdheid doorgaans slecht te herkennen.

De actieve inbreng van patiënten werd zeer waardevol gevonden

De belangrijkste knelpunten in de uitvoering waren het plannen van een multidisciplinair overleg, de tijdsinvestering en het ontbreken van afspraken over een passende vergoeding. De tijdsinvestering was fors, vooral doordat dossiers onvolledig waren. Als de STRIP-methode structureel zou worden ingevoerd, mag je verwachten dat dossiergegevens vaker up-to-date zijn en dat huisartsen meer ervaring opdoen, zodat een medicatiebeoordeling veel minder tijd zal kosten. Huisarts en apotheker kunnen onderling afstemmen wie welk deel op zich neemt en een praktijkondersteuner kan worden ingezet voor de communicatie en coördinatie.

Communicatie

Ook een aantal betrokken patiënten is geïnterviewd; de projectcoördinator vroeg daarbij naar eerdere medicatiebeoordelingen, zelfstandigheid, begrip en tevredenheid. Geen van de patiënten bleek ooit eerder direct betrokken te zijn geweest bij een medicatiebeoordeling; ze vonden het erg belangrijk dat dit wel gebeurde. De helft van hen was geheel zelfstandig naar de huisarts of apotheker gegaan voor de anamnese, de anderen hadden een begeleider bij zich. Niet alle patiënten hadden de uitleg tijdens het gesprek volledig begrepen: de helft gaf aan dat ze maar een deel van de informatie hadden meegekregen. Huisartsen en apothekers zullen hun best moeten doen om in taalgebruik en uitleg aan te sluiten bij het niveau van de patiënt.

CONCLUSIE

Uit onze proefimplementatie is gebleken dat een systematische medicatiebeoordeling van patiënten in de eerste lijn die een verstandelijke beperking hebben, ouder zijn dan 35 jaar en vijf of meer medicijnen tegelijk gebruiken, veel oplevert. We troffen bij deze patiëntengroep een groot aantal farmacotherapeutische problemen aan waarvoor een interventie mogelijk was. Huisartsen hebben echter veelal niet in beeld wie van hun patiënten een verstandelijke beperking heeft. Zonder ICPC-code zijn met name mensen met een lichte verstandelijke beperking niet altijd goed identificeerbaar. Wanneer de huisarts vermoedt dat een patiënt een lichte verstandelijke beperking heeft, kan hij een snelle screening uitvoeren met

behulp van de SCIL-screeningslijst (screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking).

Samenwerking met een AVG kan belangrijk zijn als het gaat om het bepalen van het niveau van de beperking en de communicatie met de patiënt. De AVG kan ook ondersteuning bieden bij het staken of aanpassen van psychofarmaca en anti-epileptica. Het contact loopt via de poliklinieken voor mensen met een verstandelijke beperking; een lijst is te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (nvavg.nl). Planning en tijd zijn knelpunten waarover de huisarts en apotheker onderling moeten overleggen; de inzet van een praktijkondersteuner kan een oplossing bieden. Afspraken over een passende vergoeding voor medicatiebeoordelingen bij mensen met een verstandelijk beperking zullen landelijk op de agenda moeten worden gezet bij Zorgverzekeraars Nederland. ■

LITERATUUR

1. Evenhuis HM, redactie. Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008-2013. Rotterdam: Erasmus MC, 2014.
2. Evenhuis HM. Niet eerder oud, maar eerder ongezonder: de kwetsbaarheid van mensen met verstandelijke beperkingen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158:A8016.
3. Schoufour JD, Echteld MA, Bastiaanse LP, Evenhuis HM. The use of a frailty index to predict adverse health outcomes (falls, fractures, hospitalization, medication use, comorbid conditions) in people with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2015;38:39-47.
4. Schoufour JD, Echteld MA, Evenhuis HM. Kwetsbaarheid bij ouderen met een verstandelijke beperking: operationalisering, risico en opsporing. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2015;46:92-103.
5. Van Marum RJ, Verduijn MM, De Vries-Moeselaer AC, Van Barneveld TA, Boersma F, Kwint HF, et al. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
6. Van Schroyen Lantman-de Valk H, Straetmans J, Schellevis F, Dinant G-J. Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2008;51:62-5.
7. Cardol M, Dusseljee JC, Rijken PM, Van Schroyen Lantman-de Valk HMJ. Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2011;54:354-8.
8. Bekkema N, De Veer A, Francke A. Zorgen over patiënten met een verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2014;57:259.
9. NVAVG poliklinieken 2017 [internet]. <https://nvavg.nl>, geraadpleegd 14 augustus 2018.
10. Chau SH, Jansen AP, Van de Ven PM, Hoogland P, Elders PJ, Hugtenburg JG. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Int J Clin Pharm* 2016;38:46-53.

Boot FH, Mulder-Wildemors LGM, Voorbrood V, Evenhuis HM. Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0373-z. Erasmus MC, afdeling Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, Rotterdam: dr. F.H. Boot, arts voor verstandelijk gehandicapten, fleurboot@yahoo.com; prof.dr. H.M. Evenhuis, arts voor verstandelijk gehandicapten. SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Leiden: L.G.M. Mulder-Wildemors, openbaar apotheker. Academisch huisartsennetwerk Primeur, Rotterdam: V. Voorbrood, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: deze proefimplementatie werd mogelijk gemaakt door ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg, projectnummer 633100002.

VRAGENLIJST MEDICATIEBEOORDELING in te vullen door persoonlijk begeleider en cliënt(vertegenwoordiger)	
Ingevuld door:	
Datum:	

ALGEMEEN	
Naam cliënt:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Lengte:cm
Gewicht:kg
Roken:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel?.....
Alcohol:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel?
Koffie:	Ja / Nee Zo ja, hoeveel koppen gemiddeld per dag? Met cafeïne / cafeïne vrij
Drugs:	Ja / Nee Zo ja, wat en hoeveel?
Woonsituatie:	
Gaat cliënt naar dagbesteding?	Ja / Nee Zo ja, hoeveel dagdelen?.....
Wordt medicatie ingenomen op dagbesteding?	Ja / Nee Op welk tijdstip?
Komt cliënt per dag gemiddeld 15-30 min. of langer buiten?	Ja / Nee
Beweegt cliënt per dag gemiddeld 30 min. of meer?	Ja / Nee
Doet de cliënt aan sport?	Ja / Nee
Hoeveel zuivelporties neemt cliënt gemiddeld per dag?	Geen / 1 tot 3 porties / 4 of meer porties <i>1 portie = 1 glas melk, yoghurt, kwark of vla of 1 plak kaas</i>

MEDISCH	
Mate van verstandelijke beperking	Zwakbegaafd / Licht / Matig / Ernstig / Zeer ernstig
Is oorzaak verstandelijke beperking bekend?	Ja / Nee Zo ja, wat is oorzaak?.....
Onder controle bij specialist(en)?	Ja / Nee Zo ja, welke en hoe vaak?

Allergieën in dossier?	Ja / Nee Zo ja, welke?

MEDICIJNEN	
Hoe worden de medicijnen geleverd?	Originele verpakking / Medicijnrol / Anders, nl.
Wie beheert de medicijnen?	Cliënt zelf / Begeleiding
Is begeleiding aanwezig bij inname?	Ja / Nee
Neemt cliënt alle medicijnen in welke op de deel- of toedienlijst staan?	Ja / Nee Zo nee, welke niet?

Gebruikt de cliënt de medicijnen volgens de innametijden op de deel- of toedienlijst?	Ja / Nee Zo nee, wat zijn de gewijzigde innametijden?

Gebruikt de cliënt middelen die <u>niet</u> op het medicijnoverzicht staan? <i>Denk bv. aan pijnstillers of zalven van de drogist, vitaminen, kruiden- of homeopathische middelen enz.</i>	Ja / Nee Zo ja, welke?

Heeft de cliënt problemen met gebruik van de medicijnen? <i>Denk bv. aan weigeren, vergeten, uitspugen, slikproblemen, problemen bij inhaleren of injecteren enz.</i>	Ja / Nee Zo ja, wat zijn de problemen?.....

Heeft de cliënt een maagsonde?	Ja / Nee Zo ja, welke sonde? Neusmaagsonde / PEG-sonde/ Anders, nl.....

Worden er medicijnen gemalen voor de cliënt?	Ja / Nee Zo ja, welke medicijnen?.....

	Gemalen medicijnen worden ingenomen met Water / Appelmoes / Yoghurt / Vla / Anders, nl
Helpen de medicijnen van de cliënt voldoende?	Ja / Nee Zo nee, welke medicijnen niet en waarom niet?

Heeft cliënt of familie zorgen over de gebruikte medicijnen?	Ja / Nee Zo ja, welke?
Zijn er nog vragen of opmerkingen over de medicijnen van de cliënt die nog niet in deze vragenlijst worden genoemd?	Ja / Nee Zo ja, welke?

Heeft de cliënt last van een van onderstaande problemen/klachten? (Zo ja, kruis dan hokje aan en licht zo nodig toe)	
<input type="checkbox"/> (Hoofd)pijn	Zo ja, waar en hoe vaak?.....
<input type="checkbox"/> Kortademigheid	Zo ja, wanneer en hoe vaak?
<input type="checkbox"/> Vocht vasthouden in voeten of benen	Zo ja, wanneer en hoe vaak?
<input type="checkbox"/> Jeuk	Zo ja, waar en hoe vaak?
<input type="checkbox"/> Duizeligheid	Zo ja, wanneer en hoe vaak?
<input type="checkbox"/> Dutjes overdag	
<input type="checkbox"/> Sufheid	
<input type="checkbox"/> Verstopping	
<input type="checkbox"/> Diarree	
<input type="checkbox"/> Problemen met plassen	Zo ja, welke? Is dit 's nachts of overdag?

<input type="checkbox"/> Veel speeksel/kwijlen	
<input type="checkbox"/> Droge mond	
<input type="checkbox"/> Vallen	Zo ja, wanneer voor het laatst gevallen? Wat was de oorzaak? Heeft cliënt toen iets gebroken?
<input type="checkbox"/> Problemen met bewegen <i>Denk aan veel bewegen/ niet stil kunnen zitten, stijfheid / moeilijk kunnen bewegen, onwillekeurige of abnormale bewegingen, tremor enz.</i>	Zo ja, welke problemen?.....
<input type="checkbox"/> Maskergelaat / verminderde mimiek	
<input type="checkbox"/> Onduidelijker praten	
<input type="checkbox"/> Epileptische aanvallen	
<input type="checkbox"/> Dingen zien of horen die anderen niet zien of horen	
<input type="checkbox"/> Angst	
<input type="checkbox"/> Somberheid	
<input type="checkbox"/> Veranderde eetlust	Zo ja, is de eetlust toegenomen of afgenomen?
<input type="checkbox"/> Verandering gewicht	Zo ja, is sprake van gewichtstoename of -afname?
<input type="checkbox"/> Gedragsproblemen	Zo ja, welke? Wanneer treden deze op?
<input type="checkbox"/> Seksuele dysfunctie <i>bv. problemen met masturberen</i>	Zo ja, welke?.....
<input type="checkbox"/> Huidproblemen	Zo ja, welke en waar?
<input type="checkbox"/> Borstvorming bij mannen	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk.....