

Aanpak polyfarmacie in verzorgingshuizen

Berichten uit de praktijk

Marjorie Nelissen-Vrancken, Mariëtta Eimers, Maria Casti, Bert Schouten

Inleiding

Men spreekt meestal van (ernstige) polyfarmacie als een patiënt vijf of meer geneesmiddelen gebruikt. De term 'polyfarmacie' suggereert *overmatig* gebruik van geneesmiddelen, maar daar hoeft natuurlijk geen sprake van te zijn. Polyfarmacie levert vaak een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven.^{1,2}

Toch kan het ook ongewenste effecten hebben: hoe groter het

aantal geneesmiddelen, hoe hoger de kans op interacties en bijwerkingen. De kans op fouten bij de patiënt en therapieontrouw neemt ook toe.

Volgens Heerdink³ heeft 8-22% van de thuiswonende ouderen in Nederland te maken met polyfarmacie. In verzorgingshuizen is dat percentage aanzienlijk hoger, tot zo'n 40%. Geschat wordt dat 4-16% van de ziekenhuisopnamen in Nederland (mede) veroorzaakt wordt door bijwerkingen van geneesmiddelen en dat ongeveer 600 patiënten per jaar overlijden door problemen met geneesmiddelengebruik. Bij ouderen horen bijwerkingen van geneesmiddelen tot de vijf meest voorkomende oorzaken van nieuw geregistreerde ziekte-episoden.^{4,5}

In de periode 2001-2002 begeleidde DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, twee proefprojecten in verzorgingshuizen. Dit gebeurde in het kader van de proeftuinen 'Ouderenzorg' van het ministerie van VWS.⁶

We introduceerden een nieuwe overlegstructuur voor een betere medicatiebewaking in de verzorgingshuizen. Halfjaarlijks bespraken de apotheker, de eigen huisarts en een vertegenwoordiger van het verzorgingshuis de medicatie van iedere bewoner, en zo nodig wijzigden zij het beleid.

De belangrijkste aandachtspunten waren over- en onderbehandeling, over- en onderdosering, betere therapietrouw (bijvoorbeeld door een andere toedieningsvorm), ongewenste combinaties en eventuele bijwerkingen. Uit de resultaten bleek onder andere een duidelijke samenhang tussen het aantal gebruikte geneesmiddelen en het aantal uitgevoerde interventies: hoe groter het aantal geneesmiddelen bij de start van het project, hoe vaker een interventie werd uitgevoerd. Gemiddeld zagen we 0,3 interventies voor elk geneesmiddel dat de patiënt gebruikt.

Deze succesvolle werkwijze is volgens ons toepasbaar in andere verzorgingshuizen. Ook voor zelfstandig wonende ouderen is een gezamenlijke aanpak (huisarts en apotheker) succesvol gebleken.⁷ Een bredere implementatie is dan ook gewenst.

Achtergrond

DGV heeft in 2004/2005 de hierboven beschreven interventie op bepaalde aspecten aangepast naar aanleiding van de ervaringen in de proefprojecten.

De belangrijkste knelpunten waren de tijdsinvestering en werkdruk, de administratieve rompslomp (voor de effectevaluatie) en de weerstand van patiënten tegen medicatieveranderingen. Op

Samenvatting

Nelissen-Vrancken M, Eimers M, Casti M, Schouten B. Aanpak polyfarmacie in verzorgingshuizen. Berichten uit de praktijk. Huisarts Wet 2007;50(1):27-31.

Inleiding Enkele jaren geleden introduceerde DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, een nieuwe overlegstructuur om medicatiebewaking in verzorgingshuizen te verbeteren. De aanpak bleek succesvol en is toepasbaar in andere verzorgingshuizen.

Achtergrond Het doel was verbetering en verspreiding van een gezamenlijke aanpak die leidt tot optimale medicatie bij bewoners van verzorgingshuizen. We beperkten de administratieve lasten en ontwikkelden voorlichting en trainingen voor de betrokkenen.

Belangrijkste kwaliteitsmaten Maatgevend waren het aantal medicatiewijzigingen, de wijzigingen per geneesmiddelgroep en veranderingen in geneesmiddelkosten op jaarbasis per bewoner.

Interventie In zeven verzorgingshuizen hebben we projecten rondom polyfarmacie begeleid. We initieerden patiëntgebonden medicatieoverleggen tussen een huisarts, een apotheker en een medewerker van het verzorgingshuis. Zij beoordeelden de medicatie van bewoners met vijf of meer chronische geneesmiddelen. Dit leidde eventueel tot wijziging en evaluatie.

Effecten We zien gemiddeld 2,6 medicatiewijzigingen per bewoner. Meestal werd medicatie gestopt (51%). De geneesmiddelkosten namen daardoor af met gemiddeld 11% (€190 per jaar per bewoner).

Leerpunten Een periodiek patiëntgebonden medicatieoverleg tussen huisartsen, apothekers en medewerkers van verzorgingshuizen is een goede basis voor verbetering van de kwaliteit van het geneesmiddelgebruik van bewoners in verzorgingshuizen.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, Postbus 3089, 3502 GB Utrecht: dr. M. Nelissen-Vrancken, apotheker, adviseur; M. Eimers, adviseur; M. Casti, adviseur, M.P.H. Schouten, adviseur.

Correspondentie: m.nelissen@dgvinfo.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- ▶ Een gezamenlijk patiëntgebonden medicatieoverleg tussen huisartsen, apothekers en medewerkers van verzorgingshuizen verbetert de kwaliteit van het geneesmiddelgebruik van de bewoners.
- ▶ Periodieke beoordeling van de medicatie van patiënten met polyfarmacie is zinvol.

basis daarvan hebben we de interventie aangepast: de administratieve lasten zijn tot een minimum beperkt dankzij een standaard mutatieformulier en praktische ondersteuning bij de evaluatie. Verder kreeg voorlichting van bewoners en hun familieleden de aandacht. We ontwikkelden een lezing voor bewoners, een informatiebrief en de brochure 'Medicijnen onder controle'.

In de lezing gingen we in op de patiëntgebonden medicatieoverleggen in het verzorgingshuis, gaven we algemene informatie over geneesmiddelen (gebruik, bijwerkingen, inname van andermans medicatie en dergelijke) en over de communicatie met de huisarts en apotheker (wat moet je als patiënt aan huisarts en apotheker vertellen?). Ter ondersteuning boden we projectleiders en verzorgenden trainingen aan. In de training voor verzorgenden werd aandacht besteed aan geneesmiddelen - werking, bijwerkingen en interacties, ook met voedsel - en aan de communicatie met de patiënt - hoe geef je voorlichting en hoe motiveer je een beter geneesmiddelgebruik bij de patiënt?

In totaal hebben we zeven verzorgingshuizen begeleid bij de uitvoering van het project. De werving vond plaats via bestaande contacten met verzorgingshuizen, apothekers en/of huisartsen. Deelname was vrijwillig en er was geen financiële vergoeding beschikbaar. De begeleiding en de trainingen vanuit DGV waren gratis.

Een belangrijke voorwaarde voor deelname was dat de huisartsen, apothekers én zorgmanagers van de verzorgingshuizen voldoende tijd wilden investeren in het beoordelen en bespreken van de medicatie van de bewoners. De projectleider was meestal een zorgmanager van het verzorgingshuis.

Belangrijkste kwaliteitsmaat

De belangrijkste uitkomstmaat was het aantal medicatiewijzigingen per bewoner. We onderscheidde de volgende categorieën: medicatie staken, dosering wijzigen, andere medicatie, nieuw geneesmiddel starten en andere wijzigingen (bijvoorbeeld een andere toedieningsvorm). We onderzochten ook de veranderingen in geneesmiddelkosten op jaarbasis per bewoner en de wijzigingen per geneesmiddelgroep.

Per verzorgingshuis voerden we een effectmeting uit. Deze bestond uit een analyse van de doorgevoerde wijzigingen per categorie (zie boven) en per geneesmiddelgroep. Daarnaast berekenden we veranderingen in de kosten van de chronische medicatie. We vergeleken het actuele geneesmiddelgebruik voor het eerste patiëntgebonden medicatieoverleg met het actuele geneesmiddelgebruik

na het tweede patiëntgebonden medicatieoverleg, ongeveer drie maanden later. De kosten van de chronische medicatie berekenden we in een periode van acht of negen weken vóór het eerste medicatieoverleg en in eenzelfde periode na het tweede medicatieoverleg. Het ging om acht weken bij een declaratieperiode van twee of vier weken, en om negen weken bij een declaratieperiode van drie weken. Vervolgens hebben we de geneesmiddelkosten op jaarbasis berekend. In de analyse negeerden we geneesmiddelen voor niet-chronisch gebruik (ATC-codes J, P, V, Y en Z), andere geneesmiddelen die incidenteel werden voorgeschreven, geneesmiddelen die niet vergoed worden en hele dure geneesmiddelen (meer dan €100).

Tijdens het medicatieoverleg werd in principe alleen medicatie besproken van bewoners met vijf of meer verschillende (chronische) geneesmiddelen. Hiervan kon men echter afwijken. Men kon bijvoorbeeld ook kiezen voor bewoners met minder geneesmiddelen of alleen bewoners met meer dan vijf, zes of nog meer geneesmiddelen.

Bewoners die tijdens de interventie verhuisd of overleden waren, sloten we in de analyse uit.

Interventie

Een adviseur van DGV begeleidde de vrijwillig aangemelde verzorgingshuizen. Tijdens een intakegesprek bespraken we de opzet van het project met (ten minste) een huisarts, een apotheker en de zorgmanager. Daar werd ook een projectleider benoemd, die vooral de coördinatie en het organisatorische deel voor zijn rekening nam. De meeste projectleiders volgden eerst een speciaal ontwikkelde training bij DGV.

In de startbijeenkomst kregen alle betrokken zorgverleners (huisartsen, apothekers, verzorgenden en zorgmanagers) informatie over de doelstellingen en de opzet van het project. Zo nodig konden zij aangepaste afspraken maken over de selectie van bewoners van wie de medicatie gevolgd zou worden.

De selectie van de bewoners gebeurde meestal door de apotheker en de projectleider, op basis van de chronische medicatie. De apotheker bepaalde aan de hand van de medicatiehistorie welke bewoners chronische medicatie gebruiken. Dit was inclusief dermatica, mineralen en vitaminen (voor zover het gebruik daarvan bekend is in de apotheek) en regelmatig of chronisch gebruik van 'zo nodig' medicatie. Daarna volgde de inplanning van de medicatieoverleggen bij de huisartsen, de organisatie van de training voor verzorgenden en van de lezing voor de bewoners. Voorafgaand aan de medicatieoverleggen beoordeelde de apotheker de actuele medicatielijsten van de geselecteerde bewoners en stuurde deze lijsten met eventuele suggesties voor wijzigingen naar de huisarts. De huisarts beoordeelde de lijsten met suggesties aan de hand van de patiëntgegevens in het HIS.

In het eerste medicatieoverleg bespraken de apotheker, huisarts en zorgmanager per bewoner het actuele medicijngebruik en maakten zij afspraken over eventuele wijzigingen. Redenen voor

wijzigingen waren bijvoorbeeld: er was geen indicatie meer, een nieuwe indicatie, te hoge doseringen voor geriatrische patiënten, gewijzigd inzicht in optimale behandeling, bijwerkingen, interacties, contra-indicaties en beschikbaarheid van generieke alternatieven of combinatiepreparaten. Voor zover bekend zijn specialisten niet betrokken bij het aanpassen van de medicatie. Onbekend is of medicatie die oorspronkelijk is voorgeschreven door een specialist ongemoeid is gelaten. Bij enkele verzorgingshuizen was wel een verpleeghuisarts betrokken bij het project, als actieve deelnemer aan de medicatieoverleggen of als vraagbaak op de achtergrond.

De huisarts (of eventueel een medewerker van het verzorgingshuis) besprak de voorgestelde wijzigingen met de bewoner. Bij goedkeuring werden de apotheker en het verzorgingshuis geïnformeerd. De verzorgers observeerden zo nodig de bewoner en waarschuwden de huisarts bij ongewenste ontwikkelingen. Die kon dan bij een tussentijds bezoek aan de bewoner eventueel de medicatie bijstellen.

Na ongeveer drie maanden vond het tweede medicatieoverleg plaats. Hierin werden de oorspronkelijke interventie en eventuele tussentijdse medicatieveranderingen door huisarts of specialist geëvalueerd. Circa negen weken later voerde een adviseur van DGV de effectmeting uit.

Het traject werd afgesloten met een bijeenkomst voor alle zorgverleners waarin de resultaten en ervaringen van de deelnemers werden besproken en afspraken werden gemaakt over de continuering van het patiëntgebonden medicatieoverleg.

Effecten

In 7 verzorgingshuizen is de medicatie van in totaal 278 bewoners geëvalueerd (tabel 1). Vier verzorgingshuizen hadden geen tweede medicatieoverleg gepland, waarmee zij afweken van de oorspronkelijke opzet van de interventie. De belangrijkste oorzaken hiervoor waren vooral organisatorisch (zie ook onder 'leerpunten en vervolg'). De evaluatie heeft bij hen drie maanden na het eerste medicatieoverleg plaatsgevonden.

Na de eerste medicatieoverleggen is een groot aantal medicatiewijzigingen doorgevoerd. Tabel 2 bevat het gemiddeld aantal wijzigingen per bewoner per verzorgingshuis. Gemiddeld zien we 2,7 wijzigingen per bewoner, variërend van 1,7 tot 4,5. Het staken van medicatie is de meest doorgevoerde wijziging, gevolgd door het starten van nieuwe geneesmiddelen en het aanpassen van de dosering (respectievelijk 51%, 21% en 17% van alle wijzigingen). In bijna alle verzorgingshuizen werden er meer geneesmiddelen gestaakt dan dat er gestart werden. Daardoor nam het gemiddeld aantal chronische geneesmiddelen per bewoner in de meeste verzorgingshuizen significant af (zie tabel 3). Gemiddeld daalde het aantal chronische geneesmiddelen significant van 8,3 naar 7,7 middelen per bewoner, een afname van 11% (variërend van een toename van 9% tot een afname van 20%). In slechts één verzorgingshuis nam het aantal geneesmiddelen toe.

In de 3 verzorgingshuizen die 2 medicatieoverleggen per bewoner hebben uitgevoerd, nam het aantal chronische geneesmiddelen af met gemiddeld 18%. Daartegenover staan de 4 verzorgingshuizen die slechts één medicatieoverleg per bewoner hebben uitgevoerd. Bij hen nam het aantal chronische geneesmiddelen toe met gemiddeld 1% (variërend van - 9% tot + 9%).

Uit tabel 4 blijkt wat de meest voorkomende geneesmiddelgroepen waren (niet opgesplitst naar verzorgingshuis): diuretica, benzodiazepinen en trombocytenaggregatiemmers. Het meest gestopt werden benzodiazepinen, analgetica, middelen bij astma/COPD en maagmiddelen. Dermatica, NSAID's en laxantia werden het meeste gestart. Bij diuretica, antipsychotica en benzodiazepinen werd de dosering vaker gewijzigd dan bij andere geneesmiddelengroepen (gegevens niet gespecificeerd in tabel). Een andere opvallende wijziging was het omzetten van twee monopreparaten in een combinatiepreparaat (bijvoorbeeld acetylsalicylzuur en dipyridamol, medicatie voor astma/COPD, combinaties met een ACE-remmer).

Door de medicatiewijzigingen zijn de kosten voor geneesmiddelen afgenomen (zie tabel 5). De gemiddelde geneesmiddelkosten per bewoner op jaarbasis verschilden tussen de diverse verzorgingshuizen. Dit kwam onder meer door verschillen in medicatie (aantal en soort middelen) van de geselecteerde bewoners en door afspraken over declareren tussen apothekers en zorgverzekeraars. De declaratieperiode varieerde van twee tot vier weken, waardoor het aantal receptregelvergoedingen varieerde. Gemiddeld namen de geneesmiddelkosten per bewoner per jaar significant af van € 1474 naar € 1368, een afname van 7% (variërend van een toename van 1% tot een afname van 21%). In slechts één verzorgingshuis stegen de geneesmiddelkosten. In de drie verzorgingshuizen die twee medicatieoverleggen per patiënt hebben uitgevoerd, was de kostenafname gemiddeld 17% (€ 327 per jaar). De vier verzorgingshuizen die één medicatieoverleg per patiënt hebben uitgevoerd, hadden een lagere gemiddelde kostenafname, namelijk 3% (€ 37 per jaar).

Leerpunten en vervolg

Het patiëntgebonden medicatieoverleg tussen huisartsen, apothekers en medewerkers van verzorgingshuizen biedt een goede basis om de kwaliteit en de doelmatigheid van de farmaceutische zorg van bewoners in verzorgingshuizen te verbeteren. Met name de controle of het geneesmiddel nog nodig is, blijkt erg zinnig.

In dit onderzoek zijn alleen de doorgevoerde medicatiewijzigingen en geneesmiddelkosten in beeld gebracht. We veronderstellen daarbij dat de bewoners van de verzorgingshuizen zelf baat hebben bij de interventie in termen van verbetering van kwaliteit van leven. Voor de verzorgingshuizen zou dit zich kunnen vertalen in reductie van het aantal medicatiefouten, reductie van valincidenten (bijvoorbeeld door minder benzodiazepinen)⁶ en dergelijke. Een van de verzorgingshuizen had inzicht in het aan-

Tabel 1 Aantal betrokken huisartsen, aantal medicatieoverleggen per patiënt, totaal aantal bewoners en aantal geëvalueerde bewoners per verzorgingshuis

Verzorgingshuis	Aantal huisartsen	Aantal overleggen per patiënt	Totaal aantal bewoners	Aantal geëvalueerde bewoners
A	4	2	67	18
B	1	2	*	11
C	38	1	119	20
D	15	1	105	22
E	7	2	185	62
F	17	1	85	68
G	14	1	137	77

* Slechts één huisarts heeft deelgenomen aan het project; aantal bewoners ingeschreven bij de betreffende huisarts is onbekend

Tabel 2 Gemiddeld aantal wijzigingen per bewoner

Verzorgingshuis	Totaal	Gestopt	Gestart	Dosering	Omzetting	Anders
A	1,8	1,1	0,1	0,4	0,2	0,1
B	2,1	1,3	0,0	0,5	0,3	0,2
C	2,9	1,3	0,7	0,6	0,2	0,2
D	2,1	1,1	0,6	0,3	0,2	0,0
E	4,5	3,1	0,7	0,6	0,1	0,1
F	2,6	0,6	1,4	0,4	0,2	0,0
G	1,7	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0
Gemiddeld	2,7	1,3	0,7	0,4	0,2	0,1

Tabel 3 Chronische medicatie per bewoner voor en na interventie

Verzorgingshuis	Gemiddeld aantal middelen vóór interventie (sd)	Gemiddeld aantal middelen na interventie (sd)	Absoluut verschil	Vershil (%)
A	9,4 (3,5)	8,4 (3,5)*	- 1,0	- 11
B	7,9 (2,1)	6,6 (2,2)*	- 1,3	- 16
C	7,7 (2,0)	7,1 (2,1)*	- 0,6	- 8
D	6,5 (1,4)	5,9 (1,9)*	- 0,6	- 9
E	11,6 (5,3)	9,3 (4,1)*	- 2,3	- 20
F	7,4 (3,4)	8,1 (3,8)*	+ 0,7	+ 9
G	7,1 (3,0)	7,0 (3,4)	- 0,1	- 1
Gemiddeld	8,3 (4,0)	7,7 (3,6)*	- 0,6	- 11

* Significant verschillend t.o.v. middelen voor interventie (gepaarde t-test, $p < 0,05$)

Tabel 4 Wijziging per geneesmiddelgroep

ATC-code	Geneesmiddelgroep	n	%	stop	start	overig
C03	Diuretica	130	20,8	9	5	13
N05BA/CD/CF	Benzodiazepinen	107	29,0	16	5	10
B01AC	Trombocytenaggregatieremmers	80	16,3	1	5	7
D	Dermatica	65	60,0	9	29	1
S	Oogmedicatie	61	34,4	8	8	5
N06A	Antidepressiva	58	43,1	9	6	10
R03 + R05CB	Middelen bij astma/COPD	57	45,6	11	7	8
C09	RAAS-remmers	57	14,0	0	0	8
N02	Analgetica	53	47,2	11	8	6
B03	Middelen bij anemie	53	41,5	7	9	6
A06	Laxantia	53	37,7	5	9	6
C01D	Nitraten	51	29,4	3	5	7
A02	Middelen bij maagzuur	44	43,2	10	4	5
N05A	Antipsychotica	38	34,2	2	2	9
C07	Bètablokkers	38	18,4	2	2	3
A10B	Orale antidiabetica	34	32,4	3	4	4
M01	NSAID's	29	51,7	3	10	2
C01A	Hartglycosiden	25	24,0	3	1	2
C08	Calciumantagonisten	21	33,3	3	3	1
G04BD	Middelen bij urine-incontinentie	17	47,1	6	2	0
N03	Anti-epileptica	16	12,5	1	0	1
A12	Mineraalsupplementen	15	33,3	0	4	1
A10A	Insulines	15	33,3	1	1	3
A11	Vitaminen	14	42,9	5	1	0
M05	Bisfosfonaten	14	28,6	1	2	1
H02AB	Glucocorticosteroïden	13	46,2	1	2	3
C10	Lipidenverlagende middelen	13	23,1	2	0	1
J01XE	Nitrofurantoinen chronisch	12	50,0	2	3	1
G04C	Middelen bij prostaathyperplasie	12	50,0	2	1	3
H03	Schildklierhormonen	12	16,7	0	2	0
	Overige medicatie	78	34,6	16	8	3

n = aantal patiënten met betreffende medicatie; % = percentage patiënten bij wie medicatie is gewijzigd; stop = aantal patiënten bij wie medicatie gestopt is; start = aantal patiënten bij wie medicatie gestart is; overig = aantal patiënten met overige wijzigingen

tal valincidenten per jaar. Het aantal valincidenten was in 2005 beduidend lager dan in de voorafgaande jaren. We hebben niet onderzocht in welke mate het polyfarmacieproject hieraan heeft bijgedragen.

Belangrijk is dat alle partijen voldoende tijd willen investeren en dat een enthousiaste en stimulerende projectleider de organisatorische aspecten op zich neemt. In een van de verzorgingshuizen is de inzet van verpleegkundig consulenten belangrijk geweest omdat zij veel taken van de huisarts hebben uitgevoerd. Verzorgenden hebben in het algemeen veel belangstelling voor het project - in alle verzorgingshuizen deden grote groepen verzorgenden mee met de training.

Ook was er volop belangstelling voor de patiëntenlezing. Daarbij was een belangrijk leerpunt dat de aanwezigheid van familieleden gewenst is. Zij kunnen signaleren als er iets mis gaat en met de ouderen napraten over relevante zaken.

Uit de resultaten bleek bovendien dat in de verzorgingshuizen met twee medicatieoverleggen per patiënt het aantal wijzigingen en de kostenbesparing gemiddeld hoger waren dan in verzorgingshuizen zonder de tweede ronde.

In de verzorgingshuizen zonder tweede overleg speelden diverse problemen een rol. Die waren vooral organisatorisch van aard: een te grote opzet van het project met te veel verschillende huisartsen, apothekers en andere betrokkenen, waardoor de communicatie vaak moeilijk bleek. Daardoor ontstonden problemen als het vergeten van afspraken, verschillen in de beoordeling van medicatie (welke medicatie

Tabel 5 Gemiddelde kosten voor chronische geneesmiddelen per bewoner

Verzorgingshuis	Gemiddelde kosten op jaarbasis vóór interventie in euro's (sd)		Gemiddelde kosten op jaarbasis na interventie in euro's (sd)		Absoluut verschil	Vershil (%)
A	1975	(1176)	1656	(1179)*	- 318	- 16
B	1907	(814)	1508	(738)*	- 399	- 21
C	1949	(588)	1718	(694)*	- 231	- 12
D	1446	(839)	1386	(768)	- 60	- 4
E	2024	(1221)	1728	(1082)*	- 296	- 15
F	1391	(941)	1411	(981)	+ 20	+ 1
G	990	(633)	974	(571)	- 16	- 2
Gemiddeld	1474	(943)	1368	(883)*	- 106	- 7

* Significant verschillend t.o.v. kosten voor interventie (gepaarde t-test, $p < 0.05$)

wel/niet) en het niet (of onvolledig) bijhouden van mutatieformulieren. Ook was bij een van de verzorgingshuizen de projectleiding te los, met problemen rond de organisatie van de overlegondes als gevolg. We zagen ook problemen met de continuïteit: bij drie verzorgingshuizen kregen betrokken apothekers en projectleiders een andere baan of gingen met pensioen.

Het achterwege blijven van het tweede overleg zegt dus eigenlijk meer over de problemen bij de projectorganisatie en bepaalt op zichzelf niet het welslagen van het project.

Naar aanleiding van deze bevindingen bevelen we aan om klein te starten: een kleine groep huisartsen en/of een beperkt aantal patiënten. Deze groep doet ervaring op en kan daarmee inschatten of en hoe zij het patiëntgebonden medicatieoverleg verder willen uitbreiden naar andere bewoners en huisartsen.

Het is niet de bedoeling dat het bij een eenmalige actie blijft. Het uiteindelijke doel zijn werkafspraken tussen de zorgverleners waarmee de medicatie van de bewoners periodiek beoordeeld wordt. Dit waarborgt de kwaliteit van de farmaceutische zorg en kost in verhouding minder tijd. Uit eerdere projecten bleek namelijk dat een eerste medicatieoverleg gemiddeld tien minuten en een vervolgoverleg slechts drie minuten per bewoner kost.⁷

Voor afspraken over de continuering van het patiëntgebonden medicatieoverleg bleek het organiseren van een slotbijeenkomst

met de betrokken zorgverleners zeer belangrijk. Uiteraard kunnen dergelijke afspraken ook in een ander relevant overleg gemaakt worden. Denk bijvoorbeeld aan een FTO-bijeenkomst met betrokkenen van het verzorgingshuis. Meestal werd ervoor gekozen de medicatie van de bewoners eenmaal per jaar te beoordelen.

Dankbetuiging

Wij bedanken alle apothekers, huisartsen en betrokken medewerkers van verzorgingshuizen voor hun deelname aan de projecten. Wij bedanken verder de farmaciestudenten A. el Boustani en E. Kaouass voor de verzameling en/of analyse van kosten en wijzigingen op geneesmiddelgroepsniveau tijdens hun zesdejaars stageperiode.

Het project 'Reductie polyfarmacie bij ouderen' is gefinancierd uit de instellingssubsidie die het ministerie van VWS in 2004 en 2005 beschikbaar heeft gesteld aan DGV.

Literatuur

- 1 Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-De Jong B. Polyfarmacie bij ouderen. Een probleem? Huisarts Wet 2001;44:446-9.
- 2 Jansen PAF, De Smet PAGM. Optimalisering van polyfarmacie. Veranderingen bij het ouder worden maken farmacotherapie complexer. Pharm Weekbl 2004;136:1474-7.
- 3 Heerdink ER. Polyfarmacie bij ouderen in Nederland. Een overzicht van beschikbare gegevens. Pharm Weekbl 2002;137:1257-9.
- 4 Jansen PAF. Valkuilen bij medicatiegebruik door ouderen. Geneesmiddelenbull 2000;34:53-9.
- 5 Beijer HJM, De Blaey CJ. Hospitalisation caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci 2002;24:46-54.
- 6 Daal OO, Van Lieshout JJ. Ouderen en geneesmiddelen: duizeligheid en vallen. Geneesmiddelenbull 2003;37:77-81.
- 7 Hopman JM, Nelissen-Vrancken HJMG. De apotheker moet coördineren en signaleren. Ervaringen uit de proeftuin. Pharm Weekbl 2002;137:1269-72.

Abuis

In H&W 2006 (13) stond vermeld dat Marije van der Lee, auteur van het artikel 'Euthanasieverzoek bij terminaal zieke kankerpatiënten: soms een signaal van depressie' huisarts is. Dat is onjuist. Marije is gedragswetenschapper, werkzaam bij de huisartsopleiding aan het Erasmus MC.