

## Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2)

# Polyfarmacie: een veelvoorkomend probleem

De Nederlandse bevolking vergrijsst en dat merken huisartsen dagelijks. Ze krijgen steeds meer te maken met oudere patiënten die vroeg of laat complexe gezondheidsproblematiek krijgen. De psychische en lichamelijke vitaliteit nemen in de loop der jaren af. Hoe dit proces zich voltrekt is niet goed bekend. Wel is duidelijk dat veel ouderen vaak aan meerdere aandoeningen lijden, zodat de huisarts te maken krijgt met verschillende richtlijnen tegelijk. Helaas is weinig bekend over multimorbiditeit en de consequenties daarvan voor diagnostiek en behandeling.

Dit is de tweede aflevering in een serie van vijf artikelen over het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen*, een uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. De aanbevelingen uit het Standpunt richten zich vooral op ouderen met complexe problematiek, dat wil zeggen ouderen met verschillende aandoeningen (multimorbiditeit), bij wie diverse hulpverleners betrokken zijn. Het doel van de hulpverlening is bij hen gericht op herstel en behoud van functionaliteit, zelfredzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven. De huisarts heeft een regierol bij de afstemming van het beleid van alle betrokken hulpverleners en spant zich in om samenhang van de geleverde zorg te bewerkstelligen, uitgaande van de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt.

In deze serie worden de aanbevelingen uit het Standpunt naar de dagelijkse praktijk vertaald. De eerste aflevering ging in op het zorgplan. Ditmaal is er aandacht voor de farmacotherapie en het belang van een goed opgezet patiëntendossier, beschikbaar voor alle medische zorgverleners. De volgende afleveringen zullen gaan over:

- zorg in het verzorgingshuis en afstemming met de verpleeghuisarts;
- voorbeelden van beïnvloeding van de ziekenhuiszorg;
- een praktijkplan voor ouderen in de praktijk en de hagro.

### Kwalen en middelstjes

De heer Swarttouw is onlangs 85 jaar geworden. Hij woont zelfstandig maar klaagt de laatste maanden steeds vaker over vermoeidheid en kortademigheid. In het elektronisch medisch dossier (EMD) leest de huisarts de volgende problemen:

- ▶ CVA (klein) in 2003;
- ▶ psoriasis sinds 2004;
- ▶ neerslachtig, depressief gevoel sinds 2005;
- ▶ artrose;
- ▶ hartfalen sinds 2006.

De bloeddruk van Swarttouw is 135/60, de berekende creatinineklaring (Cockcroft) is 45 ml/minuut.

Swarttouw gebruikt de volgende medicatie:

- acetylsalicylzuur 38 mg, 1 dd 1;
- bumetanide 1 mg, 1 dd 1;

- metoprolol 50 mg, 1 dd 1;
- betamethasonpropionaatcrème 0,05% 1-2 dd dun aanbrengen;
- citalopram 40 mg, 1 dd 1;
- ibuprofen 400 mg, zo nodig 3 dd 1 (door Swarttouw regelmatig gebruikt bij pijnklachten).

Is dit de optimale medicatie? Of zijn er andere suggesties mogelijk bij een polyfarmaciebespreking?

### Opvallende zaken

In de bovenstaande lijstjes staan enkele opmerkelijke bevindingen. Zo is de dosering acetylsalicylzuur te laag: in verband met zijn CVA moet de heer Swarttouw 80 mg acetylsalicylzuur per dag gebruiken. Daarnaast is het bijzonder dat de patiënt op 83-jarige leeftijd psoriasis heeft gekregen. Mogelijk heeft hij last van psoriforme huida rupties door metoprolol. Deze medicatie, die de patiënt krijgt voor hartfalen, is niet volgens de NHG-Standaard. Die adviseert als eerste stap een diureticum waaraan als tweede stap een ACE-remmer wordt toegevoegd.

### Dat kan anders!

Een suggestie voor de polyfarmaciebespreking is om de metoprolol te vervangen door een ACE-remmer. Wellicht verdwijnt daardoor de psoriasis (zodat geen betamethasonpropionaatcrème meer nodig is), terwijl tevens de klachten van kortademigheid kunnen verbeteren.

Een ander aandachtspunt is het gebruik van ibuprofen. Op grond van de leeftijd, nierfunctie, comorbiditeit en het gelijktijdige gebruik van acetylsalicylzuur en citalopram zou deze patiënt beter geen NSAID kunnen gebruiken. Ook paracetamol geeft vermindering van pijnklachten door artrose (in verband met de verminderde nierfunctie maximaal 1500 mg per dag). Als de patiënt toch dwingend een NSAID nodig heeft, is het beter hem maagbescherming te geven (in verband met zijn leeftijd, hartfalen en de comediatie citalopram), zoals 1 dd 20 mg omeprazol. In dit geval heeft dan diclofenac voordeel boven ibuprofen omdat dat laatste een interactie geeft met acetylsalicylzuur.

### Complexiteit in het dossier

Bovenstaande casus toont wel aan dat het NHG-Standpunt Farmacotherapie<sup>1</sup> niet voor niets wijst op de noodzakelijke extra aandacht voor medicatiebewaking en voor evaluatie van het geneesmiddelengebruik bij polyfarmacie. De cruciale rol van de huisarts als beheerder van het patiëntendossier is een belangrijk uitgangspunt in de Toekomstvisie en de uitwerkingen daarvan. Het elektronisch medisch dossier brengt de comorbiditeit in beeld. Het toont de complexiteit van diagnoses in relatie tot elkaar; toont eventuele

conflicten tussen behandelingsrichtlijnen of tussen verschillende artsen en ondersteunt de patiëntveiligheid door medicatiebewaking.

Een goed onderhouden en eenduidig elektronisch medisch dossier is de meest cruciale randvoorwaarde voor een efficiënte regie en organisatie van medische zorg. De huisarts is vanuit zijn rol en sleutelpositie de meest aangewezen zorgverlener, die zorgt voor een zo compleet mogelijk medicatieoverzicht. Het NHG heeft de ADEMD-richtlijnen (Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier) geformuleerd. Daarbij is de verslaglegging episodegericht. De richtlijnen zijn helder, de praktijk is echter weerbarstig.

#### Wat slikt de patiënt?

Hoe gaat dat dan in de praktijk? Ook daar is onderzoek naar gedaan. Een van de grote zorgverzekeraars stelde met extra middelen apothekers en huisartsen in een Zuid-Hollands fto in de gelegenheid om aandacht te besteden aan patiënten met complexe problematiek. Vervolgens werd het geneesmiddelengebruik doorgelicht van patiënten die meer dan zeven verschillende middelen gebruikten. Dit bleek een zinvolle exercitie. Zowel de apotheker als de huisarts had een onvolledig zicht op het geneesmiddelengebruik van deze (oudere) patiënten. Reden hiervoor was dat herhalingsrecepten vaak niet tegelijkertijd, maar afzonderlijk werden aangevraagd. Ook de aanleiding voor het voorschrijven was niet altijd te achterhalen, en het geneesmiddelengebruik bleek geregeld anders dan op de verpakking was voorgeschreven.

#### Samenwerking met apotheker

Voor optimale farmaceutische zorg bij patiënten met complexe problematiek heeft de apotheker veel informatie nodig die terug te vinden hoort te zijn in het elektronisch medisch dossier. Denk daarbij aan de volledige geneesmiddelenhistorie, maar ook aan een nierfunctiestoornis en aan contra-indicaties, bijwerkingen van en overgevoeligheden voor bepaalde geneesmiddelen of bestanddelen daarvan. Het zou logisch zijn wanneer de apotheker dan ook inzage krijgt in dit dossier. De apotheker verwerkt niet alleen recepten van de huisarts, maar ook recepten van andere voorschrijvers (specialisten). Vanuit het oogpunt van medicatieveiligheid is het van belang dat ook de huisarts hiervan op de hoogte is. Beide aspecten vereisen een goede samenwerking tussen de huisarts en de apotheker, zowel op persoonlijk vlak, als in de vorm van adequate elektronische communicatie en het delen van de beschikbare informatie.



#### Het dossier en derden

Wanneer de zorg erg complex is, blijft het overzicht voor de huisarts beter te waarborgen wanneer de specialisten in de tweede lijn vooral consultatief werken en de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de huisarts laten. Het zou goed zijn wanneer aan dit soort initiatieven lokaal en regionaal vorm wordt gegeven. De tweede lijn moet zich hierin door de huisarts gesteund weten, net als bij het dossier ICT. Zo kunnen ontwikkelingen in de tweede lijn worden bijgestuurd naar een juist gebruik van het elektronisch medisch dossier.

Voor een goede waarneming van de zorg, zowel binnen als buiten kantooruren, is de beschikbaarheid van een goed elektronisch medisch dossier evenzeer noodzakelijk. Het is de hoogste tijd dat de huisartsenposten inzage in dossiers realiseren. Daar wordt hard aan gewerkt en het begint er op te lijken dat dit eind 2007 in grote delen van het land gerealiseerd zal zijn. Dat brengt dan veiligheid voor de patiënt met complexe problematiek. De huisarts, als dossierhouder, legt de basis. De komende tijd zal daar ongetwijfeld veel energie in worden gestoken. We zijn dus goed op weg naar een adequate episodegerichte dossiervorming volgens de NHG-richtlijnen!

*A.P. Timmers, huisarts, LUMC afdeling Ouderengeneeskunde,  
dr. Fred W. Dijkers, huisarts, LUMC afdeling  
Public Health en Eerstelijngeneeskunde,  
drs. M.M. Verduijn, apotheker, wetenschappelijk medewerker NHG*

1. NHG-Standpunt Farmacotherapie in de Huisartsenzorg (een uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012). Utrecht: NHG, 2006.