

Polyfarmacie bij ouderen

De multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen heeft sinds zijn verschijnen veel aandacht gekregen.¹ Te recht, want het is een grondig onderbouwde richtlijn over een belangrijk onderwerp waar veel winst te behalen is. Veel van de aandacht gaat uit naar de praktische uitvoering van de polyfarmaciecheck in de alledaagse praktijk van huisartsen, specialisten en hun ondersteuners. Jammer genoeg is er te weinig aandacht voor de gevolgen die de richtlijn moet hebben op organisatorisch niveau, in het bijzonder de wijze waarop we de zorg regionaal organiseren (de samenwerking tussen huisartsen en de tweede en derde lijn) en voor de contractering van onze zorg met de verzekeraars. Dit commentaar gaat in op de discrepanties die er zijn tussen de zorg die we als beroepsgroep volgens de richtlijn willen leveren en de wijze waarop de verzekeraars contracteren. Hoofdboodschap is dat de huidige contracten een belemmering zijn voor verbetering van de zorg.

De multidisciplinaire richtlijn is een mix van een aantal verstandige uitgangspunten en overtuigingen, en van beschikbare evidence en eigen onderzoek. Kort samengevat:

1. De richtlijn gaat er vanuit dat het perspectief en de wensen van de kwetsbare oudere (of diens mantelzorger) de basis zijn voor het maken van geneesmiddelenkeuzen, en dat de oudere hier actief bij betrokken moet zijn.
2. Het uitwisselen van de resultaten van een medicatiebeoordeling tussen alle betrokken zorgverleners (en het respecteren daarvan) is noodzakelijk.
3. De richtlijn bevat een praktische handreiking over de wijze waarop men een medicatiebeoordeling in de praktijk kan organiseren en uitvoeren.
4. De richtlijn maakt inzichtelijk welke investering in tijd en kosten noodzakelijk is voor een goede uitvoering.

Op ieder van deze punten, behalve de laatste over tijd en geld, ga ik hieronder verder in.

DE OUDERE CENTRAAL

Hoewel het logisch lijkt dat de wensen en verwachtingen van de oudere de basis vormen voor de geneesmiddelenkeuzen bij een medicatiebeoordeling, is dat internationaal gezien niet zo. Kort voor de publicatie van de richtlijn kwam een Cochrane-review over hetzelfde onderwerp uit.² Een opvallend verschil tussen beide is dat deze Cochrane-review in tegenstelling tot de multidisciplinaire richtlijn ervan uitgaat dat beslissingen over medicatiegebruik bij de arts liggen ('what constitutes "many" or "too many" drugs is a physician's dilemma'). Onderzoek laat zien dat het belangrijk is dat het perspectief van

de oudere centraal staat bij medische afwegingen en de trend in de ouderenzorg is om de wensen van de ouderen centraal te stellen. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in veel programma's zoals die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn in het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Als ons uitgangspunt is dat huisartsen individuele keuzen maken op basis van persoonlijke achtergronden en overwegingen van de oudere patiënt, dan moet de consequentie zijn dat men hen niet afreken op inhoudelijke, algemeen geldende indicatoren. De richtlijn beschrijft daarom indicatoren die kortweg neerkomen op de kwestie of iemand wel of niet een medicatiebeoordeling heeft gehad. Zorgverzekeraars zijn niet dol op dit soort procesindicatoren – ze moeten erop vertrouwen dat zorgverleners deze daadwerkelijk goed hebben uitgevoerd.

In de huidige situatie gebruikt men eigenlijk alleen uitkomstindicatoren. Bij farmacie-indicatoren bekijkt men vaak op basis van eenvoudige regels of dokters de richtlijnen volgen. Krijgt iedere diabeet wel een statine? Wordt bij een SSRI een protonpompremmer voorgeschreven? Toepassing van dit soort algemene regels op de doelgroep van de richtlijn is per definitie ongewenst. Een tweede voorbeeld: ik moet de afgelopen jaren voor de module ouderenzorg verantwoorden hoeveel en welke medicijnen bij ouderen gestopt zijn, een simpel regeltje dat in schril contrast staat met de complexe werkelijkheid. Een van de lastige aspecten van de polyfarmacie bij ouderen is *underprescribing*: als een oudere al veel middelen heeft is de kans dat een arts een nieuw middel voorschrijft kleiner, ook als dit wel zinvol is. Dit leidt tot de paradox dat de meest kwetsbaren (voor het gemak: degene met de meeste aandoeningen en dus de langste medicatielijst) de grootste kans hebben dat men hen effectieve middelen onthoudt. Beleid bij polyfarmacie moet zich richten op het gebruik van de *adequate* medicatie voor de *individuele* patiënt, en niet op het aantal gebruikte middelen en ook niet op het staken van medicatie. Uit de richtlijn volgt echter dat verzekeraars dit soort uitkomstindicatoren en de daaraan gekoppelde financiële consequenties bij deze groep moeten afschaffen.

ANDERE ZORGVERLENERS

De volgende pijler van de richtlijn betreft de uitwisseling van de uitkomsten van een medicatiebeoordeling tussen de verschillende betrokken behandelaars. Het heeft weinig zin een bètablokker te stoppen als de cardioloog deze bij de volgende controle weer voorschrijft en het werk van de geriater is zinloos als via de receptenlijn van de huisarts de oude medicatie abusievelijk weer wordt hervat. Polyfarmacie gaat samen met multimorbiditeit en daarmee de betrokkenheid van veel dokters (ik stel voor om de risicofactor 'polymedici' hiervoor te introduceren). Afstemming van het beleid van deze verschillende behandelaars bij de individuele patiënt is complex, niet

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. S.O. Hobma, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

alleen wat betreft medicatie, maar bijvoorbeeld ook als het om leefregels gaat. Het vereist goede regionale samenwerking tussen huisartsen en anderen, zoals specialisten, en een infrastructuur voor informatie-uitwisseling.

Om de richtlijn goed te kunnen uitvoeren is het logisch om de eerste- en tweedelijnszorg op dit terrein in onderlinge samenhang te contracteren. De werkelijkheid is echter dat deze nog bijna volledig gescheiden zijn, en dat huisartsenpraktijken individueel kunnen inschrijven op ouderenmodules waarin medicatiebeoordelingen een belangrijke rol spelen. In het marktdenken van de verzekeraar zal het ook bij polyfarmacie bij ouderen 'niet uitmaken wie het doet, als het maar gebeurt', wordt het medicatieoverzicht ondergebracht bij de beste bieder, of dit nu thuiszorg, huisarts, geriater of specialist ouderengeneeskunde is, en wordt deze in een inkoopcyclus van een jaar 'afgerekend op resultaat'. De richtlijn laat echter zien dat het wél belangrijk is wie betrokken zijn en dát zij samenwerken. Het zoeken naar een vorm van contractering waarin een belangrijk onderdeel van de zorg als polyfarmacie wordt ingekocht op een wijze die congruent is met de richtlijn, is een belangrijke stimulans tot daadwerkelijke implementatie. Het opheffen van de afzonderlijke contractering van de eerste en tweede lijn binnen een regio lijkt daarvoor een logische stap.

IN DE PRAKTIJK

In de scholing over de nieuwe richtlijn krijgen de werkwijze in de praktijk en de organisatie daarvan de meeste aandacht. Dat is logisch, want dat zijn de enige aspecten waarmee de individuele dokter die de scholing volgt direct aan de slag kan. Ze vormen ook onderdelen waar het meest onderzoek naar gedaan is. De resultaten van dat onderzoek zijn zeer teleurstellend. Zowel de multidisciplinaire richtlijn als de Cochrane-review concludeert dat medicatiebeoordelingen geen effecten laten zien op klinische uitkomstmaten als kwaliteit van leven, ziekenhuisopnamen en mortaliteit. Toch staan deze beoordelingen als centrale activiteit in de richtlijn. Dit baseren de auteurs van de richtlijn op een analyse van de Nederlandse situatie en op eigen onderzoek naar mogelijke verbeteringen op het gebied van de polyfarmacie.

De kern van deze nieuwe richtlijn is wat mij betreft niet het gestructureerde proces in de praktijk van selectie van ouderen en medicamenten, maar de aanname dat de effectiviteit van de interventies tekortschiet doordat men deze te geïsoleerd, buiten de patiënt en diens medebehandelaars om uitvoert. Die analyse is sterk, maar het is nog altijd een aanname, en geen evidence, dat deze aanpak wel zal gaan werken. Het is interessant dit te onderzoeken, bijvoorbeeld door een vergelijking van regio's waarin volgens de nieuwe richtlijn zorg wordt



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

gecontracteerd (in een regio waarin Achmea actief is, als medeauteur van de richtlijn?) met andere regio's.

TOT SLOT

Op het terrein van de polyfarmacie bij ouderen is veel winst te boeken. Verzekeraars en overheid zijn zeer geïnteresseerd in het onderwerp om de kosten van het medicijngebruik te verlagen en om onnodige kosten, zoals ziekenhuisopnamen, te voorkomen. Ze vragen huisartsen om actie en zichtbare resultaten. De verleiding is groot om contracten te sluiten waarin individuele praktijken in de eerste lijn een beloning krijgen voor inspanningen op het gebied van polyfarmacie bij ouderen. De resultaten van deze inspanningen zullen teleurstellend zijn als men in de regio onvoldoende samenwerkt en als men afspraken maakt over klinische eindpunten met uitkomstindicatoren. Als we de richtlijn serieus nemen, moeten wij hierover heel andere afspraken met onze verzekeraars gaan maken. Als we de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn willen verbeteren, ligt gezamenlijke contractering binnen een regio voor de hand. Bij de verantwoording van de geleverde zorg moeten de procesparameters uit de richtlijn het uitgangspunt zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
- 2 Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 5. Art.No.: CD008165.