



Dr. Joris Meeuwissen: "De sport van de geriater is altijd eerst kijken naar de medicatielijst van een patiënt en schrappen wat niet nodig is of een dosisaanpassing doorvoeren."

POLYFARMACIE BIJ DE OUDERE ZORGVRAGER

De oudere zorgvrager is een patiënt met vaak complexe zorgnoden. Klassieke geriatrische syndromen zoals cognitieve problematiek of recidiverend vallen zijn goed gekend. Vaak dragen deze patiënten ook heel wat chronische aandoeningen met zich mee, die met medicatie behandeld moeten worden. Frequent ontstaat op die manier het probleem van polyfarmacie. Op het Gerizol-congres eind 2017 werd de problematiek besproken. Verschillende specialisten uit het veld reikten praktische tips aan.

Dr. Joris Meeuwissen, algemeen interne geneeskunde (infectiologie) en (ortho)geriatrie, licht de problematiek toe.

Wanneer spreken we over polyfarmacie?

Dr. Joris Meeuwissen: "Men spreekt over polyfarmacie als ouderen meer dan vijf medicijnen per dag innemen. Maar meer dan vijf medicijnen wil niet noodzakelijk zeggen dat het er te veel zijn, zeker niet als de oudere veel problemen heeft of in het kader van multimorbiditeit. Als je bijvoorbeeld een CVA hebt gehad of je hebt diabetes, hoge cholesterol, een onregelmatig hartritme..., dan zit je al snel aan acht medicijnen. Essentieel is wel dat het medicatielijstje van iedereen op leeftijd kritisch bekeken wordt, met inbegrip van de voorgeschiedenis."

Wat is de impact van al die medicijnen?

"Het grootste probleem als je te veel medicijnen neemt, is dat er interacties kunnen ontstaan. En als de oudere bijvoorbeeld een beperkte nierfunctie heeft, kunnen bepaalde medicijnen een toxische spiegel opleveren. Daarnaast kunnen er ook leverproblemen ontstaan. Dit kan op zijn beurt leiden tot sufheid of slaperigheid. Met een verhoogd risico op vallen."

"Soms zijn de medicijnen ook te hoog of te laag gedoseerd. Het lichaam van een oudere

patiënt verwerkt geneesmiddelen vaak anders dan dat van een jongere patiënt."

"En tot slot: hoe meer medicijnen iemand neemt hoe groter de kans op medicatiefouten en slechtere therapietrouw. En de oudere heeft natuurlijk niets aan een medicijn dat hij niet neemt of niet juist neemt."

Is polyfarmacie vaak een reden waarom oudere mensen naar het ziekenhuis komen?

"Uit recente literatuurgegevens blijkt dat dit vaak een belangrijke reden kan zijn voor een opname of spoedopname bij ouderen. Het kan gaan van 20 tot 30, misschien wel 40 percent van de opnames. Heel veel van deze problemen kunnen bij kritische opvolging uiteraard vermeden worden."

"We zien de problemen van polyfarmacie in de dagkliniek, op de raadpleging maar ook bij hospitalisatie. De sport van de geriater is altijd eerst kijken naar de medicatielijst en schrappen wat niet nodig is of een dosisaanpassing doorvoeren. En zich kritisch de vraag stellen: krijgt de patiënt niets te weinig? Wat bijvoorbeeld vaak vergeten wordt, is het geven van calcium en vitamine D in het kader van osteoporose of val- en fractuurpreventie."

Ook de huisarts speelt hier uiteraard een belangrijke rol?

"Het is inderdaad niet alleen de taak van de geriater om naar de medicatielijst te kijken. Het is eigenlijk een taak voor alle artsen. De huisarts speelt een cruciale rol, hij of zij kent de patiënt het beste, kent ook de problemen en de voorgeschiedenis en weet welke medicatie een oudere patiënt dient te krijgen."

Wordt u vaak in advies gevraagd?

"Vaak is de vraag omtrent medicatie iets wat ingebed zit in een hele vraagstelling. Wanneer patiënten bijvoorbeeld door de huisarts naar het dagziekenhuis worden verwezen voor een geheugen- of valevaluatie is een kritische medicatie-anamnese erg belangrijk."

"Kijken naar en het bijsturen van medicatie zit ingebed in het geriatrisch assessment. Ouderenzorgspecialisten als geriater of geriatrisch verpleegkundigen kijken niet alleen naar de pijn die iemand heeft aan zijn been na een val of bij een heupfractuur. Zij kijken met een helikopterview. Ze kijken naar het lichamelijke, het psychische maar ook naar psychosociale stressoren. Natuurlijk moet ook altijd rekening gehouden worden met resultaten van technische onderzoeken. Maar het is even belangrijk te kijken hoe goed iemand stapt en of de patiënt een goed geheugen heeft. Al die elementen staan met elkaar in verbinding. En medicatie is een van de belangrijke landingsplaatsen die we met de helikopter aandoen."

Polyfarmacie brengt een grote kost met zich mee. Hoe kijken jullie daar naar?

"Hoe meer medicatie iemand neemt, hoe groter uiteraard de kost. Indien mogelijk kiezen we bij cholesterolverlagers, bloeddrukverlagers enz. voor een generische vorm. Doch dit is niet altijd mogelijk. Soms kan ook een combinatiepreparaat gebruikt worden maar bij problemen dienen we dit wel eens te stoppen omdat aanpassing van de afzonderlijke producten nodig is."

Merkt u vaak dat mensen te veel medicijnen nemen?

"Mensen zijn vaak bezig met hun medicatie. In een context van 'wat neem ik', 'waarom neem ik dat', 'wanneer moet ik naar de huisarts voor een nieuw voorschrift'... Het gebeurt soms dat medicijnen die geen indicatie meer hebben toch nog voorgeschreven of verlengd worden. Ik denk hierbij aan pijnmedicatie, maagzuurremmers, poeders voor de stoelgang... Als je wil afbouwen zijn mensen hier niet altijd toe bereid en staan ze erop om ze te blijven nemen. Ook bij gebruik van cholesterolverlagers bij patiënten die hoogbejaard, zorgafhankelijk en dementerend zijn, mag je volgens mij kritische vragen stellen."

Ik kan me voorstellen dat sommige casussen heel complex kunnen zijn?

"Als het heel complex wordt, kan je als arts een beroep doen op tools die je helpen om geneesmiddelschema's te ontrafelen en naar een goed gebalanceerde lijst te gaan. Voorbeelden zijn de START- (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) of STOPP-criteria (Screening Tool of Older Person's Prescriptions), de Beers-lijst..."

"Als je het echt goed wil doen, heb je heel veel tijd nodig. Daarom werken we graag samen met de klinisch apotheker die hier goed voor opgeleid is. De klinisch apotheker werkt best bedside mee en denkt samen met de arts na over het geneesmiddelschema van elke patiënt. Dit is een vorm van doorgedreven multidisciplinair samenwerken."

"De klinisch apotheker heeft in bepaalde settings zijn nut zeker al be-

wezen. Samenwerken met een klinisch apotheker zou in de toekomst zeker een meerwaarde kunnen zijn om bij bepaalde complexiteiten het teveel aan medicijnen mee te rationaliseren."

Hebben jullie hier ervaring mee in het ZOL?

"Er zijn een aantal studieprojecten geweest op geriatriche diensten. Apr. Lore Switten heeft de resultaten van de studie 'vermijden van geneesmiddelgerelateerde problemen bij polyfarmacie in geriatric' gepresenteerd op het Gerizolcongres. De studie liep van april 2015 tot maart 2016. Er werden 100 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 83,9 jaar geïnccludeerd. Gemiddeld namen de patiënten 10 geneesmiddelen waarvan 27% voor het cardiovasculair stelsel, 17% voor het centraal zenuwstelsel en 9% voor het gastro-intestinaal stelsel. Voor de richtlijnen was 32% van de medicatielijsten afwijkend en na de richtlijnen 23%, wat toch een significante daling is."

Wat zijn de plannen voor de toekomst op dit vlak?

"Er is op dit moment vooral onduidelijkheid rond de financiering. Hoe kan klinische farmacie verder uitgebouwd en onderhouden worden? Daar zijn we nog niet uit maar wij zijn zeker vragende partij om de samenwerking verder te zetten. Ik ben ervan overtuigd dat er een grote meerwaarde in zit."

Psychofarmaca zorgen vaak voor problemen omdat ze veel worden voorgeschreven. Is dit soms van het goede te veel?

"Het is geweten dat België één van de landen is in Europa, en zelfs wereldwijd, waar psychofarmaca heel veel gebruikt worden. Meestal worden ze met de bedoeling van een kortdurende behandeling voorgeschreven. Daarna worden ze verlengd en uiteindelijk jaren voorgeschreven omdat mensen er niet meer van af geraken."

"Bij geheugenproblemen, vallen of vermoeidheid kijken we ook kritisch naar de groep van psychofarmaca. Vele van deze geneesmiddelen zijn immers slaapinducerend. Als je als geriater de slaapmedicatie wil stoppen omdat er bijvoorbeeld een valevent is ge-

weest, krijg je het vaak niet aan de patiënt verkocht omdat hij denkt dat hij er beter van slaapt. Maar eigenlijk is hij er verslaafd aan geworden. Dan moeten we een beroep doen op de specifieke knowhow van de ouderenspsychiater. Dr. Martine Burin heeft de relatie tussen de geriater en de ouderenspsychiater uitgebreid toegelicht op het Gerizolcongres."

"Ik denk dat een van de belangrijkste werkpunten in de toekomst in het veld van polyfarmacie in België zal zijn om het gebruik van psychofarmaca verder te reduceren. De pasklare oplossing daarvoor ken ik niet. Maar dat het moet gebeuren, staat buiten kijf."

"Tot slot hebben prof. dr. Tournoy (geriater UZ Leuven) en prof. dr. Petrovic (geriater UZ Gent) het belang van het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten toegelicht om complexe polyfarmacie-casussen op te lossen."

