



LOK Polyfarmacie bij ouderen

WERKGROEP POLYFARMACIE

DOMUS MEDICA

Update 2018

Inhoud

1. Leerdoelen
2. Casus
3. Polyfarmacie en rationeel voorschrijven
4. Epidemiologie
5. Waarom is polyfarmacie problematisch?
6. Aanbevelingen polyfarmacie
7. Multidisciplinaire aanpak
8. Casussen
9. Bronnen
10. TAKE HOME MESSAGES
11. Vragen

1. LEERDOELEN

Aan het einde van deze LOK

- Kent u veel voorkomende problemen en risico's bij gebruik van polyfarmacie (bij kwetsbare ouderen)
- Weet u waarom ouderen een risicogroep zijn
- Weet u wat rationeel voorschrijven is
- Hebt u inzicht bij het optimaliseren van medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen
- Bent u in staat op gestructureerde wijze een kritische evaluatie van het medicatieschema uit te voeren

1. CASUS

Tijdens de wacht

- Na operatie voor heupbreuk na valpartij, werd Felix (81 jaar oud) getransfereerd naar een revalidatie-afdeling. Het herstelproces verliep goed. Aan het eind van de opname alvorens de transfer naar het RVT werd nog oxybutynine 5mg 2dd opgestart voor de incontinentie. Zijn medicatieschema ziet er nu als volgt uit:

Probleemlijst:

COPD (50PY) > 40 jaar geleden

AMI met PTCA > 6 jaar
geleden

Hartfalen > 4 jaar geleden

TUR prostaat met rest-
incontinentie 4 jaar geleden

Uitgesproken degeneratief
lijden van de gehele
wervelkolom > 30 jaar
geleden

Depressie > 2 jaar geleden

Medicatie bij ontslag: 11 geneesmiddelen

Coversyl 4 mg 1dd

Emconcor 2,5 mg 1dd

Coruno 16 mg 1dd

Spironolactone 25 mg 1dd

Asaflow 80 mg 1dd

Zocor 20 mg 1dd

Cipramil 20 mg 1dd

Contramal retard 100mg 2dd

Anoro 1dd

Duovent als rescue 4dd

Oxybutynine 5 mg 2dd

- Eenmaal terug in het RVT is Felix het noorden kwijt, hij is verward en onrustig. Het zijn veel veranderingen geweest op korte tijd.
- De verpleegkundige vraagt of er haloperidol mag gegeven worden.
- Welke problemen ziet u met deze medicatielijst ?
- Zou u opstart haloperidol aanbevelen ?

2. POLYFARMACIE EN RATIONEEL VOORSCHRIJVEN

- Geen eenduidige definitie
- Kwantitatief meer dan 5 geneesmiddelen
- Er bestaat rationele polyfarmacie en irrationele polyfarmacie
- Ook vrij frequent onderbehandeling
- Maar gelijk hoe,
polyfarmacie geeft problemen
- Van polyfarmacie naar optimale
farmacotherapie

[illegible]

Categorieën van onjuist geneesmiddelengebruik

Categorie	Behandeling
“OVERUSE”	Overbodig gebruik (geen indicatie)
“MISUSE”	Verkeerd gebruik (verkeerde keuze, dosis, therapieduur, vorm, kost ...)
“UNDERUSE”	Onderbehandeling (geen therapie voor preventie of behandeling van een ziekte)

Rationeel voorschrijven

- Is een weloverwogen *op literatuur gebaseerde keuze van geneesmiddel, dosering, therapieduur, toedieningsvorm aangepast* aan de *individuele patiënt* en begeleid met *patiëntenvoorlichting*
- Het gekozen geneesmiddel is optimaal *werkzaam, veilig en gebruiksvriendelijk aan de laagst mogelijke kost*
- Er moet een *besliskundige drempel* bereikt zijn om een geneesmiddelenbehandeling te starten, te continueren en te wijzigen

Rationele keuze volgens vier criteria

1. EFFECTIVITEIT (EFFICACY)

- Harde eindpunten: mortaliteit verminderen en vermijden van zware invaliderende morbiditeit
- Effecten op harde eindpunten > intermediaire eindpunten > risicofactoren voor harde eindpunten

2. VEILIGHEID (SAFETY)

- Toxische effecten en mogelijke bijwerkingen, ernst en frequentie

3. GESCHIKTHEID (ACCEPTABILITY)

- Contra-indicaties, interacties
- Gebruiksgemak voor de patiënt: dosis, toedieningsvorm, frequentie ..

4. PRIJS (COST)

- Maatschappij
- Patiënt

Rationeel voorschrijven

Vraagt **telkens opnieuw volgens een vast stramien klinisch redeneren:**

Vanuit een **werkdiagnose** door **therapeutische besliskunde** tot een **op elke patiënt** afzonderlijk **afgestemd behandelplan** komen

Behandeling bij patiënt A (*bvb zwangere vrouw*) is niet gelijk aan behandeling bij patiënt B (*bvb oudere Afrikaanse man met ernstige nierinsufficiëntie*) met dezelfde ziekte (*bvb hypertensie*)

Het WHO-6-stappenplan

STAP 1: DEFINIEER HET PATIENTENPROBLEEM

- *Bvb hypertensie bij 82 jarige roker met een voorgeschiedenis van jicht, recidiverende episodes van cystitis bij 78 jarige vrouw*

STAP 2: BEPAAL HET THERAPEUTISCH DOEL

- DOEL: Curatief, symptomatisch, preventief of palliatief
- *bvb preventief statines bij 80 jarigen vs betablokker eerste jaar na AMI*

STAP 3: BEPAAL DE STANDDAARDTHERAPIE

- Niet-medicamenteus en medicamenteuze behandeling
- Prioriteer op basis van effectiviteit, veiligheid, geschiktheid en prijs

STAP 4: CONTROLEER OP GESCHIKTHEID VOOR DEZE PATIENT

- Comorbiditeit?
- Interacties?
- Contra-indicaties?
- Toedieningsvorm, doseringsschema, therapieduur, totale hoeveelheid, duur?
- Risicopatiënten: zwangere, kinderen, ouderen, patiënten met nierinsufficiëntie en leverstoornissen?

STAP 5: MAAK VOORSCHRIFT

- Noteer de toediening van het geneesmiddel: sterkte, toedieningsvorm, dosering
- Therapietrouw bevorderen (werking, bijwerkingen, instructies, waarschuwingen en opvolging)

STAP 6: EVALUATIEPLAN OPSTELLEN

- Afspraak follow-up

3. EPIDEMIOLOGIE

Geneesmiddelengebruik in RVT

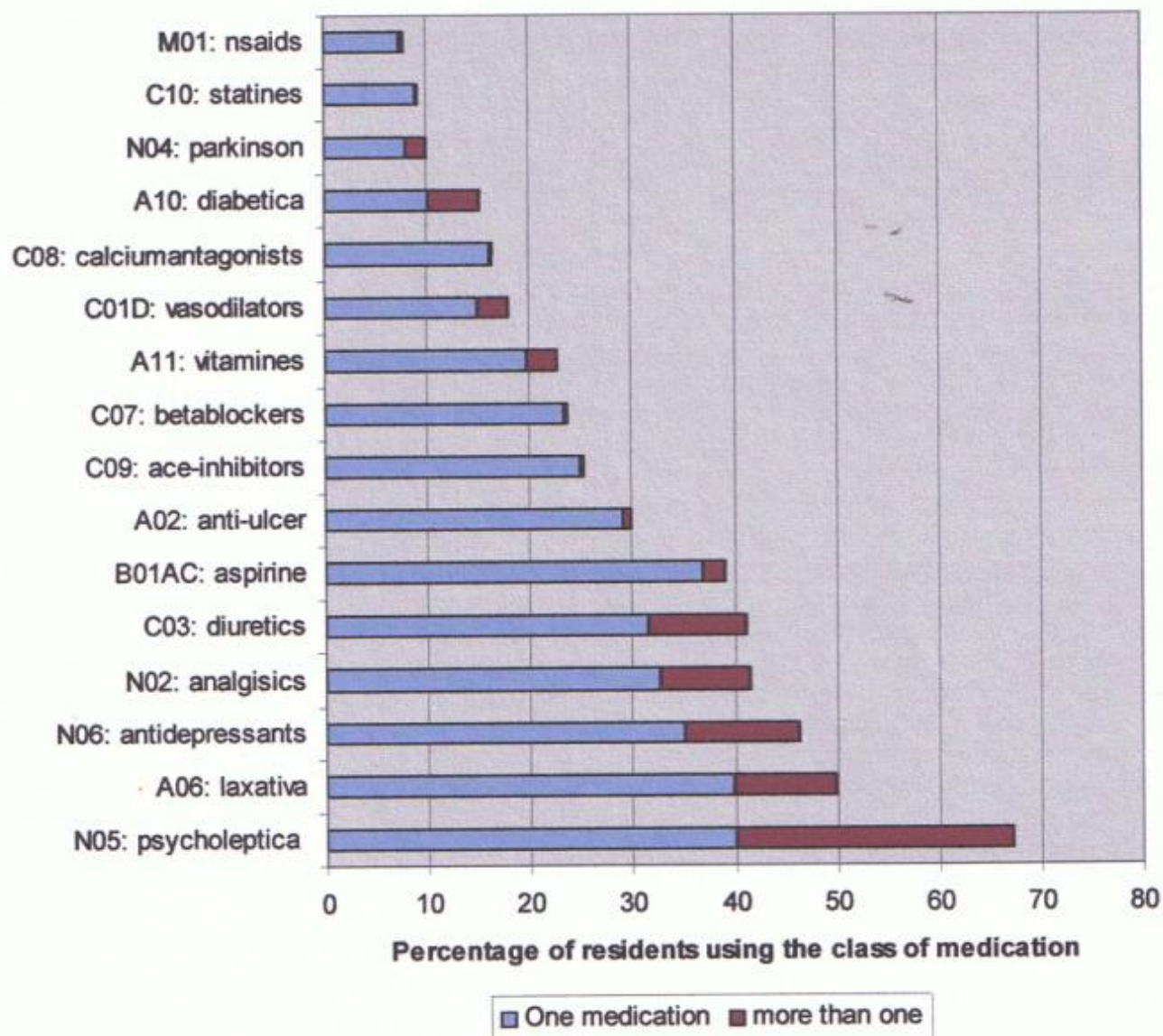
“PHEBE STUDIE”, KCE RAPPORT, 2005

Cross-sectioneel onderzoek, RVT, België

Deelnemers: 1730 RVTbewoners, gemiddeld 85 jaar

Resultaten:

- **tussen 0 en 22** geneesmiddelen, gemiddeld **8.1** waarvan **88% chronisch**
- 1% nam geen geneesmiddelen
- totale kost 140 EUR
- remgeld patiënt gemiddeld 23 EUR voor terugbetaalde en 27 EUR voor niet terugbetaalde medicatie
- .



54 % neemt BENZODIAZEPINE

40% neemt ANTIDEPRESSIVUM

33% neemt ANTIPSYCHOTICUM

⇒ 79% neemt 1 of meer psychotropica

Geneesmiddelengebruik in thuiszorg

GerHoMed-studie, 2009

Cross-sectioneel onderzoek, thuiswonenden, België

Deelnemers: 568 kwetsbare ouderen >65jaar met meer dan 1 maand verpleging, gemiddeld 81 jaar

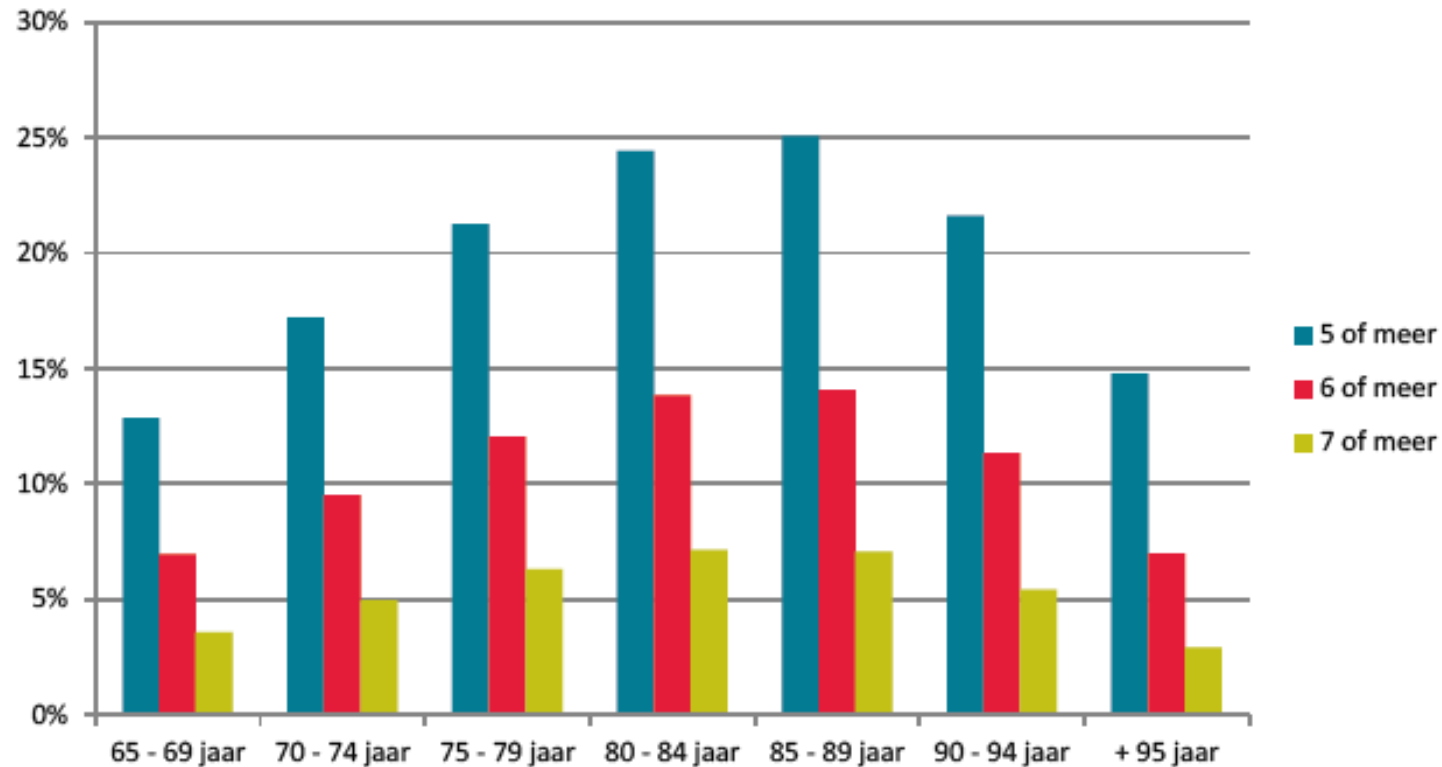
Resultaten: gemiddeld **7.3 geneesmiddelen**, waarvan **6.4** chronisch

→ Geneesmiddelengebruik ambulant 65+ ≈ RVT

→ Momenteel: COME-ON STUDIE

Gebruik bij ouder worden (RIZIV, 2012)

Grafiek 3 - Percentage patiënten per aantal chronisch gebruikte geneesmiddelenklassen en per leeftijdscategorie (op ATC-3-niveau)



Bron: Farmanet, RIZIV situatie 31.12.2012

Farmanet (2012)

Geneesmiddelengebruik per LOK

Feedbackrapport voor Lok (RIZIV, 2013): % patiënten > 65 jaar met ≥ 5 terugbetaalde moleculen (>80d)

*Kwaliteit
voorschrijven?*

	65-74 jaar	75-84 jaar	% 85+ jaar
Nationaal gemiddelde	32.4	46.2	49.8
Oost Vlaanderen	29,8	44.0	48.5
Antwerpen	29,2	43.1	47.8
Limburg	31,9	48.1	56.0
West Vlaanderen	30,3	45.7	51.5
Vlaams Brabant	31,3	45.7	49.0
deze LOK (?)	?	?	?

http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/feedback/Pagina/s/lok-feedback-2013.aspx#.WCROw_rhDIU

4. WAAROM IS POLYFARMACIE PROBLEMATISCH?

Gevolgen polyfarmacie

≈ ↗ MORTALITEIT EN ↗ MORBIDITEIT

Therapietrouw ↓

Interacties ↑ (veel niet altijd klinisch relevant, bijna altijd wel vermijdbaar)

Ongewenste effecten

 Spoedopname ↑, morbiditeit ↑, sterfte

Functionaliteit

 Valrisico, cognitieve achteruitgang, verminderde functionele status

CASUS LUK 80 jaar

Probleemlijst

Hypertensie

Gezwollen enkels

Urine-incontinentie

Zuurbranden

Chronisch hoesten

Hypovitaminose B12

Artrose

Obstipatie

Alzheimer-dementie

Verwardheid

Parkinson-achtige klachten

Medicatielijst

Ramipril 10mg 1dd

Dextromethorfan 3dd

Furosemide 40mg 1dd

Amlodipine 10mg 1dd

Ibuprofen 600 3dd

Donepezil 10mg 1dd

Omeprazole 40mg 1dd

Oxybutinine 5mg 3dd

Lorazepam 2,5mg 1dd

Vitamine B12 1dd

Movicol 2dd

Risperidone 1mg 2dd

Prolopa 400mg 3dd

Aspirine 80mg 1dd

Welke ongewenste geneesmiddeleneffecten vallen U op?

CASUS LUK 80 jaar

Probleemlijst

Hypertensie

Gezwollen enkels

Urine-incontinentie

Zuurbranden

Chronisch hoesten

Hypovitaminose B12

Artrose

Obstipatie

Alzheimer-dementie

Verwardheid

Parkinson-achtige klachten

Medicatielijst

Ramipril 10mg 1dd

Dextromethorfan 3dd

Furosemide 40mg 1dd

Amlodipine 10mg 1dd

Ibuprofen 600 3dd

Donepezil 10mg 1dd

Omeprazole 40mg 1dd

Oxybutinine 5mg 3dd

Lorazepam 2,5mg 1dd

Vitamine B12 1dd

Movicol 2dd

Risperidone 1mg 2dd

Prolopa 400mg 3dd

Aspirine 80mg 1dd

Welke ongewenste geneesmiddeleneffecten vallen U op?

Anticholinerge ongewenste effecten

ANTICHOLINERGICA: bij *blaasfunctiestoornissen, bij astma en COPD, bij de ziekte van Parkinson, butylhyoscinebromide ...*

ANTICHOLINERGE OE: *TCA's, ook SSRI's, H1-antihistaminica, antipsychotica (vooral clozapine, haloperidol, olanzapine, risperidon)*

CENTRALE OE: vooral duizeligheid, cognitieve achteruitgang en delirium, met of zonder agitatie

PERIFERE OE: droge mond, droge ogen, obstipatie, mydriase, accommodatiestoornissen, urine retentie, verminderde zweetsecretie, nausea en obstipatie, urineretentie

Anticholinerge ongewenste effecten

OUDEREN ZIJN GEVOELIGER voor CENTRALE OE

- ⇒ ZOVEEL MOGELIJK VERMIJDEN, zeker bij kwetsbare ouderne
- ⇒ toch nodig: dosis zo laag mogelijk (start met $\frac{1}{4}$ tot $\frac{1}{2}$ van de normale dosis, traag opbouwen, wees waakzaam voor ongewenste effecten)

Geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopname

Meta-analyse (n=68 studies) (2002): > 65jaar: 15-20% vs 4% bij <65 jaar waarvan vermijdbare: 88% >65jaar vs 24% <65jaar

VK (2004): 6.5%

NL (2008): 5,6%, waarvan 46 % vermijdbaar

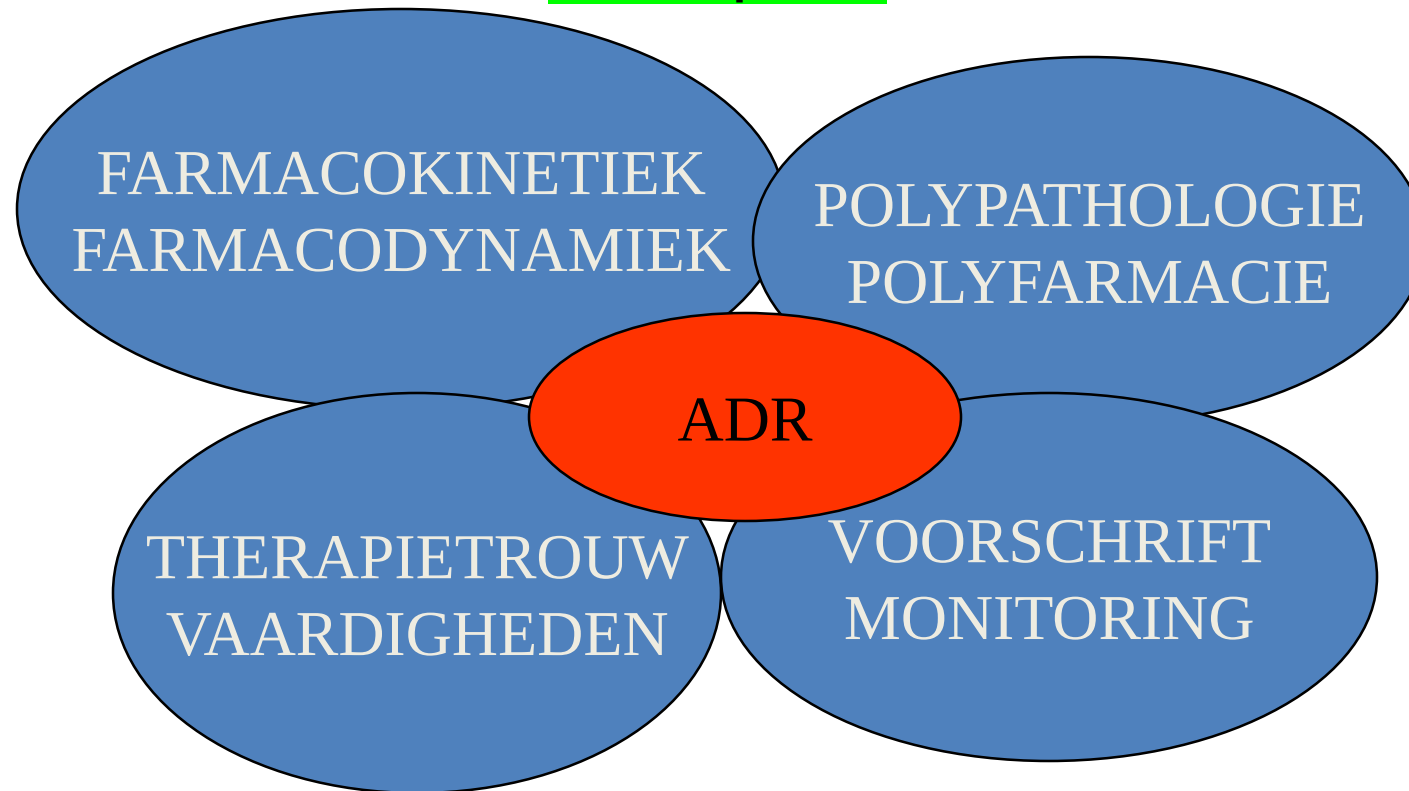
Wauters (2016): 67 % onderbehandeling, 40% te weinig geneesmiddelen en de verkeerde, 13% dubbelgebruik + voor elk ontbrekend geneesmiddel een toegenomen risico van 39% voor mortaliteit en 26% voor ziekenhuisopname

Harm studie: Geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames:

- Bij welke geneesmiddelen?
 - Bloedverdunners, NSAID, psychofarmaka, corticosteroiden, insuline en andere antidiabetica, anti-epileptica
- Meest voorkomende problemen voor opname
 - Bloedingen, elektrolytstoornissen, dehydratatie, fracturen, ontregeling diabetes, constipatie

Factoren voor problemen met medicatie bij ouderen

De belangrijkste bewezen risicofactor voor adverse drug reactions is het aantal geneesmiddelen dat wordt ingenomen door de patiënt



POLYFARMACIE en LEEFTIJD

POLYPATHOLOGIE

hartfalen

hypertensie

artrose

depressie, geheugenverlies

spijsverteringsproblemen,
constipatie

ouderdomsdiabetes

slecht zicht / gehoor

POLYFARMACIE

diuretica

antihypertensiva

analgetica & NSAIDs

neuroleptica / antidepressiva / anti-
epileptica

antidiarreïca en laxativa

antidiabetica

...

Meer ziekten , meer GM maar
onvoldoende EBM richtlijnen ..

Sociale aspecten-Therapietrouw vaardigheden

Frailty?

ADL?

Impact op therapieontrouw

> 3 geneesmiddelen	OR 2,5
> 1 arts	OR 2,5
alleenwonend	OR 2,0
mogelijke dementie	OR 9,0

Mogelijkheid om medicatie in te nemen

zelfstandig	73%
hulp nodig	15%
niet in staat	12%

Barat et al. Br J Clin Pharmacol 2001;51:615-22

Medicatiefout: voorschrift-monitoring

Vermijdbare gebeurtenis

Door processen gerelateerd aan medicatie voorschrijven- afleveren-
toedienen

Door personeel: zowel verantwoordelijkheid van artsen, apotheker en
verpleegkundigen

20-30% van de problemen met medicatie

Gewijzigde farmakokinetiek en farmakodynamiek

Ouder worden betekent wijzigingen in farmakokinetiek en farmakodynamiek

Farmakokinetiek: wat doet het lichaam met het geneesmiddel?

Farmakodynamiek: wat doet het geneesmiddel met het lichaam?

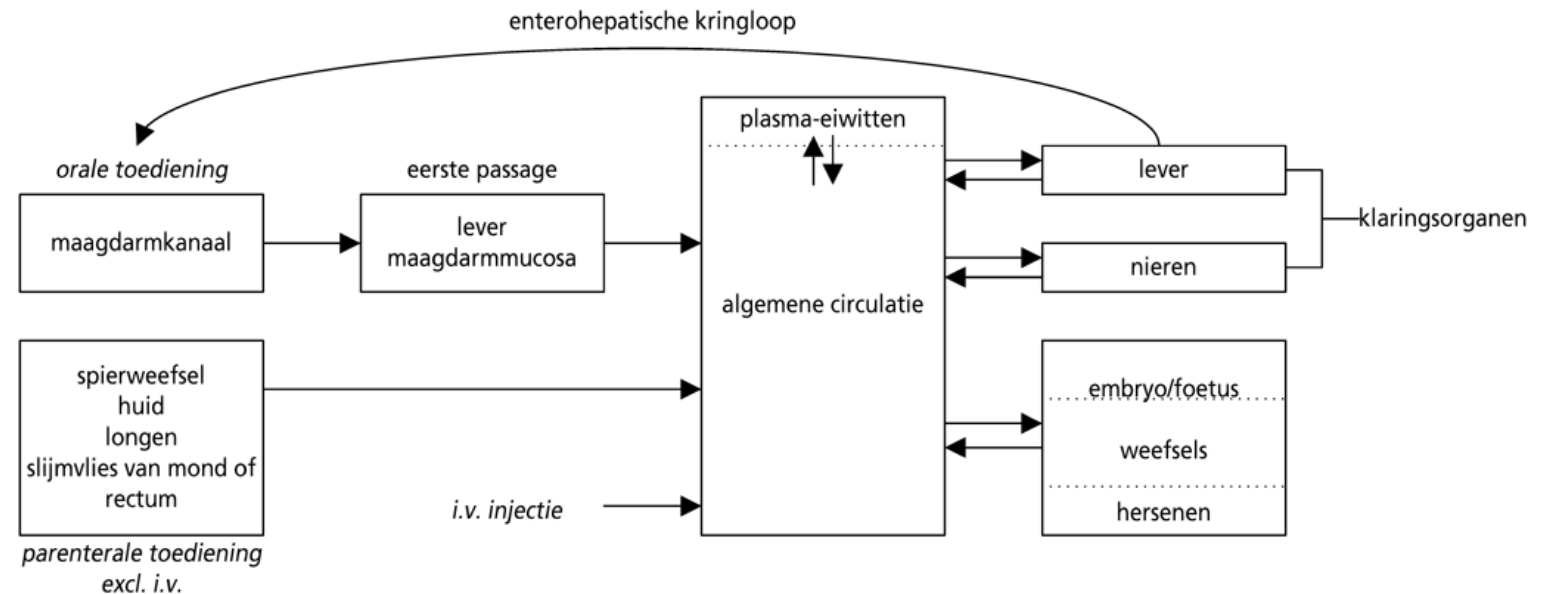
Farmakokinetiek

WAT DOET LICHAAM MET HET GENEESMIDDEL?

Ouder worden =

Veranderingen bij resorptie, distributie, metabolisatie, excretie
geneesmiddel

➔ Veranderen van
BIOLOGISCHE
BESCHIKBAARHEID



ABSORPTIE

- Opname gestoord door vertraagde maag-damfunctie: bvb vitamine B12, ijzer en calcium, grote capsules

DISTRIBUTIE

- vet% ↑ , afname spierweefsel, invloed op distributievolume
- hydrofiele stoffen: distributievolume ↓ (digoxin, aminoglycosiden), hogere concentraties plasma, bijwerkingen ↑
- lipofiele stoffen: distributievolume ↑ (diazepam) accumuleren in vet, aanvankelijk lagere plasma concentraties....maar langere eliminatietijd

EIWIT-BINDING

- Minder circulerende albumines bij ziekte (hogere vrije –actieve- fractie)

IN LEVER

Door ouder worden → Metabolisatie neemt af door

- Levervolume $\searrow$ $\Rightarrow$ doorbloeding $\searrow$ (+-30%) $\Rightarrow$ leverfunctie $\searrow$ $\Rightarrow$ metabolisatie vermindert $\searrow \Rightarrow$ first pass effect minder efficiënt
(bvb leverklaring propranolol -45%, morfine -35% $\Rightarrow$ dosis $\searrow$)
- Co-morbiditeiten
- Kwetsbaarheid (frailty)
- Interacties met geneesmiddelen en voeding
- Afbraaksysteem CYP minder actief bij ouderen

Eliminatie

IN NIER

Door ouder worden → Nierfunctie bij 2 op 3 ouderen ↘ door

- doorbloeding nier ↘
- glomerulaire filtratie rate ↘
- capaciteit urine voor excretie ↘
 - Renale excretie van geneesmiddelen ↘
 - Opstapeling geneesmiddel in bloed

Klinisch relevant bij

- volledige uitscheiding door nier
- nauwe therapeutische toxische marge met zo nodig concentraties opvolgen: anti-epileptica, coumarines, digoxine, lithium, theophylline, colchicine (zie BCFI)
- Ongenwenste effecten potentieel stijgt of zelfs tot intoxicatie

Dosisaanpassingen bij verandering nierfunctie

Dosis verlagen bij iedere inname en/of toedieningsinterval

Voorbeelden

- *NSAID verbod bij $GFR < 30 \text{ ml/min}$*
- *ACE- inhibitoren en Sartanen zijn gecontra-indiceerd indien $GFR < 30 \text{ ml/min}$ (en opgelet bij opstarten)*
- *Vermijden combinatie NSAID en ACE-inhibitoren (en...)*
- *Metformine enkel starten bij ouderen na bepalen GFR, dosis aanpassen bij dalende nierfunctie*
- *Aminoglycosiden (zelf nefrotoxisch)*
 - ➔ BCFI
 - ➔ MFO chronische nierinsufficiëntie (ism Domus Medica)

CYP P450 systeem

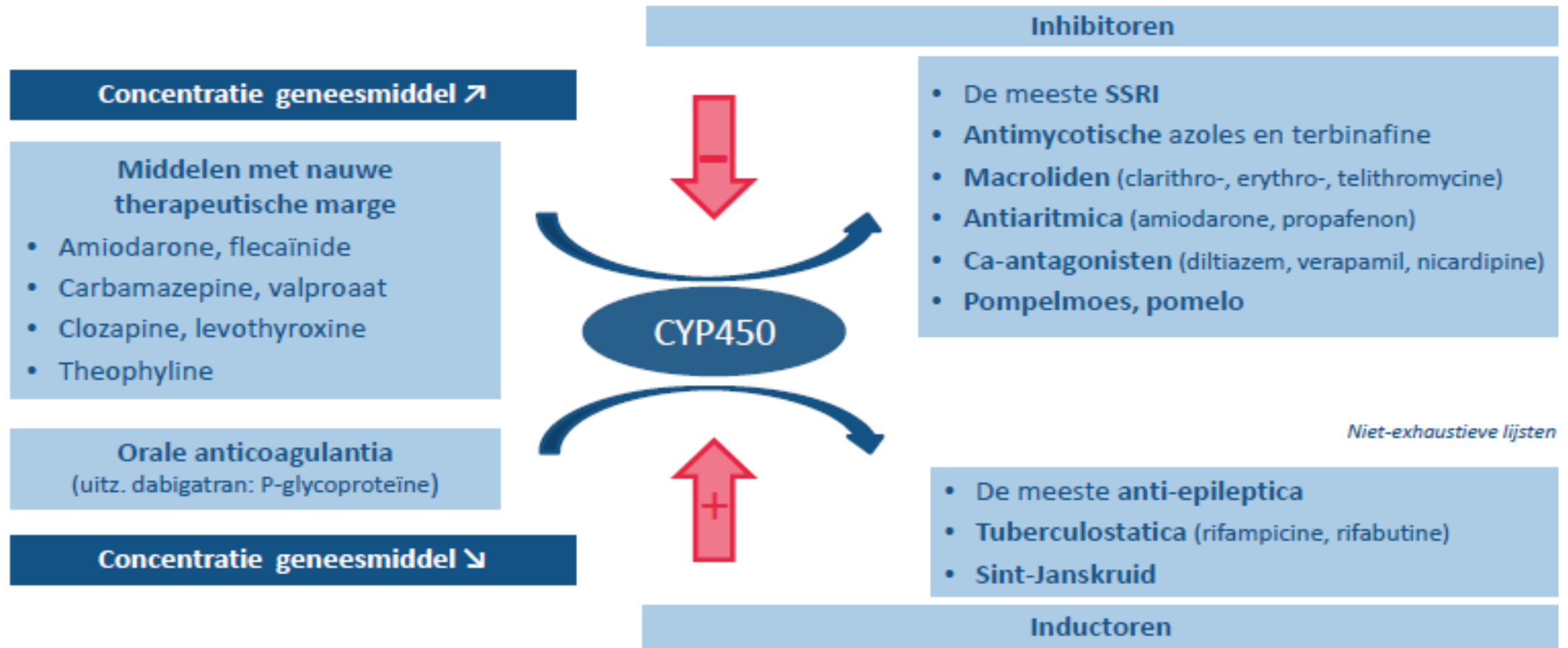
- FK INTERACTIES:

Interacties waarbij concentraties van een geneesmiddel (substraat of slachtoffergeneesmiddel) worden gewijzigd door een ander geneesmiddel of voeding

- VERSTERKEN ISO-ENZYM (INDUCTOR) => SNELLERE AFBRAAK => MINDER EFFECT
- VERMINDEREN ISO-ENZYM (INHIBITOR) => TRAGERE AFBRAAK => MEER EFFECT

- KLINISCHE RELEVANT:

- Nauwe therapeutische toxische marge
 - bv. digoxine, anti-epileptica, anti-aritmica, vit K- antagonist
- Afbraak door meerdere enzymen $\Leftrightarrow$ 1 enzym
- Interindividuele variabiliteit, genetische voorbeschiktheid



Welke geneesmiddelen?

Belangrijkste KLINISCH RELEVANTE interacties t.h.v. de CYP-iso-enzymen:

⇒ **BCFI Repertorium (“groene boekje”)** inleiding interacties + in elk hoofdstuk

⇒ TIP LINK BCFI

	Substraten	Inhibitoren (↓ substraatplasmaconcentratie)	Inductoren (↑ substraatplasmaconcentratie)
CYP1A2	• Clozapine, coffeïne, duloxetine, imipramine, melatonine, olanzapine, pirfenidon, pomalidomide, rasagiline, riluzol, ropinirol, ropivacaïne, theofylline, tizanidine, triamteren, zolmitriptan	• Cimetidine, ciprofloxacin, coffeïne, ethinylestradiol, fluvoxamine, norfloxacin, oestrogenen en oestroprogestagenen, simeprevir, stiripentol, ticlopidine, vemurafenib	• Carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, primidon, rifampicine, sigarettenrook
CYP2C8	• Dabrafenib, enzalutamide, loperamide, paclitaxel, pioglitazon, repaglinide	• Co-trimoxazol, deferiasirox, trimethoprim	• Dabrafenib, rifampicine
CYP2C9	• Acenocoumarol, celecoxib, diclofenac, fenprocoumon, fenytoïne, flurbiprofen, fluvastatine, glibenclamide, gliclazide, glimepiride, glipizide, gliquidon, ibuprofen, irbesartan, losartan, naproxen, piroxicam, torasemide, vismodegib, warfarine, zafirlukast	• Amiodaron, co-trimoxazol, efavirenz, fluconazol, fluoxetine, fluvastatine, fluvoxamine, ivacaftor, miconazol, metronidazol, stiripentol, sulfamethoxazol, voriconazol, zafirlukast	• Aprepitant, bosentan, carbamazepine, dabrafenib, elvitegravir, enzalutamide, fenobarbital, fenytoïne, fosaprepitant, primidon, rifampicine, ritonavir, sint-Janskruid
CYP2C19	• Citalopram, clopidogrel, diazepam, escitalopram, esomeprazol, fenobarbital, fenytoïne, labetalol, lansoprazol, moclobemide, omeprazol, pantoprazol, proguanil, rabeprazol	• Cimetidine, esomeprazol, felbamaat, fluconazol, fluoxetine, fluvoxamine, isoniazide, lansoprazol, moclobemide, modafinil, omeprazol, stiripentol, ticlopidine, topiramaat, voriconazol	• Dabrafenib, efavirenz, enzalutamide, rifampicine, sint-Janskruid

Farmakodynamiek

Belangrijkste veranderingen bij ouder worden:

- verminderde orgaanfunctie
- veranderingen in receptoren: gevoeliger voor medicatie: verhoogde kans op ongewenste effecten, toxiciteit
- gestoorde verminderde homeostase

Farmakodynamiek

WAT DOET GENEESMIDDEL MET HET LICHAAM?

- FD interacties:

interacties waarbij meerdere geneesmiddelen of samen met voeding of alcohol, leidt tot een verandering van het antwoord, *zonder* dat de *concentraties* van de betrokken geneesmiddelen *wijzigen*

→ Versterking want beiden hetzelfde (neven)effect

→ Verzwakking want tegengesteld effect

Farmakodynamische interacties

- Ingrijpen op **eenzelfde eindorgaan**
 - bvb. de hersenen, met overdreven sedatie bij benzodiazepine met antipsychotica of bvb antihistaminica en alcohol => 2x eindeffect)
- Ingrijpen op verschillende niveaus van **eenzelfde stelsel**
 - bvb. verstoren van de cardiovasculaire homeostase
- Competitie **thv eenzelfde receptor**
 - bvb agonist + antagonist bv β -mimetica+ β -blokker

=> VAAK AANGRIJPINGSPUNT CARDIOVASCULAIR SYSTEEM EN CENTRAAL ZENUWSTELSEL

5. AANBEVELINGEN POLYFARMACIE

Geneesmiddelen bij ouderen

Meer ziekten en meer gm bij een populatie die extra gevoelig is voor bijwerkingen en interacties

Vraagt rationeel voorschrijfbeleid:
zorgvuldig afwegen van het te verwachten gunstige effect tegenover de grote kans op ongewenste effecten en interacties.

Nood aan een SYSTEMATISCHE KRITISCHE EVALUATIE van het geneesmiddelengebruik bij ouderen

VAN POLYFARMACIE NAAR OPTIMALE FARMACOTHERAPIE

Wat zeggen de aanbevelingen over systematische kritische evaluatie?

WANNEER

- Minstens jaarlijks
- Bij sleutelmomenten bvb ziekenhuisopname

WIE

- 65+ , ≥ 5 chronische geneesmiddelen
- met tenminste 1 risicofactor ($\searrow$ nierfunctie, $\searrow$ cognitie, $\nearrow$ valrisico, signalen van $\searrow$ therapietrouw, niet zelfstandig wonend (=RVT))

HOE

- Geen internationale consensus voor methodiek

Effectiviteit medicatienazicht

Klinische eindpunten zeer beperkt

Weinig studies met harde eindpunten (mortaliteit, morbiditeit, kwaliteit van leven)

Complexe onderzoeksgroep in korte studies met complexe interventies om te vergelijken

Niet steeds zelfde context in België (bvb de rol van de apotheker)

Systematisch kritische evaluatie

- ↘ ongeschikte geneesmiddelen (inappropriate medication)
- ↘ FTH gerelateerde problemen
- ↘ ongepast voorschrijven
- ↘ ongewenste effecten
- Mogelijk ↘ ziekenhuisopnames

Rationeel voorschrijven: deel EBM beleid

Hulpmiddelen

Er bestaan heel wat benaderingen (Beers-lijst, NO TEARS, ACOVE, MAI , START-STOPP criteria) maar voorlopig geen HA vriendelijke: veel tijd, geen EMD gelinkte, noch EBM getoetste filters

Voor- en nadelen:

- Impliciete criteria (bvb MAI): houdt rekening met patiënt-specifieke factoren en gebaseerd op eigen oordeel

- Expliciet criteria (bvb BEERS, STARTSTOPP): gebaseerd op vaste criteria die ontwikkeld werden op basis van review, expert opinion of consensus

Niet steeds geschikt voor België (andere geneesmiddelen + andere richtlijnen)

“DE-PRESCRIBING” richtlijnen de uitdaging in de toekomst: zie www.farmaka.be,

START-STOPP criteria

Per deelgebied 'te stoppen' en 'aan te raden' geneesmiddelen

Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment

Screening Tool of Older Persons' Prescriptions

NI versie

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/2015-07-07_start-en_stopp-criteria_zakboekje_2015.pdf

Elektronische EMD versie haalbaar?

STRIP-METHODE

- Farmacotherapeutische anamnese
- Farmacotherapeutische analyse
 - Onderbehandeling
 - Niet effectieve behandeling
 - Overbehandeling
 - Bijwerking
 - Contra-indicatie en interactie
 - Onjuiste dosering
 - Probleem bij gebruik
- Overleg huisarts en apotheker met opstellen behandelplan
- Vastleggen definitief behandelplan in overleg met patiënt
- https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/uitwerking_stappenplan.pdf

Doelstellingen bij polyfarmacie

Onmogelijk om EBM-richtlijnen te hebben voor alle combinaties van comorbiditeit

De voorschrijvende arts moet op zijn minst in staat zijn om **advies** te geven over **geneesmiddelen** met het **minst risico op schade**

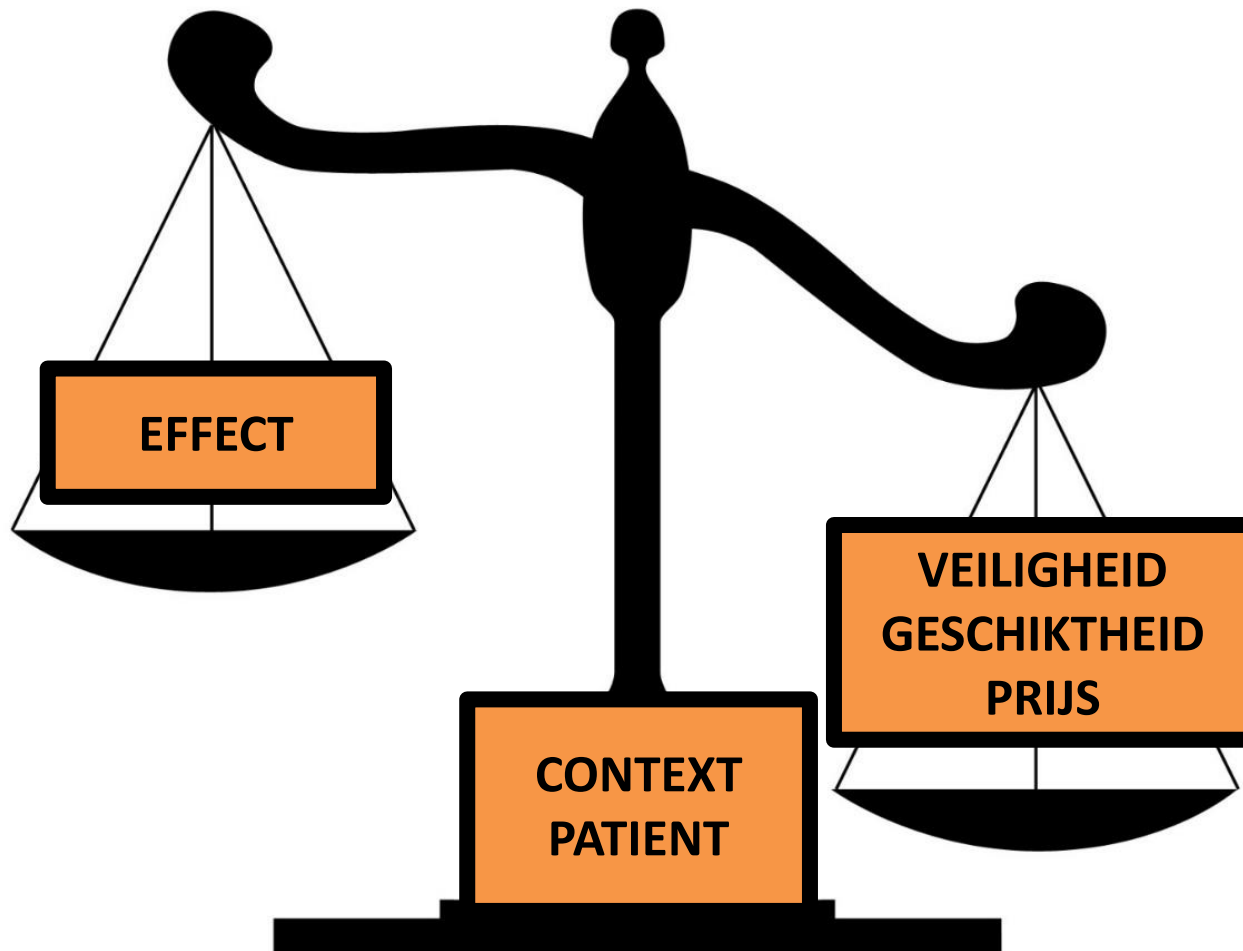
PRIMUM NON NOCERE

Geneesmiddelen geven “uit gewoonte” is slechte geneeskunde

Medicatiezicht

1. Gebruiksanalyse: inventarisatie “**brown bag**”
(medicatiekastje en OTC)
2. **Medicatie-analyse**: indicatie, doel, werkzaamheid,
veiligheid , geschiktheid, prijs
3. Therapeutisch **behandelplan** opstellen
4. Opstellen van **prioriteitenlijst** in overleg met **patiënt**

Wegen de baten van een geneesmiddel op tegen de kosten van een geneesmiddel?



Afbouw praktisch

Steeds reële inname nagaan

Waarom is ooit iets opgestart? Indicatie? Nog actief probleem?

Geïndividualiseerd = op maat, context van de patiënt

Wees pragmatisch:

- Meest schade, minst voordeel

- Gemakkelijkst te stoppen

- Welke wilt de patiënt zelf liefst stoppen?

“START LOW AND GO SLOW principe” bij bejaarden ook voor afbouw

Een per keer verminderen en stoppen

Aandachtig zijn voor ontwenningsverschijnselen en heroptreden van initieel probleem

Tips bij afbouw

“DOOS UITNEMEN DAN STOP” OF “NOG 1 DOOS”= “KUUR GEDAAN”
vaak vlotste strategie

Doel THERAPIE= SYMPTOMATISCH ≠ MINDER BELANGRIJK dan
preventief voor patiënt

Belang van behoud VERTROUWEN van patiënt in specialist EN huisarts

Tip: BIJ TERUGVERWIJZING IN BRIEF : bvb “gezien de polyfarmacie /
moeilijke compliance/ weinig effect... werd geneesmiddel x
afgebouwd”

Preventie van geneesmiddelen gebonden problemen

- Herevalueer vroegere diagnoses en behandeldoel
- Vermijd voorschrijf cascade effect
- Denk aan niet-medicamenteuze behandelingen en afwachtend beleid
- Rationeel voorschrijven op basis van effectiviteit, geschiktheid, gebruiksgemak en kosten
- Betrek de patiënt en geef voorlichting
- Start geen geneesmiddel zonder **stopdatum** vastleggen
- Bevorder therapietrouw (aantal innames)
- Schrijf niet automatisch een herhaalvoorschrift
- Waak voor onderbehandeling

En doe het niet alleen

Multidisciplinair: samen met CRA-arts, geriater, apotheker, verpleegkundige, verzorgende, kinesitherapie, ergotherapeute, mantelzorgers ...

Denk aan niet- medicamenteuze interventies (valpreventie, psychotherapie, dagactiviteiten, ...)

Maak gebruik van elkaars KENNIS EN ERVARING

7. CASUSSEN

Doe een medicatienazicht per casus

Per geneesmiddel

- Indicatie
- Werkzaamheid, doel
- Veiligheid (ongewenste effecten, toxiciteit)
- Geschiktheid (contra-indicaties, interacties)
- Voorstel tot stoppen en/of aanpassen

Vragen:

1. Hoeveel geneesmiddelen zou u stoppen bij deze patiënt?
2. Prioritair zou ik stoppen
3. Als tweede zou ik stoppen
4. Hoeveel geneesmiddelen zou u toevoegen bij deze patiënt?

Leidraad: Farmaka Formularium Ouderenzorg 2017- BCFI

Theoretische benadering van casus ⇔ in praktijk: steeds ook context van de patiënt

Gegevens niet vermeld zijn als normaal te beschouwen

8. NUTTIGE BRONNEN

Voor wie zich verder wil verdiepen

BCFI (FARMAKA)

BCFI REPERTORIUM

E-Folia

FARMAKA Formularium Ouderenzorg: <https://bcfi.farmaka.be/nl/formularium>

www.pletmedicatie.be

www.farmakotherapeutischkompas.nl

www.ephor.nl

Ter inspiratie:

<http://deprescribing.org/>

MFO materiaal: <http://www.medicijngebruik.nl/>

De Vries et al (2008). Farmacotherapie op maat, 2008.

Einde

- VRAGEN?
 - DANK U VOOR UW AANDACHT!
 - Bohemian Polypharmacie- James McCormack
 - <https://www.youtube.com/watch?v=Lp3pFjKoZl8>
-
- Disclaimer: Dit programma werd opgesteld door Peter Dieleman en Ellen Van Leeuwen, namens de werkgroep polyfarmacie van Domus Medica, juli 2017. De handleiding werd uitgeschreven door Ellen Van Leeuwen.