

# DE PARADOX VAN DE POLYFARMACIE

*Bij veelslikkers is vaak sprake van onderbehandeling*

Ouderen en chronisch zieken gebruiken vaak meer middelen tegelijkertijd. Daar kan best een pilletje af, is een voor de hand liggende gedachte. Maar niet iedereen is die mening toegedaan. 'Polyfarmacie? Eerst maar eens kijken welk middel erbij moet.'

**EVERT PRONK**

**A**ls de dame op leeftijd haar plastic tasje op uw bureau heeft gelegd, ligt er een berg met pilletjes, poeders en flesjes. Na wat sorteren, de drie generieke varianten furosemide

bij elkaar alsook de specialité van de statine, de goedkopere kopie en de twee merken hoestdrank, zijn er negen structureel verschillende geneesmiddelen te onderscheiden. 'Mijn dochter vraagt zich af of ik al die middelen nog echt nodig heb', luidt de hulpvraag.

Hoewel deze vrouw een fictief voorbeeld is, is de 'veelslikker' een bekend fenomeen. Een oude patiënt die in de loop van de jaren een behoorlijk geneesmiddelenarsenaal opbouwt. Wat de werkelijke omvang van polyfarmacie is, weet niemand. Er is namelijk geen eenduidigheid over de definitie. Sommige onderzoekers kiezen voor de semantische definitie van twee en meer, anderen spreken pas van polyfarmacie bij meer dan vier geneesmiddelen. Een aantal cijfers. Ongeveer 17 procent van alle chronische patiënten slikt vijf of meer geneesmiddelen, blijkt uit een steekproef van de Stichting Farmaceutische Kengetallen onder 50 openbare apotheken (zie tabel). Van de thuiswonende 65-plussers gebruikt tussen de 5 en 23 procent meer dan vier geneesmiddelen, schrijft het CVZ in 2001 in het rapport 'Polyfarmacie en herhaalreceptuur'. In verpleeg- en verzorgingshuizen is dat 40 procent, aldus hetzelfde rapport. Nagenoeg een op de vijf van de veelslikkende ouderen krijgt één medicijn ten onrechte voorgeschreven, zo blijkt uit een vorig jaar in JAMA gepubliceerde internationale studie van onder meer het Nivel.

Onderzoekers van het Erasmus MC komen in het augustusnummer van The British Journal of Clinical Pharmacology tot dezelfde conclusie.

## DELIRIUM

Natuurlijk hebben patiënten met verschillende aandoeningen vaak meerdere middelen nodig. Ook is het evident dat

### MEDICIJNEN VAN POLYFARMACIEPATIËNTEN

geneesmiddelengroep	toepassing	percentage polyfarmaciepatiënten
antithrombotica	bloedverdunnend (antistolling)	53%
bètablokkers	bij angina pectoris en hoge bloeddruk	44%
antilipaemica	cholesterolverlagend	42%
maagzuurremmers	remt de maagzuurproductie	32%
ACE-remmers	hoge bloeddruk en hartfalen	29%
orale bloedglucoseverlagende middelen	diabetes	24%
hypnotica en sedativa	kalmeringsmiddel	22%
'high-ceiling' diuretica	plaspil	21%
anxiolytica	slaappil	20%
selectieve calciumantagonisten met vnl. vasculaire werking	bij angina pectoris en hoge bloeddruk	19%

*Uit een steekproef onder 50 openbare apotheken blijkt dat 17 procent van de patiënten met een chronische aandoening meer dan vier geneesmiddelen naast elkaar gebruikt. In de tabel staan de meest voorgeschreven medicijnen aan deze polyfarmaciepatiënten.*

*Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen.*

er nadelen kleven aan het naast elkaar gebruiken van medicijnen. Een specifiek risico van polyfarmacie is bijvoorbeeld het ontstaan van een delirium. In zijn algemeenheid neemt door polyfarmacie het risico op bijwerkingen toe, kunnen interacties tussen de middelen optreden en groeit het gevaar op therapieontrouw. Ook kan er sprake zijn van ondoelmatig gebruik vanwege een te hoge dosering, omdat de indicatie voor het middel niet meer van toepassing is of omdat de patiënt al een ander medicijn uit dezelfde therapeutische groep heeft. De Inspectie voor de Gezondheidszorg berekende op basis van de studie van het Erasmus MC in de Staat van de gezondheidszorg 2004 dat elk jaar honderden mensen overlijden als gevolg van medicijnen die ze niet hadden moeten krijgen. Vooral ouderen vormen een risicogroep, aldus de inspectie.

Huisarts Leo Veehof rekende een aantal jaar geleden in het kader van zijn promotieonderzoek voor dat er bij ruim eenderde van de ouderen in de huisartsenpraktijk sprake is van polyfarmacie. Hij onderzocht het medicijngebruik gedurende 120 dagen van alle 65-plussers in drie huisartsenpraktijken. Hieruit bleek dat 23 procent twee of drie mid-

### ***Door polyfarmacie kan een delirium ontstaan***

delen tegelijk slikte; 8 procent gebruikte vier of vijf middelen tegelijk en 4 procent zelfs meer dan vijf.

De meest voorkomende gevonden combinatie is die van cardiovasculaire middelen (voornamelijk diuretica) en psychofarmaca. Deze middelen worden ook relatief vaak met andere middelen gecombineerd. Van psychofarmaca was in ongeveer 40 procent van de gevallen de indicatie voor de arts onduidelijk of twijfelachtig. Volgens Veehof een reden om te bezien of zo'n middel wel echt nodig is. 'Je bent als arts eerder geneigd een middel toe te voegen dan er een af te halen. En het valt niet altijd mee om de patiënt ervan te overtuigen dat het middel dat de specialist twee jaar geleden voorschreef, nu niet meer nodig is. >>

BEELD: HANS OOSTRUM



## DE BEERS-CRITERIA

In 1997 publiceerde de Amerikaanse geriater Mark Beers op basis van literatuuronderzoek en de opinie van experts een lijst met medicijnen die niet of minder geschikt zijn voor oudere patiënten. De lijst, inmiddels bekend als de Beers-criteria, werd in 2003 herzien.

Op de lijst staan geneesmiddelen die 65-plussers in het algemeen niet zouden moeten krijgen omdat ze ofwel ineffectief zijn, ofwel risicovol en er een veiliger alternatief is. In sommige gevallen betreft de waarschuwing specifieke doses. De lijst bevat 48 middelen waaronder spierverslappers (zoals meprobamaat); langwerkende benzodiazepinen; bepaalde doseringen kortwerkende benzodiazepinen, specifieke anticholinergica en antihistaminica, alle barbituraten, thioridazine, et cetera. Bij elk middel staat aangegeven hoe hoog de experts de risico's van gebruik inschatten.

Op een tweede, veel langere lijst staan geneesmiddelen die ouderen met bepaalde gezondheidsklachten bij voorkeur niet moeten krijgen. Hierop staat bijvoorbeeld dat ouderen met aritmieën beter geen tricyclische antidepressiva kunnen slikken vanwege een mogelijk effect op het QT-interval, en dat patiënten met chronische obstipatie geen calciumkanaalblockers moeten slikken omdat dit verstoppingen kan geven.

Beide lijsten zijn in te zien via [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl), bij dit artikel.



<< Toch vind ik dat het bij de taak van een huisarts hoort. Je bent ook verantwoordelijk voor de herhaalreceptuur van een middel dat je niet zelf hebt voorgeschreven.'

Uit Veehofs onderzoek blijkt dat polyfarmacie het meest voorkomt bij patiënten met hartfalen, chronische obstructieve longziekte/astma en diabetes. Veel potentieel gevaarlijke combinaties van geneesmiddelen vond hij niet. Gelijktijdig gebruik van diuretica

vaak gepaard gaat met polyfarmacie. Het is ook een zeer geschikt onderwerp voor het Farmacotherapeutisch Overleg. Mijn ervaring is dat specialisten en apothekers het een leuk onderwerp vinden. DGV (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, EJP) heeft hier een programma voor ontwikkeld.'

Hoeveel tijd het kost om van een polyfarmaciepatiënt uit te zoeken of wijzigingen in het medicatiebeleid zinvol zijn, weet Wilma Denneboom, apo-

Zorg van het UMC Nijmegen. Ze doet promotieonderzoek naar problemen met medicijngebruik bij ouderen. Daarvoor heeft ze van 300 patiënten die elk vijf of meer middelen gebruikten, per middel bekeken wat de patiënt ermee doet. Alle patiënten zijn geïnterviewd. 'Dan kom je er dus achter dat mensen wel eens een restje van een antibioticumkuur bewaren voor als ze nóg eens klachten hebben, of dat ze een middel van een echtgenoot of buurman nemen.

In totaal vonden we gebruikersfouten bij tweederde van de ouderen. Bij een kwart van de ouderen zagen we dat ze iets met de medicatie deden dat mogelijk zou kunnen leiden tot een achteruitgang in hun gezondheid.'

Van 102 patiënten heeft Wilma Denneboom met een expertpanel onderzocht of er iets aan de medicatie zou moeten veranderen. 'De experts plaats-ten bij bijna alle ouderen kanttekeningen over de gebruikte geneesmiddelen. In eenderde van de gevallen waren de kanttekeningen klinisch relevant. In een vijfde van de gevallen kon een geneesmiddel worden weggelaten, bij ongeveer een zesde waren de doseringen niet geschikt voor ouderen. De onjuiste duur van het gebruik kwam net zo vaak voor.'

## Een huisarts kan in 10 minuten de medicatie van een 'veelslikker' uitzoeken

en NSAID's, of diuretica en digoxine (Lanoxin) kwam bij minder dan 3 procent voor. 'Ik zeg ook altijd dat polyfarmacie in de huisartsenpraktijk een behapbaar probleem is. Het kost niet zo gek veel tijd om een keer je patiëntenbestand door te lichten en te screenen op polyfarmacie. Dat kost je hooguit een paar uur per maand. Je kunt ook beginnen met kritisch te kijken naar medicatie van patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen. Het is bekend dat dit

theke. 'Gemiddeld kost het de huisarts een minuut of tien en een apotheker een kwartier. Zonder overleg tussen beiden neemt het iets minder tijd in beslag, met structureel overleg uiteraard iets langer. Dit laatste is overigens wel effectiever. Het leidt vaker tot een wijziging in de medicatie.'

### BUURMAN

Denneboom is behalve apotheker ook onderzoeker bij de afdeling Kwaliteit van

Tot Dennebooms verbazing vonden de experts dat bijna tweederde van de patiënten een middel ten onrechte niet kreeg voorgeschreven. 'Bij ongeveer een kwart van hen is dat bovendien klinisch relevant. Ik had eerlijk gezegd niet gedacht dat zo veel mensen een middel méér nodig hebben.'

Voor klinisch geriater dr. Paul Jansen is het helemaal geen verrassing. Hij was een van de experts in het panel van Denneboom. 'Bij een patiënt die tegelijkertijd verschillende medicijnen gebruikt, moet je je als eerste afvragen welk middel er nog bij moet,' zegt hij stellig.

#### ONDERBEHANDELING

Jansen, lid van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en werkzaam in het UMC Utrecht, licht zijn paradoxale uitspraak toe. 'Polyfarmacie komt veel voor in het ziekenhuis. Van de oude patiënten gebruikt 65 procent meer dan vier middelen. Uit onderzoek dat wij hebben verricht bij naar de afdeling geriatrie verwezen patiënten, blijkt dat er een zeer duidelijke relatie is tussen polyfarmacie en onderbehandeling. Meer dan een kwart van de patiënten met boezemfibrilleren kreeg geen anti-stolling. Bijna de helft van de patiënten met hartfalen kreeg geen ACE-remmer, 58 procent kreeg geen bèta-blokker na een hartinfarct en 62 procent geen laxeermiddel bij gebruik van morfine. Het waren vooral de patiënten met polyfarmacie die werden onderbehandeld. Naarmate de patiënten meer geneesmiddelen gebruikten, was de kans op onderbehandeling groter. Het is niet helemaal duidelijk hoe dat komt, maar je kunt je voorstellen dat zowel de patiënt als de arts vindt dat er al genoeg middelen in het arsenaal zitten. Tot enige tijd terug was bij polyfarmacie de gangbare gedachte dat een deel van de oude patiënten onnodig veel medicijnen slikte,' vervolgt Jansen. 'Maar met de meeste interventies kom je niet veel verder dan een reductie van één geneesmiddel, en na een jaar zit de patiënt toch weer op het oude niveau. Ik zeg: polyfarmacie is goed. De oude patiënt heeft die middelen meestal gewoon nodig. Je moet de medicatie alleen optimaliseren. Dus als je een NSAID voorschrijft, moet je ook aan maagbescherming denken. En bij morfine dus altijd een

laxeermiddel geven. Anders is het wachten op obstipatie.'

#### SINT-JANSKRUID

Voor het optimaliseren van polyfarmacie heeft Jansen zes vragen opgesteld die zowel in de kliniek als in de huisartsenpraktijk zijn te gebruiken. 'Na de vraag welk middel erbij moet komen, moet een arts weten wat de patiënt daadwerkelijk inneemt. Dus ook de pijnstillers van de Etos, het sint-janskruidextract en het slaappilletje dat van de echtgenoot wordt geëend. Je moet weten hoe trouw de voorgeschreven middelen worden ingenomen. Therapietrouw is omgekeerd negatief gecorreleerd met het aantal middelen dat iemand slikt. Van de patiënten die één middel slikken, is 85 procent terapietrouw, bij twee of drie middelen 75 procent en bij vier of meer middelen nog maar 65 procent.'

Pas als er goed inzicht is in het slikgedrag van de individuele patiënt kunnen Jansens derde, vierde en vijfde vraag

dosering kan, moet je dat niet laten. Dat komt de therapietrouw meestal weer ten goede.'

Behalve op patiëntniveau valt er volgens Jansen ook op nationaal niveau nog een belangrijke verbetering te bewerkstelligen als het gaat om polyfarmacie. De in de Verenigde Staten ontwikkelde Beers-criteria voor verantwoord voorschrijven aan ouderen zouden volgens de klinisch geriater moeten worden aangepast aan de Nederlandse situatie. De Beers-criteria bestaan uit drie categorieën. Er staan geneesmiddelen op die ouderen bij voorkeur niet moeten krijgen, medicijnen die niet boven een bepaalde dosis aan ouderen moeten worden voorgeschreven en middelen die bij een bepaalde co-morbiditeit moeten worden vermeden (zie *kader*).

#### GEDRAGSSTOORNISSEN

'De Beers-lijst is een rommeltje. Het is een slecht onderbouwde, voornamelijk op de opinie van experts gebaseerde lijst

### 'De Beers-lijst is een rommeltje'

- welke middelen zijn overbodig, welke bijwerkingen zijn er en welke geneesmiddeleninteracties zijn er te verwachten - worden beantwoord. 'Vooral dit laatste schrikt artsen vaak af. Bij oude patiënten kunnen nu eenmaal heel veel geneesmiddeleninteracties optreden. Het aantal klinisch relevante interacties is echter wel overzichtelijk. Het is opletten bij digoxine, lithium, NSAID's, diuretica, ACE-remmers, carbamazepine, calciumantagonisten, macroliden, antischimmelmedicatie, SSRI's, sint-janskruid en het drinken van grapefruit-sap vanwege interacties in nier, lever of darm. De fitnesses van de interacties hoeft een arts niet zelf te kennen. Daarvoor is in mijn ogen een rol weggelegd voor de apotheker. Die weten hier veel over en zouden het als een kans moeten zien om er samen met de dokter mee aan de slag te gaan.'

Als laatste moet de arts zich afvragen of een andere dosisfrequentie beter is. 'Zeker voor een patiënt die veel verschillende middelen nodig heeft, moet je het zo eenvoudig maken. Als iets in dagelijkse, wekelijkse of maandelijkse

die niet geschikt is om in Nederland te gebruiken. Er staan middelen op die in de VS in andere vormen worden toegediend dan hier, er staan medicijnen op die niet gevaarlijk zijn, zoals bisfosfonaten in combinatie met hartfalen, en risicovolle middelen ontbreken zoals de atypische antipsychotica bij gedragsstoornissen bij dementie. Samen met het UMC Groningen willen we een versie maken die aansluit bij de Nederlandse situatie. We zoeken echter nog naar financiën. Die moet van de overheid of de industrie komen. Beide hebben baat bij veilig voorschrijven. Als je kijkt naar het aantal onnodige opnames door verkeerd medicijngebruik, lijkt de gezondheidswinst zich snel genoeg te vertalen in financiële winst. Nu alleen nog een partij vinden die het geld ervoor wil uittrekken.' ■

Nederlandse rapporten over polyfarmacie vindt u via onze website: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

