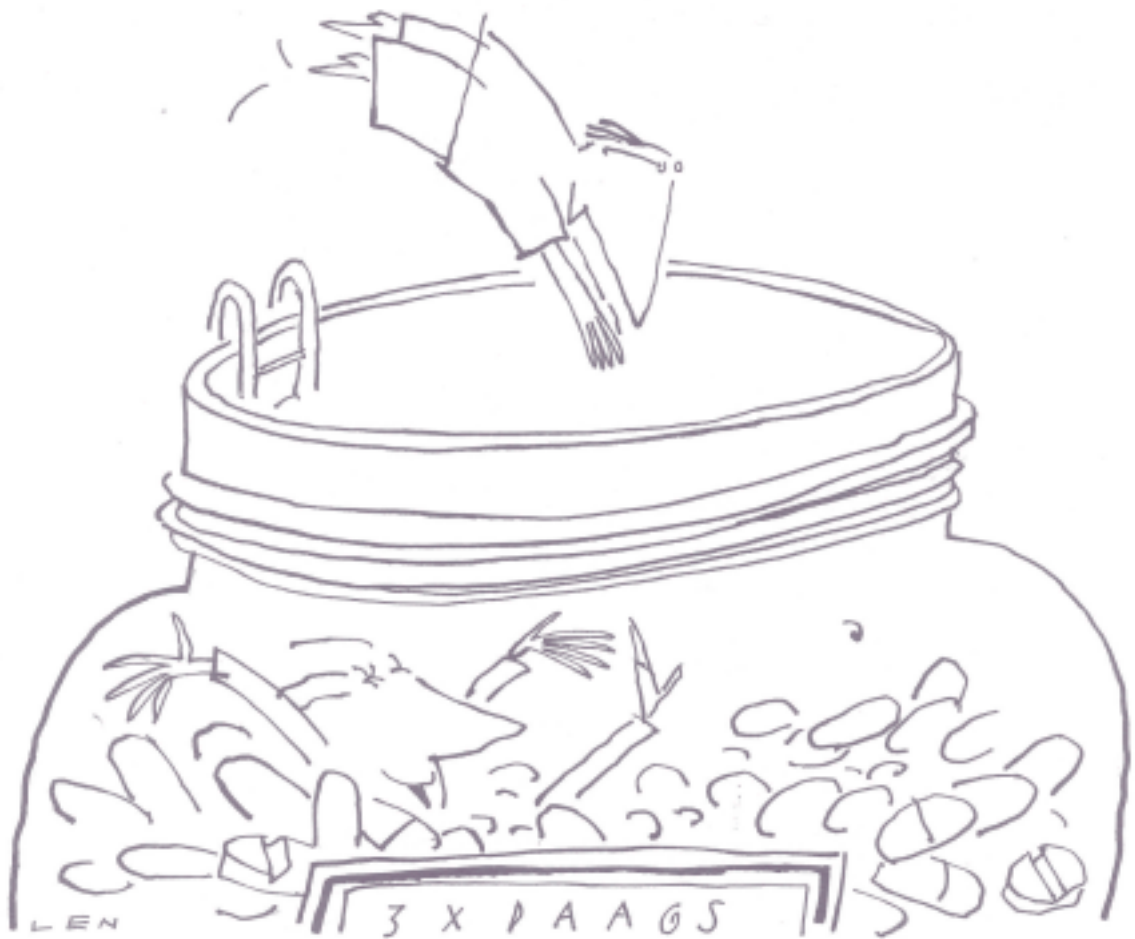


6

Polyfarmacie



Colofon

EINDREDACTIE

Marjorie Nelissen-Vrancken

WERKGROEP PRESCRIPTIETERUGKOPPELING

Dinny de Bakker, Nivel

Walter Cambach, DGV

Johannes Dalhuijsen, NHG

Petra Denig, Rijks Universiteit Groningen vakgroep Klinische Farmacologie

Liset van Dijk, Nivel

Martine van Eijk, DGV

Mariëtta Eimers, DGV

Rob Essink, DGV

Fabienne Griens, SFK

Folkert de Groot, College van Zorgverzekeringen

Gert-Jan Leeftang, Paracletos

Joost de Metz, DGV

Marjorie Nelissen, DGV

Fred Sessink, Paracletos

Martina Teichert, WINAp

VORMGEVING EN OPMAAK

Dickhoff Design

Ellen Wiggemansen

DRUKWERKBEMIDDELING

Stimio Communicatieprojecten

ILLUSTRATIE

Len Munnik

oktober 2003

ISBN: 90-5054-156-9

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, Utrecht



**DGV NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR VERANTWOORD MEDICIJNGEBRUIK**

Postbus 3089, 3502 GB Utrecht

Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht

tel 030 291 62 16 fax 030 296 29 12

post@dgvinfo.nl www.medicijngebruik.nl

6 Inhoudsopgave Polyfarmacie

Inleiding	6.3
Voorschrijfvolume	6.6
Opsporen specifieke patiëntengroepen	6.7
Literatuur	6.13
Overzichtsschema prescriptieterugkoppeling	6.15

6 Polyfarmacie

Inleiding

Polyfarmacie wordt meestal gedefinieerd op basis van kwantitatieve criteria: aantal voorgeschreven middelen dat gelijktijdig wordt gebruikt. Bij een strikte definitie worden alle patiënten met twee of meer geneesmiddelen als polyfarmaciepatiënten beschouwd. Men spreekt vaak van "ernstige" polyfarmacie als patiënten vijf of meer geneesmiddelen gelijktijdig gebruiken. In dit hoofdstuk wordt bedoeld bij het aantal geneesmiddelen: het aantal geneesmiddelen dat is afgeleverd door de apotheek voor chronisch gebruik (> 90 DDD's per jaar) met inbegrip van de vrij verkrijgbare middelen. Het vaststellen van deze laatste groep zal in de praktijk vaak niet mogelijk zijn. In dat geval wordt deze groep niet meegenomen in de analyse.

Een aantal factoren hangen samen met een verhoogd risico op het ontstaan van polyfarmacie: patiëntkenmerken (gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, leefstijl), bestaande medicatie van de patiënt en organisatie van de zorg. Ter oriëntatie staan in onderstaande tabel enkele voorbeelden van deze factoren.^{6.1 en 6.2} Deze tabel kan gebruikt worden als eye-opener om met polyfarmacie in het FTO aan de slag te gaan.

Factor	Voorbeelden
Gezondheidstoestand	Hypertensie Hartaandoeningen (hartfalen, boezemfibrilleren, CVA) Diabetes Astma/COPD Gewrichtsklachten
Leeftijd	> 65 jaar (na 85 jaar neemt het weer af)
Geslacht	Vrouw
Leefstijl	Bovenmatig alcoholgebruik Roken OTC-gebruik (= vrij verkrijgbare geneesmiddelen)
Bestaande medicatie	Algemeen: Starten met chronische medicatie Specifiek: NSAID's Diuretica SSRI's ACE-remmers Psychofarmaca
Organisatie van de zorg	Groot aantal voorschrijvers Groot aantal afleveraars Herhaalreceptuur via assistente Recente ziekenhuisopname

Tabel 6.1: voorbeelden van factoren, die bijdragen aan een verhoogd risico op het ontstaan van polyfarmacie

Polyfarmacie is vaak geïndiceerd. Geneesmiddelen worden in principe voorgeschreven om de kwaliteit van leven te verbeteren of levensduur te verlengen.

Polyfarmacie leidt wel vaak tot ongewenste neveneffecten. Hoe meer geneesmiddelen gelijktijdig worden gebruikt hoe groter het risico op neveneffecten. Verder lijken met name de ouderen gevoelig voor de ongewenste neveneffecten.

Ongewenste neveneffecten zijn:

- ▶ *Bijwerkingen*
een toename van (soms onvoorspelbare) bijwerkingen, welke in sommige gevallen kunnen leiden tot ziekenhuisopnames.
- ▶ *Interacties*
een toename van (soms onvoorspelbare) interacties (uitdoven en versterken van elkaars werking), welke in sommige gevallen kunnen leiden tot ziekenhuisopnames.
- ▶ *Therapieontrouw*
een toename van therapieontrouw, waardoor het bedoelde effect niet optreedt en/of andere middelen onnodig worden toegevoegd.
- ▶ *Ondoelmatig gebruik*
een toename van te lang gebruik (geen indicatie meer), dubbel gebruik (twee middelen uit dezelfde therapeutische groep), te hoge dosering (dosering niet aangepast aan leeftijd) en/of het behandelen van een vermijdbare bijwerking van een ander middel.

Samengevat kan gesteld worden dat polyfarmacie vaak geïndiceerd is, maar kan leiden tot ongewenste neveneffecten. Het centrale doel bij het behandelen van het onderwerp Polyfarmacie in bijvoorbeeld het FTO is daarom: *het reduceren van het risico op ongewenste neveneffecten bij personen die veel geneesmiddelen gebruiken.*

In het rapport 'Polyfarmacie en herhaalreceptuur' van CVZ^{6.1} wordt gesteld dat interventies gericht op reminders en op een actieve, ondersteunende rol van de apotheker effectief zijn. In de praktijk betekent dit dat de apotheker de medicatiehistorie uitdraait van patiënten, die veel geneesmiddelen gebruiken, dit van commentaar voorziet en vervolgens bespreekt met de huisarts. Het te verwachten effect hiervan is onderzocht in een aantal proeftuinen Ouderenzorg.

In de proeftuin Ouderenzorg in Tilburg is deze interventie toegepast bij bewoners van verzorgingstehuizen die 5 of meer geneesmiddelen gebruiken.^{6.3} Het resultaat van deze proeftuin was dat er per patiënt gemiddeld 2.3 interventies werden gepland (bij slechts 12% van de patiënten werd geen interventie gepland). Driekwart van de geplande interventies werd ook daadwerkelijk uitgevoerd. De helft van de interventies betrof het stoppen van een geneesmiddel wegens het ontbreken van een indicatie. Na het uitvoeren van de interventies was het gemiddeld aantal geneesmiddelen per patiënt afgenomen van 8.1 naar 7.3.

In de proeftuin Ouderenzorg in Eindhoven is deze interventie ook toegepast bij alle bewoners van verzorgingstehuizen.^{6.4} Het resultaat van deze proeftuin^{6.5} was dat er gemiddeld 2.2 medicatiewijzigingen werden uitgevoerd, waarvan ruim de helft het stoppen van een geneesmiddel was wegens het ontbreken van een indicatie. Na het uitvoeren van de interventies was het gemiddeld aantal geneesmiddelen afgenomen van 5.7 naar 4.9. Dit leverde een gemiddelde besparing op de geneesmiddelkosten van ongeveer 150 euro per patiënt op jaarbasis.

De genoemde werkwijze is natuurlijk ook toepasbaar voor alle thuiswonende polyfarmaciepatiënten. Uiteraard is het mogelijk om niet alle patiënten in één keer te screenen, maar alleen op bepaalde momenten zoals bij opname in een verzorgingstehuis, bij ontslag uit het ziekenhuis en/of na een bezoek aan meerdere specialisten.

Voor het bespreken van het onderwerp Polyfarmacie zien wij de volgende relevante ingangshoeken voor prescriptiecijfers in een FTO:

Voorschrijfvolume

- Wat is het aantal gelijktijdig gebruikte geneesmiddelen per patiënt?
- Wat is het aantal patiënten met polyfarmacie per leeftijdsgroep in de praktijk?

Opsporen specifieke patiëntengroepen

- Welke patiënten krijgen geneesmiddelen voorgeschreven zonder duidelijke indicatie?
- Welke patiënten krijgen geneesmiddelen in een te hoge of te lage dosering voorgeschreven?
- Welke patiënten krijgen gelijktijdig twee of meer verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof voorgeschreven?
- Welke patiënten krijgen een combinatie van middelen voorgeschreven die mogelijk een problematische interactie geeft?
- Welke patiënten houden zich niet aan de voorgeschreven medicatie?
- Welke patiënten worden behandeld voor een vermijdbare bijwerking van een ander middel?

Voorschrijfvolume

VRAAG 6.V.1

Wat is het aantal gelijktijdig gebruikte geneesmiddelen per patiënt?

Maat

Frequentieverdeling van het aantal patiënten met een bepaald aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen (> 90 DDD per jaar). Het aantal geneesmiddelen wordt geteld op basis van het aantal verschillende ATC codes op niveau 5.

Referentiewaarden

Aantal middelen	% patiënten
0	59.0
1	20.3
2	7.9
3	4.4
4	2.8
5	1.9
6	1.3
7	0.8
8	0.6
9	0.4
≥ 10	0.7

Tabel 6.2: percentage ziekenfondspatiënten per aantal gebruikte geneesmiddelen (> 90 DDD) in 2000 (bron: GIP/CVZ)

VRAAG 6.V.2

Wat is het aantal patiënten met polyfarmacie per leeftijdsgroep in de praktijk?

Maat

Op basis van de gevonden frequentieverdeling bij vraag 1 maakt de FTO-groep een keuze voor de definitie van de term polyfarmacie (b.v. onder polyfarmacie wordt het gebruik van ≥ 5 of ≥ 10 geneesmiddelen verstaan). Vervolgens wordt het aantal patiënten met polyfarmacie geteld per leeftijdsgroep (jonger dan 65 jaar, 65-74 jaar, 75-84 jaar, 85 jaar of ouder).

Referentiewaarden

Leeftijd	% patiënten
< 65 jaar	2,4
65 - 74 jaar	18,8
75 - 84 jaar	29,1
≥ 85 jaar	33,5
alle leeftijden	5,6

Tabel 6.3: percentage ziekenfondspatiënten met polyfarmacie (≥ 5 geneesmiddelen) per leeftijdscategorie in 2000 (bron: GIP/CVZ)

Opsporen specifieke patiëntengroepen

In de inleiding is reeds vermeld dat het gelijktijdig gebruik van meerdere middelen een verhoogd risico op ongewenste neveneffecten met zich meebrengt. Het is daarom belangrijk het totale geneesmiddelenpakket van polyfarmaciepatiënten regelmatig kritisch te (her)beoordelen.

Aanbevolen wordt te kiezen voor de volgende aanpak:
draai de medicatiehistorie (Drug-User-Profile) van b.v. 20 patiënten met polyfarmacie per huisarts(enpraktijk) uit.
Op verzoek van de huisartsen kan het aantal patiënten ook hoger of lager zijn.

In tabel 6.4 vindt u een voorbeeld van een dergelijk overzicht uit de Webrapportage polyfarmacie van het SFK.

Intern pat. nr 000022592		Numerieke postcode: 9999		AGB zorgverzekeraar 7053	
Geslacht Vrouw		Geboortejaar 1948		Aantal verschillende ATC's 17	
ATC5 + Naam	ddd	voorschriften huisarts	voorschriften specialist	voorschriften overige	voorschriften totaal
A10AB01 Insuline (humaan)	38	0	1	0	1
A10AB04 Insuline lispro	1.000	0	2	0	2
B01AC07 Dipyridamol	132	2	1	0	3
B01AC08 Carbasalaatcalcium	90	0	1	0	1
C01DA08 Isosorbidedinitraat	180	3	0	0	3
C03CA01 Furosemide	540	3	0	0	3
C03EA01 Hydrochloorthiazide met kaliumsparende middelen	270	3	0	0	3
C07AB02 Metoprolol	83	2	1	0	3
C10AA01 Simvastatine	336	3	0	0	3
D07AA02 Hydrocortison	15	1	0	0	1
G01AF04 Miconazol	16	1	0	0	1
G03DA02 Medroxyprogesteron	24	0	1	0	1
H03AA01 Levothyroxine	30	2	0	0	2
J01AA02 Doxycycline	8	1	0	0	1
J01FA09 Claritromycine	21	0	1	0	1
M09AA01 Hydrokinine	315	2	1	0	3
N02AA59 Codeine, combinatiepreparaten	7	1	0	0	1
N03AG01 Valproïnezuur	60	1	1	0	2
N05CD07 Temazepam	30	2	0	0	2
R03BB01 Ipratropium	33	1	0	0	1
S02CA05 Fluocinolonacetonide met antimicrobiele middelen	0	1	0	0	1

Tabel 6.4: voorbeeld van een webrapportage Polyfarmacie van SFK

De selectie van de patiënten kan plaatsvinden op basis van:

- ▶ *het aantal geneesmiddelen dat wordt gebruikt.*
 Bijvoorbeeld een bepaald aantal patiënten met het hoogste aantal verschillende geneesmiddelen op ATC5-niveau.
- ▶ *combinaties van geneesmiddelen.*
 Bijvoorbeeld de patiënten, die benzodiazepinen gebruiken en daarnaast nog minstens 4 andere geneesmiddelen. Uiteraard kan in plaats van benzodiazepinen ook gekozen worden voor een andere groep geneesmiddelen, zoals laxantia, middelen voor hart- en vaatziekten, maagzuurremmers e.d.

De geselecteerde patiënten worden eventueel eerst door de apotheker gescreend en daarna in het FTO of ander verband besproken met als doel *het reduceren van het risico op ongewenste neveneffecten bij personen die veel geneesmiddelen gebruiken*. De apotheker kan het screenen en bespreken van polyfarmaciepatiënten invoeren als zorgrecord in het apotheekstelsel, waardoor men het medicatieprofiel van deze patiënten in de tijd kan blijven volgen.

De screening van de geselecteerde patiënten kan plaatsvinden op basis van de vragen 6.O.1 tot en met 6.O.6 in deze paragraaf. In de tabellen staan steeds voorbeelden van geneesmiddelen of combinaties die de kans op ongewenste neveneffecten kunnen verhogen. Hoewel de voorbeelden met zorg zijn samengesteld willen we niet de illusie wekken een volledig overzicht te bieden van relevante aandachtspunten.

Mochten er specifieke aandachtspunten zijn (bijvoorbeeld benzodiazepinen of herhaalreceptuur) die voor de hele patiëntenpopulatie extra aandacht behoeven, dan kan hier een apart FTO voor worden georganiseerd.

VRAAG 6.O.1

Welke patiënten krijgen geneesmiddelen voorgeschreven zonder duidelijke indicatie?

Maat

Bekijk bij alle geselecteerde patiënten per geneesmiddel of er (nog) een indicatie voor bestaat. Wanneer er geen indicatie meer bestaat, dan kan het middel vaak worden gestopt. Let erop dat voor een aantal middelen een afbouwschema gewenst is.

Voorbeelden van geneesmiddelen, waarbij mogelijk sprake is van afwezigheid van een duidelijke indicatie of van een niet meer aanwezige indicatie	
Anti-arrhythmica	Diuretica
Antidepressiva	Laxantia
Antidiarremiddelen	Lokale corticosteroiden
Antihistaminica	Maagmiddelen
Antihypertensiva	NSAID's
Benzodiazepinen	Orale corticosteroiden
Calciumantagonisten	Prostaatmiddelen
Chronisch gebruik antibiotica (systemisch en lokaal)	Spasmolytica
Decongestiva (neus)	
Voorbeelden van geneesmiddelen waarvan de indicatie leeftijdsafhankelijk is	
Cholesterolverlagende middelen	
Middelen voor osteoporose	
Oestrogenen	
Voorbeelden van geneesmiddelen waarvoor zelden een indicatie is op basis van farmacologische werking	
Centraal werkende antihypertensiva (clonidine, guanfacine, moxonidine)	
Direct werkende vasodilatantia (hydralazine, minoxidil)	
Bepaalde combinatiepreparaten (verapamil/trandolapril, felodipine/ramipril)	
Spasmolytica (papaverine, butylscopolamine)	

Tabel 6.5: voorbeelden van geneesmiddelen die nogal eens zonder duidelijke indicatie worden voorgeschreven, middelen waarvan de indicatie leeftijdsafhankelijk is en middelen waarbij er zelden een indicatie is op basis van farmacologische werking (Bron: gebaseerd op Farmacotherapeutisch kompas 2003)

VRAAG 6.O.2

Welke patiënten krijgen geneesmiddelen in een te hoge dosering of te lage dosering voorgeschreven?

Maat

Bekijk bij alle geselecteerde patiënten per geneesmiddel of er de juiste dosering wordt voorgeschreven.

Geneesmiddelen met voornamelijk renale klaring*	
ACE remmers Allopurinol Atenolol	Diuretica Digoxine H ₂ -antagonisten
Geneesmiddelen met veranderende farmacodynamiek bij ouderen*	
Middelen die aangrijpen op het centrale zenuwstelsel (benzodiazepinen, antipsychotica, antidepressiva) Middelen die aangrijpen op het cardiovasculaire systeem (antihypertensiva, bètablokkers, middelen met effect op het autonome CZS)	
Geneesmiddelen met smalle therapeutische breedte*	
Anti-epileptica Antipsychotica Barbituraten Cisapride Digoxine Klassieke antidepressiva	Opiaten Orale anticoagulantia Parkinsonmiddelen Procaïnamide Theofylline Verapamil

* Middelen, die niet worden voorgeschreven in de 1^o lijn, zijn niet in dit overzicht meegenomen

Tabel 6.6: voorbeelden van geneesmiddelen waarvan de dosering moet worden aangepast aan de leeftijd
(Bron: Farmacotherapeutisch kompas 2003)

VRAAG 6.O.3

Welke patiënten krijgen gelijktijdig twee of meer verschillende geneesmiddelen uit dezelfde therapeutische groep voorgeschreven?

Maat

Bekijk bij alle geselecteerde patiënten of er twee of meer verschillende geneesmiddelen worden voorgeschreven uit dezelfde farmacotherapeutische groep (op ATC4-niveau).

VRAAG 6.O.4

Welke patiënten krijgen een combinatie van middelen voorgeschreven die mogelijk een problematische interactie geeft?

Maat

Bekijk bij alle geselecteerde patiënten of er combinaties van middelen worden voorgeschreven die mogelijk een problematische interactie geven.

De G-standaard van Z-index en de interactiebestanden van de Stichting Health Base zijn hierbij een goed hulpmiddel.

Interacties waarbij één van de middelen kan worden vervangen
Bètasymphicomimetica en niet selectieve bètablokkers
Carbamazepine en fluvoxamine/fluoxetine
Cimetidine en acenocoumarol/carbamazepine/fenytoïne/theofylline
Ciprofloxacine en theofylline
Cisapride en macroliden/antimycotica
Cumarinen en acetylsalicylzuur
Cumarinen en fenylbutazon/azapropazon
Dextropropoxyfeen en carbamazepine
Digoxine en itraconazol
Doxycycline en ijzerverbindingen
Erytromycine en theofylline
Erytromycine/claritromycine en carbamazepine
Fluvoxamine en theofylline
Levodopa/dopamine-agonisten en antipsychotica
Methotrexaat en co-trimoxazol/trimethoprim
Selegiline en moclobemide
Terfenadine en macroliden/antimycotica
Interacties waarbij de beide middelen, onder inachtneming van bepaalde voorzorgen, worden gehandhaafd
ACE remmers en NSAID's
Antibiotica en orale anticonceptiva
Bètablokkers en orale antidiabetica
Bisfosfonaten en metaalverbindingen
Fluoriden en metaalverbindingen
Fluorquinolonen en metaalverbindingen
Laaggedoseerde geneesmiddelen en adsorberende harsen
Laaggedoseerde geneesmiddelen en geactiveerde kool
Levothyroxine en sucralfaat
Lithium en diuretica/NSAID's
Orale anticoagulantia met cimetidine, miconazol, co-trimoxazol
Orale anticonceptiva en corticosteroiden
Tetracyclinen en metaalverbindingen

Tabel 6.7: voorbeelden van interacties die voor evaluatie in aanmerking komen (Bron: Geneesmiddelenbulletin^{6.6})

VRAAG 6.0.5

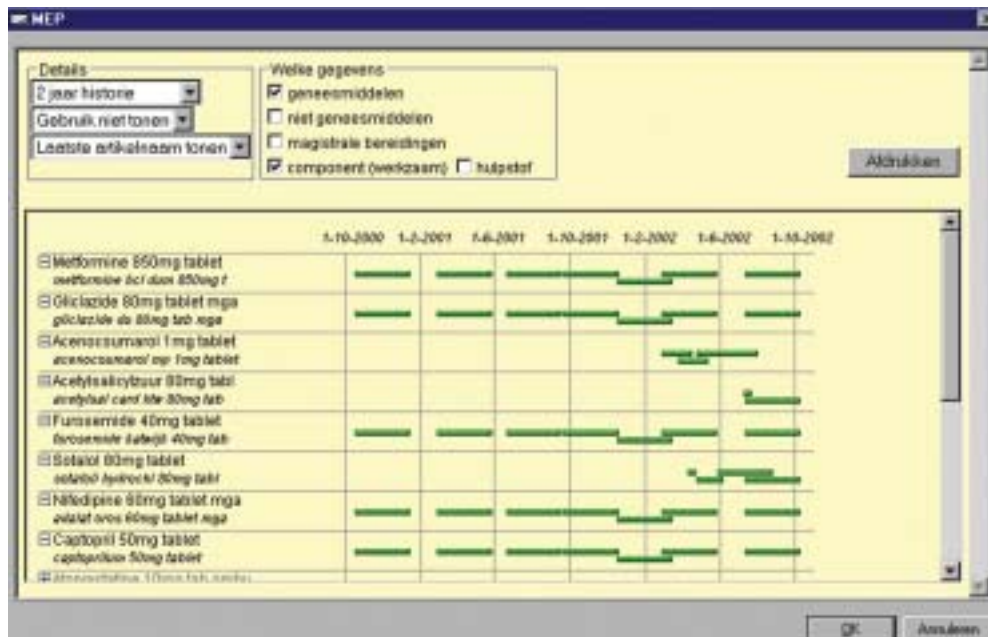
Welke patiënten houden zich niet aan de voorgeschreven medicatie?

Maat

Overzicht van patiënten bij wie herhaalrecepten van geneesmiddelen voor chronisch gebruik in de afgelopen 2 jaar gemiddeld meer dan 20% te laat werden afgehaald.

De receptlengte wordt berekend op basis van de gegevens op het voorschrift: de totale voorgeschreven hoeveelheid van het recept en de dagdosering (PDD) op het recept. Vervolgens wordt berekend hoeveel procent het aantal dagen tussen twee recepten (op basis van uitgiftedatum) afwijkt van de receptlengte. Door te middelen over meerdere recepten worden eenmalige afwijkingen (bijvoorbeeld vanwege vakantie) uitgesloten.

Een andere manier om therapieontrouw te signaleren is het uitdraaien van een Medicatie Evaluatie Profiel. Een voorbeeld hiervan vindt u in figuur 6.1.



Figuur 6.1: voorbeeld van een Medicatie Evaluatie Profiel uit het apotheekstelsel Aposys

Therapieontrouw kan tot een aantal ongewenste neveneffecten leiden:

- ▶ er kunnen acute gezondheidsproblemen optreden wanneer de essentiële geneesmiddelen niet worden ingenomen
- ▶ de bedoelde lange termijneffecten kunnen niet optreden
- ▶ interacties tussen geneesmiddelen worden onvoorspelbaar omdat de middelen niet trouw worden ingenomen

Aan de andere kant kan therapieontrouw ook weer polyfarmacie veroorzaken. Wanneer door niet herkende therapieontrouw het bedoelde effect van een geneesmiddel niet optreedt, kan de arts beslissen om andere geneesmiddelen toe te voegen. Therapieontrouw kan ook een reden zijn om het gebruik van een middel te stoppen, zeker als er twijfel is over de indicatie.

Anti-arrhythmica	Cholesterolverlagers
Antidepressiva	Inhalatiecorticosteroiden
Antidiabetica	Schildklierhormonen
Antihypertensiva	Thrombocytenaggregatieremmers

Tabel 6.8: voorbeelden van geneesmiddelen waarbij gelet moet worden op therapieontrouw

VRAAG 6.O.6

Welke patiënten worden behandeld voor een vermijdbare bijwerking van een ander middel?

Maat

Bekijk bij alle geselecteerde patiënten of er combinaties van geneesmiddelen worden voorgeschreven waarbij een door geneesmiddel A veroorzaakte bijwerking met geneesmiddel B wordt behandeld, terwijl er voor geneesmiddel A een goed alternatief beschikbaar is.

Behandeling van prikkelhoest met codeïne tijdens therapie met een ACE remmer
Behandeling van enkeloedeem met furosemide tijdens therapie met een calciumantagonist
Behandeling van maagklachten met maagzuurremmers tijdens therapie met een NSAID

Tabel 6.9: voorbeelden van ongewenste behandeling van een bijwerking

Literatuur

met verwijzing in de tekst

- 6.1 Waterreus JJH. Polyfarmacie en herhaalreceptuur. Amstelveen: CVZ, 2001.
- 6.2 Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Ouderen en geneesmiddelen. Doelmatigheidswinst door (her) beoordeling pakket. Med Contact 2000;55(13):483-5.
- 6.3 Casti MEG, Eimers JM. Evaluatie proeftuin Ouderzorg Tilburg. Utrecht: DGV, 2002.
- 6.4 Hopman JM. Proeftuin Ouderzorg Eindhoven. Utrecht: DGV, 2002.
- 6.5 Hopman JM, Nelissen-Vrancken HJMG. De apotheker moet coördineren en signaleren. Ervaringen uit de proeftuin. Pharm Weekbl 2002;137(36):1269-72.
- 6.6 Schalekamp T. Omgaan met geneesmiddeleninteracties. Geneesmiddelenbull 1997;31(8):87-94.

vragen, maten en referentiewaarden POLYFARMACIE

OVERZICHTSSCHEMA PRESCRIPTIETERUGKOPPELING

VOORSCHRIJFVOLUME

Vraagstelling	Maat	Referentiewaarde	Preparaten/Groepen ATC-codes	Patiënten	Periode	Presentatievorm																								
<p>6.V.1 Wat is het aantal gelijkwaardig gebruikte geneesmiddelen per patiënt?</p>	<p>Frequentieverdeling van het aantal patiënten met een bepaald aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen (>90 DDD/ jaar)</p> <p>Het aantal geneesmiddelen wordt geteld op basis van het aantal verschillende ATC-codes op niveau 5</p>	<p>Percentage ziekenfondspatiënten per aantal gebruikte geneesmiddelen (>90 DDD) in 2000</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aantal middelen</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>59.0</td></tr> <tr><td>1</td><td>20.3</td></tr> <tr><td>2</td><td>7.9</td></tr> <tr><td>3</td><td>4.4</td></tr> <tr><td>4</td><td>2.8</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.9</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.3</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.8</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.6</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.4</td></tr> <tr><td>≥10</td><td>0.7</td></tr> </tbody> </table> <p>Bron: GIP/CVZ</p>	Aantal middelen	Percentage	0	59.0	1	20.3	2	7.9	3	4.4	4	2.8	5	1.9	6	1.3	7	0.8	8	0.6	9	0.4	≥10	0.7	Alle geneesmiddelen op ATC5-niveau	Alle patiënten van de huisartsen van de FTO-groep	1 jaar	Staafdiagram, met op de x-as het aantal geneesmiddelen en op de y-as het aantal patiënten Grafiek maken voor de hele FTO-groep en eventueel per arts
Aantal middelen	Percentage																													
0	59.0																													
1	20.3																													
2	7.9																													
3	4.4																													
4	2.8																													
5	1.9																													
6	1.3																													
7	0.8																													
8	0.6																													
9	0.4																													
≥10	0.7																													
<p>6.V.2 Wat is het aantal patiënten met polyfarmacie per leeftijdsgroep in de praktijk?</p>	<p>Op basis van de frequentieverdeling bij bovenstaande vraag maakt de FTO-groep een keuze voor de definitie van de term polyfarmacie (b.v. ≥ 5 of ≥ 10 geneesmiddelen)</p> <p>Vervolgens wordt het aantal patiënten met polyfarmacie geteld per leeftijdsgroep (<65, 65-74, 75-84, 85+)</p>	<p>Percentage ziekenfondspatiënten met polyfarmacie (≥ 5 geneesmiddelen) per leeftijdsgroep in 2000</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Leeftijd</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><65</td><td>2.4</td></tr> <tr><td>65-74</td><td>18.8</td></tr> <tr><td>75-84</td><td>29.1</td></tr> <tr><td>85+</td><td>33.5</td></tr> <tr><td>alle leeftijden</td><td>5.6</td></tr> </tbody> </table> <p>Bron: GIP/CVZ</p>	Leeftijd	%	<65	2.4	65-74	18.8	75-84	29.1	85+	33.5	alle leeftijden	5.6		Alle patiënten van de huisartsen van de FTO-groep	1 jaar	Staafdiagram, met op de x-as de leeftijdsgroepen en op de y-as het aantal patiënten met polyfarmacie Grafiek maken voor de hele FTO-groep en eventueel per arts												
Leeftijd	%																													
<65	2.4																													
65-74	18.8																													
75-84	29.1																													
85+	33.5																													
alle leeftijden	5.6																													