Wat is de impact van een ziekenhuisopname op polyfarmacie bij ouderen?

Haio: DE BRUYCKER Vjen , U.G.
Promotor: PETROVIC Mirko , U.G.
Praktijkopleider: DE KERPEL Rebecca

Context: Polyfarmacie is een actueel probleem waar veel artsen dagelijks mee in aanraking komen. Zowel de huisarts als de ziekenhuisarts worden geconfronteerd met de toenemende vergrijzing, die gepaard gaat met multimorbiditeit en polyfarmacie. Als centraal aanspreekpunt is het de taak van de huisarts om de controle te behouden over de medicatielijst, maar verder ook om opvolging na ziekenhuisopnames te organiseren, alsook om de communicatie met andere hulpverleners te onderhouden.

Onderzoeksvraag: Is het optimaliseren van de medicatielijsten bij ouderen met polyfarmacie haalbaar in de huisartspraktijk? Welke invloed heeft een ziekenhuisopname op de polyfarmacie? Hoe verloopt de communicatie tussen eerste en tweede lijn?

Methode: Voor het onderzoeksproject werden patiënten geselecteerd van 75 jaar en ouder, die 5 of meer geneesmiddelen per dag innamen. Met behulp van de STOPP/START criteria versie 2 werden de medicatielijsten aangepast en opgeladen via Vitalink. Gedurende een periode van 6 maanden werden ziekenhuisopnames van de geïncludeerde patiënten opgevolgd. Na ontslag uit het ziekenhuis werd getracht binnen de week een contact te plannen met de patiënt, en werd de medicatielijst voor en na opname vergeleken. Er werd een differentiatie gemaakt tussen de verschillende specialismen in het ziekenhuis en het aanpassen van de geneesmiddelen. Als laatste werd de communicatie tussen eerste en tweede lijn geobserveerd.

Resultaten: Er werden 40 patiënten geïncludeerd, met een gezamenlijke inname van 377 geneesmiddelen in totaal. Met behulp van de STOPP/START criteria was het mogelijk 101 geneesmiddelen als ongeschikt te identificeren, met als belangrijkste reden dat de klinische indicatie niet (meer) aanwezig was. De STOPP-groep bestond voornamelijk uit geneesmiddelen van het cardiovasculair stelsel en centraal zenuwstelsel, met benzodiazepines en aanverwanten op kop. Bij de START-groep werden hoofdzakelijk de vaccinaties op orde gesteld. De gemiddelde tijd voor het uitvoeren van de criteria bedroeg 15,1 minuten. In de loop van 6 maanden werden 10 patiënten opgenomen in het ziekenhuis, waarbij de medicatie werd aangepast bij 8 patiënten. De cardioloog was hier voornamelijk voor verantwoordelijk. Bij slechts 6 patiënten was een sumehr (summarized electronic health record) aangemaakt voor de ziekenhuisopname plaatsvond, en geen enkele ziekenhuisarts had de medicatie aangepast via Vitalink.

Conclusie: Met behulp van de STOPP/START criteria is een evaluatie van de medicatielijst haalbaar. Er worden regelmatig aanpassingen doorgevoerd aan de medicatielijst, waardoor een goede communicatie tussen huisarts en ziekenhuisarts noodzakelijk is. De huidige opmars van Vitalink en het gebruik van sumehrs zou de communicatie tussen eerste en tweede lijn kunnen bevorderen.