Medicatienazicht bij ouderen met polyfarmacie: welk effect heeft een overleg tussen arts en apotheker?

Haio: FERDINAND Coralie , KUL
Promotor: SCHOENMAKERS Birgitte , KUL
Praktijkopleider: FLAMAING Johan , GEYSKENS Marten , PEETERMANS Willy , Van Malder Marc

Context: Veel thuiswonende ouderen gebruiken op systematische basis veel medicijnen. De inname van verscheidene medicijnen kan aanleiding geven tot meer nevenwerkingen en interacties met ultiem ook ernstigere gevolgen zoals ziekenhuisopnames of valincidenten. In de zorg voor elke oudere in de eerste lijn is het een aandachtspunt om polyfarmacie te vermijden en optimaal jaarlijks een medicatienazicht uit te voeren. Vaak wordt dit als te tijdrovend ervaren en zijn de methodes niet aangepast aan de Belgische situatie. Recente ontwikkelingen in de Belgische eerst lijn zijn het AMO-instrument en de GheOP3s tool.

Onderzoeksvraag: Met dit kwantitatief onderzoek (kaderend binnen een kwaliteitsverbeterend project) willen we evalueren hoe een overleg tussen arts en apotheker het medicatieschema verandert in absolute getallen. Daarnaast willen we evalueren hoe dit overleg zich verhoudt tot afzonderlijke medicatienazichten door de arts en apotheker. Er wordt geëvalueerd hoeveel medicijnen worden gestart, gestopt of gewijzigd bij het afzonderlijke medicatienazicht en bij het multidisciplinair overleg. Daarnaast bekijken we welke redenen aangegeven worden voor de wijzigingen. Hiermee willen we proberen een manier te vinden om een medicatienazicht praktisch en tijdsefficiënt te organiseren in de eerste lijn met verkrijgen van een optimaal resultaat.

Methode: De doelgroep bestond uit thuiswonende 65-plussers die chronisch 5 of meer medicijnen innemen met daarnaast de aanwezigheid van een of meerdere risicofactoren tot het ontwikkelen van nevenwerkingen. Het medicatieschema werd opgesteld door de arts en nadien aangevuld door de apotheker, inclusief vrij te verkrijgen medicatie. Er werd een medicatienazicht uitgevoerd door de behandelende huisarts door middel van het AMO-instrument. De apotheker voerde een medicatienazicht uit aan de hand van de GheOPS3 tool. Nadien volgde er een overleg tussen beide partijen en werd tot een gezamenlijke visie gekomen.

Resultaten: In totaal namen 20 patiënten, 1 huisarts en 2 apothekers deel aan de studie. Een gemiddelde patiënt uit de studie neemt dagelijks 11,4 medicijnen. Na het multidisciplinaire medicatienazicht kan de inname worden gereduceerd tot 8,15 medicijnen per dag. De arts stopt gemiddeld gezien 1 medicijn meer dan de apotheker bij de aparte medicatienazichten. De visie van arts en apotheker op te stoppen medicatie is voor een deel gelijklopend, maar voor niet-overeenkomende medicijnen wordt bijna altijd de mening van de arts gevolgd bij het overleg. De meest gestopte medicatieklassen zijn PPI’s, benzodiazepines en voedings – en vitaminesupplementen. De meeste gestarte preparaten komen van de arts, maar indien de apotheker een preparaat wilde starten, werd deze suggestie steeds gevolgd. Het meest gestarte preparaat door arts en apotheker is calcium – vitamine D supplement.

Conclusie: Een medicatienazicht zorgt, zoals reeds in vroeger onderzoek aangetoond, voor een daling van het aantal in te nemen preparaten. Het medicatienazicht van arts en apotheker zijn voor een deel gelijklopend, maar artsen wijzigen meer medicatie. De visie van de arts is doorslaggevend tijdens het overleg. Een mogelijkheid is om apothekers een medicatieschema te laten opstellen en hier een eerste nazicht te laten uitvoeren. Verdere aanvullingen en aanpassingen kunnen dan door de arts gebeuren.