Implementatie van de START-STOPP criteria bij ouderen met polyfarmacie in de huisartsenpraktijk

Haio: VAN DEN EEDE Hanne , V.U.B.
Promotor: VANSINTEJAN Johan , V.U.B.
Praktijkopleider: Cooreman Etienne , DE MUNTER Greet , MACHTELINCKX Chris

Context: Wereldwijd stijgt de prevalentie van polyfarmacie. Hoe ouder men wordt, hoe gevoeliger men echter ook is voor bijwerkingen en interacties van medicatie.

Onderzoeksvraag: Het is in dit praktijkverbeterend project het doel om mogelijke geneesmiddelgerelateerde problemen bij ouderen door polyfarmacie te verminderen. Verder wordt nagegaan welke medicatie ouderen met polyfarmacie nemen en welke aanpassingen er mogelijk zijn. Hierbij wordt aandacht besteed aan het verschil tussen wat in theorie wordt voorgesteld volgens de START/STOPP criteria en wat in de praktijk uiteindelijk wordt uitgevoerd.

Methode: Het betreft een prospectieve, interventionele studie. 70+'ers die 5 of meer verschillende geneesmiddelen namen kwamen in aanmerking voor een medicatiebeoordeling. Dit gebeurde op basis van het STRIP-protocol met behulp van de START/STOPP criteria. Bij 75+'ers die chronisch 10 of meer geneesmiddelen namen, werd ook steeds telefonisch overlegd met de apotheker. De mogelijke medicatiewijzigingen werden voorgelegd aan de behandelend arts. Nadien werd het uiteindelijke voorstel besproken met de patiënt en werden de aanpassingen in het schema al dan niet uitgevoerd.

Resultaten: De deelnemers (n=25) waren gemiddeld 82 jaar en namen gemiddeld 11,2 (7-19) geneesmiddelen in. Na interventie was dit gemiddeld 9,7 (6-18). Bij 88% van de deelnemers werd minstens 1 aanpassing gedaan aan het medicatieschema zodat deze weer geüpdatet was. De meest ingenomen geneesmiddelen waren deze van het cardiovasculair stelsel (29%), het centraal zenuwstelsel (15%), en de categorie osteo-articulaire aandoeningen (12%). Bij deze laatste categorie behoorde ook vitamine D. In theorie konden 81 geneesmiddelen gestopt worden. Dit waren voornamelijk hypnotica (n=15), PPI's (n=9) en op de derde gedeelde plaats antidepressiva en aspirine (n=7). Uiteindelijk werden 56 geneesmiddelen gestopt. 21 geneesmiddelen konden in theorie gestart worden. In de praktijk werden er 17 gestart. Dit was voornamelijk vitamine D (n=7). Redenen om in de praktijk af te wijken van de voorgestelde medicatiewijzigingen waren voornamelijk omdat het voorstel klinisch niet relevant bevonden werd door de arts (n=18) of omdat de patiënt dit niet wenste (n=17). De hypnotica en de protonpompinhibitoren waren het moeilijkst te stoppen voor de patiënt. Verder gebeurden er 25 dosisaanpassingen en 11 vereenvoudigingen van het innameschema.

Conclusie: Bij een medicatiebeoordeling is het belangrijk om de hele context in het oog te blijven houden. Dit is nodig om de klinische relevantie te beoordelen van een voorstel, maar ook om verder te kijken naar dosisaanpassingen of aanpassingen van het innameschema. Blijvende aandacht voor deprescribing van hypnotica en protonpompinhibitoren blijft nodig, gezien de moeilijke afbouw. Goede communicatie op maat van de patiënt is hierin belangrijk. Het uitvoeren van een medicatiebeoordeling is tijdsintensief maar zeker zinvol om dit eens te doen. Daarnaast is het nuttig op regelmatige basis het medicatieschema te overlopen met de patiënt om na te gaan of dit nog actueel is.