Polyfarmacie, wat is het probleem? Een kwaliteitsverbeterend project in een woonzorgcentrum.

Hu Li Zhi Yolanda, Universiteit Antwerpen

Promotoren: Dr. Tinne Dilles, Universiteit Antwerpen

Dr. Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Drs. Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleiders: Dr. Delphine Delaere, Dr. Marleen Pals

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Tegenwoordig komen we als zorgverlener steeds meer in contact met polyfarmacie maar wat is het nu net en is er een probleem? De meeste Belgische bronnen maken gebruik van een definitie waarbij men stelt dat vanaf 5 of meer geneesmiddelen die tegelijkertijd worden gebruikt en dit gedurende meer dan drie maanden, er sprake is van polyfarmacie. Het is een belangrijk aspect geworden in de gezondheidszorg en dit vooral bij ouderen. Deze bevolkingsgroep lijkt ook het meest kwetsbaar te zijn hiervoor. Er worden vele potentiële schadelijke gevolgen beschreven op zowel medisch als financieel vlak. Het is daarom van belang dat zorgverleners inzichten krijgen in dit fenomeen en gezien de huisarts een belangrijke rol speelt in het voorschrijven van medicatie, zouden zij hierin een centrale rol kunnen spelen.

Onderzoeksvraag: De doelstelling kan concreet opgesplitst worden in twee grote luiken. Het eerste doel is om na te gaan hoe zorgverleners tegenover polyfarmacie en medicatiebeleid in het algemeen staan. Het tweede doel is om de zorg voor een bewoner in een woonzorgcentrum op individueel niveau te verbeteren aan de hand van een multidisciplinair overleg.

Methode: Er werd gekozen voor een kwaliteitsverbeterend project op een lokaal niveau. Ten eerste werd er aan de hand van semi-gestructureerde interviews gepolst naar de visie van zorgverleners over medicatiebeleid bij ouderen in het algemeen, over polyfarmacie en over multidisciplinair overleg. Ten tweede werd er aan de hand van multidisciplinair overleg (MDO) interventies afgesproken voor enkele bewoners van een woonzorgcentrum. Hierbij werd de focus op het medicatiebeleid gelegd en werd er getracht om het aantal medicatie te verminderen. Dit proces is gebaseerd op het *Model for Improvement* dat gebruikt wordt door het *Institute for Healthcare Improvement* (IHI).

Resultaten: Vier huisartsen en één verpleegkundige werden geïnterviewd. De zorgverleners achtten een kritische blik op medicatie nodig en stonden positief tegenover een multidisciplinair overleg. Meerdere huisartsen zouden vaker willen stilstaan bij medicatie en er een meer kritische blik op willen werpen. Factoren die volgens deze zorgverleners bijdroegen aan polyfarmacie zijn tijdstekort, te weinig geïnformeerd zijn over medicatie en hun bijwerkingen, interacties en indicaties, communicatieproblemen met specialisten en onvoldoende opvoeding van de patiënten.

Voor zes bewoners werden er MDO's gepland. Aan de hand van een multidisciplinair overleg werden voor enkele bewoners medicamenten in de klasse neuroleptica en antihypertensivum afgebouwd zonder negatieve gevolgen. Zorgverleners gaven aan baat te hebben gehad bij het overleg inzake kennis en sensibilisatie rondom polyfarmacie.

Conclusie: Zorgverleners geven aan dat ze meer en meer met polyfarmacie geconfronteerd worden. Ze zien het nut van een blijvende kritische kijk op medicatiebeleid in en beschouwen zichzelf als bewaker van kwaliteitsvolle zorg. Er zijn echter veel struikelblokken die al langer een gekend probleem vormen en vermoedelijk nog lang zullen blijven. Factoren die volgens zorgverleners kunnen bijdragen aan polyfarmacie zijn tijdstekort, te weinig geïnformeerd zijn over medicatie en hun bijwerkingen, interacties en indicaties, communicatieproblemen met patiënten en andere zorgverleners.Een handvat om kwaliteit van zorg te bewaken is het multidisciplinair overleg.

Inhoudstafel

Inleiding p 3

Oriënterend literatuuronderzoek p 4

Methodologie kwaliteitsverbeterend project p 10

Resultaten p 13

1. Onderzoekspopulatie p 13
2. Interviews: zorgverleners over medicatiebeleid en polyfarmacie p 14
3. Multidisciplinair overleg p 16

Discussie p 21

Conclusie p 26

Referenties p 27

Bijlages p 30

1. Bijlage 1:Literatuurstudie
2. Bijlage2: Semigestructureerd interview
3. Bijlage 3: Tussentijdse evaluatie
4. Bijlage 4: Eindevaluatie
5. Bijlage 5: Uitgeschreven verslagen multidisciplinair overleg (MDO)
6. Bijlage 6: Goedgekeurd actieprotocol
7. Bijlage 7: Gunstig advies Ethisch Comité

Inleiding

Tegenwoordig komen we als zorgverlener steeds meer in contact met polyfarmacie. Tijdens mijn opleiding in de geneeskunde ben ik dit fenomeen vaak tegengekomen. In enkele casussen die tijdens de opleiding naar voren kwamen, werd er vooral een negatieve connotatie aan het woord gegeven. Vaak werden er verbeteringen waargenomen voor deze casussen wanneer men polyfarmacie aanpakte. Door deze ervaringen werd mijn interesse in het onderwerp gewekt. Dit bleek een gemeenschappelijke interesse te zijn binnen de praktijk waar ik mijn opleiding tot huisarts doe. Mijn opleidingspraktijk is een groepspraktijk van vier huisartsen, gelegen in Turnhout centrum. Eén van mijn opleiders is ook de CRA-arts, d.i. coördinerend en raadgevende arts, van een woonzorgcentrum in de buurt. Uiteraard kwam zij ook veel in contact met polyfarmacie en had ze graag actief hiermee bezig geweest. Zo is de aanzet gekomen om rond dit fenomeen te werken in het kader van deze masterproef.

Maar wat is polyfarmacie nu net en wat kunnen de gevolgen hiervan zijn? Is er eigenlijk wel een probleem en wat zouden we er dan aan kunnen doen? Wie of wat speelt er een rol in het ontstaan en het onderhouden van polyfarmacie? Een blik op de literatuur leert ons dat polyfarmacie een belangrijk aspect is geworden in de gezondheidszorg en dit vooral bij ouderen. Deze bevolkingsgroep lijkt ook het meest kwetsbaar te zijn hiervoor. Er worden vele potentiële schadelijke gevolgen beschreven op zowel medisch als financieel vlak[1,2]. Het is van belang dat zorgverleners inzichten krijgen in dit fenomeen en gezien de huisarts een belangrijke rol speelt in het voorschrijven van medicatie, zouden zij een centrale rol hierin kunnen spelen[41].

Het leek ons interessant om bovenstaande vragen meer uit te testen op een lokaal niveau en een kwaliteitsverbeterend project op te starten voor een woonzorgcentrum waarmee de praktijk veel in contact kwam. Er werd gekozen om samen te werken met een woonzorgcentrum te Turnhout. Een kwaliteitsverbeterend project is een project waarin men de kwaliteit van zorg tracht te verbeteren aan de hand van verschillende kleine acties/interventies. Deze worden telkens geëvalueerd en aangepast volgens de PDSA-cyclus, welke staat voor Plan-Do-Act-Study cyclus. Op deze manier wordt er getracht om kwaliteitsverbetering te bekomen in de zorg van enkele patiënten die in een woonzorgcentrum verblijven. In geval van deze masterproef is het doel tweeledig. Het eerste doel is om na te gaan hoe zorgverleners tegenover polyfarmacie en medicatiebeleid in het algemeen staan. Het tweede doel is om de zorg voor een bewoner op individueel niveau te verbeteren aan de hand van een multidisciplinair overleg. Hierbij wordt de focus op het medicatiebeleid gelegd en wordt er getracht om het aantal medicatie te minderen.

Deze masterproef is tot stand gekomen in samenwerking met arts Rianne Geuze (Huisarts-in-opleiding). Zij voerde eveneens een onderzoek uit met dezelfde onderzoeksvraag in een woonzorgcentrum te Herentals. Er werd voor het opstellen van het protocol en de aanpak samengewerkt om deze masterproef en die van haar mogelijk te maken. Het oriënterend literatuuronderzoek en de methodologie werden met haar uitgewerkt en uitgeschreven. Het onderzoek zelf is echter onafhankelijk van elkaar uitgevoerd in een ander woonzorgcentrum waardoor de resultaten, discussie en conclusie verschillend zullen zijn.

Oriënterend literatuuronderzoek

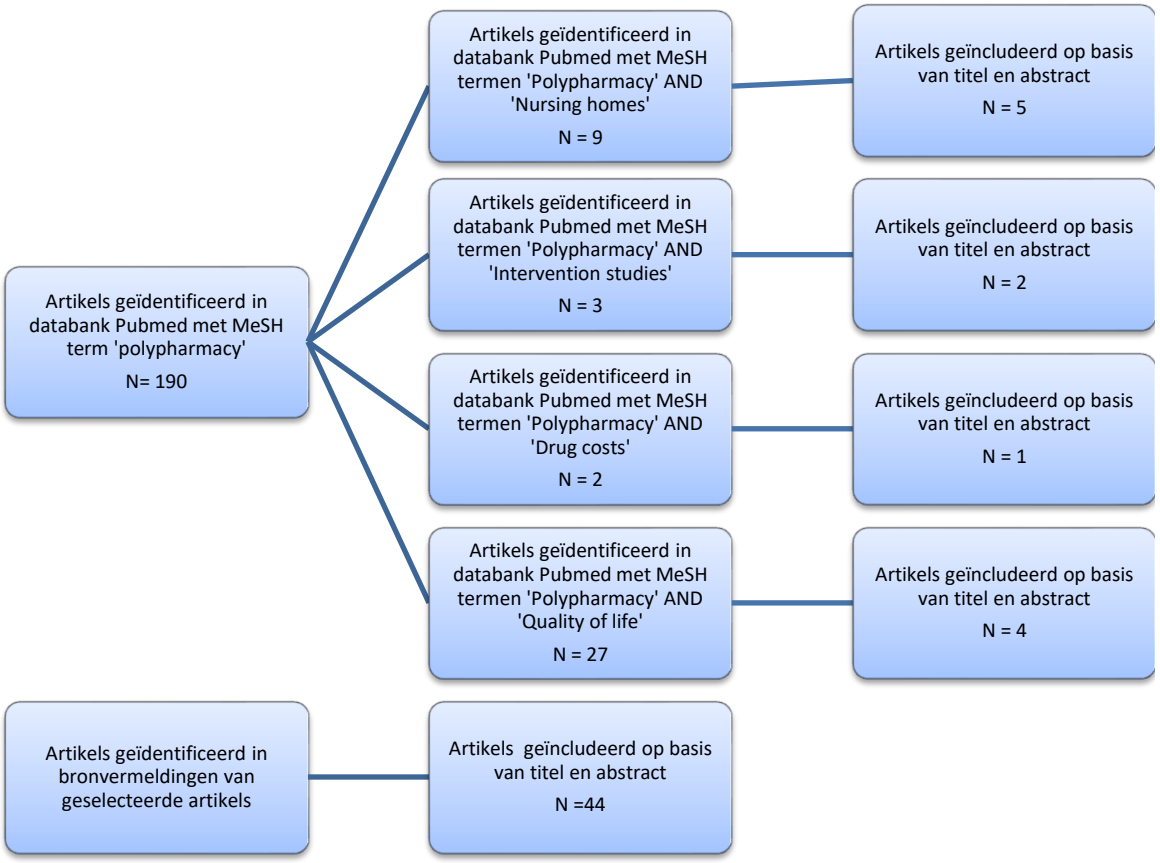
1. Definitie polyfarmacie

Polyfarmacie is een medische term bestaande uit twee delen, het Griekse 'poly' en Latijnse 'pharmacie'. Poly wordt gedefinieerd als veel of multi en pharmacie impliceert het gebruik van geneesmiddelen[2,33]. In de literatuur komt men echter veel definities van polyfarmacie tegen en is er weinig consistentie in het gebruik van de term 'polyfarmacie'. Bushardt et al[1] voerden in 2008 een vergelijkende literatuurstudie uit omtrent deze variabele definities. In hun artikel gebruiken ze de twee meest geciteerde definities, namelijk '*use of potentially inappropriate drugs"* en "*use of six or more concomitant drugs".* De eerste definitie legt de nadruk vooral op het kwalitatief aspect van polyfarmacie en zou men naar het Nederlands kunnen vertalen als "gebruik van potentieel ongepaste medicatie". Vaak voorkomende redenen voor dit ongepast gebruik zijn: geen indicatie, ineffectiviteit en therapeutische duplicatie waarbij men dubbel gebruik van medicatie vaststelt[2]. De tweede definitie geeft het meer kwantitatieve aspect weer en kan men vertalen als "gebruik van 6 of meer medicatie tegelijk". Een definitie die makkelijker toe te passen zou zijn in de praktijk. Echter krijgen meer patiënten de diagnose polyfarmacie volgens deze definitie dan met de eerste, kwalitatieve definitie. Zo werden er met het toepassen van de kwantitatieve definitie 13,7% meer patiënten geïdentificeerd dan met de kwalitatieve definitie[1].

De meeste Belgische bronnen maken echter gebruik van een definitie waarbij men stelt dat vanaf 5 of meer geneesmiddelen die tegelijkertijd worden gebruikt en dit gedurende meer dan drie maanden, er sprake is van polyfarmacie[45,48]. Excessieve polyfarmacie wordt gedefinieerd vanaf 10 of meer geneesmiddelen die tegelijkertijd worden gebruikt en dit gedurende meer dan drie maanden[3, 45]. In deze masterproef wordt er gekozen om te werken met deze laatste twee definities.

2. Methode

Voor deze masterproef werd er getracht een algemeen beeld te krijgen over polyfarmacie in woonzorgcentra bij ouderen: het voorkomen, de risicofactoren, de gevolgen en gekende interventies en interventiestudies om polyfarmacie te verminderen. Er werd gezocht in de databank "*PubMed*", gebruik makend van de volgende MeSH termen *polypharmacy*, *nursing homes*, *intervention studies*, *drug costs, quality of life.* Volgende filters worden standard ingesteld: Review, Full text, published in the last 5 years, Humans, Dutch, English, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years. Door de filter van leeftijd al in te stellen, worden dezelfde resultaten bekomen met de MeSH termen "*polypharmacy"* AND "*aged"*. In figuur 1 wordt een samenvattende flowchart weergegeven van de resultaten van de literatuurstudie, verdere uitwerking van de zoekmethode wordt beschreven in bijlage 1.



Figuur 1: Flowchart met weergave van zoekmethode voor het oriënterend literatuuronderzoek.

3. Epidemiologie

De PHEBE (Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium) studie had als doel om de kwaliteit van geneesmiddelengebruik en voorschrijfgedrag te onderzoeken in woonzorgcentra (WZC). Ongeveer 8% van de 65-plussers en 42% van de 85-plussers wonen in een woonzorgcentrum en men verwacht dat dit aandeel alleen maar zal stijgen. Uit deze studie bleek dat een bewoner van een WZC gemiddeld 8 geneesmiddelen krijgt, gerelateerd aan de polypathologie van de bewoners. Medicatiekosten kunnen oplopen tot gemiddeld 140 EUR per maand waarvan de patiënt 50 EUR zelf moet betalen en 90 EUR door de overheid gedekt wordt. Slechts 1,4% van de Belgische populatie verblijft in woonzorgcentra (WZC) maar deze bewoners zijn wel verantwoordelijk voor 5,6% van de overheidsuitgaven aan medicatie[3].

Een ander deel van de PHEBE studie had als doel om een gedetailleerde beschrijving van de organisatie van het medicatie management proces in Belgische WZC's te geven. Op basis daarvan konden aanbevelingen gedaan worden die goedkoop en effectief zijn. Ten eerste, slechts 40% van de WZC's doet minder dan jaarlijks een evaluatie van het medicatie management proces. Een frequente, proactieve evaluatie van het medicatiemanagement proces wordt aanbevolen in samenspraak met alle zorgverleners. Ten tweede is de rol van de apotheker vaak beperkt, maar zou uitgebreid kunnen worden door bijvoorbeeld medicatie reviews te doen en het WZC-personeel te onderwijzen over medicatiegerelateerde onderwerpen. Ten derde, ongeveer een vijfde van de WZC's werkt nog steeds met handgeschreven medicatiefiches. Een elektronisch voorschrijfsysteem kan helpen fouten te

voorkomen. Een vierde factor is dat meerdere huisartsen de WZC's bezoeken en iedere huisarts heeft zijn eigen gewoonten met betrekking tot voorschrijfgedrag. Een uniform voorschrijfpatroon kan de kennis van verpleegkundigen over gebruikte medicamenten verbeteren. Het gebruik van het ouderenzorg formularium, een legaal formularium, aangepast aan de noden en behoeften van ouderen, wordt aanbevolen. Dit formularium werd opgesteld door Farmaka, een onafhankelijke instelling die op basis van recente wetenschappelijke studies aanbevelingen opstelt ter ondersteuning van zorgverleners bij het rationeel geneesmiddelgebruik. Ten vijfde worden huisartsen soms geconfronteerd met het probleem van *postscription*, dit fenomeen bestaat erin dat de huisartsen worden gevraagd om voor te schrijven nadat het medicament reeds besteld en geleverd is. Apothekers mogen wettelijk geen medicatie afleveren zonder een voorschrift van de arts. Ten laatste wordt medicatie toediening niet altijd gedaan door een getrainde verpleegkundige. Een aanbeveling zou kunnen zijn om de verpleegkundigen te laten opleiden door een apotheker[4].

4. Oorzaken van polyfarmacie

Demografische factoren

In de literatuur is controverse over de associatie tussen leeftijd en polyfarmacie. Enkele grotere, maar oudere studies tonen geen associatie tussen leeftijd en polyfarmacie[6-7]. Toch komen meerdere studies tot de conclusie dat mensen vanaf de leeftijd van 85 minder medicamenten nemen dan mensen jonger dan 85[3,8]. Er zijn ook verschillende resultaten over de associatie van geslacht en polyfarmacie. Enkele grotere studies tonen geen verschil tussen de geslachten[4,6]. Andere studies suggereren met borderline verschillen dat vrouw-zijn geassocieerd is met polyfarmacie[7,10]. Er zijn 3 studies die de associatie tussen etniciteit en polyfarmacie onderzochten. Amerikaanse onderzoeken tonen aan dat blank-zijn geassocieerd is aan polyfarmacie[6]. Een onderzoek in 76 Belgische woonzorgcentra bewees echter dat de socio-economische status geen verschil maakt op vlak van polyfarmacie[3].

Cognitieve functie en chronische ziekten

De meeste studies tonen aan dat *cognitive impairment* of dementie geassocieerd is met het gebruik van een kleiner aantal medicamenten[11]. De klinische diagnose van depressie wordt geassocieerd met polyfarmacie. Bij patiënten die 9 medicamenten of meer per dag nemen, hebben een significant hogere waarschijnlijkheid om de diagnose depressie te hebben[3,12]. Andere problemen die gevonden werden bij patiënten die meer dan 9 medicamenten per dag nemen zijn slechte voedingstoestand, congestief hartfalen, hypertensie, angsten en diabetes mellitus[13].

Zorgsystemen en zorg-financieringsfactoren

Een groter aantal voorschrijvers en het gebruik maken van meerdere apotheken zijn geassocieerd met een groter aantal dagelijkse medicamenten[6]. De grootte van een woonzorgcentrum is eveneens significant geassocieerd met het aantal medicamenten. Patiënten in grotere WZC's nemen dagelijks minder medicamenten. Patiënten in *for-profit* WZC's hebben een lagere prevalentie van polyfarmacie dan patiënten in *not-for-profit* WZC's[9].

5. Gevolgen van polyfarmacie

Adverse drug events en drug-drug interactions

Adverse drug events (ADEs) zijn ongewenste of onbedoelde effecten die optreden bij een medicamenteuze behandeling. Dit kan gaan over allergische reacties, medicatiefouten, toxische

reacties, overdosis, etc. Bij drug-drug interacties (DDIs) wordt de activiteit van een bepaalde medicatie aangetast door de gelijktijdige toediening van een ander medicatie. Dit kan nadelige effecten hebben zoals een subtherapeutische spiegel van een medicatie. Oudere patienten lopen een groter risico voor ADEs vanwege complexe medicatieschema's en leeftijd gerelateerde veranderingen in medicatie farmacokinetiek en farmacodynamiek. Voorkombare ADE's zijn ADE's die het gevolg zijn van een medicatiefout door voorschrijven, klaarzetten, toedienen of monitoren van medicamenten. Adverse drug reactions (ADR's) zijn synoniem voor niet-voorkombare ADE's, waarbij dus geen fout is gebeurd in de voornoemde handelingen. De meeste studies tonen aan dat polyfarmacie geassocieerd is met een hogere kans op ADE of DDI[12,19-20].

Potentially Inappropriate Drugs

Potentially Inappropriate Drugs zijn medicamenten waarbij het risico van adverse drug events van de medicamenten niet opweegt tegen de klinische voordelen. Zeker als er een veiliger en meer effectief alternatief bestaat. *Potentially Inapprorpiate Drugs* zijn een belangrijke oorzaak van *adverse drug events* (ADEs) en zijn geassocieerd met een toegenomen risico van hospitalisatie en overlijden [5,14-16]. Er zijn meerdere studies die aangetoond hebben dat polyfarmacie geassocieerd is met een grotere waarschijnlijkheid dat er dergelijk medicament voorgeschreven wordt[14,17-18].

Valincidenten en fracturen

Er zijn verschillende resultaten over de associatie tussen polyfarmacie en valincidenten. Het aantal medicamenten is niet significant geassocieerd met meer valincidenten[21]. De oorzaak van vallen is multifactorieel, de hypothese is dat polyfarmacie of het nemen van *inappropriate medication* wel meespeelt. Het nemen van een anti-aritmicum of anti-Parkinson medicament in een medicatieschema met meer dan zeven medicamenten is geassocieerd met een driemaal toegenomen risicio op een valincident[22]. Antidepressiva, vooral TCA en antipsychotica, geven 5 maal hoger risico om te vallen. Ziere et al. concluderen wel dat gebruik van vier of meer medicatie, een significant toegenomen risico op vallen geeft bij oudere patiënten. Men merkt dat er een hogere valrisico is bij psychofarmaca en antihypertensiva[23].

Hospitalisatie en mortaliteit

De meeste studies tonen aan dat polyfarmacie geassocieerd is met een grotere kans op hospitalisatie[24-25]. Budnitz et al. stellen vast dat 37,5% van spoedgevallen die resulteren in hospitalisatie te wijten is aan *adverse drug reactions* bij ouderen[26]. Studies rond polyfarmacie en mortaliteit hebben gemengde resultaten aangetoond[24].

Kosten van polyfarmacie

In België zijn de kosten voor chronische medicatie 140 euro per persoon per maand. Ook de kosten rond het klaarzetten, toedienen en monitoren van medicatie zijn belangrijk. Deze kosten lopen op als er een medicament toegevoegd wordt, als het toedieningsuur ongelegen komt of als het medicament geplet moet worden [3].

Quality of life

Geneesmiddelengebruik, ongeacht de geneesmiddelklasse, is geassocieerd met een slechter functionele status. Dit zijnde een beschrijving van de status van een persoon qua lichaamsfuncties en -structuren, activiteiten en levenssituaties. Een functionele achteruitgang kan nood aan gezondheidszorg verhogen, *quality of life* en zelfredzaamheid verminderen en de

mortaliteitsrisico verhogen. Deze worden meestal gemeten met IADL testen of performantietesten. Vooral benzodiazepines en anticholinergica worden consistent geassocieerd met een functionele achteruitgang. Resultaten over de invloeden van suboptimaal voorschrijfgedrag, antidepressiva en antihypertensiva zijn niet conclusief [27].

6. Gekende interventies ter minimaliseren van 'inappropriate prescribing'

Hieronder wordt een lijst weergegeven van gekende interventies die gebruikt worden om ongepast voorschrijfgedrag te minimaliseren [28].

Educatie van patiënten en zorgverleners

Meerdere studies onderzochten de impact van educatie interventies en enkele hiervan toonden een significante verbetering van voorschrijfkwaliteit [29-30-31].

Kwaliteitscriteria

Wereldwijd hebben verschillende onderzoekers richtlijnen opgesteld om de kwaliteit in voorschrijven bij ouderen te verbeteren. Zo zijn er tientallen kwaliteitscriteria ontstaan waarvan enkele hieronder besproken worden.

- MAI- index[49]

  De *Medication Appropiateness Index* (MAI-index) is in 1994 in de VS opgesteld om geneesmiddelen gerelateerde problemen op te sporen bij geriatrische patiënten. Deze bestaat uit tien vragen per geneesmiddel.
- Beer's criteria[10]

  Dit is de oorspronkelijke lijst met medicatie die mogelijks schadelijk kunnen zijn voor ouderen. Deze is gereviseerd geweest door de American Geriatric Society. Medicatie zijn verdeeld in drie categorieën. Ten eerste heeft men de medicatie met gekende nadelige effecten bij ouderen en worden bijgevolg sterk afgeraden. De tweede categorie zijn medicatie die mogelijks nadelige interacties kunnen geven bij patiënten met bepaalde co-morbiditeiten. De derde categorie bestaat uit medicatie die met voorzicht voorgeschreven moeten worden omdat ze potentieel nadelige reacties teweeg kunnen brengen. Er is gelimiteerde evidentie voor effectiviteit van de lijsten in het verminderen van mortaliteit en het verbeteren van quality of life (QOL).
- STOPP/START[50]

  STOPP (*screening tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions*) bestaat uit 65 klinisch relevante criteria voor ongepast voorschrijfgedrag .

  START (*screening tool to alert doctors to right treatment*) bestaat uit 22 *evidence based* indicaties voor voorschrijfgedrag bij de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen.
- EU(7) PIM lijst[47]

  Dit is een lijst van *potentially inappropriate medications* (PIM) bij ouderen, samengesteld door experten uit zeven Europese landen. Het is een screeningstool ter identificatie van PIM voorschrijfgedrag en kan ook gebruikt worden als een begeleidende tool in de praktijk[47].

Medicatie review

In een paar studies is gebleken dat een persoonlijke medicatiereview het aantal valincidenten zou kunnen verminderen. Vooral het afbouwen van psychotrope en cardiovasculaire medicatie is

effectief gebleken[32-33]. Een Belgische studie heeft de impact onderzocht van een door de apotheker uitgevoerde medicatiereview op de juistheid van het voorschrijven. Ongeveer 200 patiënten werden geïncludeerd in een interventie en controlegroep. De primaire uitkomstmaat was de juistheid van voorschrijven, bepaald door een set van gevalideerde kwaliteitsindicatoren (waaronder de STOPP/START criteria). Er was een teveel aan medicatiegebruik aanwezig in ongeveer de helft van de groep en dus werd deze groep overbehandeld. Een te weinig aan medicatiegebruik was aanwezig in ongeveer 30% van de groep, met andere woorden een onderbehandelde groep. Ondanks deze uitkomsten had de review door apothekers maar een kleine invloed op de juistheid van voorschrijven. Dit kan komen omdat de aanbevelingen van de apotheker niet frequent opgevolgd werden[34]. Ook enkele Amerikaanse studies komen tot de conclusie dat een apotheker-geleide medicatie-review niet altijd een gewenst effect heeft[35-36-37].

Multi-disciplinaire team meetings

In Zweden toonden Schmidt et al. aan dat er beter aan de richtlijnen gehouden werd als er maandelijks een overleg plaatsvond. Er werd een significante verbetering in de juistheid van voorschrijven beschreven als resultaat [38].

Computerised clinical decision support systems

Computerised clinical decision support systems (CDSS) zijn de nieuwste ontwikkeling op vlak van technologie in de gezondheidszorg. Het zou de zorgverlener moeten ondersteunen in het klinische landschap en zou individuele adviezen moeten kunnen geven bij elke patiënt[39,40]. Twee studies evalueerden de effecten van CDSS op het voorschrijfgedrag bij ouderen. Eén onderzocht het effect van CDSS op de juistheid van voorschrijfgedrag bij patiënten met nierinsufficiëntie en zorgde voor juistere voorschriften[39]. Gurwitz et al 2008 daarentegen noteerden geen significant effect van ADEs na implementatie van CDSS gedurende 12 maanden[40].

7. Polyfarmacie als een multidisciplinair fenomeen

Polyfarmacie is een fenomeen dat zich niet beperkt tot één discipline, alle zorgverleners komen hiermee in aanraking.

Rol van (huis)artsen

In de literatuur is er reeds onderzoek gedaan naar de rol van huisartsen bij polyfarmacie. Zo hebben Anthierens et al.[41] een kwalitatief onderzoek verricht bij Belgische huisartsen naar hun visie. Zo blijkt dat huisartsen wel vinden dat polyfarmacie een belangrijk probleem is bij de oudere populatie. Zij vinden bovendien dat zij, als eerstelijns gezondheidszorg, in een goede positie staan om dit probleem aan te kunnen pakken. Echter worden de vele gekende tools ervaren als tijdrovend, niet nuttig of moeilijk te hanteren in de praktijk [41].

Rol van verpleging

Ook rond de rol van verpleging is uitgebreid onderzoek gedaan in België[42]. Verpleegkundigen spelen een grote rol in farmacotherapie. Toch bleek dat verpleegkundigen niet overtuigd waren dat de opvolging van therapeutische effecten en nevenwerkingen deel uitmaakten van hun takenpakket. Verpleegkundigen hadden verschillende barrières bij het opnemen van hun taak in farmacotherapie. De belangrijkste van deze bedenkingen rond de opvolging van therapeutische effecten en neveneffecten van geneesmiddelen zijn; onvoldoende informatieverschaffing door

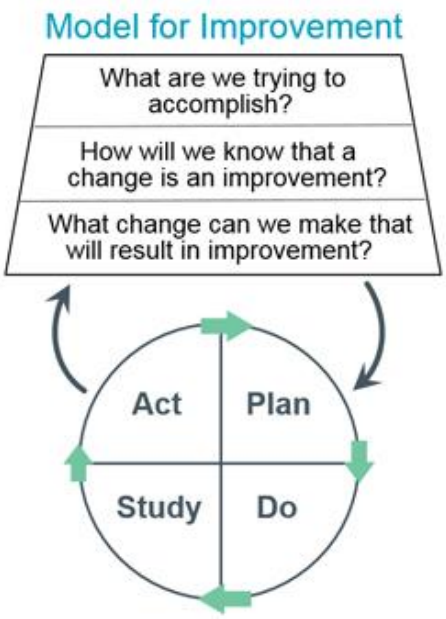
artsen, een gebrek aan interdisciplinaire communicatie, te weinig aandacht van verpleegkundigen voor de rapportage van observaties en een tekort aan kennis over neveneffecten [42].

Rol van apothekers

Consultant pharmacists worden in sommige woonzorg centra gebruikt om patiëntveiligheid te waarborgen. Er zijn verschillende studies van succesvolle interventies om polyfarmacie te verminderen in woonzorgcentra, en om de medicatiekosten te verminderen[43,44]. Een *pharmacy management intervention* in North Carolina zorgde voor vermindering van polyfarmacie en verminderde daarmee initieel de medicatiekosten met 30,33 dollar per maand. De besparingen op medicatiekosten varieerde als de apotheker een aanbeveling deed, en of de aanbeveling al dan niet opgevolgd werd. De patiënten die een verandering van medicatie hadden door de acceptatie van de aanbeveling bespaarden gemiddeld 20,56 dollar per patiënt per maand. Terwijl de controlegroep een gemiddelde stijging had van 15 dollar per patiënt per maand tijdens de interventieperiode[43]. In een Cochrane review wordt gesuggereerd dat de betrekking van apothekers een rol kan spelen in het identificeren van onaangepast voorschrijfgedrag [44].

Methodologie kwaliteitsverbeterend project

Er wordt gekozen voor een kwaliteitsverbeterend project op een lokaal niveau. Een kwaliteitsverbeterend project is een praktijk relevant project waarin men de kwaliteit van zorg probeer te verbeteren aan de hand van verschillende kleine interventies. Deze worden telkens geëvalueerd en aangepast volgens de PDSA-cyclus. Op deze manier wordt er getracht om kwaliteitsverbetering te bekomen in de zorg van enkele patiënten die in een woonzorgcentrum verblijven, waarbij men vooral de focus legt op polyfarmacie. De PDSA-cyclus is het *Model for Improvement* die gebruikt wordt door het *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Dit model is simpel in gebruik en kan het proces van verbetering versnellen. Het model gaat uit van drie kernvragen. De bedoeling is om acties te koppelen aan de doelstellingen en deze acties via een PDSA-cyclus te evalueren en bij te stellen. Deze cyclus kan dus herhaaldelijk doorlopen worden [Figuur 2]. De methodologie wordt verder uitgewerkt aan de hand van de drie kernvragen en deze zijn als volgt:



Figuur 2: Model for Improvement met de P(lan) – D(o) – S(tudy) – A(ct) cyclus.
(Bron Institute for Healthcare Improvement)

1. "Wat proberen we te bereiken?"
2. "Hoe weten we dat de verandering een verbetering is? "
3. "Welke veranderingen kunnen we allemaal uitvoeren die zullen leiden tot een verbetering?"

1. Doelstelling

Gezien de kwetsbare status van deze ouderen in onze setting lijkt het steeds belangrijker om meer inzichten te verkrijgen in polyfarmacie en sensibilisatie rondom het probleem teweeg te brengen. Het doel is om de zorg op individueel niveau van de patiënt te verbeteren, met een focus op het medicatiebeleid. Zo wordt er getracht om meer inzicht te verkrijgen in hoe de polyfarmacie ontstaat en hoe zorgverstrekkers tegenover dit fenomeen staan. Aan de hand van een multidisciplinair overleg (MDO) met zorgverleners, worden gerichte acties afgesproken om geschikt gebruik van medicatie te stimuleren. Door zo actief te werken rond medicatiebeleid, oogt men sensibilisatie teweeg te brengen. Eventueel volgend door veranderingen in medicatiegebruik die kunnen leiden tot verbetering van de individuele zorgkwaliteit. Deze verbetering wordt kwalitatief gemeten aan de hand van interviews met de betrokken zorgverstrekkers. Ook het proces rond dit gebeuren is een belangrijk gegeven. Alle gegevens hierrond worden opgevolgd en ook besproken in deze masterproef.

De doelstelling kan concreet opgesplitst worden in twee grote luiken.

Het eerste doel is om na te gaan hoe zorgverleners tegenover polyfarmacie en medicatiebeleid in het algemeen staan. Hierbij wordt er gepolst naar inzichten en kennis rondom het onderwerp. Ook wordt de houding rond multidisciplinair overleg getoetst.

Het tweede doel is om de zorg voor een bewoner op individueel niveau te verbeteren aan de hand van een multidisciplinair overleg. Dit zal gebeuren voor minimaal vijf bewoners. Hierbij wordt de focus op het medicatiebeleid gelegd en wordt er getracht om het aantal medicatie te minderen. Er wordt gewerkt met de kwantitatieve definitie van polyfarmacie omdat het praktischer te handhaven is. Bijkomende aspecten in de zorg van de bewoner kunnen ook besproken worden en resulteren in te ondernemen acties. De gevolgen van de MDO's en het proces errond worden bekeken vanuit het niveau van de bewoner en het niveau van de zorgverlener.

Deze doelen moeten bereikt worden binnen een jaar, te starten in de zomer van 2016 tot en met eind februari 2017.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe staan zorgverleners tegenover medicatie in het algemeen?
2. Hoe staan zorgverleners tegenover polyfarmacie?
3. Hoe staan zorgverleners tegenover multidisciplinair overleg?
4. Wat kan een multidisciplinair overleg betekenen voor de zorg, met een focus op het medicatiebeleid, van enkele bewoners?
    - 4.1: Wat zijn de gevolgen geweest van een MDO op niveau van de bewoner?
    - 4.2: Wat zijn de gevolgen geweest van een MDO op niveau van de zorgverlener?

2. Proces- en resultaatsindicatoren

Er zal vooral volgens procesindicatoren gemeten worden. Deze zullen op een beschrijvende manier gemeten worden. Er wordt gekeken naar hoe de MDO's verlopen zijn, welke acties er ondernomen worden, de inhoud van het overleg, wat de pluspunten zijn en wat de barrières zijn. Na de acties wordt er tussentijdse evaluatie uitgevoerd aan de hand van een semigestructureerd interview [zie bijlage 2]. Hierbij worden inzichten, ervaringen en andere ideeën getoetst bij de deelnemende zorgverstrekkers. Bij een weigering van deelname aan het project zal bevraagd worden naar de

reden, dit kan immers ook voor inzichten zorgen. Op het einde wordt er nog een eindevaluatie uitgevoerd waarbij getoetst wordt naar meegenomen boodschappen en wat de deelnemers uit het onderzoek geleerd hebben.

Qua resultaatsindicatoren zal er naar de zorgkwaliteit gekeken worden. De resultaten van acties worden weergegeven als een verandering of geen verandering. Indien er een verandering is geweest, wordt dit beschouwd als een positieve, negatieve of een neutrale verandering door de zorgverleners? Naast deze schaal wordt er ook gekeken naar het aantal en de klasse van de medicatie bij een bewoner. Deze worden bekeken bij de start van het onderzoek en telkens herbekeken na een actie. Een mindering in het aantal medicatie, zeker in de klasse van antihypertensiva en psychofarmaca, zonder negatieve effecten voor de bewoner wordt beschouwd als een verbetering.

3. Procedure

Ten eerste wordt er selectie gemaakt van de bewoners de aan de criteria voldoen. De medicatielijsten van de bewoners zullen ter beschikking gesteld worden door het woonzorgcentrum. Aan de hand van deze lijsten zal er een selectie gemaakt worden van ongeveer 5 bewoners per woonzorgcentrum. De geselecteerde bewoners moeten voldoen aan deze twee criteria:

1. 10 of meer verschillende medicamenten nemen (placebo en zuurstof niet meegerekend)
2. Minstens een psychofarmaca en/of antihypertensivum nemen

In deze geselecteerde groep wordt gekeken of er al problemen gemeld zijn geweest door de CRA-arts en/of verpleegkundige. Indien dit het geval is, zullen deze bewoners sowieso geselecteerd worden. Indien er geen meldingen geweest zijn, wordt er op een willekeurige manier bewoners geselecteerd tot het minimumaantal van 5 bewoners bereikt is. Van deze geselecteerde bewoners wordt er aan de huisarts gevraagd of deelname gewenst is voor een MDO.

Vervolgens worden voor deze geselecteerde bewoners een eerste multidisciplinair overleg gepland met minstens de huisarts, verpleegkundige en de onderzoeker. Afhankelijk van de mogelijkheid en van de wenselijkheid van de andere zorgverleners kan een MDO eventueel aangevuld worden met andere zorgverstrekkers zoals de apotheker, ergotherapeut, kinesist, etc.

Een MDO zal maximaal 30 minuten per patiënt duren. Bij de aanpak van het MDO wordt eerst een schets opgemaakt van de bewoner en eventuele problemen die besproken dienen te worden. Sowieso wordt het medicatiebeleid van de bewoner ook kritisch overlopen. Hieruit zouden eventuele acties afgesproken kunnen worden die de zorgkwaliteit zouden moeten verbeteren. Er wordt getracht deze acties ook daadwerkelijk uit te voeren. Het is vooral belangrijk dat er een goed overleg gepleegd wordt.

Mogelijke volgende acties kunnen voortvloeien uit het MDO. Het is echter de bedoeling dat men in samenspraak met de zorgverstrekkers tot een actie komen en zo de zorgkwaliteit van een individuele bewoner trachten te beteren. Volgende voorbeelden kunnen aangehaald worden indien de zorgverstrekkers moeite hebben met het opstellen van een actie.

1. Het nagaan van indicaties van het starten van de medicatie.
2. Vervolledigen van deze indicaties in de voorgeschiedenis indien blijkt dat deze onvolledig zijn.

3. Informeren van de huisarts over het ouderenzorg formularium, zijnde een *evidence based* verzameling van adviezen met betrekking tot medicatiebeleid bij ouderen. Dit formularium wordt uitgegeven en ter beschikking gesteld door Farmaka[46].
4. Apothekers betrekken bij het medicatiebeleid, door deelname aan het MDO.
5. Apothekers betrekken bij het medicatiebeleid, door de medicatielijst kritisch te laten reviseren.
6. Sensibilisatie van verpleegkundigen om medicatiebijwerkingen mee helpen te observeren.
7. Sensibilisatie van verpleegkundigen om (durven) kritische vragen te stellen bij medicatielijsten.
8. Etc.

Naast de MDO's wordt er de eerste keer gepeild naar inzichten rond medicatie van de betrokken zorgverstrekkers. Dit wordt gedaan aan de hand van een interview met elke deelnemende zorgverstrekker [zie bijlage 2]. Zo wordt er gepolst naar kennis en houding van de betrokken zorgverleners.

Een maand na het MDO wordt er een telefonische evaluatie uitgevoerd bij de zorgverstrekkers. Deze wordt uitgevoerd aan de hand van het semigestructureerd interview [zie bijlage 3]. Er wordt een tweede MDO afgesproken waarin de gedane actie besproken wordt en eventueel bijgesteld kan worden. Er kan ook een volledig nieuwe actie besproken worden om te implementeren. Dit is sterk afhankelijk van wat uit het overleg naar voren komt vanuit de zorgverstrekkers. Dan kan er terug een actie uitgevoerd worden en terug geëvalueerd worden. Zo blijft men de PDSA-cyclus verder doorlopen. Op deze manier wordt er dus gepoogd om de zorgkwaliteit voor die bepaalde bewoner individueel aan te passen en het zo goed mogelijk te optimaliseren. Er wordt gepoogd om minimaal twee MDO's te plannen per bewoner en dit wordt uitgevoerd op een termijn van 6 maanden.

De laatste keer wordt ook nog een eindevaluatie gedaan waarin wordt bekeken of het project een sensibilisatie teweeggebracht heeft en of er ideeën worden meegenomen naar de toekomst [zie bijlage 4].

Het eerste interview en alle MDO's worden opgenomen als geluidsbestanden en verslagen hiervan worden uitgeschreven. Telefonische evaluaties worden tijdens de evaluatie uitgeschreven op een bondige manier.

Resultaten

1. Onderzoekspopulatie

Voor de selectieprocedure werden alle medicatielijsten van het woonzorgcentrum ter beschikking gesteld. Eerst werden de criteria van 10 of meer medicamenten en de minimale aanwezigheid van een psychofarmacum en/of antihypertensivum toegepast. In de bekomen groep werden op een willekeurige manier bewoners gekozen. Aan de huisartsen van deze bewoners werd gevraagd of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Na het doorlopen van deze selectieprocedure werd er uiteindelijk aan vier huisartsen gevraagd of ze wilden deelnemen. Iedere huisarts heeft toegezegd om mee te werken voor één of meerdere bewoners. Er werden MDO's afgenomen voor 6 bewoners

in totaal. Omwille van praktische redenen werd de meewerkende verpleegkundige geselecteerd door de instelling zelf. Uiteindelijk is er steeds met dezelfde verpleegkundige samengewerkt.

HA1 is een vrouwelijke huisarts die in een duopraktijk werkt. Ze is al 9 jaren actief als huisarts in België. Ze is niet actief in een academische setting.
HA2 is een vrouwelijke huisarts die in een solopraktijk werkt. Ze is al 16 jaren actief als huisarts in België. Ze is lange tijd een opleidingspraktijk geweest voor huisartsen in opleiding.
HA3 is een vrouwelijke huisarts die in een duopraktijk werkt. Ze is al 15 jaren actief als huisarts in België. Zij zijn opleidingspraktijk geweest voor huisartsen in opleiding, sinds een 4-tal jaren.
HA4 is een mannelijke huisarts die in een solopraktijk werkt. Hij is al 34 jaren actief als huisarts in België. Hij heeft ook nog een tijd als gevangenisarts gewerkt. Hij is niet actief in een academische setting.
VP1 is een vrouwelijke verpleegkundige en ook hoofdverpleegkundige van een afdeling in het woonzorgcentrum.

2. Interviews: zorgverleners over medicatiebeleid en polyfarmacie

Bij alle zorgverleners, buiten bij HA1, werd er een interview afgenomen bij het eerste MDO. Bij HA1 werd het interview pas afgenomen bij het tweede MDO. Hierbij worden de interviews voornamelijk besproken aan de hand van de vooropgestelde onderzoeksvragen.

2.1. Hoe staan zorgverleners tegenover medicatie in het algemeen?

HA1 beschouwde medicatie bij ouderen als een positief gegeven. Ze dacht dat net dankzij medicatie ouderen langer kunnen leven met een betere levenskwaliteit. De ontwikkelingen in de farmacie zijn over het algemeen goed. De andere huisartsen spraken vooral over het nut van medicatie. HA2, HA3 en HA4 vonden het allen belangrijk dat medicatie enkel gestart moest worden als het een bewezen nut had en dat de voor- en nadelen goed afgewogen moesten worden bij het starten. Ook vermeldden enkele huisartsen expliciet dat medicatie steeds in context bekeken moest worden en aangepast moest zijn aan de individuele patiënt. Een huisarts maakte ook een vermelding over het verschil in medicatiebeleid bij huisartsen en specialisten. De huisarts was van mening dat 'specialisten harder aan hun medicatie vasthangen en nog vaak iets opstarten om toch maar iets te proberen'.
VP1 ervaarde dat de huisartsen gemakkelijk iets opstartten voor klachten en dat er soms te weinig aandacht gegeven werd aan mogelijke nevenwerkingen en dosering bij ouderen.

"Dikwijls worden er medicatie opgestart voor bepaalde zaken en dan wordt er weer iets gegeven voor de nevenwerkingen en zo verder. Als de situatie dan gestabiliseerd is dan blijft de medicatie zo en wordt er niets gestopt en weet men soms ook niet meer voor wat de medicatie gegeven is." [VP1]

2.2. Hoe staan zorgverleners tegenover polyfarmacie?

Er werd nagevraagd naar kennis over de definities van polyfarmacie en onaangepast voorschrijven. Drie van de zorgverleners spraken over polyfarmacie op een kwantitatieve manier en twee van de zorgverleners spraken erover op een kwalitatieve manier. HA1 definieerde polyfarmacie als 'meer dan 5 moleculen van verschillende klasse'. HA2 sprak

ook van polyfarmacie bij 5 of meer verschillende medicatie. HA3 definieerde het als 'meer dan 7 of 8 medicatie nemen'. HA4 beschouwde het als 'meer medicatie innemen dan feitelijk nodig is' en VP1 beschreef het als 'veel te veel medicatie'. Over onaangepast voorschrijven had nog geen enkele zorgverlener gehoord, telkens werd geantwoord dat ze de term niet kenden. Twee zorgverleners probeerden wel zelf een verklaring te geven en gaven zelf aan dat het vermoedelijk betekende dat medicatie niet aangepast was aan de patiënt zelf.

Bijkomend werd er gepolst naar de houding hier tegenover en of er een probleem zou kunnen zijn. HA1 stond er kritisch tegenover. De arts gaf toe dat ze in eerste instantie niet veel durfde te veranderen bij patiënten omdat ze er vanuit ging dat ze het echt nodig hadden. Dit was voor haar persoonlijk voornamelijk het probleem rond polyfarmacie. Ze sprak ook van een positieve invloed van collega's en bijscholingen via de lokale huisartskringen waardoor ze meer geïnformeerd was over polyfarmacie en veelgebruikte medicatie.
HA2 zag vooral een probleem in kwaliteit van medicatie, ze vond dat een kwantitatieve grens stellen van 5 medicatie 'wat kort door de bocht is'. Ze ervaarde, net zoals HA4, vooral problemen met specifieke soorten medicatie, zoals benzodiazepines en cholesterolverlagende middelen. Artsen merkten op dat de patiënt en de familie zelf inspraak hadden in medicatie en dat ze vaak niet wilden stoppen met medicatie. HA2 stelde dat er veel waarde werd gehecht aan de mening van specialisten door de patiënten en dat de meerderheid van specialisten net te snel medicatie gaf en niet meer afbouwde.
Ook HA3 dacht er zo over en merkte verder op dat de nieuwe garde van geriaters wel meer bewust bezig waren met het probleem rond polyfarmacie. Dit had zeker in het voordeel gewerkt rond bewustwording van polyfarmacie. HA3 merkte op dat ze vaak patiënten had die inderdaad veel medicatie namen en ook niet goed waren. Echter durfde ze toch niet aan de medicatie te sleutelen. Er werd opgemerkt dat ze niet altijd wist welke medicatie interacties konden geven maar dat er ook 'tools' op de markt waren om artsen hierin te ondersteunen. Dit ervaarde ze als een positief gegeven. HA4 merkte nog op dat het belangrijk was om de bejaarden op te voeden rond medicatiebeleid.
VP1 zag vooral problemen in toediening (slikproblemen), nevenwerkingen en onaangepaste doseringen. Verpleegkundigen vonden het moeilijk om nog te kunnen volgen met zoveel producten met verscheidene namen op de markt. VP1 vond vooral dat er een kritische blik moest blijven op de medicatielijsten en dat de arts moest overleggen met de bewoners of het nog wel nodig was.
Meerdere huisartsen stelden dat ze vaker zouden willen stilstaan bij medicatie en er een kritische blik op willen werpen. Factoren die volgens deze zorgverleners bijdroegen aan polyfarmacie waren tijdstekort, te weinig geïnformeerd zijn over medicatie en hun bijwerkingen, interacties en indicaties, communicatieproblemen met specialisten en opvoeding van de patiënten.

2.3. <u>Hoe staan zorgverleners tegenover multidisciplinair overleg?</u>

Alle zorgverleners stonden positief tegenover multidisciplinair overleg. Ze stonden allemaal dat ze open voor suggesties van andere zorgverleners zonder onderscheid in zorgverlener. Ze zouden openstaan voor suggesties van zowel andere artsen (zoals CRA-arts) als

verpleging, als apothekers. Huisartsen zagen vooral hun rol in het multidisciplinair team als de bewaker en de voorschrijver van medicatie. VP1 beschouwde haar rol vooral als toediener van de medicatie en monitor van problemen. Ze durfde suggesties te maken naar huisartsen als er medicatieproblemen zich voordeden. Voor de meeste zorgverleners leek een multidisciplinair overleg geen probleem indien het een tien tot vijftien minuten duurt. Van één huisarts mocht het zelfs een uur duren, zolang de planning maar goed op voorhand doorgegeven was.

3. Multidisciplinair overleg

Voor 5 van de 6 bewoners werden er 2 MDO's afgenomen. Voor 1 bewoner was er maar 1 MDO afgenomen. De uitgeschreven MDO's zijn te bekijken in bijlage 5. In de resultaten worden de medicatie weergegeven volgens de klasse aan de hand van de ATC-code, d.i. de indeling van geneesmiddelen volgens de internationale classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

3.1. Wat zijn de gevolgen geweest van een MDO op niveau van de bewoner?

Bewoner 1

Aan het eerste MDO namen de huisarts HA1 en de verpleegkundige VP1 deel. In dit MDO werd een korte schets van de bewoner gegeven. Er werden geen actieve problemen naar voren geschoven. HA1 wilde vooral tips krijgen omtrent medicatie van de bewoner zodat ze eventueel overbodige medicatie op een veilige manier kon afschaffen. Er werd afgesproken dat een medicatiefiche zou worden opgesteld door de onderzoeker die door HA1 aangevuld zou moeten worden. De fiche bevatte alle medicatie van de bewoner en per medicament werd informatie uit gekende richtlijnen meegegeven. Dit werd doorgestuurd naar HA1 ter aanvulling en ter informatie. Er werd ook een nieuwe bloedcontrole gepland, vooral ter controle van glycemie en foliumzuurgehalte. De afgesproken acties werden uitgevoerd en hadden geleid tot een verandering. Deze werd als positief ervaren door de zorgverleners. Er werden meerdere medicamenten gestopt aan de hand van de doorgestuurd fiche. De bewoner was ook tevreden met de vermindering van de medicatie en had er geen negatieve gevolgen van gehad.

In het tweede MDO werd activering van de bewoner besproken en mobiliteit zou aangemoedigd worden. De inname van omeprazol werd verplaatst van 's avond naar 's ochtend. Deze acties werden ook uitgevoerd en hadden geleid tot een verandering. Deze werd als neutraal ervaren door de zorgverleners. Verwacht werd dat de mobiliteit gestaag zou verbeteren.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 13)	Aantal medicamenten N1 (N totaal = 8)	Aantal medicamenten N2 (N totaal = 8)
A02	1	1	1
A11	1	1	1
B01	1	0	0
B03	1	1	1
C03	1	0	0
C09	1	1	1
G04	1	0	0
J01	1	1	1
N02	1	1	1
N05	1	0	0
R03	2	1	1
R05	1	1	1

. *volgens ATC-code. Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Bewoner 2

Aan het eerste MDO namen HA2 en VP1 deel. In dit overleg werd het slaapprobleem besproken. HA2 had al eens slaapmedicatie besproken maar hijzelf en de familie achtten een slaappil noodzakelijk. Beide zorgverleners waren er ook over eens dat deze bewoner een fragiel evenwicht heeft. Het is een actieve bewoner die helder is en ook heel bewust met zijn medicatie bezig is. Er werd afgesproken om slaapmedicatie nogmaals met de bewoner te bespreken. De afgesproken actie werd uitgevoerd en had niet tot een verandering geleid. De bewoner had nogmaals een uitleg gehad over slaapmedicatie bij ouderen maar achtte het nog steeds nodig.

In het tweede MDO werden er geen problemen aangehaald. Er werd enkel afgesproken dat VP1 de medicatielijst zou laten bekijken door de vaste apotheker ter controle van mogelijke interacties. Deze actie werd niet uitgevoerd omwille van praktische problemen. De medicatielijst kon pas later nagekeken worden door de apotheker. Bovendien bleek dat de bewoner ook nog gepland stond voor een intern zorgoverleg vanuit het WZC zelf waarbij de CRA-arts, apotheker en verpleegkundige zouden deelnemen.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 21)	Aantal medicamenten N1 (N totaal = 21)	Aantal medicamenten N2 (N totaal = 21)
A06	1	1	1
A11	1	1	1
A12	3	3	3
B01	2	2	2
B03	1	1	1
C01	1	1	1
C07	1	1	1
C08	1	1	1
H02	1	1	1
H03	1	1	1
L02	2	2	2
N05	2	2	2
R03	3	3	3
R05	1	1	1

*volgens ATC-code Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Bewoner 3

Aan het eerste MDO namen HA2 en VP1 deel. Er werd enkele problemen vastgesteld in kader van een dementieel beeld. Eerder had deze bewoner een heel onrustige periode achter de rug gehad waarvoor een angstremmer werd voorgeschreven. Gezien deze periode voorbij leek te zijn, werd er afgesproken om de angstremmer af te bouwen en uiteindelijk te stoppen indien er zich geen problemen voordeden. Er werd ook een nieuwe bloedcontrole voorzien, vooral ter controle van de vitamines. Deze acties werden uitgevoerd en hadden geleid tot een verandering. Deze werd positief ervaren door de zorgverleners. De angstremmer kon gestopt worden zonder negatieve gevolgen.

In MDO2 werd besproken dat het dementieel beeld van de bewoner erger werd, ondanks de inname van donepezil. Er werd afgesproken dat een nut van donepezil zou geëvalueerd worden. Met de gekende bloedresultaten kon ook een vitamine B12 supplement gestopt worden. Deze acties werden uitgevoerd en hadden tot een verandering geleid. Deze werd als neutraal beschouwd. Donepezil kon niet gestopt worden omdat continuering door de specialist werd aangeraden.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 14)	Aantal medicamenten N1(N totaal = 11)	Aantal medicamenten N2 (N totaal = 11)
A11	2	1	1
A12	1	1	1
B01	1	1	1
C01	1	1	1
C07	1	1	1
C08	1	1	1
C09	1	1	1
C10	1	1	1
L02	1	1	1
N02	2	1	1
N05	1	0	0
N06	1	1	1

*volgens ATC-code Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Bewoner 4

Aan het eerste MDO namen HA2 en VP1 deel. Er werd door VP1 aangegeven dat er mogelijks een probleem zou zijn met inname van domperidone. Dit mocht door de bewoner op de kamer gehouden worden en genomen worden op eigen initiatief. Er werd afgesproken dat HA2 dit gebruik zou navragen en objectiveren bij de bewoner zelf. Er werd een nieuwe bloedcontrole voorzien, vooral ter controle van glycemie. Een antihistaminicum zonder duidelijke indicatie werd gestopt.

Deze acties werden uitgevoerd en hadden niet tot een verandering geleid. De bloedcontrole bleek goed te zijn en had geen gevolgen.

In MDO2 werden geen nieuwe interventies afgesproken omdat de bewoner stabiel is.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 12)	Aantal medicamenten N1 (N totaal = 12)	Aantal medicamenten N2 (N totaal = 12)
A02	1	1	1
A06	1	1	1
A10	2	2	2
A11	1	1	1
A12	1	1	1
C01	1	1	1
C07	2	2	2
N02	1	1	1
R05	1	1	1
R06	1	0	0

*volgens ATC-code Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Bewoner 5

Aan het eerste MDO namen HA3 en VP1 deel. Het grootste probleem in dit geval bleek een onvolledig dossier te zijn. Deze bewoner was nieuw voor de huisarts en er was nog geen volledig dossier doorgestuurd vanuit de vorige huisarts. Hierdoor durfde HA3 niet zomaar medicatie te stoppen, gezien de indicatie niet altijd gekend was. Bewoner 5 was ook gekend met een valaccident, ondanks dat ze rolstoelgebonden was. De bloeddruk van de bewoner neigde naar de lagere kant dus werd een antihypertensivum gehalveerd met intensievere controle van bloeddrukken. Er werd verder afgesproken om het dossier nogmaals op te vragen, een bloedcontrole te voorzien, psychofarmaca te bespreken met de bewoner en een antihistaminicum te veranderen naar de juiste dosering. De acties werden uitgevoerd maar hadden niet tot een verandering geleid. Antihypertensiva konden niet gestopt worden omdat de bloeddruk niet stabiel genoeg bleef. Er was nog steeds geen volledig dossier aanwezig. De bloedcontrole was goed en had geen gevolgen.

In MDO2 kwamen pijnproblemen boven. Hierop was reeds verandering van pijnmedicatie gebeurd met positieve gevolgen. Er was in tussentijd een intern zorgoverleg gebeurd voor deze bewoner. De CRA-arts had met de apotheker enkele suggesties betreffende de medicatie doorgegeven aan de HA3. Met deze informatie werd afgesproken dat alprazolam en citalopram zou afgebouwd worden. In de plaats hiervan zou trazodone opgestart worden en opgebouwd worden naargelang de andere medicatie afgebouwd werd. Deze actie werd uitgevoerd maar had nog niet geleid tot een verandering. Dit zou gebeuren op langer termijn en er werd verwacht dat de bewoner beter zou slapen en zich beter zou voelen.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 11)	Aantal medicamenten N1 (N totaal = 11)	Aantal medicamenten N2 (N totaal = 10)
A02	1	1	1
C01	1	1	1
C07	1	1	1
C08	1	1	1
C10	1	1	1
N02	1	1	1
N04	1	1	1
N05	2	2	1
N06	1	1	1
R06	1	1	1

*volgens ATC-code Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Bewoner 6

Aan het eerste MDO namen HA4 en VP1 deel. Er werd nadruk gelegd op hoe gehecht de bewoner was voor zijn medicamenten. Er werd afgesproken dat er een nieuwe controle afspraak voorzien zou worden bij de reumatoloog en de neuroloog. Verder werd een antihypertensivum gestopt met intensievere bloeddrukcontrole nadien. Er werd een slaappil gehalveerd zonder overleg met de bewoner. Paracetamol werd uit de chronische medicatielijst gehaald en moest enkel gegeven worden indien het nodig was.

Deze acties werden uitgevoerd. De resultaten konden echter niet besproken worden omdat de bewoner kort erna bij HA4 weggegaan is. Er werd bijgevolg geen tweede MDO gepland.

Klasse medicament*	Aantal medicamenten N0 (N totaal = 17)
A02	1
A06	1
A12	1
C03	1
C09	1
G04	2
H02	1
L04	1
N02	1
N05	4
N06	1
M01	1
R01	1

*volgens ATC-code Waarbij N0 = startmeting, N1= meting na MDO1 en N2 = meting na MDO2

Weergave per MDO

Hieronder wordt samenvattend weergegeven bij welke bewoner medicamenten gestopt zijn en bij welke bewoner medicamenten gestart zijn voor elke MDO.

MDO1

Bewoner	Klasse gestopte medicamenten*	Klasse gestarte medicamenten*
1	B01, C03, G04, N05, R03	-
3	A11, N02, N05	-
4	R06	-

*volgens ATC-code

MDO2

Bewoner	Klasse gestopte medicamenten*	Klasse gestarte medicamenten*
5	N05, N06	N06

*volgens ATC-code

3.2. Wat zijn de gevolgen geweest van een MDO op niveau van de zorgverlener?

HA1

De informatiefiche die voor bewoner 1 werd gemaakt heeft de huisarts veel inzichten meegegeven over juiste indicaties van zijn medicatie. Ze had meer gebruik gemaakt van het ouderenzorg formularium sindsdien. HA1 vermeldde dat ze in tussentijd een bijkomende

informatiemoment had gehad over veelgebruikte medicatie bij ouderen. Deze was georganiseerd in de lokale huisartsenkring en was geen actie vanuit het onderzoek. HA1 had veel geleerd over juiste indicaties en doseringen en had al deze informatie meegenomen naar andere patiënten. Ze had toegegeven bij de eindevaluatie dat ze meer durfde te sleutelen aan de medicatie en een kritischere blik heeft. Ze had haar collega huisarts betrokken hierin en had haar geleerde kennis doorgegeven.

HA2

Deze huisarts was al goed op de hoogte van de richtlijnen en de gekende bronnen voor *evidence based medicine.* Ze vond het nuttig dat er eens tijd vrijgemaakt werd om een kritische blik op medicatielijsten te kunnen werpen. Voor haar was vooral het stilstaan rond medicatie een pluspunt geweest uit het onderzoek.

HA3

Door de MDO's werd HA3 aangemoedigd om nog eens kritisch naar de medicatie te kijken. Ze vermeldde dat ze een systematische (her)evaluatie van medicatielijsten nog niet deed maar dat ze wel van plan was om alle medicatielijsten van WZC-bewoners op te vragen. Dan kon ze deze rustig bekijken zonder de tijdsdruk van een huisbezoek. Ze begon meer tools te gebruiken om kritischer naar medicatie te kijken, zoals het ouderenzorg formularium van Farmaka en een applicatie dat interacties controleerde.

HA4

Na het eerste overleg was de patiënt weggegaan bij de huisarts. Dit vond de huisarts niet erg: *"Ik vind het maar kleingeestig van de bewoner dat hij voor zoiets klein kwaad is geworden. Ik ga mij dat niet aantrekken.".*

VP1

De verpleegkundige was positief over de MDO's. Ze durfde bij sommige medicamenten het nut in vraag te stellen. Bij nieuwe opnames probeerde ze ook al eens kritisch over de medicatielijst te gaan en eventuele suggesties door te geven aan de huisarts. Ze probeerde ook andere verpleegkundigen mee te betrekken en te activeren om huisartsen te durven aanspreken over medicatie en hun nut. Ze vond dat verpleegkundigen nu zeker een rol hadden in de observatie van de bewoners omdat zij er 24/24 bij zijn. Ze had geprobeerd om een bewustwording te veroorzaken bij collega's.

Discussie

1. Interviews: zorgverleners over medicatiebeleid en polyfarmacie

Over het algemeen lijken alle zorgverleners wel in dezelfde lijn te denken als het gaat over medicatie bij ouderen. Ze vinden dat medicatie zeker zijn plaats en nut heeft in de zorg, zolang dit nut bewezen blijft. De huisartsen zijn van mening dat medicatie aangepast moet zijn aan de noden van de patiënt en dat voor- en nadelen goed afgewogen moeten worden. Het is duidelijk dat medicatie in zijn geheel kritisch bekeken moet worden en dat dit best op een regelmatige basis gebeurt.

Polyfarmacie wordt op verschillende manieren gedefinieerd. Enkele zorgverleners spreken erover in een kwantitatieve manier en anderen in een kwalitatieve manier. Ook kwantitatief gezien wordt er niet steevast dezelfde definitie gebruikt. Zelfs in de literatuur zijn er verscheidene definities terug te vinden en kan men geen grens vastleggen op het aantal medicatie[1]. Kwaliteit van voorschrijven lijkt belangrijker voor zorgverleners dan het aantal medicamenten. Ook worden enkele soorten medicatie aangehaald die vooral voor 'problemen' zorgen bij ouderen. Vooral psychofarmaca, waaronder slaapmedicatie, worden vermeld. Huisartsen merken op dat patiënten vaak zelf niet willen stoppen met medicatie. In de literatuur wordt dit bevestigd als een goed gekend probleem[41]. Het lijkt bij de meeste zorgverleners een belangrijk punt dat de patiënten ook inspraak hebben in hun eigen medicatiebeleid. In overleg kan de medicatie besproken worden tussen de patiënt en de zorgverleners, betreffende de indicatie en de voor- en nadelen. Een huisarts heeft tijd en de communicatievaardigheden nodig om een patiënt te kunnen overtuigen om te stoppen met bepaalde medicatie. Echter kan, ondanks alle moeite van de zorgverleners, een patiënt toch nog volharden in zijn wil. Communicatie met de patiënt lijkt een belangrijke factor te zijn.

Gebrek aan kennis over medicatie en hun indicaties, bijwerkingen en interacties wordt ook door enkele zorgverleners aangehaald. Ook de verpleegkundigen zouden hierin meer verandering willen zien. Doordat ze niet over de parate kennis beschikken, durven ze vaak niets te veranderen aan medicatielijsten. Echter vinden ze wel dat ze kritisch moeten blijven en dat hun taak is om te bewaken[41]. Huisartsen zien zich vooral als de voorschrijver en dus de bewaker bij het opstarten van een medicament. Evaluatie van medicatielijsten zouden op een regelmatige basis moeten gebeuren om te voldoen aan deze kritische houding. Echter gebeurt dat momenteel niet genoeg. Vaak wordt dit aan tijdstekort geweten. Hierdoor wordt medicatie weleens routinematig voorgeschreven zonder kritische bedenkingen. De verpleegkundige ziet zich vooral in een rol als observator en de bewaker bij de (chronische) toediening[42]. Evaluatie moet in hun ogen gebeuren door de huisarts. Zij zijn zeker bereid om suggesties te geven binnen de grenzen van hun kennis en ervaringen. Zij vinden dat er zeker huisartsen zijn die deze suggesties aanvaarden maar dat er ook andere artsen zijn die eerder niet op de suggesties ingaan. Bij sommige artsen lijken ze meer terughoudender te zijn om deze rol te vervullen. Dit kan men wijten aan de houding van zowel de artsen als de verpleging. Het kan zijn dat de arts door tijdstekort, desinteresse of andere aspecten niet open staat voor een overleg. Echter kan het zijn dat de verpleegkundige door onzekerheid, desinteresse of nog andere zaken ook niet in overleg gaan. Dit aspect van overleg is evenzeer belangrijk om een goede zorg te bekomen voor een patiënt. De verpleegkundigen staan in principe steeds in contact met de patiënt en hebben hierdoor betere inzichten die ze zouden moeten delen met de huisartsen. Idealiter zou dit bij elke huisbezoek steeds moeten gebeuren maar in de realiteit wordt dit wel eens overgeslagen.

Communicatie met de tweede lijn in gezondheidszorg is volgens enkele huisartsen niet optimaal. Er wordt gezegd dat specialisten gemakkelijk medicatie opstarten en vaak niet afbouwen, vaak zonder overleg met de huisarts. Er wordt vermeld dat men merkt dat de nieuwe generatie geriaters meer bezig zijn met het concept polyfarmacie. Doordat de geriaters tegenwoordig de diagnose 'polyfarmacie' meedelen in de communicatie naar de huisarts, dragen zij zo toe tot de bewustwording hiervan. Huisartsen worden geconfronteerd met de diagnose en beseffen dat hier tegenwoordig meer aandacht aan gegeven wordt. Zo een confrontatie kan leiden tot het stilstaan bij de medicatie en een eventuele kritische (her)evaluatie veroorzaken. Het lijkt een belangrijk gegeven dat er een goede communicatie is tussen de huisarts en specialist. Evengoed is het belangrijk dat er

een goede communicatie is tussen huisartsen onderling en huisartsen met andere zorgverleners (zoals verpleegkundigen, zorgkundigen). Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat een groter aantal voorschrijvers en gebruik maken van meerdere apotheken geassocieerd is met een groter aantal dagelijkse medicamenten[6].

Uit de afgenomen interviews blijkt een algemeen positieve houding tegenover multidisciplinair overleg. Zorgverleners hebben er positieve ervaringen mee en vinden het goed dat er eens tijd genomen wordt voor een kritische blik. In het woonzorgcentrum werden er aan het begin van dit project nog geen MDO's uitgevoerd. Er was echter al wel sprake van dergelijk overleg dat georganiseerd zou worden door de CRA-arts. De verpleegkundigen van het woonzorgcentrum waren er enthousiast over. In literatuur worden positieve resultaten ook weerhouden bij dergelijke overleg. Er zou juister voorgeschreven worden en men zou beter aan de richtlijnen houden[38]. Een multidisciplinair overleg kan impact geven in het medicatiebeleid van zorgverleners en houden de zorgverleners kritisch.

2. Multidisciplinair overleg

2.1. Niveau van de bewoner

Na het eerste MDO vonden er bij twee bewoners positieve veranderingen plaats. Bij drie bewoners waren er geen veranderingen en bij één bewoner konden de resultaten niet besproken worden omdat de bewoner zich niet langer onder de zorg van dezelfde huisarts bevond . Na het tweede MDO vonden er bij twee bewoners neutrale veranderingen, zijnde veranderingen die door zorgverleners noch als positief noch als negatief beschouwd worden, plaats. Bij twee bewoners waren er geen veranderingen. Eén actie werd niet uitgevoerd omwille van praktische problemen. Het was moeilijk voor de zorgverlener om op die tijdspanne de medicatielijst te laten nakijken door de apotheker. Bovendien zou er later nog een zorgoverleg plaatsvinden voor diezelfde bewoner en was het voor de zorgverleners gemakkelijker om de apotheker dan pas te betrekken.

Bij vier bewoners werden er veranderingen aangebracht in de medicatielijst. Er zijn bij drie bewoners medicatie gestopt zonder iets anders bij op te starten. Bij één bewoner zijn er twee medicamenten gestopt waarna één medicament in dezelfde klasse opgestart is. Bij bijna al deze bewoners is er sprake van mindering van medicatie uit de klasse van neuroleptica (N05) en wordt beschouwd als een verbetering. Bij één bewoner is er een diureticum (C03) en een anti-aggregantium (B01) gestopt zonder negatieve gevolgen.

Deze individuele verbeteringen worden als positief ervaren door zorgverleners maar ook door de bewoners zelf. Door het multidisciplinair overleg zijn er voor enkele bewoners toch nuttige veranderingen uitgekomen. Soms werd het overleg ook aangegrepen om eens stil te staan bij de zorg van de bewoner in het algemeen. In het MDO konden de zorgverleners eens rustig naar de medicatielijst kijken, of er eventueel nog bloedcontroles moesten gebeuren, kon de verpleegkundige haar vragen stellen en eventuele suggesties geven. Het overleg werd door iedere zorgverlener als iets nuttig beschouwd, ook al werden er geen veranderingen doorgevoerd. Het is opmerkelijk dat die momenten ook werden gebruikt om hun visie rond de zorg van de bewoner op elkaar af te stemmen zodat de neuzen in dezelfde richting stonden. Dit stimuleert een goede communicatie tussen zorgverleners.

Wat ook opviel is dat indien er geen problemen gesignaleerd worden door de zorgverleners, er preferentieel niets aan de medicatie veranderd wordt. Ze merken op dat het niet steeds rond kwantiteit draait en dat een hoog aantal medicamenten niet altijd problemen moet geven. De kwaliteit van de zorg is belangrijker dan een vastgestelde grenswaarde.

De bewoner die weggegaan is bij de huisarts na de eerste actie zou niet tevreden zijn geweest met de aanpak van de veranderingen. Er zou niet gecommuniceerd zijn geweest naar de bewoner toe over de afgesproken acties. De andere deelnemende huisartsen hadden telkens eerst overleg gehad over belangrijke medicatiewijzigingen waardoor er soms ook geen veranderingen gebeurden. Hieruit blijkt toch dat een goede communicatie naar de patiënten toe van groot belang is. Zij zijn tenslotte de sleutelfiguur in dit alles en lijken in de huidige geneeskunde voor meer geïnformeerde inspraak te verkiezen.

Opmerkelijk was dat tijdens elke MDO de zorgverleners in het begin vooral naar de onderzoeker keken voor suggesties. Er werd verwacht dat de onderzoeker de leiding zou nemen. Vaak werd er door mij als onderzoeker wel eens voorstellen en informatie gegeven over bepaalde medicatie om het MDO te starten en de gesprekken op gang te brengen. Dit heeft ongetwijfeld invloed gehad op het overleg. Als het MDO wat vlotter verliep, werd mijn rol in het MDO kleiner en gebeurde het overleg voornamelijk tussen de arts en verpleegkundige.

2.2. Niveau van de zorgverlener

Algemeen is er sprake van positieve gevolgen voor de betrokken zorgverleners. Twee van de huisartsen gebruiken nu vaker het ouderenzorg formularium. Ze zijn kritischer inzake medicatiebeleid voor de betrokken bewoners maar ook voor andere chronische patiënten. Ze vinden dat ze nu meer parate kennis hebben en durven nu veranderingen door te voeren in medicatiebeleid als het nodig is. Eén huisarts was al goed geïnformeerd maar vond het overleg een goed moment om stil te kunnen staan rond de zorg van een bewoner. De verpleegkundige heeft bijgeleerd over enkele medicamenten en durft vragen te stellen aan huisartsen over het nut van bepaalde medicatie.

Enkele huisartsen en de verpleegkundige spreken ook van informeren en betrekken van andere collega's. Het effect is met andere woorden niet beperkt gebleven tot de deelnemende zorgverleners. Deze sensibilisatie op zich is een positief resultaat van dit onderzoek.
Ook was er sprake van externe invloeden bij de zorgverleners. Er is bij één huisarts een infomoment geweest vanuit de lokale huisartsenkring over polyfarmacie. Daarin werd er informatie gegeven over juiste indicaties, effectiviteit en bijwerkingen van veelgebruikte medicatie bij ouderen. Ook werd er gelijklopend met deze masterproef een opstartend project verwezenlijkt in het WZC. De CRA-arts voorzag voor alle bewoners een zorgoverleg met de verpleegkundige, apotheker en andere paramedici. Hierin werd een fiche opgesteld met suggesties naar de huisarts toe. Deze fiche is ook één keer naar voren gekomen tijdens een MDO en heeft veranderingen teweeggebracht in het medicatiebeleid van een bewoner.

3. Reflecties over het project en het proces ervan

Het project heeft naar mijn mening positieve resultaten teweeg gebracht. Er zijn bij enkele bewoners medicatie afgebouwd/gestopt zonder negatieve gevolgen. Wat ik zeker een pluspunt vind, is dat de betrokken artsen meer bewust bezig zijn met polyfarmacie, medicatiebeleid en hun voorschrijfgedrag. Het heeft zich bovendien niet enkel beperkt tot de deelnemers van dit project maar ook collega's werden gesensibiliseerd.

Er zijn echter een aantal moeilijkheden geweest tijdens het onderzoek. Ten eerste was de initiële doelstelling te breed bepaald. De doelstellingen hebben we vaak moeten bijwerken zodat het haalbaar werd in de korte tijdspanne die voorhanden was. Het concretiseren gebeurde eigenlijk tijdens het onderzoek.

Ten tweede is het uiteindelijk een klein project geworden waarbij ik slechts twee MDO's per bewoner heb kunnen uitvoeren. Voornamelijk was dit te wijten aan tijdstekort. Het bleek niet evident om een overleg te plannen met drie partijen met drukke agenda's.

Ten derde heb ik met slechts één verpleegkundige kunnen samenwerken. Dit was namelijk gemakkelijker om in te plannen. Hierdoor heb ik echter geen variëteit qua inbreng van verpleging en is dit onderzoek sterk huisarts georiënteerd geworden.

Wat echter opvallend goed verliep, is de inclusie van deelnemende huisartsen. Geen enkele arts had geweigerd om deel te nemen aan het project.

Er zijn wel enkele bedenkingen die ik maak over het organiseren van een multidisciplinair overleg. Het lijkt mij beter dat elke partij goed voorbereid naar een MDO komt. Hiermee bedoel ik dat elke partij best een aantal puntjes heeft die hij/zij wil bespreken. Bijvoorbeeld zouden de medicatielijsten al eens kritisch bekeken kunnen worden op voorhand en de belangrijkste puntjes kunnen besproken worden op het overleg. Bovendien lijkt het niet erg nuttig om een tweede zorgoverleg te plannen binnen een korte termijn. Er moet genoeg tijd voorzien zijn om eventuele acties te kunnen uitvoeren en de gevolgen hiervan te kunnen beoordelen. Herhaling van een zorgoverleg heeft zeker wel zijn nut. Huisartsen zouden graag betrokken willen zijn bij de organisatie van dergelijk overleg maar zien vooral praktische problemen. Ze willen niet te veel tijd spenderen aan een vergadering en kunnen vaak niet in persoon aanwezig zijn. Een mogelijkheid van telefonisch overleg door de huisarts zou in de toekomst geëxploreerd moeten worden.

Conclusie

Zorgverleners geven aan dat ze meer en meer met polyfarmacie geconfronteerd worden. Ze zien het nut in van een blijvende kritische kijk op medicatiebeleid en beschouwen zichzelf als bewaker van kwaliteitsvolle zorg. Er zijn echter veel struikelblokken die al langer een gekend probleem vormen en vermoedelijk nog lang zullen blijven. Factoren die volgens zorgverleners kunnen bijdragen aan polyfarmacie zijn tijdstekort, te weinig geïnformeerd zijn over medicatie en hun bijwerkingen, interacties en indicaties, communicatieproblemen met patiënten en andere zorgverleners.

Een handvat om kwaliteit van zorg te bewaken is het multidisciplinair overleg. Dit project heeft een aantal resultaten geboekt aan de hand van een multidisciplinair overleg. Voor enkele bewoners zijn er medicamenten in de klasse neuroleptica en antihypertensivum afgebouwd zonder negatieve gevolgen. Ook hebben zorgverleners baat gehad bij het overleg inzake kennis en sensibilisatie rondom polyfarmacie. Dit woonzorgcentrum gaat nog verder werken rond polyfarmacie en de aanpak hiervan.

Dankwoord

Hierbij wil ik even stilstaan bij de mensen die mij geholpen hebben met de verwezenlijking van dit project. Allereerst wil ik het woonzorgcentrum en zijn medewerkers bedanken voor de samenwerking en de mogelijkheid om het project uit te voeren. Ook de deelnemende zorgverleners wil ik oprecht danken voor hun tijd en medewerking. Daarnaast wil ook mijn promotoren, Sibyl Anthierens en Tinne Dilles, en mijn co-promotor Giannoula Tsakitzidis bedanken voor de begeleiding en het aanreiken van handvaten om het project te doorlopen.

Ook bedankt aan mijn collega Rianne Geuze waarmee ik het eerste deel van deze masterproef heb samengewerkt. Je hebt me op de juiste momenten aangemoedigd met je fijne peptalks. Ook de collega's van de praktijk Begijnenstraat hebben me steeds weer motivatie ingepraat en daar ben ik ze enorm dankbaar voor.

Ten laatste bedank ik mijn familie, vrienden en mijn partner voor de ondersteuning en het nalezen van deze masterproef.

Referenties

1. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC. Polypharmacy: Misleading but manageable. Clinical interventions in Aging 2008; 3(2): 383 – 389.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2007; 5(4): 345-351.
3. Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. Pharmacoepidemiology and drug safety, 2010; (19) : 1041–1048.
4. Verrue C, Petrovic M et al. Organization of the medication management process in Belgian nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2011; (12) : 308-311.
5. Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Outcomes of polypharmacy in nursing home residents. Clin Geriatr Med. 2012; 28 : 217-236.
6. Gupta, S., et al. Inappropriate drug prescribing and related outcomes for elderly medicaid beneficiaries residing in nursing homes. Clin Ther 1996 18(1): 183-196.
7. Bergman, A., et al. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. Scand J Prim Health Care 2007 25(1): 9-14.
8. Olsson, J., et al. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. Clin Drug Investig 2010; 30(5): 289-300.
9. Dwyer, L. L., et al. Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the 2004 National Nursing Home Survey. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 8(1): 63-72.
10. Beers, M. H., et al. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. Ann Intern Med 1992; 117(8): 684-689.
11. Landi, F., et al. Comorbidity and drug use in cognitively impaired elderly living in long-term care. Dement Geriatr Cogn Disord 1998; 9(6): 347-356.
12. Hosia-Randell, H. M., et al. Exposure to potentially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland: a cross-sectional study. Drugs Aging 2008; 25(8): 683-692.
13. Chiang, L., et al. Predictors of medication prescription in nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2000; 1(3): 97-102.
14. Lau, D. T., et al. Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. Health Serv Res 2004; 39(5): 1257-1276.
15. Hanlon, J. T., et al. Recent advances in geriatrics: drug-related problems in the elderly. Ann Pharmacother 2000; 34(3): 360-365.
16. Ruggiero, C., et al. Potentially inappropriate drug prescriptions and risk of hospitalization among older, Italian, nursing home residents: the ULISSE project. Drugs Aging 2010; 27(9): 747-758.
17. Dhall, J., et al. Use of potentially inappropriate drugs in nursing homes. Pharmacotherapy 2002; 22(1): 88-96.
18. Williams, B. and C. Betley. Inappropriate use of nonpsychotropic medications in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1995; 43(5): 513-519.
19. Ruths, S., et al. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Qual Saf Health Care 2003; 12(3): 176-180.

20.Field, T. S., et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Arch Intern Med 2001; 161(13): 1629-1634.
21.Zia, A., et al. Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. Postgrad Med 2015; 127(3): 330-337.
22.Baranzini, F., et al. Fall-related injuries in a nursing home setting: is polypharmacy a risk factor? BMC Health Serv Res 2009; 9: 228.
23.Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HA, van der Cammen TJ, Stricker BH. Polypharmacy
24.Dedhiya, S. D., et al. Incident use and outcomes associated with potentially inappropriate medication use in older adults. Am J Geriatr Pharmacother 2010; 8(6): 562-570.
25. Mathew, R., et al. Factors associated with potentially preventable hospitalization among nursing home residents in New York State with chronic kidney disease. J Am Med Dir Assoc 2012; 13(4): 337-343.
26. Budnitz, D. S., et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med 2011; 365(21): 2002-2012.
27.Peron, E. P., et al. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 9(6): 378-391.
28.Loganathan, M., et al. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. Age Ageing 2011; 40(2): 150-162.
29.Fossey, J., et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 2006; 332(7544): 756-761.
30. Eide, E. and J. Schjott. Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes." Pharm World Sci 2001; 23(6): 227-231.
31.Avorn, J., et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. N Engl J Med 1992; 327(3): 168-173.
32.Salonoja, M., et al. Withdrawal of psychotropic drugs decreases the risk of falls requiring treatment. Arch Gerontol Geriatr 2012; 54(1): 160-167.
33. Denneboom, W., et al. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. Br J Gen Pract 2006; 56(528): 504-510.
34. Verrue C, Mehuys E, Boussery K, Adriaens E, Remon JP, Petrovic M. A pharmacist-conducted medication review in nursing home residents: impact on the appropriateness of prescribing. Acta Clinica Belgica, 2012; 67-6
35.Zermansky, A. G., et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. Age Ageing 2006; 35(6): 586-591.
36. Furniss, L., et al. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2000; 176: 563-567.
37. Roberts, M. S., et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. Br J Clin Pharmacol 2001; 51(3): 257-265.
38.Schmidt, I., B. Claesson, C., Westerholm, B., Nilsson, L. G. and Svarstad, B. L. The Impact of Regular Multidisciplinary Team Interventions on Psychotropic Prescribing in Swedish Nursing Homes. Journal of the American Geriatrics Society 1998; 46: 77–82.
39.Field, T. S., et al. Computerized clinical decision support during medication ordering for long-term care residents with renal insufficiency. J Am Med Inform Assoc 2009; 16(4): 480-485.
40.Gurwitz, J. H., et al. Effect of computerized provider order entry with clinical decision support on adverse drug events in the long-term care setting. J Am Geriatr Soc 2008; 56(12): 2225-2233.

41. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners view on polypharmacy. BMC Family Practice. 2010; 11 : 65.
42. Dilles T, Elseviers M, Vander Stichele R. Pharmacotherapeutic care in nursing homes. Proefschrift door Tinne Dilles.
43. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD008986
44. Patterson, S. M., et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art No.: CD008165.
45. Jobse L., Mulder M., ter Borgh J. en Grundmeijer H. Polyfarmacie: prevalentie, aandoeningen en problemen. Huisarts en Wetenschap 2009;52(12):599-602
46. Farmaka; www.farmaka.be
47. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71(7): 861-75.
48. Kwaliteit van voorschrijven in het WZC verbeteren. Geneesmiddelenbrief 2011;18 (4):33-40.
49. Hanlon, Joseph T., and Kenneth E. Schmader. The Medication Appropriateness Index at 20: Where It Started, Where It Has Been and Where It May Be Going. Drugs & aging 2013 30(11): 10.
50. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008;46:72–83

Bijlages

Bijlage 1: Literatuurstudie

Voor deze masterproef zouden we eerst een algemeen beeld willen verkrijgen over polyfarmacie in woonzorgcentra bij ouderen: het voorkomen, de risicofactoren, de gevolgen en gekende interventies en interventiestudies om polyfarmacie te verminderen. Hiervoor zijn we begonnen met een zoektocht in de databank "*PubMed*", gebruik makend van de volgende MeSH termen *polypharmacy*, *nursing homes*, *intervention studies*, *drug costs, quality of life.* We stellen steeds dezelfde filters in: Review, Full tekst, published in the last 5 years, Humans, Dutch, English, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years. Door de filter van leeftijd al in te stellen, bekomen we dezelfde resultaten als we de MeSH termen "*polypharmacy"* AND "*aged"* ingeven. De eerste term "*polypharmacy"* resulteerde met de filters in 190 resultaten.
Deze studie wordt uitgevoerd in een woonzorgcentrum dus we hanteren we de combinatie "*polypharmacy*" AND "*nursing homes*". Dit geeft 9 resultaten, waarvan we 5 artikelen geselecteerd hebben op basis van de titel en het abstract.

1. Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014; 13 (1).
2. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Underprescription of beneficial medicines in older people. Drugs Aging. 2012; 29 (6): 463-475.
3. Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Outcomes of polypharmacy in nursing home residents. Clin Geriatr Med. 2012; 28 : 217-236.
4. Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. Clin Geriatr Med. 2012; 28 : 199-216.
5. Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. Age and Aging. 2011; 40 : 150-162.

Er wordt ook beslist om een zoekactie te doen met de combinatie "*polypharmacy*" AND "*intervention studies*" gezien we in deze masterproef een actieprotocol willen opstellen. Er worden 3 resultaten bekomen waarvan er 2 geselecteerd worden, wederom op basis van titel en abstract.

1. Zia A, Kamaruzzaman SB, Pin Tan M. Polypharmacy and falls in older people: balancing evidence-based medicine against fall risk. Postgrad Med. 2015; 127 (3) : 330-337.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2007; 5 (4) : 345-351.

We zijn ook geïnteresseerd in de combinatie "*polypharmacy*" AND "*drug costs*" . We kiezen hiervoor omdat we medicatiekosten in de studie willen opnemen als een uitkomstparameter. Deze search resulteert in 2 artikelen waarvan 1 geselecteerd wordt.

1. Riker GI, Setter SM. Polypharmacy in older adults at home: what it is and what tot do about it. Home Healthcare Nurse. 2012; 30 (8) : 474-485.

Ten laatste introduceren we nog een combinatie met "*quality of life"* omdat we benieuwd zijn naar wat er geweten is in de literatuur over de invloed van polyfarmacie op de *quality of life* (QOL). Er worden 27 resultaten bekomen en hiervan worden er 4 geselecteerd. Van deze artikelen is er één artikel die we reeds geselecteerd hebben bij de voorgaande search, specifiek het derde artikel in onderstaande lijst.

1. Sabzwari SR, Qidwai W, Bhanji S. Polypharmacy in elderly: a cautious trail to tread. J Pak Med Assoc. 2013; 63 (5) : 624-627.
2. Pretorius RW, Gataric G, Swendlund SK, Miller JR. American Family Physician. 2013; 87 (5) : 331-336.
3. Riker GI, Setter SM. Polypharmacy in older adults at home: what it is and what tot do about it. Home Healthcare Nurse. 2012; 30 (8) : 474-485.
4. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother. 2012; 9 (6) : 378-391.

Bij het doornemen van de artikelen hebben we bij interessante passages de bronnenvermelding geraadpleegd en relevante artikelen werden ook bijgehouden.

1. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. Clinical interventions in Aging. 2008; 3 (2) : 383-389.
2. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HA, van der Cammen TJ, Stricker BH. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. 2006; 61 (2) : 218-223.
3. Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Quality of prescribing in Belgian nursing homes: an electronic assessment of the medication chart. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 26 (1) : 93-99.
4. Verrue C, Mehuys E, Boussery K, Adriaens E, Remon JP, Petrovic M. A pharmacist-conducted medication review in nursing home residents: impact on the appropriateness of prescribing. Acta Clinica Belgica, 2012; 67-6
5. Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. Pharmacoepidemiology and drug safety, 2010; (19) : 1041–1048
6. Verrue C, Petrovic M et al. Organization of the medication management process in Belgian nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2011; (12) : 308-311
7. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners view on polypharmacy. BMC Family Practice. 2010; 11 : 65.
8. Dilles T, Elseviers M, Vander Stichele R. Pharmacotherapeutic care in nursing homes. Proefschrift door Tinne Dilles.
9. Gupta, S., et al. Inappropriate drug prescribing and related outcomes for elderly medicaid beneficiaries residing in nursing homes. Clin Ther 1996 18(1): 183-196.
10. Bergman, A., et al. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. Scand J Prim Health Care 2007 25(1): 9-14.
11. Olsson, J., et al. Quality of drug prescribing in elderly people in nursing homes and special care units for dementia: a cross-sectional computerized pharmacy register analysis. Clin Drug Investig 2010; 30(5): 289-300.
12. Dwyer, L. L., et al. Polypharmacy in nursing home residents in the United States: results of the 2004 National Nursing Home Survey. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 8(1): 63-72.
13. Beers, M. H., et al. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. Ann Intern Med 1992; 117(8): 684-689.
14. Landi, F., et al. Comorbidity and drug use in cognitively impaired elderly living in long-term care. Dement Geriatr Cogn Disord 1998; 9(6): 347-356.
15. Hosia-Randell, H. M., et al. Exposure to potentially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland: a cross-sectional study. Drugs Aging 2008; 25(8): 683-692.
16. Chiang, L., et al. Predictors of medication prescription in nursing homes. J Am Med Dir Assoc 2000; 1(3): 97-102.
17. Lau, D. T., et al. Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. Health Serv Res 2004; 39(5): 1257-1276.
18. Hanlon, J. T., et al. Recent advances in geriatrics: drug-related problems in the elderly. Ann Pharmacother 2000; 34(3): 360-365.
19. Ruggiero, C., et al. Potentially inappropriate drug prescriptions and risk of hospitalization among older, Italian, nursing home residents: the ULISSE project. Drugs Aging 2010; 27(9): 747-758.
20. Dhall, J., et al. Use of potentially inappropriate drugs in nursing homes. Pharmacotherapy 2002; 22(1): 88-96.

21. Williams, B. and C. Betley. Inappropriate use of nonpsychotropic medications in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1995; 43(5): 513-519.
22. Ruths, S., et al. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Qual Saf Health Care 2003; 12(3): 176-180.
23. Field, T. S., et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. Arch Intern Med 2001; 161(13): 1629-1634.
24. Baranzini, F., et al. Fall-related injuries in a nursing home setting: is polypharmacy a risk factor? BMC Health Serv Res 2009; 9: 228.
25. Dedhiya, S. D., et al. Incident use and outcomes associated with potentially inappropriate medication use in older adults. Am J Geriatr Pharmacother 2010; 8(6): 562-570.
26. Mathew, R., et al. Factors associated with potentially preventable hospitalization among nursing home residents in New York State with chronic kidney disease. J Am Med Dir Assoc 2012; 13(4): 337-343.
27. Budnitz, D. S., et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. N Engl J Med 2011; 365(21): 2002-2012.
28. Fossey, J., et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. BMJ 2006; 332(7544): 756-761.
29. Eide, E. and J. Schjott. Assessing the effects of an intervention by a pharmacist on prescribing and administration of hypnotics in nursing homes." Pharm World Sci 2001; 23(6): 227-231.
30. Avorn, J., et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. N Engl J Med 1992; 327(3): 168-173.
31. Salonoja, M., et al. Withdrawal of psychotropic drugs decreases the risk of falls requiring treatment. Arch Gerontol Geriatr 2012; 54(1): 160-167.
32. Denneboom, W., et al. Analysis of polypharmacy in older patients in primary care using a multidisciplinary expert panel. Br J Gen Pract 2006; 56(528): 504-510.
33. Zermansky, A. G., et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. Age Ageing 2006; 35(6): 586-591.
34. Furniss, L., et al. Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2000; 176: 563-567.
35. Roberts, M. S., et al. Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. Br J Clin Pharmacol 2001; 51(3): 257-265.
36. Schmidt, I., B. Claesson, C., Westerholm, B., Nilsson, L. G. and Svarstad, B. L. The Impact of Regular Multidisciplinary Team Interventions on Psychotropic Prescribing in Swedish Nursing Homes. Journal of the American Geriatrics Society 1998; 46: 77–82.
37. Field, T. S., et al. Computerized clinical decision support during medication ordering for long-term care residents with renal insufficiency. J Am Med Inform Assoc 2009; 16(4): 480-485.
38. Gurwitz, J. H., et al. Effect of computerized provider order entry with clinical decision support on adverse drug events in the long-term care setting. J Am Geriatr Soc 2008; 56(12): 2225-2233.
39. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD008986
40. Patterson, S. M., et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art No.: CD008165.
41. Jobse L., Mulder M., ter Borgh J. en Grundmeijer H. Polyfarmacie: prevalentie, aandoeningen en problemen. Huisarts en Wetenschap 2009;52(12):599-602
42. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71(7): 861-75.

43. Hanlon, Joseph T., and Kenneth E. Schmader. The Medication Appropriateness Index at 20: Where It Started, Where It Has Been and Where It May Be Going. Drugs & aging 2013 30(11): 10.
44. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008;46:72–83

Bijlage 2 : Semigestructureerd interview

Interview - vragen

1. Wat denkt u over medicatie bij ouderen in het algemeen? (open)
2. Wat verstaat u onder de term 'polyfarmacie'?
    a. Hoe staat u tegenover dit fenomeen? (open)
    b. Vindt u dat er een probleem is? (gesloten)
        i. Nee? Waarom?
        ii. Ja?
            1. Waar zou het probleem aan kunnen liggen?
            2. Zijn er veranderingen geweest die hebben bijgedragen tot dit probleem?
3. Wat verstaat u onder de term ’ongepast voorschrijfgedrag’? (open)
    a. Hoe staat u tegenover dit fenomeen? (open)
    b. Vindt u dat er een probleem is? (gesloten)
        i. Nee? Waarom?
        ii. Ja?
            1. Waar zou het probleem aan kunnen liggen?
            2. Zijn er veranderingen geweest die hebben bijgedragen tot dit probleem?
4. Wie is binnen uw team verantwoordelijk voor de medicatie?
    a. Wat is uw rol?
5. Zou je verandering willen zien?
    a. Ja?
        i. Wat zou je zelf willen veranderen?
        ii. Waar zou je verandering willen zien?
        iii. Zou je zelf iets kunnen veranderen?
    b. Nee?
        i. Waarom niet?
6. Evalueert u de medicatie bij chronische patiënten?
    a. Ja?
        i. Hoe vaak?
        ii. Maakt u gebruik van een methode voor het evalueren van medicatie?
            1. Zo ja, welke?
            2. Zo nee, waarom niet?
    b. Nee?
7. Hoe staat u tegenover multidisciplinair overleg?

a. Wat zijn uw ervaringen hiermee?
b. In hoeverre staat u open voor suggesties van (artsen/verpleging/apothekers)?
c. Hoeveel tijd mag een multidisciplinair overleg innemen?

Bijlage 3: Tussentijdse evaluatie

1. Zijn de interventies uitgevoerd?
2. Zijn er veranderingen geweest?
    a. Zo ja, werden deze positief, neutraal of negatief bevonden volgens u?
3. Andere positieve of negatieve effecten?
4. Andere interventies uitgevoerd?

Bijlage 4 : Eindevaluatie

1. Heeft u het MDO als een positief of een negatief gegeven ervaren?
2. Wat heeft u meegenomen voor de toekomst?
3. Wat heeft u geleerd uit dit project?

Bijlage 5: Uitgeschreven verslagen multidisciplinair overleg (MDO)

MDO1 bewoner 1

Aanwezigen: Huisarts 1 (HA1)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Verwachtingen:

HA1: tips te krijgen om medicatie af te schaffen, op veilig en lange termijn.
VP1: kritische blik op medicatie te werpen. Comfort voor patiënt staat op voorgrond.

Doel: tot een gepaste interventie komen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: CVA, waarna slikpneumonie meegemaakt. Doorgemaakte Diabetes mellitus. COPD.

Context: 91-jarige man. Algemeen stelt de bewoner het goed.

Hij deed veel COPD aanvallen maar deze zijn geminderd sinds ze azithromycine preventief opgestart hebben.

Diabetes mellitus is als diagnose geschrapt in zijn actieve problemenlijst sinds een recente controle van HbA1c waarde. Door CRA arts werd aangeraden om dit nogmaals na te kijken en daaruit bleek dat zijn suiker genormaliseerd was. Hierdoor kon zijn medicatie voor de suiker gestopt worden.

Hij is oorspronkelijk opgenomen omdat zijn vrouw zorgbehoevend was. Zijn vrouw is in het rusthuis overleden en hij heeft daarna een CVA gedaan. Hij wou graag terug meer zelfstandig zijn en bijvoorbeeld niet afhankelijk van sondevoeding zijn. Dit is afgebouwd in het rusthuis en nu kan hij terug normaal eten. . Hij eet op zijn kamer omwille van het makkelijk verslikken en openhangende mond. Hij schaamt zich wat voor de gevolgen van de doorgemaakte CVA.

Huidige problemen: momenteel worden er geen problemen naar voren gebracht door de zorgverleners. HA1 zegt wel dat ze graag tips zou willen krijgen omtrent de medicatie van deze patiënt zodat ze er veilig kan afschaffen.

Huidige medicatielijst: pt1.1

Interventie:

- Opstellen van een medicatiefiche met indicatie, stop en startdata en aanbevelingen van het ouderzorgformularium van Farmaka. Dit wordt doorgestuurd naar HA1 ter aanvulling en kan volgende MDO besproken worden.
- Nieuwe bloedname wordt gepland. Vooral ter controle van glycemie, foliumzuur.

MDO1 bewoner 2

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)

Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Verwachtingen:

HA2: overlopen van medicatie, multidisciplinaire bespreking van situatie
VP1: kritische blik op medicatie

Doel: tot een gepaste interventie komen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Prostaatcarcinoom. NSTEMI. Ventrikeltachycardie. Hypothyreodie. Chronische nierinsufficiëntie. COPD.

Context: 85-jarige man. Algemeen stelt de bewoner het goed in het rusthuis. Hij is opgenomen in het rusthuis, samen met zijn vrouw. Zij had een bepaald syndroom en is daaraan overleden. Hij heeft het daar heel moeilijk mee gehad, ook nu heeft hij soms nog moeilijke momenten. Hij heeft vooral problemen met veranderingen. Moest zijn vrouw niet zorgbehoevend geweest zijn, was hij waarschijnlijk nog lang thuis geweest. Hij is heel zelfstandig. Hij functioneert heel goed voor zijn problemenlijst.

HA2 overloopt de volledige medicatielijst met de indicatie erbij. Voor elk medicament is er een juiste indicatie en kan moeilijk afgebouwd worden. Veel medicatie is gestart door specialisten.

Hij krijgt echter wel veel medicatie voor bijwerkingen van andere medicatie. Hypothyreodie ten gevolge van gebruik van cordarone. Cordarone heeft hij gekregen voor zijn ritmestoornissen, waarvoor hij ook nog eens een betablokker krijgt.

Huidige problemen: vooral emotionele problemen, bij veranderingen heeft hij moeilijke momenten. Soms zijn er problemen met hartfalen, dit kan soms wel omslaan. Maar voor zijn problematiek is hij echt wel heel goed.

Slaapproblemen, slaapt heel oppervlakkig. HA2 heeft slaapmedicatie al wel eens proberen af te bouwen maar hijzelf en de familie staan er wel achter dat hij dit toch blijft krijgen.

Beide zorgverleners zijn het eens over het fragiel evenwicht van deze bewoner. Hij is heel helder en kent zijn pillen goed, hij is ook nog actief en loopt nog veel rond. De zorgverlening rond deze bewoner raken liever de medicatie niet aan. Ook omdat hij momenteel zo goed is, is er geen nood om iets te veranderen.

Huidige medicatielijst: pt2.1

Interventie:

- Slaapmedicatie te bespreken met bewoner. Zou eventueel kunnen vervangen worden door placebo's na overleg.

<u>MDO1 bewoner 3</u>

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)
Hoofdverpleegkundige (VP1)

Onderzoeker

Verwachtingen:

HA2: overlopen van medicatie, multidisciplinaire bespreking van situatie

VP1: kritische blik op medicatie

Doel: tot een gepaste interventie komen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: niet insulinedependente diabetes mellitus. Leversteatose. Hypercholesterolemie. Doorgemaakte obesitas. Refluxoesofagitis. Borstcarcinoom. Dementie. Hypertensie en angor.

Context: 91-jarige vrouw met dementie. Ze is actief bezig met bloemen beplanten en verzorgen, ze is ook sociaal actief. Ze neemt deel met vele activiteiten.

De hele medicatielijst wordt overlopen met de huisarts en voor elke medicament kan een juiste indicatie gegeven worden.

Het is niet geweten of mevrouw een dieet krijgt voor diabetes. Volgens de verpleegkundige is dit zo niet, volgens de huisarts zegt de bewoonster dat ze een dieet krijgt voor de suikerziekte. Ze is wel veel gewicht verloren door de dementie en heeft zo haar glycemie kunnen normaliseren.

Crestor (anticholesterol medicatie) is besproken geweest met familie maar die staan er niet achter om dit te stoppen, ook al is dit evidence based aangewezen. Donepezil wordt in de vraag getrokken of dit wel nodig is en of het wel nut heeft. Er wordt opgemerkt dat ze niet echt durven dit te stoppen ondanks de kennis van de richtlijnen omdat mevrouw wel stabiel is. Xanax was opgestart omwille van een onrustige periode veroorzaakt door een medebewoner. Deze situatie is nu terug genormaliseerd.

Huidige problemen: Er worden geen grote problemen naar voren gebracht. Enkel de eerder vermelde onrustige periode overlaatst maar dit is dus ook genormaliseerd.

Ze vergeet dat ze in de douche moet, zelfzorg is het eerste wat wegvalt in kader van haar dementie. Daarnaast merk je weinig van de dementie.

Huidige medicatielijst: pt3.1

Interventie:

- Xanax halveren gedurende 2 weken en als de verpleging niets merkt dan mag het gewoon gestopt worden.
- Visuele stimulatie ter herinnering van de dagen waarop ze moet douchen.
- Nieuwe bloedname, vooral ter controle van de vitamines.

<u>MDO1 bewoner 4</u>

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)

Hoofdverpleegkundige (VP1)

Onderzoeker

Verwachtingen:

HA2: overlopen van medicatie, multidisciplinaire bespreking van situatie

VP1: kritische blik op medicatie te werpen.

Doel: tot een gepaste interventie komen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Osteoporose, veel ingedeukte wervels (staat krom). Diabetes mellitus. Ritmestoornissen. Oesofagitis. Constipatie door morfine (durogesic). Diarree, spastische darmen.

Context: 88-jarige vrouw. Ze was vroeger een zuster. Eigenwijze tante, zat zelf aan haar medicatie. Ze verhoogde en verlaagde haar eigen pijnmedicatie maar begon er dan op te braken. Ze foefelde met de medicatie voor diabetes. Ze heeft weinig ziekteinzicht inzake diabetes. Slechte therapietrouw waarvoor al veel informatieve gesprekken gegeven zijn door de huisarts. Kasten op de gemeenschappelijke zalen zijn op slot gedaan zodat ze daar ook niet aan de koeken kon komen. Sinds de huisarts achter haar suikerinname vraagt, is het nu al beter gesteld met de suikergehalte.

Ze is mentaal goed, ze is heel helder. Ze is vooral zorgbehoevend door moeilijke mobiliteit.

Huisarts wist niet dat ze nog Aclasta kreeg tot de bewoner recentelijk gemeld had aan de huisarts dat ze hiervoor naar het ziekenhuis moest gaan. De bewoner is er echter altijd heel blij mee dat ze eens buiten komt.

Huidige problemen: Neemt heel veel motillium, dit mag ze zelf op de kamer houden. De specialist heeft gezegd dat ze dit mag nemen als ze last heeft van een luie maag, want dit kan wel voorkomen bij mensen met suikerziekte.

Ze voelt zich niet zo goed in de groep.

Mobiliteit vooral beperkt door osteoporotische rug met vele wervelindeukingen.

Huidige medicatielijst: pt4.1

Interventie:

- Motilium gebruik objectiveren, nakijken en bevragen bij bewoner door huisarts.
- Nieuwe bloedname, vooral ter controle van glycemie.
- Cetirizine mag gestopt worden.

<u>MDO1 bewoner 5</u>

Aanwezigen: Huisarts 3 (HA3)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Verwachtingen:

HA3: overlopen van medicatie, er eens stil bij staan.
VP1: kritische blik op medicatie, stilstaan bij situatie en medicatie aftoetsen

Doel: tot een gepaste interventie komen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Parkinson.

Context: 78-jarige vrouw. Nieuwe patiënt voor HA3. Ze komt uit Poppel en HA3 is aangesteld als huisarts volgens de lijsten van het rusthuis. Ze is weduwe en heeft een dochter in Australië. HA3 heeft weinig dossier ontvangen van de vorige huisarts. Ze heeft zware parkinson en is rolstoelgebonden waardoor ze zwaar zorgbehoevend is. Ze is wel sociaal actief, ze heeft een groepje vriendinnen in het rusthuis en ze doet daarmee samen activiteiten. Ze trekt zich daar wel wat aan op.

HA3 verandert niets aan bloeddrukpillen, cholesterolpillen. Citalopram neemt ze vermoedelijk voor depressieve gevoelens in kader van de zware parkinson. HA3 vermeldt dat ze zelfs niet opgestart heeft, ze heeft wel getracht alles over te schakelen naar de generische producten. Ze heeft al wel getracht cholesterolpillen te stoppen bij patiënten maar ze merkt dat specialisten in het ziekenhuis deze weer opstarten.

Ze lijkt cardiaal belast te zijn, ze zou een coronarografie gehad hebben in het verleden.

Huidige problemen: Omdat deze bewoonster een nieuwe patiënt is voor de huisarts, kan er weinig over juiste indicaties gesproken worden. HA3 durft dan ook niet zomaar medicatie te stoppen.

Eenmalig gevallen terwijl ze in het rusthuis was, uit het bed proberen te komen maar ze is eigenlijk rolstoelgebonden.

Bloeddrukken neigen wat naar de lagere kant, eventueel antihypertensiva te staken?

Huidige medicatielijst: pt5.1

Interventie:

- Dossier nogmaals op te vragen bij vorige huisarts.
- Nieuwe bloedname, vooral screenend omwille van geen gekende nierfunctie etc.
- Desloratadine moet veranderd worden van 2x per dag naar 1x per dag, dit volgens de juiste dosering.
- Opvolging van de bloeddruk.
- Crestor halveren.
- Zanidip halveren.
- Alprazolam wordt met bewoonster besproken.
- Farmaka ouderenzorg eens te bekijken door huisarts.

MDO1 bewoner 6

Aanwezigen: Huisarts 4 (HA4)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: tot een gepaste interventiekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Reuma. Hypertensie.

Context: 77-jarige man. Algemeen stelt bewoner het goed volgens de huisarts. Alles wat de specialisten zeggen is volgens HA4 'heilig'. Hij heeft vooral psychologische problemen gehad, hij kan het gevoel krijgen dat hij controle kwijt geraakt. Na het overlijden van zijn vrouw was er een groot probleem van zelfverwaarlozing, hij at niet en hij verzorgde zich niet meer. Hij is toen cachectisch geworden ondanks de hulp van de twee dochters. Door de huisarts van wacht is hij opgenomen geweest op de dienst geriatrie en is daarna opgenomen in het rusthuis. Momenteel is hij beter, hij kan terug serieuze gesprekken houden en hij voelt zich al beter in zijn vel. Hij eet terug normaal.

Bewoner neemt graag medicatie voor elke klacht dat hij heeft, hij kent zijn medicatie heel goed. Volgens de huisarts klaagt de bewoner ook wel graag. HA4 zegt letterlijk dat de bewoner verslaafd is aan zijn medicatie en moeilijk te overhalen is om medicatie te stoppen. Eigenwijze man.

Medicatielijst wordt overlopen en de juiste indicatie wordt besproken.

Huidige problemen: lage bloeddrukken sinds bewoner in rusthuis is. Hij neemt drie medicamenten voor de bloeddruk.

Bewoner zou een tijdje heel veel problemen gehad hebben met het slapen. Nu is dat beter dus zouden ze de slaapmedicatie kunnen minderen.

Er wordt opgemerkt dat bij ledertrexaat ook foliumzuur bij gegeven moet worden. Dit zal samen door reumatoloog bekeken worden.

Huidige medicatielijst: pt6.1

Interventie:

- Nieuwe afspraak regelen bij reumatoloog en neuroloog.
- Terazosab stoppen en bloeddruk daarna intensiever opvolgen (dagelijks twee maal per dag)
- Mometasone mag gestopt worden.
- Lormetazepam halveren, zonder hem iets te zeggen. Ipv een pilletje van 2mg krijgt hij een pilletje van 1mg, zodat bewoner er niet veel van zou merken.
- Paracetamol wordt een staand order van gemaakt, indien nodig bij pijn mag hij dit krijgen ipv systematische toediening.

<u>MDO2 bewoner 1</u>

Aanwezigen: Huisarts 1 (HA1)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: Herbeoordeling en eventueel nog een gepaste interventie bekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: CVA, waarna slikpneumonie meegemaakt. Doorgemaakte Diabetes mellitus. COPD. Heupfractuur.

Context: Momenteel gaat het wel. Er zijn veel medicamenten gestopt naar aanleiding van de medicatiefiche die doorgestuurd geweest is. Gestopte medicatie: folavit, aggrenox, prosta urgenin, torasemide, miflonide. Ook heeft HA1 ondertussen een bijscholing gekregen over polyfarmacie en praktische tips gekregen over veelgebruikte medicamenten. Deze bijscholing was gegeven door de

CRA-arts van het rusthuis. Ook gebruikt HA1 nu het ouderzorg formularium en heeft ze ook de indicaties nagelezen in het formularium. HA1 zegt dat het beter is voor de bewoner nu er minder medicatie genomen moet worden, bewoner was er ook blij mee.

Huidige problemen: Bewoner is ondertussen gevallen 's nachts toen hij probeerde naar het toilet te gaan. Hij heeft een heupfractuur opgelopen en is geopereerd met een pinning. Hij heeft nu problemen met mobiliteit, moeilijk te activeren tot mobieler te zijn.

Huidige medicatielijst: pt1.2

Interventie:

- Mobiliteit verbeteren door stagiare verpleegkundige met hem te laten wandelen.
- Omeprazole inname verplaatsen naar 's morgens, nuchtere inname.

MDO2 bewoner 2

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: Herbeoordeling en eventueel nog een gepaste interventie bekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Prostaatcarcinoom. NSTEMI. Ventrikeltachycardie. Hypothyreodie. Chronische nierinsufficiëntie. COPD.

Context: Bewoner stelt het nog altijd goed. Slaapmedicatie is wel besproken geweest. Bewoner zegt "hij slaapt al zo weinig en u wilt mijn medicatie daarvoor afpakken". Hij heeft de uitleg gekregen over slaapkwaliteit bij slaapmedicatie en de negatieve effecten hiervan. Hij was akkoord om het niet op te hogen maar wil het ook niet stoppen. Placebo is niet meer bekeken geweest. VP1 zou het liever niet willen veranderen bij deze bewoner, vooral omdat hij zijn medicatie heel goed kent.

HA2 heeft zijn medicatielijst ook meegenomen naar een LOK met enkele huisartsen om dit te overlopen. Ook daar kwam er niets uit het overleg. Iedere zorgverlener is bang dat een fragiel evenwicht verstoord kan worden door aan de medicatie te sleutelen.

Geen veranderingen in medicatielijst.

Huidige problemen: Geen problemen aangehaald. Medisch stabiel.

Huidige medicatielijst: pt2.2

Interventie:

- Medicatielijst laten nazien door apotheker.

MDO2 bewoner 3

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: Herbeoordeling en eventueel nog een gepaste interventie bekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: : niet insulinedependente diabetes mellitus. Leversteatose. Hypercholesterolemie. Doorgemaakte obesitas. Refluxoesofagitis. Borstcarcinoom. Dementie. Hypertensie en angor.

Context: het gaat goed met deze bewoonster. Xanax is gestopt, zonder dat de bewoonster iets gemerkt heeft. Ze is niet onrustig geweest. Ze neemt ook een pijnstiller minder, algostase is gestopt en ook dit is gebeurd zonder negatieve effecten.

Bloedname is gebeurd en vitamine B12 gehalte was hoog genoeg.

Huidige problemen: dementieel beeld is erger geworden, ondanks inname van donepezil. Ze gaat wat achteruit algemeen. Volgens neuroloog is ze stabiel en wordt de medicatie verder gezet. Nog altijd wel actief bezig met tuinieren.

Huidige medicatielijst: pt3.2

Interventie:

- Tribvit mag gestopt worden
- Overleg met specialist over donepezil?

<u>MDO2 bewoner 4</u>

Aanwezigen: Huisarts 2 (HA2)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: Herbeoordeling en eventueel nog een gepaste interventie bekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Osteoporose, veel ingedeukte wervels (staat krom). Diabetes mellitus. Ritmestoornissen. Oesofagitis. Constipatie door morfine (durogesic). Diarree, spastische darmen.

Context: Het gaat algemeen goed, ze is stabiel. Bloedname is gebeurd en de resultaten waren goed.

Deze bewoner is besproken geweest op een MDO vanuit het rusthuis (georganiseerd door CRA-arts, apotheker en verpleegkundigen). Uit dit MDO is enkel een suggestie gegeven voor een medicament inzake praktische problemen (verdeling medicatie door de robot). Levensstijl is al beter, suiker staat beter geregeld.

Motilium gebruik is nagevraagd en ze zou dit toch nodig hebben. Ze neemt de maximale dosis in en dan gebruikt ze inderdaad wel zoveel medicatie. Cardiale neveneffecten zijn besproken geweest en wordt meegenomen naar toekomstinzichten.

Huidige problemen: Geen problemen gemeld, ze blijft stabiel.

Huidige medicatielijst: pt4.2

Interventie:

- Geen interventies meer afgesproken.

MDO2 bewoner 5

Aanwezigen: Huisarts 3 (HA3)
Hoofdverpleegkundige (VP1)
Onderzoeker

Doel: Herbeoordeling en eventueel nog een gepaste interventie bekomen voor deze patiënt.

Voorgeschiedenis: Parkinson. Hypertensie. Hypercholesterolemie.

Context: HA3 heeft nog altijd geen volledig dossier gehad.

Zanidip halveren is niet gelukt, de bloeddruk steeg te hard door deze verandering.

Veel tegenstrijdigheden, HA3 hoort van bewoner vaak andere zaken dan van de verpleging. HA3 durft dan ook niet te veel met medicatie te doen als ze tegenstrijdigheden te horen krijgt.

MDO vanuit rusthuis (georganiseerd door CRA-arts, apotheker, verpleegkundigen) is ook gebeurd bij deze bewoner. Hierin wordt aangeraden dat alprazolam niet het beste is voor slaapproblematiek en dat ze beter valerianen kan starten. Citalopram wordt ook in vraag gesteld of het nog verder gezet kan worden. Ze zou enkele valincidenten meegemaakt hebben.

Huidige problemen: Nog slaapproblemen. Ze heeft nog veel pijn. Hierop is paracetamol/codeine gestopt en tradonal retard gestart, met verbetering.

Regelmatig valincidenten, ondanks dat ze rolstoelgebonden is.

Huidige medicatielijst: pt5.2

Interventie:

- Alprazolam af te bouwen
- Citalopram af te bouwen
- Trazodone op te bouwen in plaats van alprazolam en citalopram.

MDO2 bewoner 6

Niet doorgegaan omdat de bewoner niet meer in opvolging is bij dezelfde huisarts.

HA4: Bewoner is weggegaan bij de huisarts omdat hij aan zijn slaappillen gezeten heeft. Hij was kwaad hierover en hij was er niet over te spreken. HA4 vond het zelf niet echt erg. Hij vond het kleingeestig van de bewoner dat hij voor zoiets klein kwaad is geworden. Hierbij trekt HA4 zich uit het onderzoek.

VP1: Bewoner was niet content van zijn huisarts, vooral voor de communicatie. Bewoner vond dat er geen goede communicatie gebeurde naar hemzelf toe. Ook bleek dat de reumatoloog zijn therapie niet optimaal vond en de behandeling is veranderd. Bewoner vond dat hij al lang slecht was en dat zijn huisarts er maar niets aan deed. Doordat de reumatoloog de behandeling veranderd heeft, zijn de ogen van de bewoner open gegaan. De huisarts had blijkbaar ook niet met de bewoner besproken dat er enkele medicatie gestopt werden.

Bijlage 6 : Goedgekeurd actieprotocol

Actieprotocol ManaMa thesis:
Werktitel: Polyfarmacie in een woonzorgcentrum: wat is het probleem? Een actieonderzoek.

Onderzoeksvraag: Welke problemen zien zorgverleners rond polyfarmacie in WZC's en wat is hun visie over mogelijke oplossingen?

Yolanda Li Zhi Hu

Rianne Geuze

Afkortingen

Apr = Apotheker
CRA = Coördinerend en Raadgevend Arts
HA = Huisarts
HVPK = Hoofdverpleegkundige
IDO = Inter-Disciplinair Overleg
VPK = Verpleegkundige
WZC = Woon-Zorg Centrum

Rianne Geuze
Huisarts-in-opleiding Herentals
ManaMa Student - Universiteit Antwerpen

Yolanda Li Zhi Hu
Huisarts-in-opleiding Turnhout
ManaMa Student - Universiteit Antwerpen

Sibyl Anthierens
Promotor ManaMa thesis - Universiteit Antwerpen

Tinne Dilles
Promotor ManaMa thesis - Universiteit Antwerpen

Giannoula Tsakitzidis
Begeleider ManaMa thesis - Universiteit Antwerpen

Guido Nicolaï
Huisarts - praktijkopleider – CRA Herentals

Marleen Pals
Huisarts - praktijkopleider – CRA Turnhout

2. Contactpersonen

Onderzoek WZC Sint Lucia Turnhout

Contactpersoon: Rianne Geuze
E-mailadres: rianne.geuze@outlook.com
Telefoonnummer: 014/218567

Onderzoek WZC Vogelzang, Herentals

Contactpersoon: Yolanda Hu Li Zhi
E-mailadres: li.yolanda.hu@gmail.com
Telefoonnummer: 014/426027

3. Samenvatting van de studie

Achtergrond

In het WZC Vogelzang in Herentals werd reeds een interventie gedaan rond polyfarmacie, een jaarlijks medicatie-review door de CRA met bespreking op het IDO en plaatsing in het dossier.

In het WZC Sint Lucia in Turnhout is vraag van CRA, huisartsen en directeur naar manieren om het probleem rond polyfarmacie te kunnen verbeteren/oplossen.

Omschrijving

Het actieonderzoek rond polyfarmacie in een WZC zal plaatsvinden in twee WZC's: WZC Vogelzang in Herentals en WZC Sint Lucia in Turnhout. De betrokken personen zullen persoonlijk en in brief gevraagd worden om deel te nemen aan het actieonderzoek. Het onderzoek zal plaatsvinden in het kader van een Master-na-Masterthesis van de huisartsenopleiding van de Universiteit Antwerpen. Het onderzoek wordt wetenschappelijk begeleid door drie onderzoekers van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.

Doel

Het doel van dit onderzoek is te komen tot een gedefinieerd probleem zoals het gezien wordt door de zorgverleners. We willen een lokaal kwaliteitsverbeteringsproject uitvoeren. Door de verschillende disciplines te bevragen willen we gericht zoeken naar de specifieke problemen die invloed hebben op het medicatiegebruik. Hierna hopen we probleemgerichte oplossingen aan te kunnen brengen.

Methode

1. Semi-gestructureerd interview met Apr, CRA, HVPK, HA en VPK verbonden aan deze twee WZC. In het interview zullen deelnemers bevraagd worden over onder andere:
- perceptie van polyfarmacie
- perceptie van problemen met polyfarmacie
- ideeën over ontstaan en oorzaken van polyfarmacie
- problemen rond medicatie bij ouderen in WZC
- functie van multidisciplinair werken bij medicatiebeleid en polyfarmacie
- functie van multidisciplinair overleg bij polyfarmacie
- ideeën over medicatie review en andere interventies
- ideeën over probleemgerichte oplossingen in hun WZC

Herentals:

- ideeën over reeds gedane interventies (fiche)
- verbeterpunten voor huidige interventie

2.Ontwikkeling/verbetering van tool gebruikt in Herentals

4. Selectie interviews

Categorie	WZC Vogelzang, Herentals	WZC Sint Lucia, Turnhout (onder voorbehoud)
Apr	Armonea-apotheker Prive-apothekers ?	…
CRA	Guido Nicolaï	Marleen Pals
HA	Selectie van 5 artsen die meest frequent in het WZC werken en bereid zijn mee te werken.	Selectie van 5 artsen die meest frequent in het WZC werken en bereid zijn mee te werken.
HVPK	3 HVPK van 3 afdelingen.	3 HVPK van 3 afdelingen
VPK	Willekeurige selectie van 5 VPK	Willekeurige selectie van 5 VPK

5. Geïnformeerde toestemming

Zie bijlage.

6. Gegevensverzameling

De interviews zullen via geluidsbestand worden opgenomen. De gegevens worden geanonimiseerd volgens interviewcategorie. Algemene gegevens van het woonzorgcentrum (aantal bedden, aantal verpleegkundigen,…) evenals gegevens over de betrokken zorgverleners zullen ook verzameld worden.

7. Gegevensverwerking en resultaten

De kwalitatieve gegevens zullen verwerkt worden in een beschrijvende manier via thematische analyse. De resultaten zullen verwerkt worden in het kader van onze thesis. De resultaten zijn ter beschikking van de betrokken WZC en geïnterviewden. Op basis van de resultaten gaan we de gebruikte tool in Herentals verbeteren en indien mogelijk implementeren. Eventueel kan de implementatie geëvalueerd worden in een volgende masterproefonderzoek. Zo willen wij een advies formuleren naar oplossingen/interventies om het geneesmiddelengebruik rationeler en efficiënter te maken. Indien mogelijk, gezien de individuele problemen van verschillende WZC, kunnen we de werkwijze en aanpak extrapoleren naar andere WZC in de omgeving.

8. Planning

Mei - juni 2016: selectie kandidaten, toestemming vragen en informatiebrief bezorgen. Afspreken voor interviews.
Juli - oktober 2016: Rianne neemt interviews af in WZC te Turnhout, Yolanda neemt interviews af in WZC te Herentals.
November - december 2016: verwerking van resultaten interviews.
December - januari 2016: verbeteren van gebruikte tool.
Januari - maart 2016: uitschrijven thesis.
Maart - mei 2016: finaliseren thesis.

Bijlage 7: Gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Polyfarmacie in een woonzorgcentrum: wat is het probleem? Een actieonderzoek. (manama huisartsgeneeskunde Yolanda Li Zhi Hu)

Belgisch Registratienummer: B300201628169

datum	ons kenmerk	contact
21/03/2016	16/10/126	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 21/03/2016 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Hu
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 29/02/2016
  versie 1
- Protocol dd. 29/02/2016
  versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) De titel van het onderzoek moet bovenaan het informatie- en toestemmingsformulier vermeld worden.
2) De duur van het interview wordt best ook vermeld.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/10/126

datum	ons kenmerk	contact
21/03/2016	16/10/126	Annelies Van Looy Anniek Leersaert ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk