Polyfarmacie en de betrokkenheid van patiënten bij hun medicatiereview

Het ZEG-instrument

Nathalie Theys (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor:
Prof. Dr. B. Schoenmakers (Katholieke Universiteit Leuven)

Co-promotor:
Dr. Floris Deknijf

Master of Family Medicine 2018
Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSOPGAVE

DANKWOORD 3

ABSTRACT 4

INLEIDING 5

METHODOLOGIE 6

RESULTATEN 7

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 7

ONDERZOEKSVRAGEN 8

Onderzoeksvraag 1: 'Is het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar (gemeten aan de hand van noden en drempels)?' 8

Onderzoeksvraag 2: 'Wat is het effect van het ZEG-instrument (en het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview) op de medicatieschema's en op het welzijn van de patiënten?' 8

DISCUSSIE 9

Onderzoeksvraag 1: 'Is het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar (gemeten aan de hand van noden en drempels)?' 9

Onderzoeksvraag 2: 'Wat is het effect van het ZEG-instrument (en het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview) op de medicatieschema's en op het welzijn van de patiënten?' 11

CONCLUSIE 12

REFERENTIES 13

BIJLAGEN 14

Overzicht bijlagen 14

DANKWOORD

Graag zou ik enkele mensen willen bedanken voor hun hulp bij het tot stand komen van deze thesis. Vooreerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. Schoenmakers bedanken voor haar goede begeleiding, haar kritische blik en haar deskundig advies. Daarnaast zou ik mijn praktijkopleider en collega's willen bedanken voor hun medewerking en ondersteuning aan dit project. Tot slot wil ik ook mijn familie en partner bedanken om altijd klaar te staan voor mij. Zowel voor een luisterend oor als voor aanmoediging kon ik altijd bij hen terecht. Bedankt!

ABSTRACT

Context: Polyfarmacie en onaangepast voorschrijven blijven heden frequent voorkomende fenomenen en nemen toe naarmate patiënten ouder worden. Er werden reeds verschillende instrumenten ontwikkeld met als doel artsen te helpen bij de evaluatie van de medicatielijsten. Naast de centrale rol van artsen in de aanpak van polyfarmacie en onaangepast voorschrijven is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de patiënten zelf. Op basis van de bestaande literatuur werd daarom het ZEG-instrument (d.i. Zelf-Evaluatie Geneesmiddelengebruik) opgesteld.

Onderzoeksvragen: In dit onderzoek proberen we te achterhalen of het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar is. Daarnaast bekijken we of het toepassen van het ZEG-instrument en de bijhorende medicatiereview een effect hebben op de medicatielijst en op het welzijn van de patiënt.

Methodologie: Het ZEG-instrument werd toegepast bij 35 65-plussers met een medicatielijst van ≥5 geneesmiddelen. Nadien werd het medicatieschema, indien nodig, door de arts aangepast. Twee maanden na de medicatiereview werd aan de patiënten gevraagd een vragenlijst omtrent het gebruik van het ZEG-instrument in te vullen en de invloed op hun welzijn na te gaan.

Resultaten: Alle deelnemende patiënten vonden het ZEG-instrument makkelijk te gebruiken en 3/5de van de patiënten zou aan de hand van dit instrument regelmatig zelf zijn medicatiegebruik beoordelen om het nadien samen met zijn arts te bespreken. Na het toepassen van het ZEG-instrument daalde het gemiddeld aantal geneesmiddelen per patiënt van 6,94 (± 2,03) naar 6,57 (± 1,76). Er werden 20 geneesmiddelen gestopt en 11 gestart. Bij 11 van de 35 patiënten werd het medicatischema ongewijzigd gelaten.

Conclusie: Patiënten kunnen aan de hand van het ZEG-instrument betrokken worden bij hun medicatiereview. Het toepassen van het ZEG-instrument resulteert in een lichte daling van het aantal in te nemen geneesmiddelen en draagt bij tot het adequaat voorschrijven door artsen. Daarnaast lijkt deze interventie ook het welzijn van de patiënten te verbeteren. Uitgebreider onderzoek is nodig om deze relatie te bevestigen alsook om de implementeerbaarheid van het ZEG-instrument na te gaan.

INLEIDING

Polyfarmacie en onaangepast voorschrijven blijven heden frequent voorkomende fenomenen en nemen toe naarmate patiënten ouder worden. De definitie van polyfarmacie zoals omschreven in de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' luidt als volgt: het gebruik van ≥ 5 geneesmiddelen met een gebruiksduur van ≥ 90 dagen in een jaar. [1] Onaangepast voorschrijven omvat zowel overprescribing als underprescribing en misprescribing. [2]

Een studie van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) uit 2006 toont aan dat bewoners uit woonzorgcentra tussen 0 en 22 geneesmiddelen per dag innemen met een gemiddelde van 8,1 geneesmiddelen. De meeste hiervan worden chronisch gebruikt (88%). [3] Uit meer recente cijfers van Farmanet uit 2012 blijkt dat ongeveer 18,9% van de 65-plussers chronisch gebruik maakt van 5 of meer verschillende geneesmiddelen. Bij 75-plussers loopt dit op tot bijna 23%. Er blijkt geen verschil te zijn tussen mannen en vrouwen. In deze cijfers wordt enkel rekening gehouden met terugbetaalde farmaceutische specialiteiten. [4] Bijgevolg zijn deze cijfers slechts een onderschatting van de prevalentie aangezien de niet-terugbetaalde en de vrij verkrijgbare geneesmiddelen en andere producten zoals voedingssupplementen niet meegerekend worden.

Zoals Maher, Hanlon en Haijar in 2014 beschreven, zijn de gevolgen van polyfarmacie veelerlei. Polyfarmacie verhoogt de kans op nevenwerkingen en verhoogt het risico op interacties tussen de verschillende geneesmiddelen. Daarnaast neemt bij patiënten met polyfarmacie de therapietrouw vaak af en gaan de functionele status en de cognitieve toestand achteruit. Overigens hebben deze patiënten ook een hoger valrisico. Tot slot brengt polyfarmacie verhoogde gezondheidskosten met zich mee, waarbij de medische kosten tot 30% hoger zouden liggen dan bij patiënten zonder polyfarmacie. [5] Polyfarmacie vormt de grootste risicofactor voor onaangepast voorschrijven, wat in het algemeen leidt tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. [6]

De laatste jaren is veel onderzoek gebeurd naar polyfarmacie en onaangepast voorschrijven en naar de rol van artsen hierin. Er zijn in het verleden verschillende lijsten, instrumenten en richtlijnen ontwikkeld met als doel de artsen te helpen bij de evaluatie van de medicatielijsten. Tot op heden worden deze tools echter weinig toegepast in de praktijk, vaak omwille van tijdsgebrek en het feit dat deze tools niet aangepast zijn aan de thuissituatie. Met het oog op het ontwikkelen van een praktische screeningstool voor de huisartsen werd het AMO-instrument (d.i. Adequaat Medicatiebeleid bij Ouderen) ontwikkeld in 2013. [7] De effectiviteit van dit impliciete instrument werd bewezen zowel voor patiënten in woonzorgcentra als voor patiënten in een ambulante thuissetting. [7-8]

Naast het feit dat artsen en apothekers een centrale rol spelen in het voorschrijven en de aanpak van polyfarmacie is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de patiënten zelf.

De laatste jaren is er veel onderzoek verricht naar 'patient empowerment'. Lau omschrijft dit concept als volgt: "*Patient empowerment in the health care context means to promote autonomous self-regulation so that the individual's potential for health and wellness is maximised".* [9] Ook in de Nederlandse richtlijn rond polyfarmacie bij ouderen wordt beschreven dat een beoordeling van de farmacotherapie een samenspel is tussen de patiënt, de arts en de apotheker. [1]

Om na te gaan hoe patiënten betrokken kunnen worden bij hun medicatiereview stellen we een aangepast AMO-instrument op, namelijk het ZEG-instrument (d.i. Zelf-Evaluatie Geneesmiddelengebruik), dat de patiënten kunnen gebruiken als voorbereiding op een medicatiereview door de arts. Nadien wordt nagegaan of het toepassen van dit ZEG-instrument en de bijhorende medicatiereview een effect hebben op de medicatielijst en op het welzijn van de patiënt.

METHODOLOGIE

Het opzet van dit onderzoek is te achterhalen of patiënten betrokken kunnen worden bij de review van hun medicatie en tevens na te gaan wat het effect hiervan is op hun welbevinden en op hun medicatielijst. De onderzoeksvragen luiden als volgt: 'Is het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar (gemeten aan de hand van noden en drempels)?' en 'Wat is het effect van het ZEG-instrument (en het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview) op de medicatieschema's en op het welzijn van de patiënten?'

Dit onderzoek wordt gevoerd in een huisartsengroepspraktijk te Veltem-Beisem van juli 2017 tot en met februari 2018.

De studiepopulatie bestaat uit 65-plussers met een medicatielijst van ≥5 geneesmiddelen (chronische patiënten). Patiënten met een gedocumenteerde diagnose van dementie, palliatieve patiënten en patiënten met een psychiatrische comorbiditeit die niet in staat zijn de vragenlijsten te beantwoorden worden geëxcludeerd. In deze studie beperken we ons tot thuiswonende patiënten.

Tijdens de opvolgraadplegingen in het kader van de geplande zorg worden de patiënten die aan bovenvermelde criteria voldoen aangesproken om deel te nemen aan deze studie.

Vooreerst wordt er een aangepast AMO-instrument opgesteld, namelijk het ZEG-instrument (d.i. Zelf-Evaluatie Geneesmiddelengebruik). Het bestaande AMO-instrument wordt aangepast op basis van de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' waardoor het ZEG-instrument een bruikbare tool wordt voor de patiënten. [1] Het instrument bestaat uit 9 vragen die de patiënten in een eerste tijd dienen te doorlopen. Dit zijn 8 ja/nee vragen rond het medicatiegebruik van de patiënt, met mogelijkheid tot verduidelijking waar gewenst. 1 vraag peilt naar de verwachtingen van de patiënt omtrent zijn medicatie. Na het invullen worden de antwoorden samen met het

medicatieschema bekeken door de huisarts. Deze laatste is tevens ook de onderzoeker in deze studie. Hierna wordt het medicatieschema aangepast op basis van de antwoorden op het ZEG-instrument. Tegelijk wordt door de arts nagegaan op basis van de START- en STOPcriteria of er mogelijke farmacotherapie gerelateerde problemen aanwezig zijn die een aanpassing in het medicatieschema vereisen. De STARTcriteria is een gevalideerde lijst met 21 evidence-based voorschrijfadviezen bij veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen. De STOPcriteria is een gevalideerde lijst met 65 klinisch significante criteria voor potentieel ongeschikte geneesmiddelen bij oudere patiënten. [1] De aanpassingen gebeuren in overleg met de patiënt.

Na ongeveer 2 maanden wordt de patiënt gevraagd de vragenlijst over het gebruik van het ZEG-instrument in te vullen en de invloed op zijn welzijn na te gaan. Deze vragenlijst bestaat uit 4 vragen over het gebruik van het instrument. Daarnaast bevat het ook 1 vraag die peilt naar het welzijn van de patiënten na het gebruik van het instrument en de bijhorende medicatiereview.

Tot slot wordt er nagegaan wat het effect van deze interventie is op de medicatielijst. Hierbij wordt er vooreerst gekeken naar het verschil tussen het aantal geneesmiddelen vóór en na de interventie. Daarnaast wordt er ook gekeken naar het aantal ongeschikte medicijnen dat op basis van de START- en STOPcriteria werd aangepast.

RESULTATEN

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

In totaal namen 35 patiënten deel aan deze studie. 32 patiënten vulden zowel het ZEG-instrument als de vragenlijst omtrent het gebruik ervan in. In 3 gevallen werd het ZEG-instrument en de medicatiereview met de patiënten besproken maar kon er geen ingevulde vragenlijst omtrent het gebruik van het ZEG-instrument bekomen worden. 18 van de deelnemers waren mannen (51,4%) en 17 waren vrouwen (48,6%). De grootste groep patiënten behoorde tot de leeftijdscategorie 65-69 jaar en 75-79 jaar. De meerderheid van de patiënten nam 5 tot 7 geneesmiddelen dagelijks (en chronisch) in.

Geslacht					
Man			Vrouw		
18 (51,4%)			17 (48,6%)		
Leeftijd					
65-69 jaar	70-74 jaar	75-79 jaar	80-84 jaar	85-89 jaar	> 90 jaar
10 (28,6%)	7 (20%)	11 (31,4%)	3 (8,6%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)
Aantal dagelijkse medicatie bij aanvang studie					
5	6	7	8	9	≥ 10
7 (20%)	12 (34,28%)	7 (20%)	3 (8,57%)	3 (8,57%)	3 (8,57%)

TABEL 1: Demografische gegevens

ONDERZOEKSVRAGEN

In eerste instantie werd het ZEG-instrument opgesteld, waarna aan de patiënten gevraagd werd dit instrument in te vullen (zie bijlage 4 voor de resultaten). Na het invullen werden de antwoorden samen met het medicatieschema bekeken door de onderzoeker. Hierna werd het medicatieschema aangepast op basis van de START- en STOPcriteria alsook op basis van de antwoorden op het ZEG-instrument. Dit gebeurde in overleg met de patiënt. Na ongeveer 2 maanden werd de patiënt gevraagd een vragenlijst rond het gebruik van het ZEG-instrument in te vullen en de invloed op zijn welzijn na te gaan.

Onderzoeksvraag 1: 'Is het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar (gemeten aan de hand van noden en drempels)?'

Alle patiënten vonden het ZEG-instrument gemakkelijk te gebruiken. 24 van de 32 ondervraagden zijn zich ook meer bewust geworden van hun medicatiegebruik en 22 van de 32 ondervraagden konden dankzij het instrument makkelijk aan hun arts aangeven of er medicatieveranderingen nodig zijn. 21 patiënten zouden aan de hand van het ZEG-instrument hun medicatiegebruik regelmatig zelf beoordelen en nadien met hun arts bespreken. Over hoe vaak ze dit zouden doen is geen eenduidigheid. De helft van de deelnemende patiënten geeft aan dit 3-maandelijks of jaarlijks te willen doen. De resultaten van deze onderzoeksvraag worden ook weergegeven in bijlage 5.

Onderzoeksvraag 2: 'Wat is het effect van het ZEG-instrument (en het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview) op de medicatieschema's en op het welzijn van de patiënten?'

	Totaal	Gemiddelde/patiënt
Voor toepassen ZEG-instrument		
Aantal medicatie	243	6,94 ± 2,03
Na toepassen ZEG-instrument		
Aantal medicatie	231	6,57 ± 1,76
Veranderingen		
Medicatie gestopt	20	0,57
Medicatie gestart	11	0,31
Medicatie vervangen/ aangepast	6	0,17
Medicatie vereenvoudigd	3	0,09

TABEL 2: Effect van het gebruik van het ZEG-instrument op de medicatieschema's

Bij aanvang van de studie namen de deelnemende patiënten gemiddeld 6,94 geneesmiddelen met een standaarddeviatie van 2,03. Na het toepassen van het ZEG-instrument zagen we een lichte daling van dit gemiddelde (μ: 6,57; σ: 1,76). In totaal werden 20 geneesmiddelen gestopt en 11 gestart. In 3 gevallen werd de medicatie vereenvoudigd, wat wil zeggen dat er overgegaan werd naar combinatiepreparaten. De voornaamste redenen voor het starten, stoppen of wijzigen van medicatie zijn

weergegeven in onderstaande tabel. Bij 15 van de 35 patiënten was er sprake van overbehandeling en 10 patiënten werd onderbehandeld. Andere redenen om medicatie te wijzigen waren onjuiste dosering, (potentiële) bijwerkingen, problemen bij gebruik en relevante geneesmiddeleninteractie. Bij 11 van de 35 patiënten werd het medicatieschema ongewijzigd gelaten.

Farmacotherapeutische analyse	
Overbehandeling	15/35 (42,9%)
Onderbehandeling	10/35 (28,6%)
Onjuiste dosering	5/35 (14,3%)
(Potentiële) bijwerkingen	4/35 (11,4%)
Problemen bij gebruik	3/35 (8,6%)
Relevante geneesmiddeleninteractie	1/35 (2,9%)

TABEL 3: Redenen medicatieveranderingen

Het type medicatie dat het vaakst afwezig of onjuist gedoseerd bleek, behoort tot de klasse die inwerkt op het cardiovasculair stelsel (acetylsalicylzuur, cholesterolmedicatie) (6/35 gestart, 4/35 dosisophoging). Daarnaast werden ook verschillende keren vitamine D en calciumpreparaten opgestart in het kader van osteoporose preventie bij (gedocumenteerde) risicopatiënten (4/35). Sedativa bleken het meest overbodig aanwezig in het medicatieschema (8/35).

Iets meer dan de helft (18/32) van de patiënten voelde zich beter na het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling.

DISCUSSIE

Onderzoeksvraag 1: 'Is het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview haalbaar (gemeten aan de hand van noden en drempels)?'

Het ZEG-instrument, dat de patiënten invullen voorafgaand aan de medicatiereview, betrekt patiënten bij de medicatiereview. Alle deelnemende patiënten vinden het ZEG-instrument makkelijk te gebruiken en 2/3de van de patiënten zou aan de hand van het instrument ook zelf zijn medicatiegebruik regelmatig beoordelen en nadien met zijn arts bespreken.

Van de deelnemende patiënten is 3/4de zich ook meer bewust geworden van zijn medicatiegebruik. Patiënten worden aangespoord om mee over hun eigen gezondheid te waken. Voorbeelden van hulpmiddelen om deze 'patient empowerment' te ondersteunen zijn beslishulpen, op EBM-gebaseerde websites en de mogelijkheid om het EMD in te kijken. Ook in de Nederlandse richtlijn rond polyfarmacie wordt geopperd dat er nood is aan 'patient empowerment'. Patiënten willen zelf actief betrokken worden bij hun medicatiegebruik en ook medeverantwoordelijk zijn voor hun geneesmiddelengebruik.

Daarnaast lijkt het ZEG-instrument ook bij te dragen aan een toename in therapietrouw bij patiënten. Slechte therapietrouw is geassocieerd met hoge gezondheidszorgkosten, slechtere kwaliteit van leven en slechte gezondheidsuitkomsten. [10] Het is dus belangrijk om patiënten te motiveren om mee betrokken te zijn bij hun medicatiegebruik. In de literatuur zijn er veel interventies beschreven om de therapietrouw te verbeteren, maar de meeste interventies bleken niet doeltreffend. [11] Omdat het ZEG-instrument de therapietrouw en de beïnvloedende factoren bevraagt, kan er worden ingegrepen en bijgestuurd. Therapietrouw bevorderende interventies zijn bijvoorbeeld het ingaan op bepaalde bijwerkingen, het aanpakken van problemen omtrent het gebruik van de medicatie en het gebruik van pillendoosjes of pillenwekkers om medicatie niet vergeten in te nemen. Het ZEG-instrument beïnvloedt het bewustzijn van het medicatiegebruik, wat bijdraagt aan de therapietrouw. Verder onderzoek is nodig om na te gaan of deze interventie ook op lange termijn een positief effect in de therapietrouw met zich kan meebrengen.

Uit de resultaten blijkt ook dat 2/3de van de deelnemende patiënten dankzij het ZEG-instrument makkelijker kan aangeven aan zijn arts of er medicatieveranderingen nodig zijn. Het ZEG-instrument verlaagt dus de drempel voor patiënten om hun medicatiegebruik samen met hun arts te bespreken.

Er is bij de ondervraagden geen eenduidigheid over hoe vaak ze dit instrument zouden gebruiken. De helft van de deelnemende patiënten geeft 3-maandelijks of jaarlijks aan. De Nederlandse richtlijn rond polyfarmacie suggereert dat een medicatiereview minimaal 1 keer per jaar dient te gebeuren. [1] Hoe vaak het instrument best gebruikt kan worden, zal mede afhangen van de persoonlijke voorkeur van de patiënt en wat zijn noden zijn op een bepaald moment. Een jaarlijkse controle van de medicatielijst lijkt een goed idee aanvullend op aangeven van de patiënt, zoals bijvoorbeeld bij gebruiksproblemen of in geval van mogelijke bijwerkingen. Zoals ook in eerder onderzoek werd aangehaald lijkt het toepassen van het ZEG-instrument best te gebeuren in een gezondheidspreventieve consultatie, zodat er tijd kan genomen worden voor een adequate medicatiereview. [7-8]

In eerder onderzoek werd aangetoond dat artsen het invullen van een instrument voor medicatiebeoordeling niet als tijdrovend ervaren. [7-8] Door patiënten te betrekken bij hun medicatiereview, waarbij ze voorafgaand aan de raadpleging het ZEG-instrument invullen, zal een medicatiereview nog minder tijd in beslag nemen.

Tot slot lijkt het ZEG-instrument ook positief bij te dragen aan het voorschrijfgedrag van de artsen. De artsen die de medicatiereview met de patiënten bespraken kregen in het algemeen meer aandacht voor de geneesmiddeleninname bij alle patiënten waardoor hun vertrouwen in het adequaat voorschrijven ook is toegenomen.

Onderzoeksvraag 2: 'Wat is het effect van het ZEG-instrument (en het betrekken van patiënten bij hun medicatiereview) op de medicatieschema's en op het welzijn van de patiënten?'

Het toepassen van het ZEG-instrument leidt tot een lichte daling in het gemiddeld aantal geneesmiddelen (van 6,94 naar 6,57). Dit is een gunstig resultaat, maar naast het reduceren van geneesmiddelen beogen we het adequaat voorschrijven van geneesmiddelen in het algemeen: overprescribing, underprescribing en misprescribing.

De voornaamste redenen voor het starten, stoppen of wijzigen van medicatie zijn over- en onderbehandeling. In 43% van de gevallen was er sprake van overbehandeling en 29% van de patiënten werd onderbehandeld. Sedativa blijken in 23% van de medicatieschema's overbodig aanwezig. Het type medicatie dat het vaakst afwezig of onjuist gedoseerd blijkt, behoort tot de klasse die inwerkt op het cardiovasculair systeem. Dit kadert vaak binnen de secundaire preventie waarbij bijvoorbeeld diabetespatiënten met hypertensie en/of hypercholesterolemie geen acetylsalicylzuur innemen. Een ander voorbeeld hiervan zijn cardiovasculair belaste personen bij wie het cholesterolgehalte onvoldoende geregeld is.

In het ZEG-instrument wordt ook aandacht besteed aan potentiële bijwerkingen die met het innemen van de medicatie gepaard gaan. In 11% van de gevallen kon de oorzaak van de klachten gevonden worden bij de medicatie, waarna deze werd aangepast. Er wordt daarnaast ook gekeken of er relevante geneesmiddeleninteracties aanwezig zijn zodoende een adequaat medicatieschema te bekomen.

Ook problemen bij het innemen van geneesmiddelen worden bevraagd en er wordt gepoogd om de medicatieschema's te vereenvoudigen, in de hoop de therapietrouw positief te kunnen beïnvloeden. Bij 9% van de deelnemende patiënten werd het medicatieschema vereenvoudigd, waarbij werd overgegaan naar combinatiepreparaten. Het betrof onder andere een vereenvoudiging van bloeddrukverlagende medicatie en een vereenvoudiging van het puffergebruik. Het ontwikkelen van combinatiepreparaten is momenteel in volle opmars, waardoor er in de toekomst meer naar dergelijke producten kan overgeschakeld worden. Hierdoor gaan patiënten minder geneesmiddelen moeten innemen wat een gunstig effect heeft op de therapietrouw. [11] Een toename van de therapietrouw bevordert de gezondheidszorg, niet enkel op individueel niveau (gedaalde morbiditeit en mortaliteit) maar ook op maatschappelijk niveau (gedaalde gezondheidskosten). Bij 11 van de 35 patiënten was het medicatieschema adequaat en werden er geen wijzigingen aangebracht.

Tot slot wordt nagegaan of het betrekken van patiënten bij de review van hun medicatie het welzijn van de patiënten beïnvloedt. Iets meer dan de helft van de patiënten voelt zich beter na het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling. Dit is een positief resultaat, maar er zijn wel enkele bedenkingen bij dit resultaat. Naar het welzijn van de patiënten werd gepeild aan de hand van een ja/nee vraag, namelijk of de patiënt zich beter voelt na het gebruik van het ZEG-instrument. Zich beter voelen is vaak

multifactorieel en niet alleen ten gevolge van het medicatiegebruik. Hierdoor kan het voor patiënten moeilijk zijn om adequaat op deze vraag te antwoorden. Daarnaast zou het ook kunnen dat patiënten 'ja' aanvinken omdat ze denken dat hun arts dit wil horen. Ook het 'controlegevoel' dat patiënten mogelijk ervaren door hun eigen medicatiegebruik te beoordelen, kan ertoe bijdragen dat patiënten zich beter voelen. Verder onderzoek is dus nodig om de relatie te bekijken tussen het invullen van het ZEG-instrument en het welzijn van de patiënten, en dit zowel op korte als op lange termijn.

CONCLUSIE

Patiënten kunnen aan de hand van het ZEG-instrument betrokken worden bij hun medicatiereview. Dit instrument blijkt makkelijk te gebruiken en laat patiënten toe hun eigen medicatiegebruik te beoordelen. Hierdoor lijken patiënten zich meer bewust te worden van hun medicatiegebruik, wat ook een positief effect op de therapietrouw met zich mee zou kunnen brengen. Minstens een jaarlijkse toepassing van dit instrument lijkt aangewezen. Het toepassen van het ZEG-instrument resulteert in een lichte daling van het aantal in te nemen geneesmiddelen en zou er ook voor kunnen zorgen dat artsen meer adequaat gaan voorschrijven. Het ZEG-instrument lijkt ook het welzijn van patiënten te verbeteren maar uitgebreider onderzoek is nodig om deze relatie te kunnen bevestigen. Tot slot is het ook aangewezen om het onderzoek op grotere schaal (grotere onderzoeksgroep en meerdere praktijken) te voeren om de implementeerbaarheid van het ZEG-instrument te kunnen achterhalen.

REFERENTIES

1) Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen 2012. [Internet]. Available from: https://www.nhg.org/downloads/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen. [Accessed 10th February 2017].

2) O'Connor MN, Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. Drugs Aging 2012, 29: 437-452.

3) Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006, pp 1521-1530.

4) RIZIV. Polyfarmacie bij ouderen – Infospot (januari – februari – maart 2014). De Cock J; 2014.

5) Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion drug safety 2014, 13(1): 10.1517/14740338.2013.827660.

6) O'Mahony D, Gallegher P. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age and Ageing 2008, 37(2): 138-141.

7) Lenaerts E, De Knijf F, Schoenmakers B. Appropriate prescribing for older people: a new tool for the general practitioner. J Frailty Aging 2013, 2(1): 8-14.

8) Baert F, Reynders J. Het AMO-instrument: optimalisatie met oog op implementatie [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2015.

9) Lau DH. Patient empowerment – a patient-centred approach to improve care. Hong Kong Med J 2002, 8(5): 372-374.

10) Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: An overview. Biomed Res Int 2015, 217047

11) Costa E, Giardini A, Savin M, Menditto E, Lehane E, Laosa O, et al. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. Patient Prefer Adherence 2015, 9: 1303-1314.

BIJLAGEN

OVERZICHT BIJLAGEN

Bijlage 1: Informed consent

Bijlage 2: Vragenlijst omtrent uw medicatiegebruik (= ZEG-instrument)

Bijlage 3: Vragenlijst omtrent het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling

Bijlage 4: Resultaten 'vragenlijst omtrent uw medicatiegebruik (= ZEG-instrument)'

Bijlage 5: Resultaten 'vragenlijst omtrent het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling'

Bijlage 6: Goedgekeurd protocol

Bijlage 7: Gunstig advies ethische begeleidingscommissie

BIJLAGE 1: INFORMED CONSENT

Informed consent

U wordt gevraagd deel te nemen aan een onderzoek betreffende het medicatiebeleid bij personen boven de 65 jaar. Met dit onderzoek trachten we na te gaan in welke mate de patiënt zelf betrokken kan worden bij het herevalueren van zijn medicatielijst. Daartoe moet u eerst een vragenlijst invullen omtrent uw medicatiegebruik (= ZEG-instrument). Tijdens een vervolgconsult zal uw arts samen met u de vragenlijst overlopen en uw medicatie, indien nodig, aanpassen aan uw noden. In een latere fase zullen we u vragen om het gebruik van dit instrument te beoordelen en zullen we peilen of uw welzijn verbeterd is na deze interventie.

Dankzij uw medewerking aan dit onderzoek kunnen we nagaan of een dergelijke vragenlijst een bruikbaar hulpmiddel is om patiënten te betrekken bij het herevalueren van hun medicatielijst. Voor het verzamelen en verwerken van de gegevens is uw toestemming vereist. Door dit document te ondertekenen gaat u ermee akkoord dat de ingezamelde persoonsgegevens worden verwerkt in deze studie. De verwerking van deze gegevens gebeurt anoniem. Uw deelname aan dit onderzoek is niet verplicht en u kan op elk moment tijdens het onderzoek afzien van uw verdere medewerking. Dit zal de relatie met uw arts op geen enkele manier negatief beïnvloeden en u kan er gerust in zijn dat dit uw verdere zorg geenszins zal beïnvloeden.

Ik (naam, voornaam)……verklaar hierbij dat ik vrijwillig deelneem aan het onderzoek en ga akkoord dat mijn patiëntengegevens anoniem gebruikt en verwerkt worden in deze studie.

Opgemaakt te …….. op ……/……/2017.

Handtekening patiënt:

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST OMTRENT UW MEDICATIEGEBRUIK (= ZEG-INSTRUMENT)

<u>Vragenlijst omtrent uw medicatiegebruik (= ZEG-instrument: Zelf-Evaluatie Geneesmiddelengebruik)</u>

1. ***Neemt u al uw voorgeschreven medicatie in?***

   JA - NEE

   Indien nee, waarom niet?
   ……
   ……

2. ***Neemt u nog andere medicatie in die niet op de lijst staat? (zoals bv zelfzorg-producten uit de apotheek, kruidengeneesmiddelen, voedingssuplementen, eerder voorgeschreven medicatie, zo nodig te gebruiken medicatie).***

   JA - NEE

   Indien ja, welke?
   ……
   ……

3. ***Vergeet u soms uw medicatie in te nemen?***

   JA - NEE

   Indien ja, hoe komt dit?
   ……
   ……

4. ***Is er een duidelijk medicatieschema aanwezig?***

   JA - NEE

   Indien nee, is dit wenselijk?
   ……
   ……

5. ***Heeft u problemen bij het gebruik van uw medicatie? (bv problemen met slikken, openen van de verpakkingen, gebruik van puffers, gebruik van pilendoos)?***

   JA - NEE

   Indien ja, welke?
   ……
   ……

6. ***Weet u waarvoor u welke medicatie inneemt?***

   JA - NEE

   Indien nee, welke niet?
   ……
   ……

7. ***Ervaart u bijwerkingen ten gevolge van de medicatie?***

   JA - NEE

   Indien ja, welke?
   ……
   ……

8. ***Merkt u op dat de behandeling uw klachten verbetert of onderdrukt?***

   JA - NEE

9. ***Wat verwacht u van de medicatie?***

   ……
   ……

BIJLAGE 3: VRAGENLIJST OMTRENT HET GEBRUIK VAN HET INSTRUMENT VOOR MEDICATIEBEOORDELING

<u>Vragenlijst omtrent het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling</u>

1. ***De vragenlijst is gemakkelijk te gebruiken.***

   JA - NEE

2. ***Na het doorlopen van de vragenlijst ben ik me meer bewust geworden van mijn medicatiegebruik.***

   JA - NEE

3. ***Dankzij de vragenlijst kan ik makkelijker aangeven aan mijn arts of er medicatieveranderingen nodig zijn.***

   JA - NEE

4. ***Ik zou aan de hand van de vragenlijst mijn medicatiegebruik zelf regelmatig beoordelen om nadien met mijn arts te bespreken.***

   JA - NEE

   Hoe vaak?

   WEKELIJKS - MAANDELIJKS - 3-MAANDELIJKS - JAARLIJKS

   - EENMALIG - NOOIT

5. ***Voel je je beter na het gebruik van de vragenlijst?***

   JA - NEE

BIJLAGE 4: RESULTATEN 'VRAGENLIJST OMTRENT UW MEDICATIEGEBRUIK (= ZEG-INSTRUMENT)'

Vragenlijst omtrent uw medicatiegebruik (= ZEG-instrument: Zelf-Evaluatie Geneesmiddelengebruik)	
1. Neemt u al uw voorgeschreven medicatie in?	
Ja	Nee
35/35	0/35
2. Neemt u nog andere medicatie in die niet op de lijst staat?	
Ja	Nee
11/35	24/35
3. Vergeet u soms uw medicatie in te nemen?	
Ja	Nee
7/35	28/35
4. Is er een duidelijk medicatieschema aanwezig?	
Ja	Nee
28/35	7/35
5. Heeft u problemen bij het gebruik van uw medicatie?	
Ja	Nee
3/35	32/35
6. Weet u waarvoor u welke medicatie inneemt?	
Ja	Nee
32/35	3/35
7. Ervaart u bijwerkingen ten gevolge van de medicatie?	
Ja	Nee
8/35	27/35
8. Merkt u op dat de behandeling uw klachten verbetert of onderdrukt?	
Ja	Nee
33/35	2/35
9. Wat verwacht u van de medicatie?	
Vooral een goede gezondheid/beterschap/positieve invloed	

BIJLAGE 5: RESULTATEN 'VRAGENLIJST OMTRENT HET GEBRUIK VAN HET INSTRUMENT VOOR MEDICATIEBEOORDELING'

Vragenlijst omtrent het gebruik van het instrument voor medicatiebeoordeling	
1. De vragenlijst is gemakkelijk te gebruiken.	
Ja	Nee
32/32	0/32
2. Na het doorlopen van de vragenlijst ben ik me meer bewust geworden van mijn medicatiegebruik.	
Ja	Nee
24/32	8/32
3. Dankzij de vragenlijst kan ik makkelijker aangeven aan mijn arts of er medicatieveranderingen nodig zijn.	
Ja	Nee
22/32	10/32
4a. Ik zou aan de hand van de vragenlijst mijn medicatiegebruik zelf regelmatig beoordelen om nadien met mijn arts te bespreken.	
Ja	Nee
21/32	11/32
4b. Hoe vaak?	
Wekelijks	0/32
Maandelijks	5/32
3-maandelijks	9/32
Jaarlijks	7/32
Eénmalig	5/32
Nooit	6/32
5. Voel je je beter na het gebruik van de vragenlijst?	
Ja	Nee
18/32	14/32

BIJLAGE 6: GOEDGEKEURD PROTOCOL

Polyfarmacie en de betrokkenheid van patiënten bij hun medicatiereview

Student(en):
Nathalie Theys
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Polyfarmacie blijft heden een frequent voorkomend fenomeen en neemt toe naarmate patiënten ouder worden. Er is reeds veel onderzoek gebeurd naar de rol van artsen hieromtrent en naar mogelijke tools om de medicatielijsten van patiënten te evalueren. Maar wat zou de rol van de patiënten zelf kunnen zijn in deze medicatiereview? Met dit onderzoek wil ik nagaan of patiënten bij hun medicatiereview betrokken kunnen worden en of dit hun welbevinden positief beïnvloedt.

Vraagstelling:

Onderzoeksvraag:
Kunnen patiënten betrokken worden bij de review van hun medicatie? Wat is het effect op hun welbevinden en op hun medicatielijst?

Methodologie:

PICO:
Patiënt/populatie:
65-plussers met een medicatielijst van ≥ 5 geneesmiddelen (chronische patiënten).
Exclusiecriteria: gedocumenteerde diagnose van dementie, palliatieve patiënten, patiënten met psychiatrische comorbiditeit.
Interventie:
1) Aangepast AMO-instrument opstellen voor patiënten zodat ze zelf oog krijgen voor hun medicatielijsten.
2) De patiënten moeten dit instrument dan doorlopen met betrekking tot hun medicatielijst.
3) Na het doorlopen van hun medicatielijst de patiënten terugzien en de medicatie aanpassen naargelang de nood.

Comparison:

De medicatielijst en het welbevinden van de patiënt (adhv 1 vraag) voor het gebruik van het aangepaste AMO-instrument.

Outcome:

1) Haalbaarheid, drempels en noden.
2) Welzijn van de patiënt (adhv 1 vraag).
3) Effect op de medicatielijst.

PRAKTISCHE UITWERKING

1) Aangepast AMO-instrument meegeven met de patiënt op consultatie en volgende consultatie plannen (tegen dan moet patiënt AMO-instrument hebben toegepast op zijn medicatie - Bv ongeveer na 3 maanden bij het vernieuwen van de medicatievoorschriften. Het aangepast AMO-instrument zou zo deel uitmaken van een reguliere consultatie in het kader van 'usual care'.)
2) Tijdens de tweede consultatie samen met de patiënt het aangepast AMO-instrument overlopen en nagaan of er veranderingen aan de therapie nodig zijn.
3) Na deze consultatie de patiënt de vragenlijst rond het gebruik van het aangepast AMO-instrument laten invullen en de invloed op zijn welzijn nagaan (bv opnieuw na 3 maanden)

Referenties:

1) Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidiscplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen. 2012.
2) Vander Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al.: Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006, pp 1521-1530.
3) De Cock J: Polyfarmacie bij ouderen – Infospot (januari – februari – maart 2014). RIZIV; 2014.
4) Robert L, Maher J, Joseph T. Hanlon, Emily R. Hajjar: Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion drug safety. 2014 Jan, 13(1).
5) Lenaerts E, De Knijf F, Schoenmakers B: Appropriate prescribing for older people: a new tool for the general practitioner. The Journal of frailty and aging, 2013.
6) Baert Florence, Reynders John. Het AMO-instrument: optimalisatie met oog op implementatie. Masterproef . Katholieke Universiteit Leuven, Huisartsgeneeskunde; 2015.
7) Lau, D.H.: Patient empowerment – a patient-centred approach to improve care. Hong Kong Medical Journal, 8(5), 372-375. 2002.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

84060_1487943338_4254_INFORMED_CONSENT_pdf.pdf
62024_1487943347_0376_VRAGENLIJSTEN_pdf.pdf

Promotor:

Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:

mp19249

BIJLAGE 7: GUNSTIG ADVIES ETHISCHE BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Polyfarmacie en de betrokkenheid van patiënten bij hun medicatiereview" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Polyfarmacie en de betrokkenheid van patiënten bij hun medicatiereview" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)