

COMMENTAAR

De periodieke medicatiebeoordeling

HOE MEER MENSEN, HOE BETER?

Rob J. van Marum

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1848

Recentelijk werden de resultaten van een Nederlandse studie naar de effecten van medicatiebeoordeling in de eerste lijn gepubliceerd.¹ Elders in dit tijdschrift staat een beknopte bespreking van het onderzoek.² Het betreft een gecontroleerde, clustergerandomiseerde studie in 22 huisartsenpraktijken, bij 518 patiënten ≥ 65 jaar met een nieuw geriatrisch probleem – bijvoorbeeld vallen, duizeligheid, incontinentie of cognitieve problemen – en minimaal 1 chronisch medicament. Onderzocht werd of een gestructureerde medicatiebeoordeling conform de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ 6 maanden later leidt tot een betere kwaliteit van leven en vermindering van de klachten van de geriatrische problemen.

De interventie resulteerde niet tot enig positief resultaat voor de patiënt. Wel daalde het aantal potentiële medicatiegerelateerde problemen significant. Deze studie is niet de eerste die faalt in het aantonen van voor de patiënt merkbare verbeteringen door medicatiebeoordeling.³⁻⁵ Betekent dit nu dat we maar moeten stoppen met de periodieke medicatiebeoordeling?

DE RATIONALE ACHTER DE MEDICATIEBEOORDELING

In principe kunnen alle geneesmiddelen bijwerkingen geven. Dit risico neemt toe wanneer kwetsbare patiënten een groot aantal geneesmiddelen tegelijk gebruiken; bij deze patiënten is door verminderde homeostase het risico op ontregelingen – vallen, delier et cetera – bij voorbaat al sterk vergroot. Betrouwbare cijfers over het aantal bijwerkingen bij ouderen ontbreken. Wel zegt een recente schatting dat in Nederland jaarlijks 49.000 patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen als gevolg van bijwerkingen van medicatie.⁶ Bij ouderen zou bijna de helft van deze opnamen potentieel vermijdbaar zijn. De relatie tussen het aantal geneesmiddelen en de kans op bijwerkingen staat niet ter discussie. Daarom is het niet vreemd dat in de multidisciplinaire richtlijn ‘Poly-

farmacie bij ouderen’ uit 2012 – die ik verder kortweg ‘de richtlijn’ zal noemen – een centrale plaats werd ingeruimd voor de periodieke systematische medicatiebeoordeling als middel om de kans op bijwerkingen te verkleinen.⁷

WAT ZEGT DE RICHTLIJN?

De richtlijn geeft aan dat de effectiviteit van de medicatiebeoordeling matig tot slecht is onderbouwd. De werkgroep die de richtlijn samenstelde kon dus niet op basis van wetenschappelijk bewijs aangeven bij welke patiëntengroep inzet van dit instrument nuttig zou zijn. Mede op basis van het rapport *Hospital AD Missions Related to Medications* (HARM) uit 2008 gaf de werkgroep als aanbeveling jaarlijks een medicatiebeoordeling uit te voeren bij patiënten ≥ 65 jaar die 5 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken en die 1 van de volgende risicofactoren hebben: verminderde nierfunctie (eGFR: < 50 ml/min per $1,73$ m³), verminderde cognitie, of een verhoogd valrisico (1 of meer maal gevallen in de voorgaande 12 maanden).⁸ Deze doelgroep voor medicatiebeoordeling zou ongeveer 350.000 patiënten betreffen. Dit is een aanbeveling van niveau 4, dat wil zeggen: gebaseerd op de mening van de werkgroep.

In de budgetimpactanalyse in de richtlijn werden vervolgens allerlei scenario’s doorgerekend met andere selectiegrenzen – hogere leeftijdsgrens, meer medicamenten, meer gebruiksdagen – waarbij de doelgroep kleiner en de kosten dus lager zouden zijn. De verwachting was dat de betrokken beroepsgroepen – vooral huisartsen en apothekers – en de verzekeraars op basis van de praktische haalbaarheid en de betaalbaarheid met elkaar de beoogde doelgroep definitief zouden vaststellen.

WAT GEBEURDE ER VERVOLGENS?

De doelgroepdiscussie vertraagde vervolgens de implementatie van de medicatiebeoordeling. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stelden dat een jaarlijkse medicatiebeoordeling praktisch onuitvoerbaar is bij alle patiënten die daar volgens de richtlijn voor in aanmerking komen. Uiteindelijk accepteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2015 het voorstel van de LHV en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter

Jeroen Bosch Ziekenhuis, afd. geriatric, 's-Hertogenbosch en VUmc, afd. Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam
Prof.dr. R.J. van Marum, klinisch geriater en klinisch farmacoloog
(r.v.marum@jbz.nl).

bevordering der Pharmacie (KNMP): de smalste doelgroep die in de richtlijn genoemd wordt (≥ 75 jaar en ≥ 7 chronische geneesmiddelen + 1 risicofactor, circa 120.000 patiënten) werd ook de formele doelgroep.⁹

Het is wel opvallend dat de website thuisarts.nl, die is ontwikkeld door de NHG, nog steeds alle patiënten van 65 jaar en ouder die chronisch 5 of meer geneesmiddelen gebruiken en bij wie 1 of meer risicofactoren optreden zoals omschreven in de richtlijn, attendeert op de medicatiebeoordeling. Demissionair minister Schippers van VWS gaf recentelijk ook aan dat zij vindt dat al deze patiënten vanaf 2018 een medicatiebeoordeling moeten krijgen.¹⁰ En de IGZ schreef onlangs: 'Het is essentieel dat er een groei plaats vindt van het aantal medicatiebeoordelingen waarbij de patiëntselectie criteria verruimd worden.'¹¹ Ouderenorganisaties suggereren dat 750.000 ouderen recht hebben op de medicatiebeoordeling.¹²

ZOEKEN NAAR DE WAARDE VAN MEDICATIEBEOORDELING

Waarom lukt het niet de waarde van medicatiebeoordeling aan te tonen? Hiervoor kunnen verschillende oorzaken worden gegeven.

Veel studies naar de effecten van medicatiebeoordeling werden monodisciplinair uitgevoerd, voornamelijk door apothekers en met minimale inbreng van huisartsen en patiënten.⁴ Daarbij werd de medicatie volgens STOPP- en START-criteria wel passender, maar kon het zelfs voorkomen dat het aantal bijwerkingen toenam.

Veel studies kiezen een te brede doelgroep, vaak zonder duidelijke klachten en met een laag risico op bijwerkingen. Preventieve interventies hebben echter het meeste resultaat als de interventie gericht is op een scherp omschreven doel en als zij worden uitgevoerd in een populatie met een hoog risico. De looptijd van de studies is daarbij vaak te kort. De preventieve effecten van het minderen van medicatie zullen vaak niet binnen 6 maanden een effect geven.

Ook de keuze van de uitkomstmaat speelt een rol. In de recente studie naar medicatiebeoordelingen was 'kwaliteit van leven' een uitkomstmaat.¹ De kwaliteit van leven van oudere, kwetsbare patiënten wordt echter bepaald door de combinatie van somatische, psychische, sociale en functionele problemen. De invloed hierop van enkele aanpassingen in overbodig geachte medicatie zal naar verwachting minimaal zijn.

Ook de uitkomstmaat 'bijwerkingen' is, hoe logisch ook, een slechte. Het preventief aanpassen van de totale set van medicatie bij patiënten met meerdere gezondheidsklachten maar zonder duidelijke bijwerkingen zal voor de grote meerderheid op korte termijn weinig opleveren. Daarbij zijn de bijwerkingen niet altijd te wijten aan de potentieel ongeschikte medicijnen ('potentially inappro-

priate medications', Pip's). Bij veel ziekenhuisopnamen die door medicatie zijn veroorzaakt, gaat het om geneesmiddelen waarvoor een goede indicatie bestaat.⁶ Tot slot speelt mee dat een deel van de medicatie die bijwerkingen kan geven om therapeutische redenen niet direct gestopt of aangepast zal worden.

HOE NU VERDER?

Het doel van de medicatiebeoordeling bepaalt de waarde en de toekomstige inzet ervan. Het is aannemelijk dat een medicatiebeoordeling leidt tot minder medicatie, minder PIM's en lagere directe en indirecte geneesmiddelenkosten. Op theoretische gronden kan worden aangenomen dat ook de kans op bijwerkingen over meerdere jaren afneemt, al is het onwaarschijnlijk dat deze afname kan worden aangetoond met kortlopende gerandomiseerde gecontroleerde studies in een brede populatie.

Afname van bijwerkingen op groepsniveau zou echter geen opzichzelfstaand doel moeten zijn. Medicatiebeoordeling past wel binnen bredere principes als 'shared decision-making' en 'advance care planning'. De medicatiebeoordeling kan de aanleiding zijn voor het gesprek met de patiënt over wat de behandeldoelen voor de komende jaren of maanden moeten zijn. De waarde van de medicatiebeoordeling is daardoor groter dan alleen het – soms marginaal – verlagen van de kans op bijwerkingen. Ook als medicatiebeoordeling niet leidt tot minder bijwerkingen, maar wel tot lagere kosten, grotere patiënttevredenheid en meer betrokkenheid van de patiënt bij de medicamenteuze behandeling, mag gesproken worden van een doelmatig instrument.

Toch mogen we hopen dat de intenties van minister Schippers en de IGZ geen doorgang vinden. Uitbreiding van het aantal medicatiebeoordelingen terwijl de uitvoeringscapaciteit bij huisartsen beperkt is, lijkt vragen om problemen, zeker in praktijken waar veel ouderen met polyfarmacie zijn.¹³ Voeg daarbij de lage vaste vergoeding per medicatiebeoordeling (€ 48) en de controle door de overheid op jaarlijkse aantallen medicatiebeoordelingen in plaats van op de kwaliteit ervan, en de keus is snel gemaakt: vervang de gecompliceerde medicatiebeoordeling bij de oudste ouderen met de meeste pillen en hoge kwetsbaarheid door de minder tijdrovende en zeker minder zinvolle beoordeling bij de relatief fitte, jongste ouderen met 5 pillen, en dan voldoe je tóch aan de normen.

Voorlopig lijkt het verstandig om de medicatiebeoordeling in te zetten bij de patiënten met het hoogste risico op problemen en om daar een redelijke vergoeding tegenover te stellen. Mogelijk zijn zelfs de huidige criteria van de IGZ nog te ruim om te bepalen bij welke patiënten een medicatiebeoordeling zinvol is.

CONCLUSIE

Uitbreiding van de doelgroep voor medicatiebeoordeling zoals voorgesteld door de minister van VWS en de IGZ is ongewenst. Eerder zal moeten worden gestreefd naar inzet van dit instrument bij patiënten die een sterk verhoogd risico op medicatiegerelateerde problemen hebben. Dat zal leiden tot een verkleining van de doelgroep en een betere kosteneffectiviteit.

De auteur was voorzitter van de multidisciplinaire richtlijncommissie 'Polyfarmacie bij ouderen' en is voorzitter

van de werkgroep die het 'addendum 2e-lijn' bij deze richtlijn heeft opgesteld. Hij schreef dit commentaar op persoonlijke titel.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 mei 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1772

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1772**

LITERATUUR

- 1 Willeboordse F, Schellevis FG, Chau SH, Hugtenburg JG, Elders PJ. The effectiveness of optimised clinical medication reviews for geriatric patients: Opti-Med a cluster randomised controlled trial. *Fam Pract.* 2017;34:437-45.
- 2 Zaat J. Polyfarmacieoverleg verbetert kwaliteit van leven niet. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2017;161:D1848.
- 3 Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74:16-33.
- 4 Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2008;65:303-16.
- 5 Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10):CD008165.
- 6 Eindrapport vervolgonderzoek medicatieveiligheid. Den Haag: ministerie van VWS; 2017.
- 7 Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2012.
- 8 Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bemt PM; HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med.* 2008;168:1890-6.
- 9 Vastgestelde handhavingsnormen medicatiebeoordelingen. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2015.
- 10 Kamerbrief over Toezeggingen AO Geneesmiddelen 2017. Den Haag: ministerie van VWS; 2017.
- 11 Veilig voorschrijven moet beter. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2017.
- 12 Unie KBO. Medicatiebeoordeling broodnodig. www.uniekbo.nl/nieuws/default.asp?page=detail&id=6570, geraadpleegd op 28 juli 2017.
- 13 Sinnige J, Braspenning JC, Schellevis FG, et al. Bij iedere huisarts evenveel pillen? *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2017;161:D864.