

Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: een uitdagend evenwicht tussen winst en (potentiële) schade

M.J. Henstra*

Polyfarmacie onder ouderen komt steeds meer voor. Medicijnen worden voorgeschreven in de veronderstelling dat de patiënt er baat bij heeft, maar het gebruik van meerdere geneesmiddelen naast elkaar heeft ook vaak negatieve gevolgen, met name bij kwetsbare ouderen. Het behandelen van kwetsbare ouderen is daardoor vaak niet eenvoudig. De categorie waar deze groep patiënten het meest gevoelig voor is, is bijwerkingen van medicijnen.

Naast verschillende lichamelijke ziekten hebben ze ook vaak cognitieve, functionele (verminderde mobiliteit, (i)-ADL-afhankelijkheid en sociale problematiek, zoals een beperkt sociaal netwerk. (i)-ADL betekent Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Daarnaast moet er bij ouderen nog rekening worden gehouden met een veranderde farmacokinetiek en -dynamiek waardoor het medicijngebruik nog ingewikkelder wordt. In dit korte artikel wordt kort stil gestaan bij de betekenis van polyfarmacie, potentieel negatieve gevolgen en mogelijkheden dit te voorkomen.

Wat is polyfarmacie

Er bestaan verschillende definities voor polyfarmacie, maar meestal worden \geq vijf geneesmiddelen bedoeld die chronisch worden gebruikt door de patiënt. Dit hoeven niet per se medicijnen te zijn die door een dokter worden voorgeschreven. Immers, veel medicijnen (maagbeschermers, pijnstillers als NSIAD's) zijn zonder recept bij de apotheek verkrijgbaar. Dermatologische preparaten en geneesmiddelen die niet chronisch gebruikt worden, worden niet meegeteld bij de bepaling van het aantal geneesmiddelen bij polyfarmacie (1).

Waarom neemt het vóórkomen van polyfarmacie toe

In 2005 gebruikte 33% van de 75-plussers tenminste vijf medicijnen; in 2015 was dit 45% (2).

Het toenemend vóórkomen van polyfarmacie heeft verschillende redenen. Ten eerste speelt de vergrijzing een grote rol. Er komen steeds meer ouderen bij en de ouderen worden steeds ouder. Om een voorbeeld te geven, in 2016 maakten 65-plussers 19% van de Nederlandse bevolking uit terwijl dat in 2006 nog 14% was. Ook de levensverwachting is sterk toegenomen. In 1951 was de gemiddelde levensverwachting van een 65-jarige 14,4 jaar, in 2016 was deze verwachting 19,7 jaar, dat wil zeggen 18,8 jaar voor



Foto 1. Veel medicatie in te nemen.

mannen en 21,4 voor vrouwen (3). In 1950 was de kans om 90 te worden 9%, in 2016 was dat 31%. Gekoppeld aan de toename van de levensverwachting is de toename van de multimorbiditeit. Dit betekent dat er meerdere ziekten naast elkaar bestaan binnen een patiënt. Hoe ouder de persoon, hoe meer kans op multimorbiditeit, hetgeen leidt tot meer medicatiegebruik. Verder wordt ook bij ouderen steeds meer aan primaire preventie gedaan. Dit betekent dat een oudere patiënt tegenwoordig vaker medicijnen krijgt om een ziekte in de toekomst te voorkomen (4). Een voorbeeld hiervan is dat ook bij ouderen bijvoorbeeld hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterol worden verlaagd met medicijnen om op termijn een herseninfarct te voorkomen. Tot slot wordt de toename van polyfarmacie toegeschreven aan de ontwikkeling van richtlijnen en het beter volgen daarvan (5).

Wat zijn mogelijke negatieve gevolgen van polyfarmacie

Wanneer we nadenken over de mogelijke schadelijke effecten van medicijngebruik bij ouderen, is het belangrijk dat we ons realiseren dat de medicijnen zijn voorgeschre-

ven ten bate van de patiënt. We stellen onze kwetsbare oudere patiënten bloot aan de bijwerkingen van medicijnen, maar dit doen we wel in de wetenschap/hoop dat deze potentiële nadelen opwegen tegen de voordelen van de medicijnen. Toch gaat het vaak mis. Zo kan er sprake zijn van overbehandeling als de ingenomen medicijnen niet (meer) nodig zijn. Daarnaast kan er sprake zijn van onderbehandeling als een geneesmiddel wél nodig is, maar niet wordt voorgeschreven. Ook kan er sprake zijn van interacties tussen medicijnen, dat wil zeggen een ongunstige wisselwerking (6). Daarnaast kunnen er medicijnen gebruikt worden die gecontra-indiceerd zijn, bijvoorbeeld bepaalde antipsychotica bij de ziekte van Parkinson. Verder kan polyfarmacie leiden tot nog meer medicijngebruik, bijvoorbeeld om een bijwerking van een ander middel te bestrijden (7). Een voorbeeld hiervan is laxantia bij opiaatgebruik. Enkele jaren geleden werd bekend dat 5,6% van de acute ziekenhuisopnames kwam door medicatiegebruik. Met name bij ouderen was het percentage acute ziekenhuisopnames dat mogelijk vermeden had kunnen worden hoog, namelijk bijna de helft. Dit was bijna twee keer zo hoog als bij patiënten jonger dan 65 jaar (8,9).

Om therapietrouw te bevorderen is het belangrijk dat een patiënt weet waarom hij/zij bepaalde medicijnen gebruikt

Bloedingen in het maag-darmkanaal, problemen met hart en longen en onregelde diabetes mellitus waren de meest gevonden oorzaken van geneesmiddelgerelateerde opnames. De geneesmiddelen die de meeste problemen veroorzaakten waren bloedverdunders, pijnstillers, psychofarmaca, medicijnen voor diabetes mellitus en corticosteroïden. Naast polyfarmacie bleken cognitieve stoornissen, nierfunctiestoornissen, het niet zelfstandig wonen, multimorbiditeit en therapieontrouw de belangrijkste onafhankelijke voorspellers van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Om therapietrouw te bevorderen is het belangrijk dat een patiënt weet waarom hij/zij bepaalde medicijnen gebruikt. Helaas is de praktijk weerbarstig. In een recente Nederlandse studie wist slechts 15% van de thuiswonende ouderen met polyfarmacie de juiste indicatie van al hun voorgeschreven medicijnen te benoemen. Hoe meer voorgeschreven medicijnen, hoe slechter de kennis was over de reden van voorschrijven. Dit gold met name voor patiënten van 80 jaar of ouder, mannen en alleenstaanden (10).

Handvatten voor dokters om problemen met medicatie te voorkomen

Het behandelen van kwetsbare ouderen is, zoals eerder vermeld, vaak niet eenvoudig. Bij elke patiënt moet

opnieuw een afweging worden gemaakt of de potentiële schade opweegt tegen de winst. Hierbij moet rekening gehouden worden met de wensen en doelen van de patiënt. Ook de levensverwachting moet hierin meegenomen worden. Leeft de patiënt wel lang genoeg om te kunnen profiteren van het medicijn? Gelukkig zijn er verschillende hulpmiddelen beschikbaar. Zo zijn bijvoorbeeld de STOPP/START criteria ontwikkeld. STOPP staat voor 'Screening Tool of Older Person's Prescriptions' en START staat voor 'Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment'. Dit is een screeninglijst die dokters en apothekers kunnen gebruiken om potentieel ongeschikte medicatie op te sporen (11, 12). De multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' adviseert het gebruik van de STOPP- en START-criteria (1). Een andere effectieve tool is de STRIP ('Systematic Tool to Reduce inappropriate Prescribing') methode. Met deze methode wordt het medicijngebruik beoordeeld volgens een praktisch stappenplan. De bespreking van deze hulpmiddelen valt buiten het bestek van dit artikel.

Conclusie

Polyfarmacie is een relevant en frequent voorkomend verschijnsel bij (kwetsbare) ouderen. Het is essentieel dat de dokter een behandelgoal formuleert, samen met de patiënt. Pas als het doel van de behandeling duidelijk is, kan de afweging worden gemaakt of de werking van het medicijn potentieel de risico's waard zijn.

Literatuur

1. Van Marum R, Verduijn M, de Vries-Moeselaar A, et al. **Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen**, Utrecht: NHG; 2012.
2. Kerngetallen SF. Data en feiten 2016 Het jaar 2015 in cijfers. 2016;18.
3. CBS CBvdS. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/44/levensverwachting-65-jarigen> 2017. Geraadpleegd op 28 mei 2018.
4. Van Marum R. [Discontinuing medication in elderly: a checklist may be useful]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2011;155(36):A3802.
5. Kerngetallen SF. Data en feiten 2016 Het jaar 2015 in cijfers. 2016;11.
6. Lemmens LC. **Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën**. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2013.
7. Veehof L, Haaijer-Ruskamp F, Meyboom-De Jong B. **Polyfarmacie bij ouderen. Een probleem?** *Huisarts en wetenschap.* 2001;44(10):291-4.
8. Leendertse AJ, Van Den Bemt PM, Poolman JB, et al. **Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study**. *Value Health.* 2011;14(1):34-40.
9. Van den Bemt PMLA, Egberts TCG. **Hospital admissions**

related to medication (harm). een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. 2006.

10. Lenders D, Maessen DW, Stoffers J, et al. **Wat weten ouderen met polyfarmacie van hun pillen?** *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2016;160.
11. Vermeulen Windsant-van den Tweel A, Verduijn M, Derijks H, et al. **Detectie van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen. Worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard?** *Ned Tijdschr Geneesk.* 2012;156(40:A5076):1669-76.
12. Knol W, Verduijn MM, Lelie-van der Zande A, et al. **Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen. De herziene STOPP- en START-criteria.** *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2015;159.

* *Marieke Jantien Henstra, internist ouderengeneeskunde en klinisch farmacoloog
Amsterdam UMC, Universitair Medische Centra, Locatie AMC*