

Hoe gaan oudere patiënten om met polyfarmacie?

Een kwalitatief onderzoek

A.A. van Dooren ^{a*}, C.G.M. Sino ^b en J. van der Meer ^c

^a Opleiding Farmakunde, Hogeschool Utrecht.

^b Kenniscentrum Innovatie van Zorg, Hogeschool Utrecht.

^c Apotheek Workum, Workum.

* Correspondentie: ad.vandooren@hu.nl.

Kernpunten

- Zestien oudere patiënten zijn thuis geïnterviewd over hun meervoudige geneesmiddelengebruik.
- De meeste patiënten richten hun gehele dagindeling in rond hun geneesmiddelengebruik.
- Ondanks dat de patiënten denken therapietrouw te zijn, blijkt dat niet altijd het geval.
- Het vertrouwen van de geïnterviewde patiënten in huisarts en apotheker is groot; tegenstrijdige informatie van specialist en huisarts is soms wel problematisch.
- Openbare apothekers kunnen therapietrouw en medicatieveiligheid van oudere patiënten met polyfarmacie verbeteren door weekdoseersystemen te bevorderen en door patiënten thuis te interviewen en voor te lichten.

Uit diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat de oudere patiënt extra kwetsbaar is voor medicatiegerelateerde problemen en sneller last van bijwerkingen heeft dan jongeren [1-9]. Hiervoor is een aantal oorzaken aan te wijzen:

- farmacokinetiek en farmacodynamiek veranderen bij het ouder worden;
- bij meerdere (chronische) aandoeningen kunnen bepaalde therapieën met elkaar interageren;
- bij polyfarmacie neemt het risico op interacties toe;
- de verschillende behandelaars weten niet altijd van elkaar wat de ander heeft voorgeschreven;
- bij verminderde cognitie en/of functionele beperkingen is de toepassing van afwijkende doseringsvormen of ingewikkelde doseringsschema's moeilijker [5-7].

De Stichting Farmaceutische Kengetallen en de Harm-studie definiëren polyfarmacie als het gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen per dag [10-11]. Een van de resultaten van de Harm-studie luidde dat patiënten van 65 jaar en ouder een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames hadden als jongeren. Als risicofactoren noemt dit onderzoek: therapie-ontrouw, verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, niet zelfstandig wonen, multimorbiditeit en polyfarmacie en een aantal geneesmiddel(engroep)specifieke problemen [11].

Naar de manier waarop ouderen omgaan met hun medicatie is

Abstract

How are elderly patients dealing with their multiple medication? A qualitative survey

Objective

To determine the extent to which elderly patients experience and manage their (multiple) medication; which problems do they encounter with their drug use, to which extent are they adherent and how do they get their information about medication and administration?

Design

Semi-structured interviews were held with elderly patients in their home environment.

Methods

Sixteen patients (two males, fourteen females) were interviewed, aged 73-93, living independently or in various types of nursing homes. All respondents were patients registered in one pharmacy in a rural Dutch district.

Results

All patients contacted were willing to cooperate with the interviewing. No major differences in experiences with medication use were found with respect to residential circumstances. Many respondents tailored their everyday activities to their daily drug use. They got help from neighbours, family, or from health care professionals. Guidance and instructions for use by pharmacist or general practitioner were not always clear, particularly when prescriptions were also given by medical specialists. Patients were assuming they were fully therapy adherent, but this did not always appear to be the case, particularly when medications had not been arranged in weekly dosing schemes. Respondents showed a remarkable confidence in their doctor and pharmacist. Changes in medication packaging were considered annoying.

Conclusions

Although their drug use has a major impact on their daily time tables, patients did usually not regard this as a problem. Their confidence in the general practitioner and pharmacist was great, but the community pharmacist may improve patient adherence and therapeutic safety by consulting and informing elderly patients in their own home environment.

PW Wetenschappelijk Platform 2010;4(9):154-157

echter nog weinig onderzoek gedaan, hoewel het belang ervan wordt onderkend [12-16]. Moen e.a. meldden recent dat Zweedse ouderen die vijf of meer medicijnen per dag gebruikten, dankbaar waren voor het feit dat er medicatie beschikbaar was. Zij hadden echter ook angst voor bijwerkingen en bleken onzeker over het nut van de

Tabel 1
Topiclijst

Topics	Interviewvragen
Ervaringen ten aanzien van medicijn-gebruik in de woonsituatie	1. Wat betekent het voor u om vijf of meer verschillende geneesmiddelen per dag in te nemen? 2. Hoe past u dit in uw leven in? 3. Hoe organiseert u dat?
Begeleiding van geneesmiddelinname door derden	1. Wie begeleidt u bij het klaarzetten van de geneesmiddelen? 2. Wie helpt u bij bestellen en afhalen van geneesmiddelen? 3. Wie helpt u bij toedienen/innemen van de geneesmiddelen?
Voorlichtingsaspecten	1. Hoe weet u waarvoor en hoe vaak u uw medicijnen moet innemen? 2. Hoe weet u dat bij verschillende voorschrijvers? 3. Hoe ervaart u de voorlichting door de apotheek?
Therapietrouw	1. Vergeet u wel eens uw medicijnen in te nemen (welk middel specifiek, wanneer en waarom)? 2. Bent uw wel eens op eigen initiatief gestopt met een geneesmiddel (welk middel en waarom)?
Problemen bij toediening	1. Ondervindt u wel eens problemen bij toedienen/innemen van uw medicijnen (kunt u strips, flacons et cetera goed open krijgen; kunt u tabletten indien nodig gemakkelijk delen; heeft u moeite met toedienen van oogdruppels/inhalatievormen; kunt u de voorschriften goed lezen en/of onthouden)? 2. Heeft u nog andere problemen met betrekking tot uw medicijngebruik (ten aanzien van bijwerkingen, pijn bij het slikken, wijzigingen in de medicatie)?

medicatie. Het vertrouwen in de voorgeschreven medicatie hing samen met het vertrouwen in de voorschrijvende huisarts [16]. Om inzicht te krijgen in de manier waarop oudere patiënten hun geneesmiddelengebruik en de begeleiding en voorlichting daarbij organiseren, hebben we een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij zestien patiënten in de leeftijd van 72-93 jaar. Tevens hebben we onderzocht in hoeverre deze patiënten terapietrouw waren en of er een relatie was tussen de woonvorm en de wijze waarop patiënten hun medicatiegebruik organiseerden.

Methoden

De onderzoeksvraag luidde: hoe gebruiken patiënten van 65 jaar en ouder hun geneesmiddelen; hoe en door wie worden ze daarbij begeleid en voorgelicht; gebruiken ze hun medicatie volgens voorschrift; welke problemen ondervinden ze bij hun geneesmiddelengebruik? De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die zijn ingeschreven bij Apotheek Workum, van 65 jaar en ouder en die vijf of meer verschillende geneesmiddelen per dag gebruiken. De respondenten woonden zelfstandig, in een aanleunwoning of in een verzorgings-tehuis. Als inclusie criterium is een voldoende cognitieve geschiktheid van de patiënt gehanteerd. De beoordeling daarvan lag bij huisarts en apotheker. De halfgestructureerde interviews zijn door een farmakundige van de apotheek gehouden met behulp van een topiclijst (tabel 1). Alle interviews zijn binnen een tijdsbestek van drie weken afgenomen.

De reacties werden gerubriceerd in de volgende kernlabels: ervaringen, begeleiding, voorlichting, terapietrouw en ondervonden problemen. De opgenomen interviews zijn direct woord voor woord uitgetypt, indien nodig vertaald uit het Fries, geordend en gefragmenteerd en vervolgens gelabeld. Een tweede onderzoeker heeft de fragmenten eveneens gelabeld, waarna beiden tot consensus kwamen.

Therapietrouw, gedefinieerd conform de WHO-definitie [17], is gemeten door het apotheekinformatiesysteem te raadplegen. Onderscheid werd gemaakt tussen bewuste therapie-ontrouw (de patiënt kiest bewust ervoor om niet conform voorschrift in te nemen) en onbewuste therapie-ontrouw.

Resultaten

Populatie

Volgens het apotheekinformatiesysteem voldeden 258 patiënten aan de inclusiecriteria. Van hen woonden 195 zelfstandig, 34 in een verzorgingstehuis en 29 in een aanleunwoning. Uit deze populatie is een gestratificeerde aselecte steekproef genomen, hetgeen resulteerde in een onderzoekspopulatie van 10 zelfstandig wonende patiënten (79-92 jaar), 3 patiënten in een verzorgingstehuis (77-93 jaar) en 3 in een aanleunwoning (80-82 jaar). 10 patiënten woonden alleen en 6 met een partner. Van de 16 geïnterviewde patiënten waren 2 van het mannelijk geslacht. Het aantal verschil-

lende medicaties per dag varieerde van 6 tot 13. Alle patiënten werden cognitief geschikt geacht voor het interview. Alle benaderde patiënten waren bereid aan het onderzoek mee te werken.

Ervaringen

Vrijwel geen van de patiënten ervoer het medicijngebruik als vervelend of onaangenaam. Bij doorvragen bleek echter dat veel patiënten in hun dagelijks leven sterk rekening met het medicijngebruik hielden. Ze gingen bijvoorbeeld niet voor tien uur 's ochtends de deur uit en zorgden voor vier uur 's middags weer thuis te zijn, om geen medicatie te hoeven meenemen.

Begeleiding

Veel zelfstandig wonende patiënten bleken voor aanvragen en ophalen van de medicatie een beroep te doen op burens, kennissen of kinderen. Hierdoor konden ze de regie in eigen handen houden. De patiënten in het verzorgingsstehuis en de aanleunwoningen maakten vaak gebruik van de verzorgende van het tehuis of de thuiszorg.

Voorlichting

De vraag wie de patiënten voorlichtte, leidde geregeld tot verwondering; de respondenten zagen uitleg over de wijze van innemen en bijwerkingen niet als voorlichting. Het bleek dat de patiënten vaak blindelings vertrouwen hebben in de informatie van de apotheek. Ook het vertrouwen in de huisarts bleek zeer groot. Slechts 1 patiënt gaf aan dat de arts wel eens moeilijk te begrijpen was. Informatie over innametijdstippen en toedieningsvormen werd als zeer waardevol ervaren. 2 patiënten gaven aan geen voorlichting van de apotheek te hebben gekregen, waardoor onduidelijkheid was ontstaan. Het ging daarbij om het niet melden van een verandering van de verpakking of de tabletvorm. De patiënten haalden informatie over het gebruik van het etiket, maar de bijsluiters vonden ze lastig te begrijpen en lazen ze bewust niet.

3 patiënten ondervonden hinder van het feit dat ze te maken hadden met verschillende voorschrijvers. Bij 1 patiënt was het onduidelijk hoe haar parkinsonmedicatie gestart moest worden. De specialist had op het recept geschreven: 'volgens voorschrift', maar de patiënt had geen voorschrift of opbouwschema meegekregen, ook niet van de apotheek. Een andere patiënt kreeg tegenstrijdige adviezen van specialist en huisarts; uiteindelijk werd het advies van de huisarts gevolgd.

Therapietrouw

De meeste patiënten waren ervan overtuigd dat ze (bijna) nooit een tablet vergaten. Alleen het diureticum sloegen ze bewust wel eens over, om op zondag naar de kerk te kunnen gaan. Onbewuste therapie-ontrouw kwam echter vaker voor. Veel patiënten dachten dat innametijdstippen niet zo belangrijk zijn. Eén patiënt vergat 's avonds wel eens haar verapamil 120 mg; die nam ze dan de

volgende ochtend in zonder zich te realiseren dat ze dan ook al een 80 mg tablet innam. Een ander verdeelde de medicatie bewust over de dag om niet te veel tabletten tegelijk te hoeven innemen. Uit de informatie uit het apotheekinformatiesysteem bleek dat medicatie in 'losse' doosjes minder trouw werd ingenomen dan uitgezette medicatie, terwijl de patiënt veronderstelde wel therapietrouw te zijn. Van de 16 geïnterviewde patiënten maakten 10 gebruik van een weekdoos of een medicijnrol, 8 van hen gebruikten daarnaast ook losse doosjes; 6 gebruikten uitsluitend losse doosjes. De 8 patiënten die zowel een weekdoos als losse doosjes gebruikten, bleken het minst therapietrouw. De medicatie die uit losse doosjes werd gebruikt, betrof in 2 gevallen calciumtabletten en bij 6 patiënten een diureticum. Bij 1 reumapatiënt ging het om een NSAID en bij 3 patiënten om orale antidiabetica.

Ondervonden problemen

Veel patiënten gaven aan nooit last te hebben van bijwerkingen van hun medicatie. Bovendien zeiden ze niet te willen zeuren over eventuele klachten. De klachten werden niet altijd gerelateerd aan de medicatie. De werking van diuretica werd soms wel als vervelend ervaren. 3 patiënten beschreven een overgevoeligheid, in één geval zelfs zodanig dat ziekenhuisopname geïndiceerd was. In geen van deze gevallen waren deze verschijnselen in het apotheekinformatiesysteem van de apotheek ingevoerd. De toediening van de medicatie ging bijna alle geïnterviewden goed af, met uitzondering van oogdruppels en inhalatievloeistof. Wijzigingen in de verpakking en de naam van geneesmiddelen werden vaak als storend ervaren.

Beschouwing

Wat in de eerste plaats opvalt, is dat alle patiënten graag over hun medicatie vertelden. Veel patiënten stemden, vaak onbewust, hun hele dagindeling af op hun medicijngebruik. Ze waren echter dermate gewend aan hun medicatie, dat ze deze afstemming niet als een beperking of belasting zagen. Tussen de patiënten in de diverse woonvormen waren geen opvallende verschillen, met uitzondering van de bevinding dat zelfstandig wonende patiënten minder vaak om externe hulp vragen. Hulp van thuiszorg of apotheek werd gezien als het inleveren van de zelfstandigheid. Familieleden, buurvrouwen of kennissen werden wel vaak ingeschakeld. Het feit dat patiënten sterk aan hun zelfstandigheid hechten en niet willen zeuren, kan ook te maken hebben met de cultuur in het verzorgingsgebied van de apotheek.

Ten aanzien van voorlichting en informatie valt op dat de patiënten weinig kritisch waren over huisarts en apotheker. Het vertrouwen in hen was groot, hetgeen de bevindingen van Moen e.a. [16] bevestigt. Etiketten zijn een belangrijke informatiebron, in tegenstelling tot de bijsluiter. Tegenstrijdige informatie van specialist en huisarts was soms problematisch.

Veel patiënten dachten dat ze therapietrouw waren, terwijl dat in de

praktijk niet altijd het geval was. Therapie-ontrouw speelde vooral bij medicatie die niet in de weekdoos werd uitgezet. Ook met innametijden namen ze het vaak niet zo nauw. Als een medicijn werd vergeten, werd dat zo snel mogelijk (desnoods de volgende ochtend) alsnog ingenomen, waarbij zodoende soms een dubbele dosis werd ingenomen, zoals blijkt uit het geval van verapamil. Bewuste therapie-ontrouw kwam veel voor bij het gebruik van diuretica, zonder dat de patiënten dit als een probleem zagen. Omdat de interviewer verbonden was aan de plaatselijke apotheek en in een kleine gemeenschap als Workum geen onbekende was, bestaat het gevaar dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden gaven. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben beïnvloed, hoewel de teneur van de gesprekken en de openhartigheid van de respondenten doen vermoeden dat die invloed wel meeviel. De betrouwbaarheid van het onderzoek werd bevorderd door de interviews binnen korte tijd af te nemen. De interviewer heeft zich strikt gehouden aan de vooraf opgestelde interviewstructuur, en een inhoudelijke reactie (zoals bij de therapie-ontrouw bij verapamilinname, of een inhalatie-instructie) werd bewaard tot na het interview.

Een beperking van het onderzoek is de relatief kleine onderzoeks-populatie.

Over de externe validiteit kunnen geen uitspraken gedaan worden; het verdient aanbeveling een soortgelijk onderzoek ook bij andere apotheekverzorgingsgebieden – zoals in een (grote) stad – te herhalen en nader kwantitatief onderzoek uit te voeren.

De meest genoemde problemen bij het medicatiegebruik waren speciale toedieningsvormen en een verandering van verpakking of naam van de geneesmiddelen. Dit komt overeen met de bevindingen van Denneboom [9] en Van Wijck [8]. In één geval was een ziekenhuisopname noodzakelijk; mogelijk ten gevolge van een allergie, maar deze informatie kwam daarna niet terecht bij de apotheek.

Conclusies

Goede voorlichting en begeleiding door apotheek en arts lijken essentieel voor het slagen van een polyfarmaceutische behandeling. Met name voorlichting over het belang van therapietrouw, begeleiding bij het volgen van het juiste doseringsschema en bij veranderingen in de medicatie, lijken van groot belang. Dit kan het beste thuis bij de patiënt gebeuren. De levering van medicatie in een weekdoseersysteem kan bijdragen aan een optimale behandeling. Op deze wijze kan de apotheker mede zijn meerwaarde in de professionele zorgpraktijk vorm geven.

LITERATUUR

- 1 Tent M. Op consult bij het team geriater-apotheker. Unieke polikliniek polyfarmacie voor ouderen. *Pharm Weekbl* 2006;141(22):745-7.
- 2 Geneesmiddelen bij ouderen. In: van Loenen AC. *Farmacotherapeutisch Kompas*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2008. www.fk.cvz.nl/default.asp?soort=tekst&naam=inl%20geneesmiddelen%20bij%20ouderen. Geraadpleegd 30 december 2008.
- 3 van Dijk C, Verheij R, Schellevis F. Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet* 2009;52(7):315.
- 4 van der Cammen TJM, Dijkers FW, Heerdink ER, et al. Polyfarmacie. Altijd schadelijk of ook voordelig? In: Keeman JN, de Leeuw PJ, Mazel JA, et al., red. *Het Medisch Jaar* 2006. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006. p. 62-98.
- 5 Jansen PAF. Werkgroep Klinische GerontoFarmacologie. Geneesmiddeleninteracties bij ouderen: welke zijn klinisch relevant? *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:595-9.
- 6 Jansen PAF. Valkuilen bij medicatiegebruik door ouderen. *Geneesmiddelenbulletin* 2000;34:53-9.
- 7 Jansen PAF, de Smet PAGM. Veranderingen van het ouder worden maken farmacotherapie complex. Optimalisering van polyfarmacie. *Pharm Weekbl* 2004;139(45):1474-7.
- 8 van Wijck F. Medicatiebegeleiding bij ouderen. Blijven communiceren om gebruiksproblemen te voorkomen. *Pharm Weekbl* 2004;139(45):1478-9.
- 9 Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, et al. User-related pharmaceutical care problems and factors affecting them: the importance of clinical relevance. *J Clin Pharm Ther* 2005;30(3):215-23.
- 10 Polyfarmacie. *Pharm Weekbl* 2005;140(32):968.
- 11 van den Bemt PMLA, Egberts TCG. Hospital Admissions Related to Medication. 2006. www.knmp.nl/download-bestanden/knmp-vandaag-2/publicaties-knmp/nieuws-en-persberichten/eindrapport_harm-nov-2006.pdf. Geraadpleegd 5 september 2008.
- 12 Tent M. Ouderen verdienen extra aandacht. Review van medicatie leidt tot verbetering. *Pharm Weekbl* 2008;143(10):20-4.
- 13 Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, et al. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58(6):648-64.
- 14 Barat I, Andreassen F, Damsgaard EMS. The consumption of drugs by 75-year old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56:501-9.
- 15 Barat I, Andreassen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly. What doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51(6):615-22.
- 16 Moen J, Bohm A, Tillenius T, et al. "I don't know how many of these [medicines] are necessary". A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns* 2009;74(2):135-41.
- 17 Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health Organization 2003. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.