

Eindrapport

Optimaliseren van medicatie- gebruik bij ouderen

*Een evaluatie in opdracht van
het ministerie van VWS*



Eindrapport

Optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen

Een evaluatie in opdracht van het ministerie van VWS

29 februari 2024

Auteurs

Dr. Mette Heringa (SIR), dr. Marcia Vervloet (Nivel), dr. Sanne Bakker-Verdoorn (SIR), Sanne Bakker MSc (SIR), dr. Kim de Groot (Nivel), Rowan Karg MSc (SIR), dr. Bart Knottnerus (Nivel), dr. Thomas Kempen (Universiteit Utrecht), dr. Henk-Frans Kwint (SIR), prof. dr. Marcel Bouvy (Universiteit Utrecht), prof. dr. Liset van Dijk (Nivel).

Met dank aan: Shad Hussein BSc (masterstudent farmacie), drs. Daphe Philbert (Universiteit Utrecht), dr. Marle Gemmeke (Universiteit Utrecht), drs. Petra Hoogland (Service Apotheek), dr. Marinda Spies (NControl), Ilo Boukes MSc (ZIN), dr. Margriet van Rees (Ouderenberaad Zuid-Holland Noord), Idagreet Humalda (Patiënt Partners), drs. Hetty Prins (AMP), dr. Annemieke Floor-Schreudering (voorheen SIR), alle deelnemende zorgverleners en patiënten/burgers.

Opdrachtgever

© Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Begeleidingscommissie ingesteld door VWS

Mr. Léon Wever (voorzitter), drs. Charlotte Stein (klinisch geriater Ziekenhuis Gelderse Vallei), dr. Sander van Doorn (huisarts Maarssenbroek / epidemioloog Juliuscentrum UMC Utrecht), drs. Michèle Hermans-De Craan (kaderapotheker Kwetsbare ouderen, openbaar apotheker bij Planeten Apotheek), dr. Joanna Klopotoska (assistant professor pharmacoinformatics Amsterdam UMC), dr. Anne Leendertse (patiëntenvertegenwoordiger), Noortje Schlattmann/Valérie Schipper (wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), met ondersteuning vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Theda Mansholtstraat 5b, 2331JE Leiden, www.sirstevenshof.nl
Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg), Postbus 1568, 3500BN Utrecht, www.nivel.nl
Universiteit Utrecht, Departement Farmaceutische Wetenschappen, Universiteitsweg 99, 3584CG Utrecht, www.uu.nl

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Samenvatting.....	4
Aanbevelingen.....	10
Inleiding	14
Methode	16
Werkwijze stap 1: Literatuuronderzoek	16
Werkwijze stap 2: Databaseonderzoek.....	19
Werkwijze stap 3: Vragenlijstonderzoek openbaar apothekers en huisartsen	20
Werkwijze stap 4: Vragenlijstonderzoek patiënten	21
Werkwijze Stap 5: Groepsinterviews	21
Opstellen aanbevelingen.....	22
Resultaten	23
Stap 1: literatuuronderzoek	23
Stap 2: database-onderzoek.....	28
Stap 3: vragenlijstonderzoek openbaar apothekers en huisartsen	36
Stap 4: vragenlijstonderzoek patiënten	48
Stap 5: groepsinterviews	56
Beschouwing en conclusie	65
Bijlage A: onderzoeksvragen	71
Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)	73
Bijlage C: onderzoeksmethodiek / database-opbouw (stap 2)	91
Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)	93
Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4).....	113
Bijlage F: topic guides groepsinterviews (stap 5)	119

Samenvatting

Suboptimaal medicatiegebruik kan leiden tot gezondheidsklachten en ziekenhuisopnames, vooral bij ouderen die veel geneesmiddelen gebruiken. Om gezondheidsschade bij de groeiende groep ouderen te voorkómen, is het optimaal instellen van hun medicatiegebruik van belang. Openbaar apothekers en huisartsen werken daarom aan het optimaliseren van het medicatiegebruik bij ouderen (samen met andere eerstelijns zorgverleners zoals de wijkverpleging). Dit gebeurt door het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, door minderen en stoppen van medicatie en door valpreventie. De ontwikkelde Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen¹ is daarbij richtinggevend. Naar aanleiding van deze ontwikkelingen heeft het ministerie van VWS opdracht gegeven tot een onderzoek naar de stand van zaken wat betreft het optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen. Daarbij heeft VWS de volgende doelen meegegeven:

- Vaststellen hoe de interventies medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie bijdragen aan het optimaliseren van het medicatiegebruik bij ouderen.
- Bepalen van het effect van medicatiebeoordelingen en het minderen en stoppen van medicatie op het aantal medicatie-incidenten, ziekenhuisopnames en overlijdens.
- Formuleren van nieuwe gerichte aanbevelingen aan alle betrokken partijen om de medicatieveiligheid op lokaal, regionaal of nationaal niveau te verbeteren.

In box 1 onderaan deze samenvatting staan de definities van de kernbegrippen binnen dit onderzoek.

Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn vijf onderzoeksmethoden ingezet, zie figuur 1:

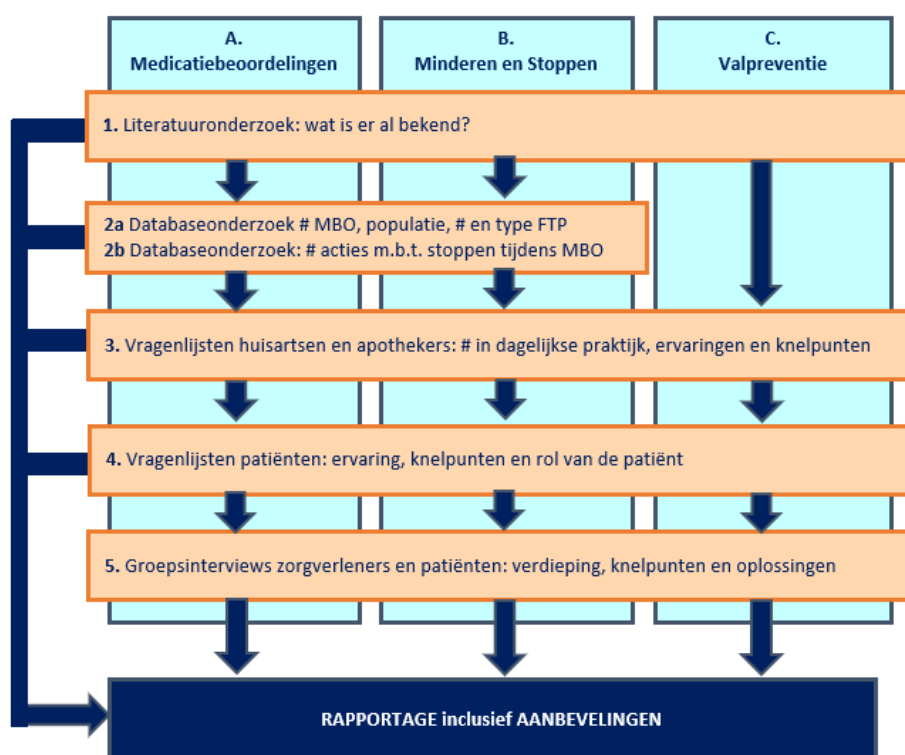
- Stap 1 betrof een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en medicatiegerelateerde valpreventie, voortbouwend op beschikbare richtlijnen.
- In stap 2 is een database-onderzoek verricht, gebruikmakend van twee bronnen. Ten eerste is op grond van de Vektis-database (met landelijke dekking van zorgdeclaratiegegevens) over de periode 2017-2022 gekeken naar de aantallen gedeclareerde medicatie-beoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie. Ten tweede zijn door apothekers vastgelegde gegevens over de inhoud van medicatiebeoordelingen geanalyseerd. Deze waren afkomstig uit NControl, een webapplicatie waarmee een derde van de Nederlandse openbare apotheken werkt. Op grond van gegevens uit NControl is ook de afhandeling van medisch-farmaceutische beslisregels gericht op minderen en stoppen van medicatie in kaart gebracht.
- In stap 3 is vragenlijstonderzoek gedaan onder openbaar apothekers en huisartsen gezien de primaire rol van deze beroepsgroepen bij het uitvoeren van Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen. Daarbij lag de focus op het in kaart brengen van de huidige praktijk en belemmerende en bevorderende factoren.
- Stap 4 betrof een vragenlijst onder een panel van patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken. De vragenlijst ging in op hun ervaring en wensen omtrent medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie.
- In stap 5 zijn online groepsinterviews uitgevoerd met patiënten, huisartsen en openbaar apothekers. In aanvulling daarop zijn groepsinterviews gedaan met praktijkverpleegkundigen/ praktijkondersteuners (beide verder te noemen POH's) en wijkverpleegkundigen/verzorgenden.

¹ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen 2012 met Module Medicatiebeoordeling 2019 en Module Minderen en stoppen van medicatie 2020 [<https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>]

Samenvatting

POH's zijn vanuit de programma's voor chronische zorg in toenemende mate betrokken bij o.a. de follow-up van medicatiebeoordelingen. De wijkverpleging heeft direct zicht op problemen in het medicatiegebruik bij thuiswonende ouderen: belangrijke input voor medicatie-evaluaties. De groepsinterviews gingen in op ervaringen, barrières en oplossingen wat betreft de medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie, minderen en stoppen en medicatiegerelateerde valpreventie.

Tot slot zijn aanbevelingen opgesteld. Eerst zijn de belangrijkste bevindingen per onderzoeksstap geclusterd in vijf thema's: I) medicatiebeoordelingen en andere interventies; II) patiënt centraal & samen beslissen; III) samenwerking, organisatie en communicatie; IV) gegevensuitwisseling en -vastlegging en V) vergoeding. Per thema werden uit de onderzoekresultaten barrières voor implementatie geïdentificeerd. Vervolgens is gekeken welke oplossingsrichtingen uit het onderzoek naar voren kwamen. Op grond daarvan zijn aanbevelingen opgesteld.



Figuur 1: Opbouw onderzoek Optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen
FTP = farmacotherapiegerelateerd probleem; MBO = medicatiebeoordeling

Resultaten

Medicatiebeoordelingen dragen bij aan het verminderen van farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's), waaronder medicatiefouten. Dit blijkt uit het literatuuronderzoek (stap 1) en is in lijn met eerdere conclusies uit de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen². Onderzoek dat de effectiviteit van medicatiebeoordelingen op klinische eindpunten zoals ziekenhuisopnames en mortaliteit eenduidig aantoont, ontbreekt. Voor andere vormen van medicatie-evaluatie geldt dit eveneens. Ten aanzien van minderen en stoppen laat de literatuur zien dat het mogelijk is om met gerichte interventies ongewenst medicatiegebruik te verminderen. Dit vraagt wel substantiële inspanningen van huisartsen en apothekers. De beschikbaarheid van onderzoek naar de effecten van minderen en stoppen op lange termijn wat betreft veiligheid en effectiviteit is minimaal. Valpreventie-interventies blijken vooral effectief indien deze multifactorieel zijn en dus niet alleen aandacht besteden aan medicatie maar ook aan o.a. fysieke oefening. Voor het invullen van de medicatiegerelateerde component van valpreventie is STOPPFall³ een praktisch hulpmiddel voor voorschrijvers en apothekers. Dit is een lijst met adviezen omtrent de toepassing van valgevaarlijke medicatie.

Het database-onderzoek (stap 2) laat zien dat het aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen schommelt in de periode 2017-2022, met een dalende trend. In 2022 zijn ruim 100.000 medicatiebeoordelingen gedeclareerd. Door wisselingen in contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners in combinatie met de COVID-19 pandemie is eenduidige interpretatie van de dalende trend lastig. Gedurende de onderzoeksperiode werd circa 85% van de medicatiebeoordelingen uitgevoerd bij patiënten met polyfarmacie. Ongeveer driekwart van de patiënten die een medicatiebeoordeling kregen was 70 jaar of ouder en ongeveer 65% was 75 jaar of ouder. De aantallen declaraties van facultatieve zorgprestaties op het gebied van medicatie-evaluaties waren beperkt: enkele duizenden per jaar. Dit is in lijn met de beperkte en wisselende contractering per zorgverzekeraar op dit terrein tot nu toe.

Gegevens uit NControl laten een stabiel beeld zien wat betreft de farmacotherapiegerelateerde problemen die bij medicatiebeoordelingen worden gevonden. Per medicatiebeoordeling worden circa vier FTP's geregistreerd, waarbij onderbehandeling en overbehandeling het vaakst voorkomen. De registratie in NControl laat verder zien dat er steeds meer medisch-farmaceutische beslisregels (MFB's) op het gebied van minderen en stoppen zijn geïntroduceerd als hulpmiddel bij het minderen en stoppen. Bij circa 10% van deze MFB-signalen aanpassing van de medicatie plaatsvindt (wat hoog is ten opzichte van andere medicatiebewakingssignalen).

De resultaten van de vragenlijsten uit stap 3 laten zien dat 90% van de deelnemende openbaar apothekers en 72% van de deelnemende huisartsen graag meer medicatiebeoordelingen zou uitvoeren. De vragenlijsten zijn ingevuld door 200 openbaar apothekers en 108 huisartsen, met een spreiding van achtergrond- en praktijkkenmerken in lijn met de totale beroepsgroepen. Tijd is voor de respondenten een belangrijke beperkende factor in de uitvoering, evenals, in wisselende mate, financiering. Ook de soms ervaren inefficiëntie in gegevensuitwisseling, samenwerking en follow-up worden als belemmering gezien. Naast medicatiebeoordelingen vinden ook diverse andere vormen

² Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012 met Module Medicatiebeoordeling 2019 en Module Minderen en stoppen van medicatie 2020 [<https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>]

³ Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbinska K, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing DrugsAge Ageing. 2021 Jun 28;50(4):1189-1199

van medicatie-evaluatie structureel plaats. Dit betreft met name farmacotherapeutische analyses bij patiënten met medicatie op rol.

De Module Minderen en stoppen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen en de bijbehorende kennisdocumenten onder de apothekers zeer goed bekend (92% respectievelijk 82%). Onder de huisartsen is de richtlijnmodule bij 69% bekend en de kennisdocumenten bij 36%. Minderen en stoppen vindt met name plaats tijdens medicatiebeoordelingen of via gerichte screening (al dan niet ondersteund door MFB's) door huisartsen en/of apothekers. Medicatie minderen en stoppen ervaren huisartsen en apothekers als complex door de energie die nodig is om patiënten te motiveren en door de benodigde afstemming met andere zorgverleners (bijv. specialisten in het ziekenhuis). Twee derde van de huisartsen besteedt structureel aandacht aan valpreventie, waarbij de medicatiecomponent in wisselende mate aandacht krijgt. Apothekers besteden met name als onderdeel van medicatiebeoordelingen aandacht aan valpreventie. Slechts een minderheid van de apothekers doet dit ook op andere manieren, bijvoorbeeld door patiëntavonden of werkgroepen met andere zorgverleners.

Patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken vinden goed en veilig medicatiegebruik een gedeelde verantwoordelijkheid van henzelf, de voorschrijver en de apotheker. Dat blijkt uit de online vragenlijst uit stap 4 die is ingevuld door 4221 patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken, onder wie 3073 ouderen (65+), bij wie in 1728 gevallen sprake was van polyfarmacie. Praktisch opgeleiden waren ondervertegenwoordigd. Ongeveer de helft van de ouderen met polyfarmacie weet dat medicatiebeoordelingen bestaan. Patiënten met ervaring met een medicatiebeoordeling of ander gesprek over hun geneesmiddelen geven aan dat dit leidt tot meer begrip van en vertrouwen in de medicatie. Bij ongeveer een derde was ook sprake van minder gezondheidsklachten. Van de patiënten die ervaring hebben met een medicatiebeoordeling ziet circa de helft geen verbeterpunten voor de medicatiebeoordeling. Bij de patiënten die wel verbeterpunten zien komen meer aandacht voor de wens van de patiënt en zichtbare betrokkenheid van voorschrijvers bij de medicatiebeoordeling het sterkst naar voren.

In stap 5 zijn groepsinterviews uitgevoerd met patiënten en zorgverleners. Patiënten vinden meer aandacht voor medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en valpreventie wenselijk. Net als in het vragenlijstonderzoek blijkt ongeveer de helft van de patiënten bekend te zijn met het bestaan van medicatiebeoordelingen. Ongeveer de helft van de patiënten in de groepsinterviews geeft aan dat ze vinden dat de eindverantwoordelijkheid voor medicatiegebruik bij henzelf ligt. De andere helft vindt dat zij niet zelf eindverantwoordelijk kunnen zijn omdat niet zij, maar de zorgverlener de experts zijn; dit vraagt dus een verschillende benadering bij gezamenlijke besluitvorming.

De groepsinterviews met zorgverleners laten zien dat bij alle beroepsgroepen (huisartsen, apothekers, POH en wijkverpleging) medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie onder druk staan, ondanks dat de zorgverleners deze als zinvol ervaren. Personeelstekort en tijdgebrek vormen daarbij de grootste knelpunten. Ook het ontbreken van een kostendekkende vergoeding door de zorgverzekeraar draagt eraan bij. Daarnaast verschillen de vergoedingscondities per zorgverzekeraar en valt de medicatiebeoordeling bij een aantal zorgverzekeraars binnen het eigen risico. Het rekening houden met al deze factoren maakt het selecteren en uitnodigen van patiënten in de dagelijkse praktijk complex. Ook inefficiëntie in samenwerking (binnen de eerste lijn en met de tweede lijn), communicatie en elektronische gegevensuitwisseling worden als belemmerende factoren ervaren. De wijkverpleging en POH's geven aan een grotere rol te kunnen spelen bij optimalisatie van het medicatiegebruik van ouderen, aangezien zij de patiënt het meeste in de thuissituatie zien. Hiermee wordt invulling gegeven aan een brede eerstelijns samenwerking.

Huisartsen, apothekers en POH's vinden het voeren van het gesprek over minderen en stoppen uitdagend. Dit vraagt om vertrouwen van de patiënt en om voldoende scholing en ervaring van zorgverleners.

De bevindingen van bovengenoemde stappen hebben in samenhang geleid tot de 15 aanbevelingen verdeeld over vijf thema's in het volgende hoofdstuk.

Beschouwing van de beperkingen

Literatuuronderzoek laat zien dat deze zorg het aantal FTP's vermindert, maar uitkomsten op harde eindpunten ontbreken. Dit komt doordat de onderzoeksopzet van interventie-onderzoek het meestal niet mogelijk maakt om uitspraak te doen over langetermijneffecten en relatief weinig voorkomende uitkomsten zoals ziekenhuisopnames. Qua mate van implementatie heeft het gebruik van routinezorgdata de beperking dat een onderschatting kan plaatsvinden doordat niet gecontracteerde en niet-geregistreerde zorg niet zichtbaar is. Dit lijkt vooral aan de orde voor andere vormen van medicatie-evaluatie dan de medicatiebeoordeling. Daarnaast maakt de steeds wijzigende contractering tussen zorgverzekeraar en zorgverlener de declaratiedata inconsistent. De data uit NControl kennen geen landelijke dekking. Door de consistentie met de Vektis-data en de data uit andere onderzoeksstappen is het wel aannemelijk dat ze een goed beeld van de Nederlandse apotheekpraktijk geven. Wat betreft de vragenlijsten en groepsinterviews leken de deelnemers representatief voor de eerstelijns zorgverleners. Het valt wel te verwachten dat zorgverleners met relatief veel interesse in de bevraagde onderwerpen deel hebben genomen aan de vragenlijsten en groepsinterviews. Dit geldt ook voor de patiënten. Daardoor is mogelijk een positiever beeld over de interventies ontstaan dan in de algemene praktijk gangbaar is.

Conclusie

Patiënten en zorgverleners vinden medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en medicatiegerelateerde valpreventie belangrijk voor de medicatieveiligheid. Deze vormen van zorg monitoren en bevorderen de kwaliteit van farmacotherapie bij ouderen in de eerste lijn die chronisch meerdere geneesmiddelen gebruiken. Dit blijkt uit de daling van het aantal FTP's en medicatiefouten. Het is niet vast te stellen in welke mate ziekenhuisopnames en overlijdens hierdoor afnemen.

Het uitvoeren van de in dit rapport bestudeerde interventies in de eerste lijn staat onder druk door tijd- en personeelsgebrek, onvoldoende financiering en inefficiëntie in de communicatie tussen zorgprofessionals. Om deze zorg en daarmee de medicatieveiligheid te borgen voor de toekomst is structurele inbedding van deze multidisciplinaire farmacotherapeutische zorg nodig. Ook is doelmatige samenwerking met elektronische gegevensuitwisseling noodzakelijk.

Medicatiegerelateerde valpreventie moet ingebed worden in multidisciplinaire valpreventie-interventies om effectief te zijn. Daarnaast dienen zorgverleners en patiënten zich beter bewust te zijn van het belang van gezamenlijk besluitvorming en gezamenlijk vastgestelde behandeldoelen. Zo wordt de regierol van de patiënt daar waar mogelijk benut en vergroot. Dit vraagt ook om meer publieke bekendheid met medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie.

Box 1: kernbegrippen¹

Medicatiebeoordeling MBO: een integrale beoordeling van de farmacotherapie door patiënt (of mantelzorger), arts en apotheker met als doel het optimaliseren van de effectiviteit van de farmacotherapie en het verminderen van de kans op farmacotherapiegerelateerde problemen. Een medicatiebeoordeling is de meest intensieve vorm van medicatie-evaluatie.

Proces:¹ stap 1) farmacotherapeutische anamnese middels gesprek met patiënt; stap 2) farmacotherapeutische analyse met identificeren van FTP's; stap 3) overleg arts en apotheker om farmacotherapeutisch behandelplan op te stellen; stap 4) overleg met patiënt om farmacotherapeutisch behandelplan vast te stellen; stap 5) follow-up en monitoring.

Doelgroep:¹ patiënten bij wie de meeste kans op een FTP bestaat. Dit betreft in ieder geval patiënten van 75 jaar en ouder die 10 of meer geneesmiddelen gebruiken en/of ouderen bij wie sprake is van kwetsbaarheid.

Farmacotherapiegerelateerd probleem (FTP): (risico op) een gebeurtenis of omstandigheid met betrekking tot de farmacotherapie die mogelijk leidt tot een suboptimale behandeluitkomst zoals een bijwerking, een onjuiste dosering, een probleem bij het gebruik, overbehandeling (geneesmiddelen in gebruik waarvoor geen indicatie meer is) en onderbehandeling (niet alle aandoeningen/klachten worden afdoende behandeld). Een deel van de FTP's betreft medicatiefouten: fouten in het proces van voorschrijven, afleveren, of toedienen/gebruiken van geneesmiddelen.

Ouderen: personen van 70 jaar of ouder.

Polyfarmacie: chronisch gebruik van 5 of meer (polyfarmacie) dan wel 10 of meer (hyper-polyfarmacie) verschillende geneesmiddelen, exclusief dermatologische preparaten.

Andere vormen van medicatie-evaluatie:¹ medicatie-evaluaties die niet alle aspecten of componenten van een medicatiebeoordeling omvatten. Voorbeelden zijn de 'gerichte farmacotherapieanalyse' zonder consult met de patiënt (veel voorkomend bij patiënten met medicatie op rol en/of patiënten wonend in een zorginstelling) en het 'gerichte medicatieconsult', waarbij niet de integrale farmacotherapie maar een deelaspect geëvalueerd wordt in een consult met de patiënt, bijvoorbeeld gericht op een specifiek geneesmiddel, een specifieke aandoening of een specifieke zorgvraag.

Minderen en stoppen van medicatie: Het proces van onder toezicht van een zorgverlener minderen en/of stoppen van medicatie waarvoor naar de mening van patiënt (of diens vertegenwoordiger) en/of behandelaar onvoldoende reden voor het gebruik (meer) bestaat of waarvan de balans tussen effectiviteit en veiligheid negatief is geworden¹. Synoniem: 'deprescribing'. Minderen en stoppen kan onder andere plaatsvinden tijdens een medicatiebeoordeling of bij een andere vorm van medicatie-evaluatie.

Valpreventie: zorgactiviteiten gericht op het verminderen van valincidenten bij ouderen. Bij valpreventie kan aandacht besteed worden aan valgevaarlijke medicatie: medicatie waarvan bekend is dat deze de kans op vallen verhoogt, bijvoorbeeld doordat deze sufheid of duizeligheid veroorzaken. Naast deze medicatiegerelateerde valpreventie kunnen ook fysieke training (o.a. balans) en aanpassing van de leefomgeving (hulpmiddelen, minder drempels) bijdragen aan vermindering van het valrisico. Medicatiegerelateerde valpreventie kan onder andere plaatsvinden tijdens een medicatiebeoordeling of bij een andere vorm van medicatie-evaluatie.

Medicatie op rol: een geïndividualiseerde distributievorm waarbij de medicijnen voor een patiënt per dag per innamemoment in een zakje worden geleverd (waarbij de zakjes gezamenlijk een rol vormen voor 1 of 2 weken) om de ordening en inname voor de patiënt te vereenvoudigen.

Medisch-farmaceutische beslisregel (MFB): een algoritme waarmee een zorginformatiesysteem op grond van vastgelegde patiëntkenmerken en medicatiegebruik een signaal kan genereren om een zorgverlener te attenderen op een mogelijk risicovolle of suboptimale situatie aangaande het medicatiegebruik van een individuele patiënt. Voorbeeld: het signaleren wanneer een patiënt ouder dan 75 jaar geneesmiddelen met een sterke anticholinerge werking gebruikt (vanwege de grote kans op bijwerkingen).

¹Definities sluiten aan bij de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen inclusief de onderliggende richtlijnmodules (2012-2020).

Aanbevelingen

Medicatiebeoordelingen en andere interventies

AANBEVELING 1: Voer bij alle oudere patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken periodiek een vorm van medicatie-evaluatie uit.

Uitvoering vindt plaats door openbaar apothekers samen met huisartsen en POH's en indien van toepassing wijkverpleging. De Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen, de LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie⁴ en relevante monodisciplinaire richtlijnen⁵ worden hierbij gevolgd. Betrokken zorgverleners (openbaar apotheker, huisarts, POH, wijkverpleegkundige) bepalen in onderlinge afstemming welke frequentie en vorm van medicatie-evaluatie voor de betreffende patiënt adequaat is. Kwetsbaarheid, complexiteit en veranderingen in de situatie van de patiënt zijn hierbij leidend.

AANBEVELING 2: Integreer medicatiegerichte valpreventie in multidisciplinaire valpreventie-interventies.

Van een valpreventie-interventie uitsluitend gericht op medicatie is het effect onduidelijk. Daarom is een multidisciplinaire aanpak met meerdere componenten nodig, zoals plaatsvindt binnen wijkgerichte ouderenzorgprogramma's. Om aandacht voor medicatie te borgen dient de apotheker bij dergelijke valpreventieprogramma's/-projecten betrokken te zijn. Eerstelijnszorgverleners dienen hier bij de opzet van dergelijke projecten alert op te zijn.

AANBEVELING 3: Stimuleer onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie en in het bijzonder van minderen en stoppen van medicatie.

Om verschillende vormen van medicatie-evaluatie (waaronder medicatiebeoordelingen) bij verschillende doelgroepen te kunnen vergelijken en de effecten op harde uitkomstmaten vast te stellen, is nader onderzoek nodig. Dit geldt in het bijzonder voor minderen en stoppen, waarbij speciale aandacht voor de veiligheid van belang is gezien het gebrek aan gegevens over de klinische effecten van stoppen. Aangezien vanuit de markt geen initiatief tot onderzoek naar medicatie-evaluatie en in het bijzonder minderen en stoppen verwacht kan worden, is inzet van overheidsmiddelen nodig. Zie ook aanbeveling 13 over registratie van uitkomsten.

Patiënt centraal & samen beslissen

AANBEVELING 4: Ga bij start van een geneesmiddelbehandeling met de patiënt in gesprek over de verwachte gebruiksduur en evaluatiemomenten van een geneesmiddelbehandeling.

Dit is een taak van zowel de voorschrijver als het apotheketeam. Wanneer reeds bij start aangegeven wordt dat medicatiegebruik ook op een zeker moment weer gestopt kan worden, vergemakkelijkt dit het gesprek over minderen en stoppen. Huisartsen, POH's en apotheketeams dienen afspraken te

⁴ Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken Organisatie van zorg bij chronische medicatie, NHG, V&VN, KNMP 2020.

⁵ Richtlijnen gericht op specifieke deelpopulaties zoals de KNMP-richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievorm (GDV) 2022

maken over uniforme communicatie met patiënten over dit onderwerp en de beschikbare informatie van de beroepsorganisaties daarbij te gebruiken.

AANBEVELING 5: Vergroot de expertise van openbaar apothekers, huisartsen en POH's wat betreft het uitvoeren van het minderen en stoppen van medicatie.

Minderen en stoppen van medicatie is geen doel op zich. Het gaat om het afstemmen van medicatie op de wens, mogelijkheden en levensfase van de patiënt. Zolang overgebruik en bijwerkingen van medicatie substantieel voorkomen, is het van belang dat huisartsen, POH's en openbaar apothekers hier alert op zijn en adequaat kunnen handelen. Scholing van deze zorgverleners op basis van de beschikbare richtlijnen is nodig, waarbij met name voor apothekers gespreksvoering om patiënten te motiveren tot minderen en stoppen een belangrijk onderdeel is. Beroeps- en scholingsorganisaties hebben hier een centrale rol in.

AANBEVELING 6: Vergroot de bekendheid van burgers met de mogelijkheden van medicatie-evaluatie.

Om burgers bekender te maken met de mogelijkheden van medicatie-evaluatie is lokale communicatie nodig door apothekers, huisartsen en wijkverpleging en landelijke communicatie nodig vanuit overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroepen. Bewustwording van de risico's van medicatiegebruik dient daarbij gekoppeld te worden aan de zorg die de apotheker in samenwerking met huisarts, POH en wijkverpleging kan leveren om veilig medicatiegebruik te bevorderen.

AANBEVELING 7: Stimuleer patiënten een rol in de besluitvorming te nemen en problemen/incidenten die mogelijk samenhangen met medicatiegebruik te melden aan hun zorgverleners.

Openbaar apothekers, huisartsen, POH en wijkverpleging dienen patiënten te ondersteunen bij het invullen van hun rol in de besluitvorming, passend bij de wens en mogelijkheden van de patiënt. Dit kan door vooraf handvatten voor het gesprek te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van het aanbieden voorbereidende vragen. Deze dienen de genoemde zorgverleners structureel toe te passen. Integratie van de voorbereidende vragen in de zorginformatiesystemen is daarvoor wenselijk. Ook eventuele mantelzorgers dienen bij de besluitvorming betrokken te worden.

Verder dienen apothekers, huisartsen, POH's en wijkverpleging burgers te stimuleren mogelijke problemen met medicatiegebruik en optredende incidenten laagdrempelig te melden, bijvoorbeeld via een PGO (Persoonlijke gezondheidsomgeving). Dat bevordert interveniëren door zorgverleners en het bevordert een actieve rol van patiënten in de geneesmiddelbehandeling.

Samenwerking, organisatie en communicatie

AANBEVELING 8: Vergroot de beschikbare tijd voor medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie bij huisartsenpraktijken, openbare apotheken en wijkverpleging.

Tijdgebrek en personeelstekort bij zorgverleners bedreigen het optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen. Versterk vanuit de overheid in samenspraak met de beroepsgroepen de lopende activiteiten ter vermindering van administratieve lasten (o.a. voortkomend uit geneesmiddeltekorten) en stimuleer initiatieven om de logistieke activiteiten efficiënter te laten verlopen. Zorg tevens voor adequate financiering, zie Aanbeveling 14.

AANBEVELING 9: Stimuleer vaste interprofessionele samenwerkingsverbanden tussen huisarts, openbaar apotheker en wijkverpleging.

Elkaars expertise kennen en benutten staat centraal. Om dit te realiseren dient interprofessionele educatie in de opleidingen van alle (eerstelijns)zorgverleners onderdeel van het curriculum te zijn. Ook professionele standaarden (richtlijnen) van de beroepsgroepen dienen interprofessionele samenwerking te bevorderen, in lijn met LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie. Gebrek aan overlap tussen het verzorgingsgebied van huisartsenpraktijk, apotheek en wijkverpleging leidt tot minder samenwerking, terwijl gezondheidscentra samenwerking bevorderen. Met name in grote steden is actief beleid van overheden nodig om versnippering te voorkomen en korte lijnen en vaste aanspreekpunten te realiseren door vaste teams van samenwerkende zorgverleners in de wijk.

AANBEVELING 10: Verbeter de taakverdeling bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie.

Per samenwerkingsverband dienen huisarts en openbaar apotheker samen met POH en wijkverpleging afspraken te maken over de taakverdeling bij medicatie-evaluaties, waarbij de coördinatie duidelijk belegd is. POH's, doktersassistenten, farmaceutisch consulenten en apothekersassistenten kunnen met voldoende scholing ingezet worden bij specifieke onderdelen van medicatie-evaluatie zoals planning en follow-up (dit kan tevens bijdragen aan hun werkplezier). Voor het selecteren van patiënten dient structureel gebruik gemaakt te worden van de signalen van de POH en wijkverpleging, die nauw contact hebben met de (kwetsbare) patiënt thuis en diens medicatiegebruik. Zie ook aanbeveling 12 voor de digitale ondersteuning van de samenwerking.

AANBEVELING 11: Spreek regionaal af hoe afstemming tussen de eerste en tweede lijn plaatsvindt over door specialisten gestarte of voorgeschreven medicatie voor patiënten in de eerste lijn.

Bestaande landelijke documenten over de verantwoordelijkheid voor (herhaal)receptuur⁶ moeten uitgebreid worden met werkafspraken voor effectieve afstemming tussen de eerste en tweede lijn (regionaal per ziekenhuis) in transmurale overleggen van voorschrijvers en apothekers. Bij terugverwijzing naar de eerste lijn dient voor gestarte of gewijzigde farmacotherapie het behandelplan met advies over wel/niet stoppen in de toekomst ook doorgegeven te worden.

Gegevensuitwisseling en -vastlegging

AANBEVELING 12: Ondersteun het samenwerkingsproces bij medicatie-evaluatie met elektronische gegevensuitwisseling tussen openbaar apotheker, huisarts en POH en indien van toepassing wijkverpleging.

Een uitwisseling van het behandelplan met interventies, taakverdeling en afspraken over follow-up bevordert efficiënte en effectieve samenwerking. Deze uitwisseling vindt bij voorkeur op basis van een landelijke informatiestandaard. Randvoorwaarde hierbij is dat de verbeteringen in de gegevensuitwisseling waaraan reeds gewerkt wordt in het programma medicatie-overdracht zijn gerealiseerd, waaronder digitale uitwisseling over medicatiegebruik tussen apotheker, huisarts, POH en de wijkverpleging met reden van voorschrijven, duur van gebruik van een geneesmiddel,

⁶ NHG-STANDPUNT Herhalen specialistische medicatie; september 2023

labwaarden en medicatie-aanpassingen (bijv. reden van stoppen). Ondersteun ook de taakverdeling en workflow bij medicatie-evaluaties vanuit de zorginformatiesystemen.

AANBEVELING 13: Leg uitkomsten van medicatie-evaluatie en incidenten in het elektronisch medisch-farmaceutisch patiëntendossier systematisch, gecategoriseerd en herbruikbaar vast.

Om het effect van medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie op lange termijn vast te stellen en te monitoren is gestructureerde vastlegging van uitkomsten gekoppeld aan interventies noodzakelijk. Alle behandelaren in de eerste en tweede lijn dienen hieraan bij te dragen. Dit vraagt om implementatie van een nog vast te stellen landelijke informatiestandaard in de zorginformatiesystemen (bijvoorbeeld een Zorginformatie-bouwstenen Medicatie-evaluatie)⁷, die zo veel mogelijk aansluit bij de registratiesystemen die momenteel in gebruik zijn. Omgekeerd kan de vastlegging en uitwisseling van incidenten (zoals vallen) ook gebruikt worden als trigger om een medicatiebeoordeling of andere vorm van medicatie-evaluatie te overwegen.

Vergoeding

AANBEVELING 14: Maak langdurige afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgverleners over een kostendekkende vergoeding voor medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie.

Zorgverzekeraars en zorgverleners dienen condities voor vergoeding af te spreken die uniform zijn en zonder verdere beperkingen toepasbaar zijn voor alle oudere patiënten die chronisch medicatie gebruiken. Uniforme condities en continuïteit van afspraken dragen bij aan het structureel uitvoeren van medicatie-beoordelingen en gerichte medicatieconsulten omdat de organisatie erop ingericht kan worden. Het draagt ook bij aan het voorkómen van selectie van de patiënten bij wie medicatie-evaluatie plaatsvindt op grond van de hoogte van de vergoeding. Gezien de huidige veelheid van facultatieve prestaties voor gerichte medicatieconsulten verdient het de voorkeur tot een generieke, goed gedefinieerde, niet-facultatieve NZa-prestatie in het basispakket op dit terrein te komen. Een dergelijke prestatie kan dan ook ingezet worden om minderen en stoppen te begeleiden.

AANBEVELING 15: Laat medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie door de apotheker buiten het eigen risico te vallen.

Een medicatiebeoordeling en andere vormen van medicatie-evaluatie door de apotheker vallen soms binnen het eigen risico. Daardoor zien patiënten hier soms om financiële redenen vanaf of ze gaan naar het spreekuur van de huisarts met farmacotherapiegerelateerde problemen. Zeker in de eerste helft van het jaar, als bij veel patiënten het eigen risico nog niet volledig verbruikt is, bemoeilijkt dit het uitnodigen van patiënten voor medicatie-evaluatie door de apotheker. Het is dus wenselijk dat zorgverzekeraars medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie buiten het eigen risico laten vallen.

⁷ <https://nictiz.nl/wat-we-doen/activiteiten/zibs/wat-is-een-zib/>

Inleiding

Een groot deel van de Nederlandse ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen en gebruikt daarvoor één of meer geneesmiddelen. Medicatie-incidenten komen vooral bij ouderen voor. Om gezondheidsschade bij de groeiende groep ouderen te voorkómen, is het daarom belangrijk dat hun medicijngebruik optimaal is. Eén van de doelstellingen van het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het optimaliseren van de farmaceutische patiëntenzorg door het terugdringen van het aantal vermijdbare medicatiegerelateerde incidenten. Om te borgen dat het beleid het maximale gewenste effect heeft, heeft het ministerie van VWS de stand van de medicatieveiligheid in Nederland en de effecten van het staande beleid in de afgelopen 15 jaar meerdere keren laten onderzoeken (HARM Wrestling 2012, Vervolrapport Medicatieveiligheid 2017). Mede naar aanleiding daarvan hebben verschillende groepen professionals en onderzoekers verschillende interventies ontwikkeld om te komen tot het optimaliseren van het medicijngebruik bij ouderen. Dit rapport betreft een in 2023 uitgevoerd onderzoek naar de stand van zaken op het gebied van medicatieveiligheid bij ouderen, met als onderwerpen medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en medicatiegerelateerde valpreventie. Op grond van de risicoanalyses in de eerdere onderzoeken naar medicatieveiligheid, hebben deze onderwerpen de afgelopen jaren aandacht gekregen binnen de beroepsgroepen, onder andere via richtlijnontwikkeling. Daarom is het wenselijk nu de stand van zaken en opbrengsten in de dagelijkse praktijk in kaart te brengen.

Doel, onderzoeksvragen en aanpak

Het onderzoek heeft, conform de vraag van het ministerie van VWS, het volgende doel:

- Vaststellen hoe de interventies medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie bijdragen aan het optimaliseren van het medicatiegebruik bij ouderen.
- Bepalen van het effect van medicatiebeoordelingen en het minderen en stoppen van medicatie op het aantal medicatie-incidenten, ziekenhuisopnames en overlijdens.
- Formuleren van nieuwe gerichte aanbevelingen aan alle betrokken partijen om de medicatieveiligheid op lokaal, regionaal of nationaal niveau te verbeteren.

Deze doelen zijn in het voortraject in overleg met VWS uitgewerkt tot de in bijlage A vermelde onderzoeksvragen op de deelterreinen medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en medicatiegerelateerde valpreventie. Daarbij is het perspectief van de patiënt expliciet meegenomen. De focus ligt op de eerstelijnszorg: huisartsenzorg, openbare farmacie (exclusief de poliklinische apotheek) en wijkverpleging. Dit is de context waar medicatiebeoordelingen structureel en in overgrote meerderheid worden uitgevoerd. Bovendien bevindt de overgrote meerderheid van de patiënten zich in de eerste lijn (met de verwachting dat dit in de toekomst alleen maar toeneemt). Dit is tevens de setting waarin de minste controle en zicht op veilig medicijngebruik is doordat dit zich bij de patiënt thuis afspeelt, waar professionals niet 24/7 aanwezig zijn. De resultaten zijn dus van toepassing op de grote groep ouderen in de eerste lijn onder behandeling van de huisarts en openbaar apotheker.

Het meten van de invloed van interventies op de medicatieveiligheid is niet eenvoudig. Wat betreft de onderzoeksvragen die gericht zijn op de bijdrage van een interventie aan de medicatieveiligheid,

zullen indien beschikbaar harde uitkomstmaten zoals mortaliteit, valincidenten en ziekenhuisopnames worden meegenomen, evenals patiëntgerapporteerde uitkomstmaten zoals gezondheidsklachten en kwaliteit van leven. Gezien de schaarste van dergelijk onderzoek zal in ieder geval de invloed op het aantal farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's) worden vermeld, aangezien dit een relevante en veel gebruikte uitkomstmaat is voor de medicatieveiligheid. Een FTP wordt gedefinieerd als (risico op) een gebeurtenis of omstandigheid met betrekking tot de farmacotherapie die mogelijk leidt tot een suboptimale behandeluitkomst. Een deel van de FTP's betreft medicatiefouten, die kunnen leiden tot vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames (zoals onder andere gebleken is uit het HARM-onderzoek⁸) en dus een negatieve invloed hebben op de medicatieveiligheid. Omdat onderzoek op harde eindpunten wat betreft medicatieveiligheid voor interventies in de eerste lijn complex is gezien de benodigde omvang en looptijd, zijn FTP's voor dergelijk onderzoek de meest gebruikte (intermediaire) uitkomstmaat.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet (zie figuur 1, in de samenvatting): 1) literatuuronderzoek; 2) database-onderzoek; 3) vragenlijsten zorgverleners; 4) vragenlijsten patiënten en 5) groepsinterviews zorgverleners. In de volgende hoofdstukken staan de methode en resultaten per stap beschreven, gevolgd door een samenvatting per stap en een overkoepelende beschouwing en conclusie. Deze hebben uiteindelijk geleid tot de hierboven vermelde aanbevelingen.

⁸ Leendertse AJ et al. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168(17):1890-6.

Methode

Werkwijze stap 1: Literatuuronderzoek

Bij het literatuuronderzoek is er uit oogpunt van consistentie en efficiëntie voor gekozen om reeds bestaande literatuuroverzichten, richtlijnen en reviews als basis te gebruiken en deze indien relevant aan te vullen met eventuele nieuwe publicaties.

Medicatiebeoordelingen

Voor medicatiebeoordelingen is een systematische literatuursearch uitgevoerd in Pubmed. De search is als volgt geoperationaliseerd: Effecten van medicatiebeoordelingen op het aantal farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's) en indien beschikbaar andere uitkomstmaten die een indicatie geven van de medicatieveiligheid (potentieel ongeschikt medicatiegebruik, ziekenhuisopnames, mortaliteit, vallen, gezondheidsklachten, kwaliteit van leven)).

De zoekstrategie die is gebruikt voor de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen⁹ uit 2012 voor het onderdeel medicatiebeoordeling (p.97) is als startpunt genomen:

("Drug Utilization Review"[Mh] OR "medication review"[tiab]) AND ("drug prescriptions"[mh] OR pharmacists [mh] OR prescriptions[tiab] OR effectiveness[tiab])

Hierbij waren de volgende filters gebruikt: *Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial, Research Support, Non U S Gov't, English, German, Dutch, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, date range, 1990.*

In 2019 is de richtlijn geüpdatet en is de literatuur aangevuld met enkel Nederlandse studies. Internationale literatuur is destijds niet meegenomen. Bij de update t.b.v. huidig project hebben we de volgende overwegingen en keuzes gemaakt:

- In 2019 is enkel gezocht naar Nederlandse studies. Dit wilden we voor de volledigheid uitbreiden met internationale studies. Daarom is de zoekstrategie gedraaid vanaf de datum 10-6-2010 (de datum waarop de zoekstrategie is uitgevoerd t.b.v. de richtlijn uit 2012).
- De filter voor artikel type/study design (*Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Controlled Clinical Trial*) is omgeschreven naar een Mesh term omdat Mesh-termen betrouwbaarder zijn in het zoekproces. De Mesh term "clinical trial" is de overkoepelende term,
- Het filter voor leeftijd (*Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years*) is omgeschreven naar de Mesh term "Aged". Deze gebruiken we in combinatie met keywords "older patients" en "elderly".
- De filter *Research Support, Non U S Gov't* is achterwege gelaten omdat deze niet relevant genoeg is voor de beantwoording van de onderzoeksvraag.
- De toevoeging: AND ("Drug Prescriptions"[Mesh] OR "Pharmacists"[Mesh] OR prescriptions[tiab] OR effectiveness[tiab]) is weggelaten om daarmee de search breder te houden.
- In 2022 is de Mesh term "Medication Review" geïntroduceerd. Deze voegen we toe aan de zoekstring.

⁹ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen met Module Medicatiebeoordeling 2019 en Module Minderen en stoppen van medicatie 2020 [<https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>]

Rekening houdend met deze overwegingen hebben we de volgende zoekstrategie gehanteerd in huidig onderzoek:

("Drug Utilization Review"[Mesh] OR "Medication Review"[Mesh] OR medication review*[tiab]) AND "Clinical Trial"[Publication Type] AND ("Aged"[Mesh] OR older patient*[tiab] OR elderly[tiab])

De gehanteerde filters waren taal (English, German, Dutch) en de datum van publicatie: vanaf 10-06-2010.

Dit leverde **217 hits** op. Vervolgens zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Inclusie indien aan alle volgende criteria wordt voldaan:

- Onderwerp van de studie: medicatie-evaluatie (medicatiebeoordeling of aanverwante vorm van medicatie-evaluatie, gezien de grote internationale variatie)
- Uitkomsten: FTP's, ongeschikt medicatiegebruik, ziekenhuisopnames, mortaliteit, vallen, gezondheidsklachten, kwaliteit van leven, klinische waarden (bloeddruk, HbA1c, etc.)
- Studie design: Clinical trials
- Setting: studie uitgevoerd in de eerste lijn (*nursing homes en vergelijkbare zorginstellingen zijn alleen meegenomen indien duidelijk was dat een eerstelijns zorgverlener betrokken was bij interventie, voor zover dit onderscheid in het buitenland duidelijk gemaakt wordt*)
- Doelgroep: ouderen (65+)
- Taal: Nederlands, Engels, Duits

Exclusie indien een van de volgende criteria van toepassing is:

- Conference abstract, letter to editor, study protocol
- Reeds gerapporteerd in de eerdere richtlijn

Gevonden systematische reviews zijn apart genoteerd, waarna gekeken is of in de review geïnccludeerde relevante oorspronkelijke studies reeds gevonden waren met de huidige zoekstrategie of alsnog konden worden toegevoegd. De citaties zijn door twee onderzoekers (MV en RK/SH/MH), onafhankelijk van elkaar, beoordeeld op titel en abstract. Bij een verschil is een derde onderzoeker (MH) geraadpleegd om tot consensus te komen. Daarna is van alle geïnccludeerde abstracts de volledige tekst opgevraagd en zijn deze nogmaals gescreend door een onderzoeker (RK/SB/SBV). Voor de artikelen die voldeden aan de inclusiecriteria heeft data-extractie plaatsgevonden, waarbij de volgende gegevens in resultaat tabellen zijn vermeld:

- Populatie: aantal en type zorgverleners, aantal patiënten, leeftijd patiënten
- Studieopzet: studie-opzet, interventie, controle, follow-up-duur
- Resultaten op primaire en voor de onderzoeksvraag relevante secundaire eindpunten

De data-extractie heeft voor de resultaat tabellen is uitgevoerd door 1 onderzoeker (RK) en gecontroleerd door een tweede onderzoeker (SB/SBV).

Overige vormen van medicatie-evaluatie

Gezien de zeer beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijke literatuur over de effecten van andere vormen van medicatie-evaluatie is geen systematische literatuurssearch in de wetenschappelijke literatuur uitgevoerd. Er is gebruik gemaakt van het rapport *Succesvolle*

*initiatieven in de extramurale farmaceutische zorg - Een pragmatische verkenning uit 2023*¹⁰ en de onderliggende artikelen.

Onderdeel Minderen en stoppen van medicatie

Ook hier zijn we uitgegaan van een eerdere zoekstrategie die is gebruikt voor de Richtlijn module Minderen en stoppen, effecten uit 2019 (p.25).¹¹ Dat was de volgende strategie, die destijds is uitgevoerd in de database PubMed:

("deprescriptions"[MeSH Terms] OR "deprescriptions"[All Fields] OR "deprescribing"[All Fields].

Aanvullend was gezocht met de volgende zoekstrategie:

(discontinuation[All Fields] AND ("pharmaceutical preparations"[MeSH Terms] OR ("pharmaceutical"[All Fields] AND "preparations"[All Fields]) OR "pharmaceutical preparations"[All Fields] OR "medication"[All Fields])) AND (Clinical Trial[ptyp] AND "aged"[MeSH Terms].)

Overwegingen bij update zoekstrategie

- Bij de update van de zoekstrategie t.b.v. huidig project hebben we ervoor gekozen om de twee losse zoekstrategieën samen te nemen.
- Idem aan de overweging bij de zoekstrategie voor Medicatiebeoordelingen, schrijven we de filter voor leeftijd (*Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years*) om naar Mesh term "Aged" en gebruiken deze in combinatie met de keywords "older patients" en "elderly".

Daarmee werd de nieuwe zoekstrategie, waarmee op 14 september 2023 in PubMed is gezocht, de volgende: ((("deprescriptions"[Mesh] OR "deprescriptions"[All Fields] OR "deprescribing"[All Fields]) OR (discontinuation[All Fields] AND ("pharmaceutical preparations"[MeSH Terms] OR ("pharmaceutical"[All Fields] AND "preparations"[All Fields]) OR "pharmaceutical preparations"[All Fields] OR "medication"[All Fields]))) AND (Clinical Trial[ptyp]) AND ("Aged"[Mesh] OR older patient*[tiab] OR elderly[tiab])

De gehanteerde filters waren taal (English, German, Dutch) en de datum van publicatie: vanaf 1-1-2019. Dit leverde **251 hits** op.

De in- en exclusiecriteria waren hetzelfde als bij bovengenoemde literatuursearch voor medicatiebeoordelingen, met als verschil dat het onderwerp van de interventie nu minder en stoppen diende te zijn. De verdere review-procedure en wijze van data-extractie waren ook identiek.

¹⁰ Van de Steeg-van Gompel C et al. Succesvolle initiatieven in de extramurale farmaceutische zorg - Een pragmatische verkenning. SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, September 2023.

¹¹ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen met Module Medicatiebeoordeling 2019 en Module Minderen en stoppen van medicatie 2020 [<https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>]

Onderdeel valpreventie

Medicatiegerelateerde valpreventie is een omvangrijk onderwerp en wordt vaak als onderdeel van bredere valpreventie-interventies onderzocht. Gezien het bestaan van diverse recente landmark/review-artikelen en proefschriften¹² werd een nieuwe literatuursarch niet zinvol geacht. Recente reviews zijn uit de genoemde proefschriften geselecteerd en bij betrokken onderzoekers voorgelegd om na te gaan of geen essentiële artikelen gemist zijn. De focus is conform de onderzoeksvragen gelegd op 1. Artikelen over de effectiviteit van medicatiegerelateerde valpreventie-interventies in de eerste lijn en 2. Overzichten van valgevaarlijke medicatie. Uit bovenstaande aanpak volgde een eenduidige aanduiding van artikelen waarmee de onderzoeksvragen voor het doel van deze evaluatie afdoende konden worden beantwoord.

Werkwijze stap 2: Databaseonderzoek

Om onderzoeksvragen omtrent aantallen medicatiebeoordelingen, populatie, inhoud van medicatiebeoordelingen en vóórkomen van minderen en stoppen te beantwoorden, is gebruik gemaakt van twee databases: van ZIN (met Vektis-data) en van NControl:

In de ZIN-cijfers (GIP-databank/Zorgcijfersdatabank) staan alle bij zorgverzekeraars gedeclareerde medicatiebeoordelingen vermeld, met basiskennmerken van de betreffende patiënt. Deze data zijn afkomstig van Vektis. De dekking is bijna 100%. De data kennen dus een zeer hoge mate van representativiteit. Uit de ZIN-databank zijn data verkregen over de in de periode 2017-2022 gedeclareerde medicatiebeoordelingen (vastgelegd door apothekers/apotheekhoudenden; dit geeft een volledig beeld aangezien gezamenlijke uitvoering door apotheker/apotheekhoudende en huisarts een voorwaarde is voor een medicatiebeoordelingen). Deze gegevens zijn uitgesplitst op basis van leeftijd, geslacht en polyfarmacie. Deze kenmerken zijn ook gecombineerd om inzicht te krijgen in de groepen “≥ 65 jaar en ≥ 5 geneesmiddelen” en “≥ 70 jaar en ≥ 5 geneesmiddelen” en “≥ 75 jaar en ≥ 10 geneesmiddelen” onderscheiden, conform de in de richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen 2012 en de Module medicatiebeoordeling 2019 genoemde groepen.

Naast declaratiegegevens met betrekking tot medicatiebeoordelingen zijn ook de gegevens van declaraties van facultatieve extramurale farmaceutische zorgprestaties over 2021 en 2022 verkregen. Een beschrijvende analyse van de verkregen gegevens heeft plaatsgevonden. In bijlage C staat in detail beschreven welke gegevens verkregen zijn en wat de bijbehorende definities zijn

De NControl-database omvat de gegevens die de circa 700 aangesloten apothekers (een derde van de Nederlandse apotheken) vastleggen over uitgevoerde medicatiebeoordelingen in de online NControl-applicatie. Het betreft inhoudelijke informatie over de medicatiebeoordeling, zoals de gevonden farmacotherapiegerelateerde problemen en de uitgevoerde acties. Daarnaast ligt de afhandeling van medisch-farmaceutische beslisregels vast. NControl is de grootste beschikbare database waarin dergelijke gegevens vastliggen en eerder geschikt gebleken voor het in kaart

¹² Marle Gemmeke, The role of the community pharmacist in fall prevention: The ups and downs of implementation, Universiteit Utrecht 2022

brengen van de Nederlandse apotheekpraktijk.¹³ De apotheken waar met NControl wordt gewerkt zijn verspreid over het land en divers in omvang en type, waardoor de bediende patiëntenpopulatie representatief is voor Nederland. Het betreft in meerderheid Service Apotheken (formule-apotheken), maar ook andere zelfstandige apotheken die gebruik maken van NControl.

De NControl-database is gebruikt om informatie te verkrijgen over FTP's en interventies uitgevoerd bij medicatiebeoordelingen in 2017-2022. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens over de afhandeling van MFB's gericht op het minderen en stoppen van medicatie in deze zelfde periode. Voor details over de verkregen data en definities, zie bijlage C. Vervolgens heeft een beschrijvende analyse plaatsgevonden met aantallen en percentages van FTP's en interventies.

Werkwijze stap 3: Vragenlijstonderzoek openbaar apothekers en huisartsen

Ter aanvulling op het literatuuronderzoek en database-onderzoek is een online vragenlijst uitgezet onder huisartsen en openbaar apothekers. Deze is gebruikt om a) antwoorden te vinden op vragen waar routinevastleggingen uit de zorg vooralsnog onvoldoende antwoord op geven; b) inzicht te krijgen in het voorkomen van belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en c) bevindingen uit het database-onderzoek te toetsen en nader te duiden. Vanwege hun verschillende rol in het proces van medicatiebeoordelingen, zijn afzonderlijke vragenlijsten ontwikkeld voor huisartsen en apothekers.

Er is een vragenlijst opgezet geclusterd rondom de thema's medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie, minderen en stoppen van medicatie en valpreventie. Daarbij kwamen zowel de mate van implementatie en de werkwijze, de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en het omgaan met gezamenlijke besluitvorming aan de orde. De vragen werden gebaseerd op onderzoeksvragen uit bijlage A gecombineerd met de bevindingen uit de eerdere stappen in combinatie met de beschikbare informatie uit de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen en de bijbehorende richtlijnmodules. Er werd gewerkt met meerkeuzevragen, Likert-scale vragen en enkele open vragen. Verder zijn basiskennmerken van de deelnemers verzameld, zoals leeftijd, geslacht, werkervaring, type praktijk/apotheek, en stedelijkheid van de werklocatie. Een concept van de vragenlijst is onder enkele apothekers en huisartsen uitgezet om de begrijpelijkheid en duur van invullen (max 10 minuten) te testen. Voor de definitieve vragenlijst, zie bijlage D.

De vragenlijst is elektronisch beschikbaar gemaakt via het vragenlijstprogramma Survalyzer. De vragenlijst voor openbaar apothekers is vervolgens in het tweede kwartaal van 2023 via een e-mail uitgezet binnen het UPPER-netwerk van de Universiteit Utrecht, waarbij circa 1.300 van de ruim 1.900 openbare apotheken in Nederland zijn aangesloten (goede spreiding qua type en omvang, met een ondervertegenwoordiging van de noordelijke regio's).

Huisartsen zijn in het tweede kwartaal van 2023 aangeschreven (brief met link en QR-code naar de elektronische vragenlijst, met een herinneringsbrief na een maand) op basis van een aselechte steekproef van 1200 huisartsen uit de Nivel Beroepenregistratie Huisartsen. Deze omvat adresgegevens van vrijwel alle huisartspraktijken/ huisartsen in Nederland. Aanvullend is de vragenlijst in het derde kwartaal van 2023 per e-mail verspreid onder de 88 kaderhuisartsen

¹³ Mulder-Wildemors LGM et al. Reducing Inappropriate Drug Use in Older Patients by Use of Clinical Decision Support in Community Pharmacy: A Mixed-Methods Evaluation. *Drugs Aging*. 2020;37(2):115-123

ouderengeneeskunde zoals vermeld op de website van LEAGO, de Landelijke Adviesgroep Eerstelijns geneeskunde voor Ouderen.

De gegevens verkregen uit de ingevulde vragenlijsten zijn verwerkt in SPSS. De gegevens zijn gecontroleerd op volledigheid en consistentie. Vervolgens heeft een descriptieve analyse plaatsgevonden. Antwoorden op open vragen zijn steeds door twee onderzoekers gecategoriseerd.

Werkwijze stap 4: Vragenlijstonderzoek patiënten

Om de visie van patiënten op hun betrokkenheid bij medicatie-evaluatie inzichtelijk te maken is begin juli 2023 een vragenlijst uitgezet 2023. In deze vragenlijst werden vragen over medicatie-evaluatie (inclusief medicatiebeoordelingen) gecombineerd met vragen over minderen en stoppen en valpreventie. Tevens werden achtergrondkenmerken van de patiënt worden verzameld (leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, opleidingsniveau, migratieachtergrond, regio). Ook werden de drie vragen van de Set of Brief Screening Questions (SBS-Q)¹⁴ opgenomen om gezondheidsvaardigheden in kaart te brengen. De vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met twee patiëntvertegenwoordigers / ervaringsdeskundigen en getest met aandacht voor begrijpelijkheid en invulduur. Voor de vragenlijst, zie bijlage E.

De vragenlijst is via het online vragenlijstprogramma Survalyzer verspreid onder de leden van het bestaande AMP-panel van > 20.000 merendeels oudere chronische geneesmiddelgebruikers, geworven in apotheken. Dit panel ontvangt enkele malen per jaar een vragenlijst over geneesmiddelgerelateerde onderwerpen. Bij de start van de vragenlijst werd een screeningsvraag gesteld om na te gaan of de respondent chronisch geneesmiddelen gebruikte; alleen indien dit het geval was werd het vervolg van de vragenlijst afgenomen. Er werd geen leeftijdscriterium toegepast.

De ingevulde vragenlijsten zijn geëxporteerd uit Survalyzer en geanalyseerd in Access en SPSS. Alleen volledig ingevulde vragenlijsten zijn in de analyse betrokken. Vervolgens heeft een descriptieve analyse plaatsgevonden. Antwoorden op open vragen zijn steeds door twee onderzoekers gecategoriseerd. De SBS-Q-score is berekend. Vergelijkende analyse tussen groepen heeft plaatsgevonden op grond van leeftijdsgroep (5-jaars-groepen) en polyfarmaciegroep (1-5, 6-9 of 10 of meer geneesmiddelen in gebruik). Daarbij is een Chi-kwadraat-test gebruikt; $p < 0,05$ werd beschouwd als significant.

Werkwijze Stap 5: Groepsinterviews

Ter verdieping van de resultaten uit het database- en vragenlijstonderzoek hebben in het najaar van 2023 groepsinterviews met kleine groepen huisartsen, openbaar apothekers, wijkverpleegkundigen / verzorgenden, praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners huisarts en patiënten/burgers plaatsgevonden.

De topic guides met deelvragen / gespreksthema's zijn vormgegeven op grond van de bij stap 1 t/m 4 gevonden resultaten, zie bijlage F. Daarbij was met name aandacht voor verklarende factoren van

¹⁴ Franssen MP et al. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. J Health Commun. 2011;16(3):134–50.

geobserveerde trends en de knelpunten en oplossingen voor het implementeren van medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en medicatiegerelateerde valpreventie. De thema's die daarbij in de vragen aan bod kwamen waren: 1) Multidisciplinaire samenwerking en taakverdeling; 2) Gezamenlijke besluitvorming; 3) Procesinrichting; 4) Bekostiging.

Deelnemers voor de groepsinterviews zijn geworven via de vragenlijsten (aan het eind wordt de vraag gesteld of men mee wil doen aan een groepsinterview), via het professionele netwerk van de onderzoekers en via sociale media. Er is gekozen voor een diversiteit aan deelnemers wat betreft leeftijd, geslacht, type werkomgeving (zorgverleners), medicatiegebruik (patiënten) en focus op en ervaring met zorgactiviteiten zoals medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie (zorgverleners). Daarmee is gezorgd voor een brede inbreng waarin de verschillende in Nederland voorkomende perspectieven worden gehoord.

Per doelgroep zijn 2 tot 3 groepsinterviews gehouden met 2-6 deelnemers per groep met een tijdsduur van 1-1,5 uur. Deze vonden online plaats om de deelname laagdrempelig te houden. De groepsinterviews werden geleid door een gespreksleider uit de onderzoeksgroep. Daarnaast was steeds een observator uit de onderzoeksgroep aanwezig. Er zijn met toestemming van de deelnemers geluidsopnames gemaakt. Op grond van de aantekeningen en geluidsopnames is van ieder groepsinterview een verslag gemaakt. Dit verslag is voorgelegd aan de deelnemers ter aanvulling / correctie. Vervolgens is door twee onderzoekers per doelgroep een analyse van de resultaten uitgevoerd per gespreksthema om zo tot een beschrijving van de belangrijkste bevindingen te komen. Deze zijn daarna geclusterd door de onderzoekers die bij de groepsinterviews met meerdere doelgroepen betrokken waren, binnen de vooraf in de topic guide gedefinieerde thema's.

Opstellen aanbevelingen

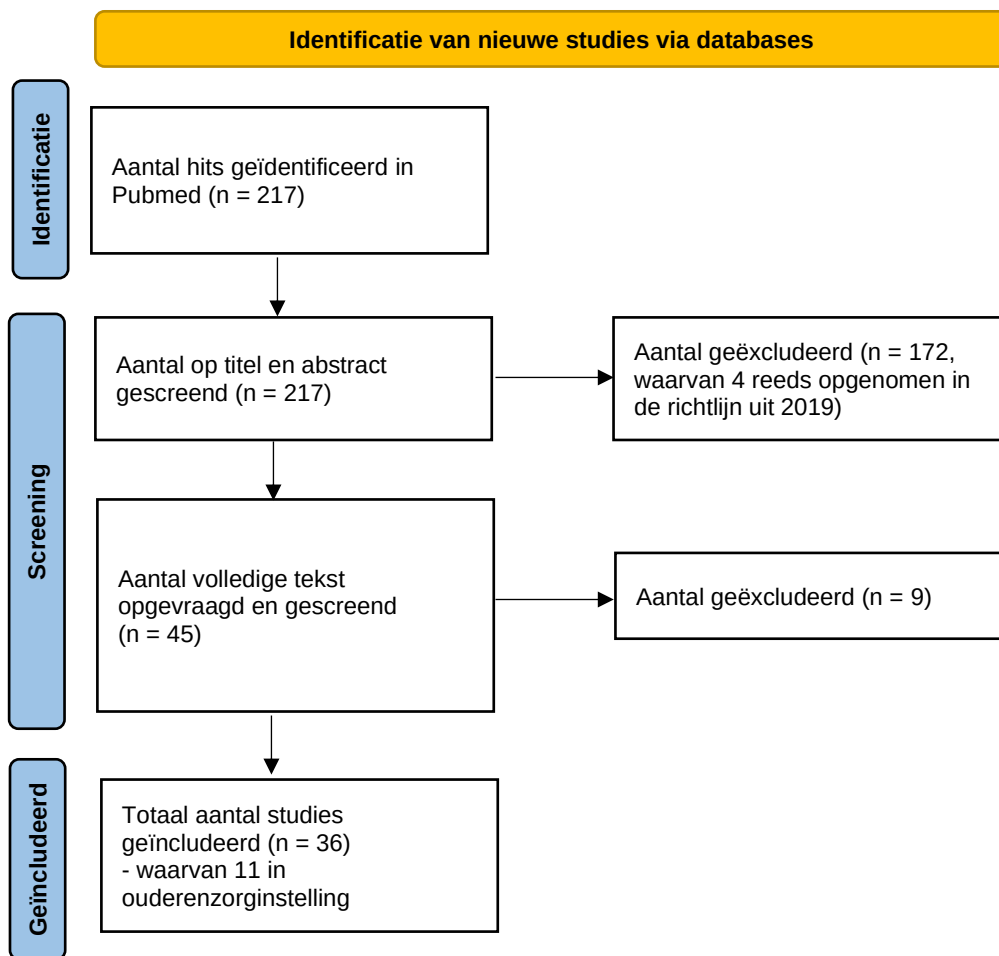
Na afronding van de vijf onderzoeksstappen zijn de belangrijkste bevindingen per onderzoeksstap onder elkaar gezet (zoals deze ook aan het eind van ieder resultaten-hoofdstuk zijn gepresenteerd). Deze zijn vervolgens geclusterd per thema, waardoor een integratie van de resultaten uit de verschillende stappen ontstond. Als startpunt voor de indeling werden de thema's uit de topic guides van de groepsinterviews gebruikt. Deze werden aangevuld of samengevoegd op grond van de resultaten. Dit leidde tot vijf thema's waarmee verder gewerkt is: I) medicatiebeoordelingen en andere interventies; II) patiënt centraal & samen beslissen; III) samenwerking, organisatie en communicatie; IV) gegevensuitwisseling en -vastlegging en V) vergoeding. Per thema is door de onderzoeksgroep gekeken wat de terugkerende knelpunten waren in de resultaten van de verschillende onderzoeksstappen. Bij de knelpunten is in de literatuurgegevens, richtlijnen, vragenlijstgegevens en gegevens uit de groepsinterviews gekeken welke mogelijke oplossingen naar voren kwamen. Op grond daarvan heeft de onderzoeksgroep conceptaanbevelingen opgesteld binnen elk van de vijf thema's. Deze conceptaanbevelingen zijn in diverse feedbackrondes verder uitgewerkt, met input van VWS en van de door VWS ingestelde begeleidingscommissie. Ook is input op de aanbevelingen verkregen van KNMP, NHG, Service Apotheek en BENU vanwege hun inzicht in de recente ontwikkelingen in het veld. Feedback is verwerkt indien de onderzoeksgroep zich erin kon vinden, deze leidde tot verduidelijking van de aanbeveling en deze bovendien onderbouwd kon worden met de in het onderzoek verkregen data.

Resultaten

Stap 1: literatuuronderzoek

Medicatiebeoordelingen

Voor het onderdeel Medicatiebeoordelingen werd een literatuursearch opgesteld. Van de 217 hits werden op grond van de inclusiecriteria 42 abstracts geselecteerd. Na screening zijn 36 studies geïnccludeerd, waarvan 11 plaatsvonden in een ouderenzorginstelling (zie de flowchart, Figuur 1.1). De gevonden systematische review¹⁵ (Almutairi et al 2020) en de bij de onderzoeksgroep bekende systematische review van Huiskes et al (2017) en Al-babtain (2023) zijn gecheckt op relevante oorspronkelijke studies die niet in onze search naar voren kwamen. Dit leverde geen aanvullingen op.



Figuur 1.1: PRISMA-flowchart van studieselectie onderdeel Medicatiebeoordeling

Almutairi H et al. Optimisation of medications used in residential aged care facilities: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Geriatr. 2020;20(1):236; Al-Babtain et al. Impact of community-pharmacist-led medication review programmes on patient outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Res Social Adm Pharm. 2022 ;18(4):2559-2568; Huiskes VJB et al. Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Fam Pract. 2017;18(1):5

In bijlage B staan de kenmerken en resultaten per geïnccludeerde studie vermeld. De conclusies uit de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen, module medicatiebeoordeling 2019 wat betreft de effectiviteit van medicatiebeoordelingen blijft op hoofdlijnen staan. (Inter)nationaal onderzoek laat zien dat medicatiebeoordelingen leiden tot minder FTP's, minder ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen (gemeten met diverse uitkomstmaten als de medication appropriateness index en potentially inappropriate prescribing of potentially prescribing omissions), afname van het medicatiegebruik en tevredenheid bij patiënt of arts over de voorgestelde interventies door de apotheker. Er is geen consistent effect aangetoond op eindpunten zoals sterfte en ziekenhuisopnames – maar de opzet van veel van de uitgevoerde studies was daar ook niet op gericht. Een positief effect op cardiovasculaire meetwaarden (bloeddruk, bloedglucose, lipiden) is bijvoorbeeld gevonden voor specifieke patiëntgroepen. De heterogeniteit van de studies maakt het moeilijk tot eenduidige conclusies te komen: ondanks de vaststaande kenmerken van een medicatiebeoordeling, kunnen de precieze uitvoering en follow-up zeer divers zijn, zeker bij internationaal onderzoek; ook de populatie en context kunnen sterk verschillen.

Overige vormen van medicatie-evaluatie

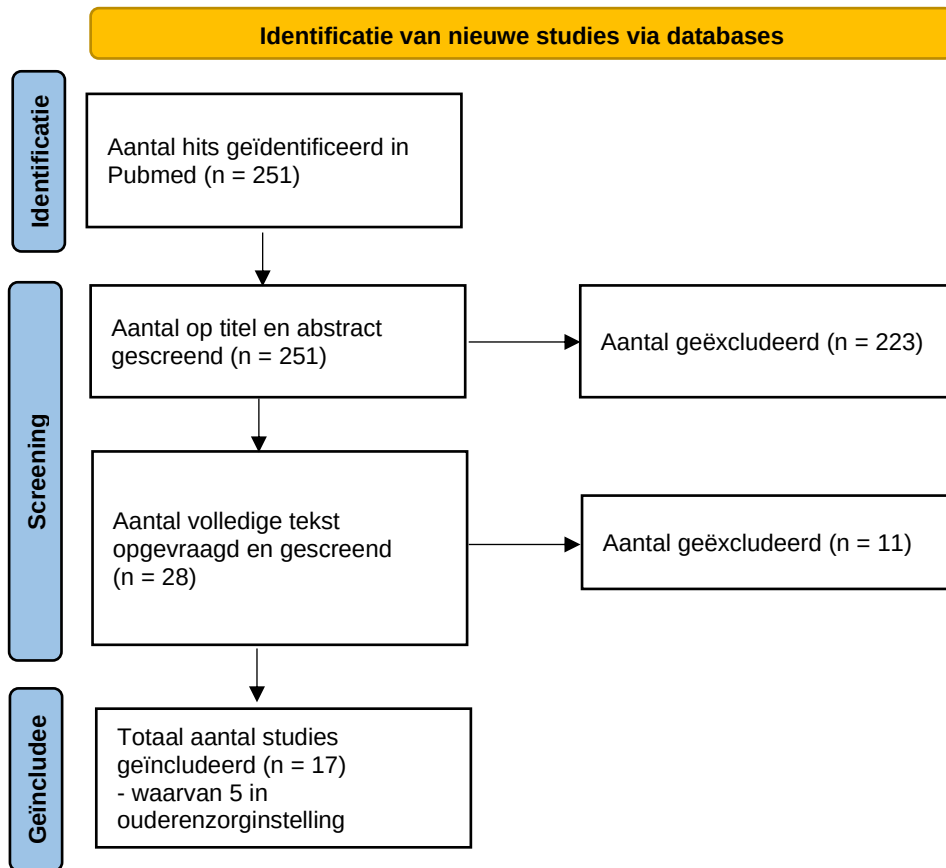
Naast medicatiebeoordelingen voeren zorgverleners in de Nederlandse eerste lijn andere vormen van medicatie-evaluatie uit, zoals screenings van de medicatielijst bij medicatie op rol of gerichte medicatieconsulten gericht op bijvoorbeeld therapietrouw, vallen, of een bepaalde aandoening.¹⁶ Binnen deze groep zijn er vormen die een inhoudelijke medicatie-evaluatie met identificatie van FTP's betreffen, en vormen die meer gericht zijn op goed gebruik van medicatie (en dus een beperktere set van FTP's betreffen). Een voorbeeld van deze laatste vorm is het jaargesprek bij herhaalmedicatie. Tot nu toe worden gerichte medicatie-consulten in Nederland over het algemeen ofwel in projectvorm uitgevoerd en geëvalueerd (maar daarna vaak niet structureel voortgezet, bijvoorbeeld het CombiConsult en valpreventie-interventies), ofwel evaluatie ontbreekt.^{10, 17} Het onderzoek naar het CombiConsult laat wel zien dat ook bij een populatie die minder dan 5 geneesmiddelen gebruikt en jonger is dan 70 jaar, in de meeste gevallen FTP's geconstateerd worden. Gezien de minimale gegevens ontbreekt consensus over de vorm en toepassing van gerichte medicatieconsulten; wel blijkt uit de vele varianten dat er in de praktijk behoefte is aan een vorm van medicatie-evaluatie naast de intensieve medicatiebeoordeling.

Minderen en stoppen van medicatie

Voor het onderdeel Minderen en stoppen werd op grond van de opgestelde search (zie methode) 251 hits gevonden, waarvan 28 abstracts werden geselecteerd en vervolgens op full tekst gescreend. Hierbij vielen elf studies af, omdat zij niet voldeden aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk zijn 17 studies geïnccludeerd, waarvan vijf plaatsvonden in een ouderenzorginstelling (zie de flowchart, Figuur 1.2).

¹⁶ Van de Steeg C et al. Succesvolle initiatieven in de extramurale farmaceutische zorg: een pragmatische verkenning. September 2023. [<https://sirstevenshof.nl/wp-content/uploads/2023/09/Rapportage-VWS-EFZ-def.pdf>]

¹⁷ Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen 2012 met Module Medicatiebeoordeling 2019 en Module Minderen en stoppen van medicatie 2020 [<https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>]



Figuur 1.2: PRISMA flowchart van studietoetsselectie onderdeel Minderen en stoppen

In bijlage B staan de kenmerken van deze studies in tabelvorm vermeld. De conclusies uit de Module Minderen en stoppen van medicatie bij de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen wat betreft de effecten van minderen en stoppen blijft op hoofdlijnen staan. Uit bijna alle onderzoeken blijkt dat de interventie ‘deprescribing’ leidt tot een afname van het aantal medicijnen in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. De uitgevoerde studies zijn echter zeer heterogeen. Soms is het minderen en stoppen onderdeel van een interventie die uit meerdere componenten bestaat en soms gaat het alleen om het stoppen van een specifiek geneesmiddel. Duidelijke effecten op ziekenhuisopnames, kwaliteit van leven en mortaliteit zijn tot nu toe niet aangetoond. Studies naar langetermijneffecten op harde uitkomstmaten voor interventies gericht op minderen en stoppen bij (kwetsbare) ouderen zijn nodig, omdat deze nauwelijks aanwezig zijn. Praktijkonderzoek naar minderen en stoppen van medicatie bij (kwetsbare) ouderen in Nederland laat zien dat dit uitvoerbaar is. Dit kan in de vorm van medicatiebeoordelingen bij complexere patiënten en/of veel medicatiegebruik¹⁸, maar ook met gerichte acties voor specifieke geneesmiddelen (bijvoorbeeld aan de hand van MFB’s) in eenvoudiger gevallen.¹⁹

¹⁸ Crutzen S et al. Pharmacist-led intervention aimed at deprescribing and appropriate use of cardiometabolic medication among people with type 2 diabetes. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(5):783-792.

¹⁹ Mulder-Wildemors LGM et al. Reducing Inappropriate Drug Use in Older Patients by Use of Clinical Decision Support in Community Pharmacy: A Mixed-Methods Evaluation. *Drugs Aging.* 2020;37(2):115-123; Van de Steeg C et al. Succesvolle initiatieven in de extramurale farmaceutische zorg: een pragmatische verkenning. September 2023. [<https://sirstevenshof.nl/wp-content/uploads/2023/09/Rapportage-VWS-EFZ-def.pdf>]

Valpreventie

Het is bekend dat bepaalde geneesmiddelen het valrisico kunnen vergroten, bijvoorbeeld door een versuffende werking of door het veroorzaken van duizeligheid. Er bestaan diverse lijsten van mogelijk valgevaarlijke geneesmiddelen. Deze zijn divers qua inhoud veelal voortgekomen uit observationeel onderzoek, waarbij voor veel geneesmiddelen een vrij klein effect wordt gevonden, maar tegelijkertijd gebruiken patiënten vaak meerdere van degelijke middelen. Uit dergelijke observationele studies kan niet afgeleid worden wat het effect van stoppen van valgevaarlijke geneesmiddelen is. Valide informatiebronnen en kennis over de omvang van het valrisico, zeker in specifieke populaties, ontbreekt in de meeste gevallen. In 2021 is STOPPFall gepubliceerd²⁰, het resultaat van een Delphi-studie (consensusprocedure) waarin door experts tot een lijst van valgevaarlijke geneesmiddelen gekomen is. Dit is de meest bruikbare lijst voor de klinische praktijk, ook omdat deze overwegingen wanneer te stoppen en de noodzaak om af te bouwen bevat. De volgende groepen geneesmiddelen staan hierop vermeld, met over het algemeen de aanwijzing dat stoppen overwogen dient te worden bij - afhankelijk van de geneesmiddelgroep – bijwerkingen zoals sedatie overdag, duizeligheid, hypotensie en wazig zien.

- Benzodiazepines en gerelateerde middelen
- Antipsychotica
- Opioiden
- Antidepressiva
- Anti-epileptica
- Diuretica
- Alfablokkers bij gebruik als antihypertensivum
- Alfablokkers bij prostaathyperplasie
- Centraal werkende antihypertensiva
- Sederende antihistaminica
- Vasodilatoren gebruikt bij hartaandoeningen
- Middelen bij incontinentie of overactieve blaas

Vallen is een multifactorieel probleem. Onderzoek naar valpreventie kent veel varianten. Er is gekeken naar op zichzelf staande interventies en naar gecombineerde interventies. Met name voor gecombineerde interventies (bijvoorbeeld balansoefeningen, aanpassing van de omgeving en een medicatiebeoordeling) zijn in systematische reviews zoals de review van Dautzenberg et al positieve effecten op het voorkomen van vallen gevonden.²¹ Voor interventies uitsluitend gericht op medicatie is in een recente systematische review voor de eerste lijn geen effect gevonden – maar het aantal beschikbare studies was klein en de heterogeniteit in de interventies en populaties groot.²² Er zijn enkele afzonderlijke onderzoeken waarin wel een effect is gevonden. Het verdient aanbeveling om valpreventie niet met een enkelvoudige interventie aan te pakken. Tegelijkertijd is het wenselijk om

²⁰ Seppala LJ et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing DrugsAge Ageing. 2021 Jun 28;50(4):1189-1199

²¹ Dautzenberg L, et al. Interventions for preventing falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults: A systematic review and network meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2021;69(10):2973-2984.

²² Seppala LJ et al. Medication reviews and deprescribing as a single intervention in falls prevention: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing 2022; 51: 1–12

bij ouderen medicatie met een verhoogd valrisico te heroverwegen of vermijden als er geen (dringende) indicatie is of als er sprake is van bijwerkingen.

Overwegingen en bevindingen stap 1 literatuur

- Onderzoek op harde eindpunten zoals mortaliteit en ziekenhuisopnames is voor interventies in de eerste lijn zeer schaars gezien de benodigde omvang en looptijd. FTP's zijn daarom de meest gebruikte (intermediaire) uitkomstmaat in onderzoek naar interventies om geneesmiddelgebruik te optimaliseren.
- De conclusies uit de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen, module medicatiebeoordeling wat betreft de effectiviteit van medicatiebeoordelingen blijft op hoofdlijnen staan: (inter)nationaal onderzoek laat zien dat medicatiebeoordelingen leiden tot minder FTP's, minder ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen en afname van het medicatiegebruik. Er is geen consistent effect aangetoond op eindpunten zoals sterfte en ziekenhuisopnames – maar de opzet van veel van de uitgevoerde studies was daar ook niet op gericht. Een aanvullend probleem vormt de heterogeniteit van de studies, waarbij de interventie, populatie en context zeer divers zijn.
- Naast medicatiebeoordelingen voeren zorgverleners in de Nederlandse eerste lijn andere vormen van medicatie-evaluatie uit, zoals screenings van de medicatielijst bij medicatie op rol of gerichte medicatieconsulten gericht op bijvoorbeeld therapietrouw, vallen, of een bepaalde aandoening. Deze consulten worden ofwel in projectvorm uitgevoerd en geëvalueerd (maar daarna vaak niet structureel voortgezet), ofwel evaluatie ontbreekt. De vorm en toepassing zijn momenteel onderwerp van gesprek onder stakeholders.
- De conclusies uit de Module Minderen en stoppen van medicatie bij de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen wat betreft de effecten van minderen en stoppen blijft op hoofdlijnen staan. De uitgevoerde studies zijn zeer heterogeen. Bovendien zijn studies nodig naar langetermijneffecten op harde uitkomstmaten voor interventies gericht op minderen en stoppen bij ouderen. De beperkt beschikbare literatuur tot nu toe laat wisselende uitkomsten zien.
- Praktijkonderzoek naar minderen en stoppen van medicatie bij (kwetsbare) ouderen in Nederland laat zien dat minderen en stoppen met een aanzienlijke tijdsinvestering door huisartsen en apothekers haalbaar is.
- Lijsten met valgevaarlijke medicatie zijn veelal gebaseerd op observationeel onderzoek – STOPPFall is een recente, op consensus gebaseerde lijst die momenteel het meest bruikbaar is voor de klinische praktijk.
- Van op zichzelf staande medicatiegerelateerde interventies is door beperkt beschikbare gegevens in de eerste lijn (nog) geen structureel effect op vallen gevonden, van multicomponent-interventies inclusief medicatie-aanpassingen wel.

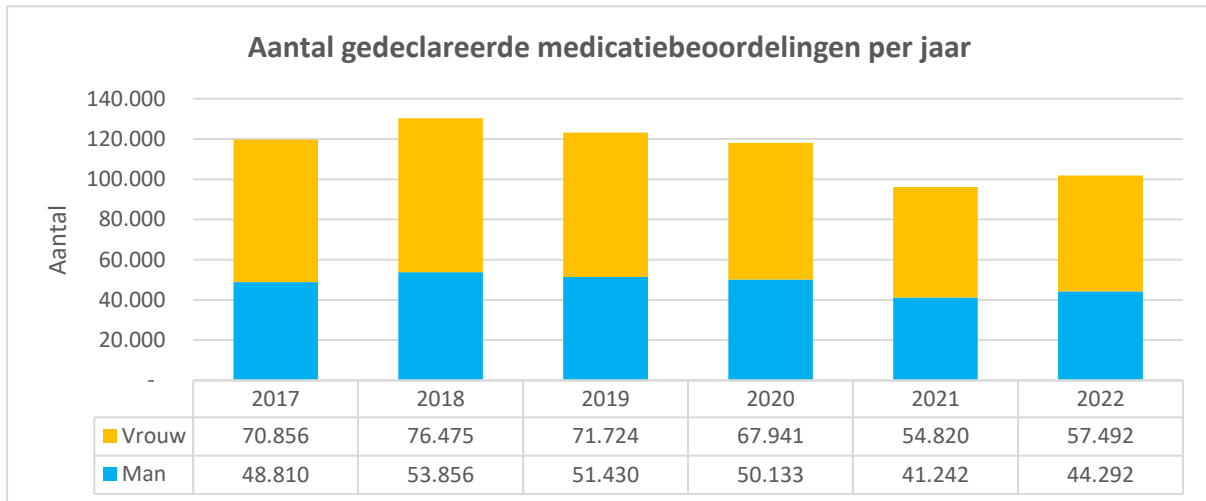
Stap 2: database-onderzoek

In 2022 waren er in Nederland 3,6 miljoen mensen van 65 jaar en ouder verzekerd via de zorgverzekeringswet, bij 1,2 miljoen van hen (34%) was sprake van polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik).²³ Voor mensen van 65 t/m 74 jaar was het percentage mensen met polyfarmacie 24,7% (ruim 482.000 mensen) en vanaf 75 jaar was het 45,1% (ruim 725 duizend mensen). In de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012 werd aanbevolen medicatiebeoordelingen uit te voeren bij mensen van 65 jaar en ouder met minimaal 5 geneesmiddelen chronisch in gebruik en 1 aanvullende risicofactor (zoals een verminderde nierfunctie, verminderde cognitie of verminderde therapietrouw). In de periode daarna heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg samen met o.a. de KNMP en de LHV een norm opgesteld voor aantallen medicatiebeoordelingen, oplopend naar 100 medicatiebeoordelingen per apotheek in 2017, waarbij in ieder geval patiënten van 75 jaar en oudere met 7 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik en een verminderde nierfunctie een medicatiebeoordeling kregen. In de Module Medicatiebeoordeling bij de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen wordt geadviseerd medicatiebeoordelingen pro-actief uit te voeren bij mensen met het grootste risico op farmacotherapiegerelateerde problemen, waaronder mensen vanaf 75 jaar met 10 of meer chronische geneesmiddelen (hyperpolyfarmacie) in gebruik en/of kwetsbare geneesmiddelgebruikers. Daarnaast mogen arts en apotheker samen bepalen welke mensen hiervoor in aanmerking komen.

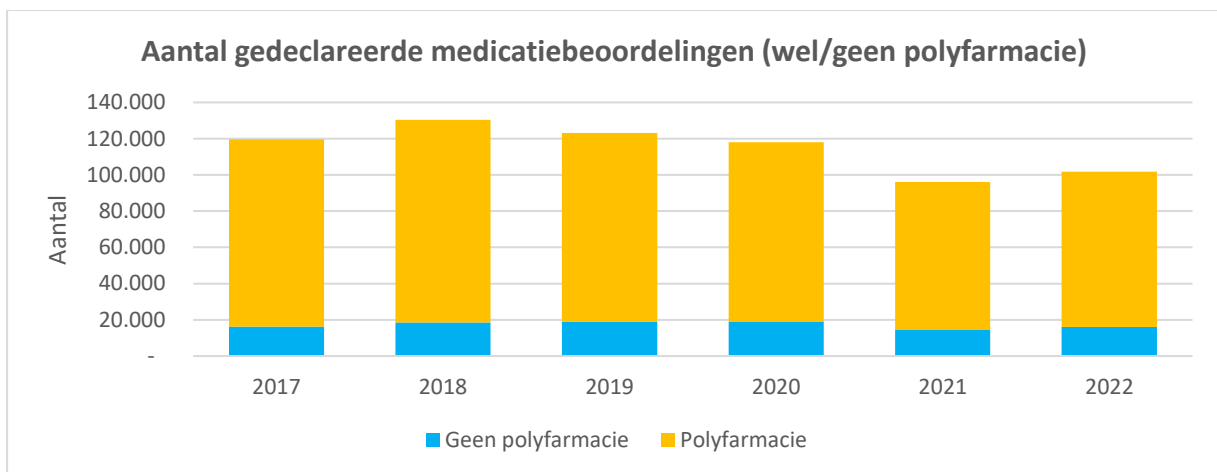
2a. Gegevens ZIN: gedeclareerde medicatiebeoordelingen en andere zorgprestaties

Figuur 2.1 geeft het totaal aantal door apotheken en apothekhoudenden gedeclareerde medicatiebeoordelingen uit de Vektis-database weer (waarin nagegaan is dat geen onder huisartsenzorg gedeclareerde medicatiebeoordelingen ontbreken). In 2018 werden de meeste medicatiebeoordelingen gedeclareerd (130.331) en in 2021 het kleinste aantal (96.062). In het recentste jaar, 2022, werden er 101.784 medicatiebeoordelingen gedeclareerd. In totaal werden er 689.071 medicatiebeoordelingen gedeclareerd in de periode 2017 t/m 2022. Het is mogelijk dat er zorgverzekeraars zijn die medicatiebeoordelingen administratief op andere manieren verwerken. Een andere mogelijke vertekenende factor is de variatie in contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners wat betreft het gebruik van de prestatie medicatiebeoordeling (bijv wel/niet bij start of evaluatie van een medicatierol): deze afspraken kunnen verschillen per jaar en per zorgverzekeraar. Medicatiebeoordelingen kwamen meer voor bij vrouwen (58% over de periode 2017-2022) dan bij mannen (42%). Dit is conform verwachting gezien de hogere levensverwachting van vrouwen.

²³ GIP-databank (www.gipdatabank.nl) geraadpleegd 12-11-2023



Figuur 2.1: Overzicht totaal aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen per jaar uitgesplitst naar man/vrouw verdeling



Figuur 2.2: Overzicht totaal aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen per jaar, uitgesplitst naar wel of geen polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik)

Veruit de meeste medicatiebeoordelingen (circa 85%) werden gedeclareerd bij mensen met polyfarmacie (zie figuur 2.2 en tabel 2.1). Dit percentage was stabiel over de jaren 2017-2022. In tabel 2.1 is de combinatie van leeftijd en polyfarmacie versus het aantal medicatiebeoordelingen weergegeven. Meer dan de helft van de declareerde medicatiebeoordelingen werd uitgevoerd bij mensen in de categorie 75 jaar of ouder met polyfarmacie.

In 2022 waren er ruim 57.000 mensen vanaf 75 jaar met polyfarmacie die een medicatiebeoordeling hebben gehad, op een populatie van ruim 725 duizend ouderen vanaf 75 jaar met polyfarmacie. In de data is het niet mogelijk patiënten te volgen over de tijd en dus te zien welke mensen in voorgaande jaren al dan niet een medicatiebeoordeling hebben gehad. Bovendien kan op grond van de ZIN-data geen onderscheid gemaakt worden tussen polyfarmacie en hyperpolyfarmacie, terwijl de richtlijn in 2022 adviseerde om de focus te leggen op mensen van 75 jaar en ouder met hyperpolyfarmacie en/of kwetsbaarheid (waarbij kwetsbaarheid niet eenduidig uit databases is af te leiden).

Resultaten

Tabel 2.1: Aantal medicatiebeoordelingen uitgesplitst naar leeftijd en polyfarmacie (5 of meer chronische geneesmiddelen) over de periode 2017-2022 [% t.o.v. het totaal aantal medicatiebeoordelingen in dit jaar].

Aantal medicatiebeoordelingen bij polyfarmaciegebruikers												
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
<65	11.141	9%	12.348	9%	12.395	10%	12.778	11%	8.994	9%	10.371	10%
65-69	7.430	6%	9.322	7%	8.415	7%	7.529	6%	6.668	7%	7.282	7%
70-74	11.669	10%	14.603	11%	13.526	11%	12.459	11%	10.522	11%	10.844	11%
75+	73.247	61%	75.433	58%	69.832	57%	66.306	56%	55.261	58%	57.225	56%
Totaal	103.487	86%	111.706	86%	104.168	85%	99.072	84%	81.445	85%	85.722	84%
Aantal medicatiebeoordelingen bij niet-polyfarmaciegebruikers												
	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
<65	5.247	4%	6.018	5%	5.906	5%	6.356	5%	4.214	4%	4.772	5%
65-69	1.109	1%	1.386	1%	1.396	1%	1.287	1%	1.083	1%	1.242	1%
70-74	1.375	1%	1.786	1%	1.858	2%	1.758	1%	1.493	2%	1.493	1%
75+	8.448	7%	9.435	7%	9.826	8%	9.601	8%	7.827	8%	8.555	8%
Totaal	16.179	14%	18.625	14%	18.986	15%	19.002	16%	14.617	15%	16.062	16%

Naast medicatiebeoordelingen, die tot het verzekerde basispakket behoren, zijn er ook nog andere prestaties waarbij medicatie-evaluatie plaats kan vinden. De zogenaamde facultatieve prestaties worden vaak in projectverband gebruikt en hebben qua omvang een zeer beperkte plaats in farmaceutische zorgverlening, ook blijkend uit een recente evaluatie van de NZa²⁴. Een overzicht van de gedeclareerde facultatieve prestaties vanuit de ZIN database in 2021 en 2022 is weergegeven in onderstaande tabel 2.2, voor zover prestaties gerelateerd zijn aan medicatie-evaluatie. Duidelijk is dat de gedeclareerde aantallen facultatieve prestaties zeer klein zijn en de gebruikte prestaties zeer wisselend, over het algemeen samenhangend met specifieke projecten (bijvoorbeeld Persoonlijk Advies van Service Apotheek [voorheen SARA] met e-Health-begeleiding bij astma-COPD). Dat de aantallen gedeclareerde facultatieve prestaties klein zijn, wil niet per definitie zeggen dat er weinig andere vormen van medicatie-evaluatie plaatsvinden (zie ook de resultaten van stap 1 Literatuur en stap 3 Vragenlijsten onder zorgverleners van deze evaluatie).

Tabel 2.2: Overzicht gedeclareerde facultatieve prestaties farmaceutische zorg gerelateerd aan medicatie-evaluatie 2017-2022 (ZIN)

Prestatie	2021	2022
Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD	323	65
Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met de ziekte van Parkinson	37	-
Medicatieoptimalisatie en begeleiding bij patiënten met complexe farmaceutische zorg	1.628	472
Buddyzorg	31	16
Farmacogenetisch consult	-	10
Intensieve farmaceutische begeleiding door toepassing van E-health	1.103	5.967
Begeleidingsgesprek chronische UR-geneesmiddelen	65	99
Begeleidingsgesprek Astma en/of COPD geneesmiddelen	1.105	1.471
Farmaceutisch consult bij zorgvraag patiënt	2.890	2.415

²⁴ NZa, Informatiekaart facultatieve prestaties apotheekzorg, 4 april 2023

2b. Gegevens NControl: medicatiebeoordelingen en minderen en stoppen

NControl is een webapplicatie waarin zowel declaratiedata als inhoudelijke registraties van medicatiebeoordelingen vastliggen. 45% van totale apotheekpopulatie in Nederland gebruikt de declaratiefunctie in NControl, circa 30% van de apotheken in Nederland werkt met de SAMRT-module (SAMRT = Service Apotheken Medicatie Review Tool, de inhoudelijke module van de NControl-applicatie). Deze groep bestaat voor twee derde uit apotheken van de formule Service apotheek en voor een derde uit andere zelfstandige apotheken. In de periode 2018-2022 is tussen de 20% en 24% van de aantallen bij ZIN geregistreerde medicatiebeoordelingen inhoudelijk vastgelegd in de SAMRT. Bovendien kan met de NControl-data onderscheid gemaakt worden tussen polyfarmacie en hyperpolyfarmacie.

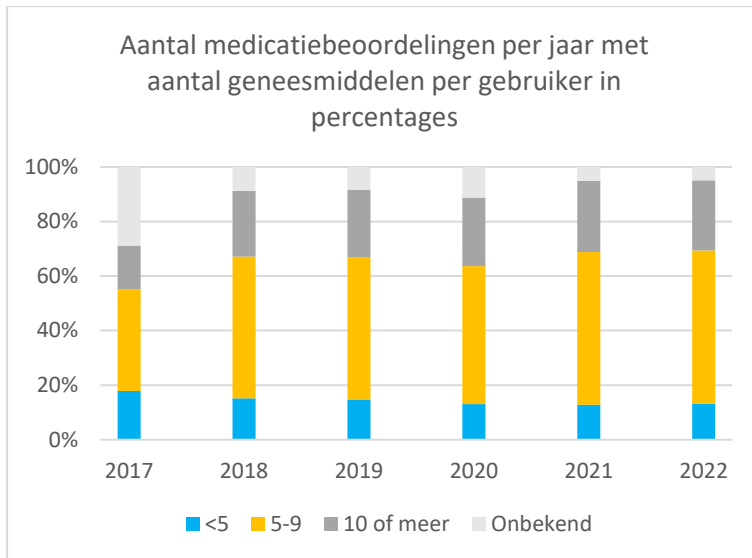
In NControl zijn in 2017-2022 in totaal ruim 164.000 medicatiebeoordelingen inhoudelijk geregistreerd, bij ruim 133.000 verschillende patiënten. Een derde van de mensen bij wie in 2022 een medicatiebeoordeling was geregistreerd, had ook een of meer registraties van een medicatiebeoordeling in 2017-2021; het werkelijke aantal zal wat hoger liggen doordat niet van alle apotheken over alle jaren gegevens beschikbaar waren.

In tabel 2.3 zijn de aantallen medicatiebeoordelingen uitgesplitst naar leeftijdscategorie. De meeste medicatiebeoordelingen vonden plaats in de categorie 75 jaar en ouder, net als in de ZIN database. In figuur 2.3 zijn de aantallen medicatiebeoordelingen uitgesplitst per jaartal naar het aantal gebruikte geneesmiddelen. De meeste medicatiebeoordelingen zijn uitgevoerd bij gebruikers 5 of meer geneesmiddelen, in lijn met de landelijke gegevens. Het aandeel medicatiebeoordelingen bij patiënten met 10 of meer geneesmiddelen in gebruik ligt sinds 2018 constant rond een kwart van het totaal aan medicatiebeoordelingen. In 2017 lag dit aandeel lager, maar in dat jaar was het patiënten waarbij het aantal geneesmiddelen in gebruik niet bekend was aanzienlijk groter, wat een directe vergelijking bemoeilijkt.

Tabel 2.3: Aantal vastgelegde MBO's in SAMRT over 2017-2022 uitgesplitst naar leeftijdscategorie

Leeftijd (jaren)	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
< 65	1536	4%	2367	8%	2556	10%	3190	13%	1556	7%	1755	8%
65-69	3100	8%	2688	9%	2135	8%	2034	9%	2272	10%	2143	10%
70-74	5024	13%	4370	14%	3567	13%	3477	15%	3527	15%	3222	15%
≥ 75	28106	74%	21273	69%	18587	69%	15116	63%	15594	68%	14871	68%
Totaal	37766		30698		26844		23817		22949		21991	

Resultaten



Figuur 2.3: Overzicht gemiddeld aantal medicatiebeoordelingen per jaar gebaseerd op aantal geneesmiddelen in percentages

De inhoudelijke registratie van medicatiebeoordelingen is gebruikt om de farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP's) en gerelateerde interventies te analyseren. Deze registratie betreft in de praktijk met name de FTP's waarbij ook daadwerkelijk actie ondernomen is. Allereerst is gekeken naar het gemiddeld aantal FTP's per medicatiebeoordeling dat was vastgelegd over de jaren 2017 – 2022 . Dit schommelde tussen 4,1 FTP's per patiënt (in 2017 en 2019) en 3,4 FTP's per patiënt in 2022. De licht afnemende trend is naar verwachting te wijten aan het wegvallen van de noodzaak tot of sturing op de registratie voortkomend uit eisen van zorgverzekeraars, waardoor bij de registratie steeds meer focus is gekomen op de belangrijke FTP's.

De verschillende typen FTP's staan weergegeven in tabel 2.4. De daling van het aantal geregistreerde FTP's komt voort uit de combinatie van de beperkte daling van het aantal FTP's per medicatiebeoordeling en de daling van het totale aantal medicatiebeoordelingen. Tabel 2.5 laat zien dat in alle jaren "onderbehandeling" van een aandoening of klacht het meeste voorkwam, gevolgd door "overbehandeling" met een geneesmiddel, "geneesmiddel niet effectief" en "bijwerkingen". Onderbehandeling leidt vaak tot het starten van een geneesmiddel. Overbehandeling, het niet effectief zijn van een geneesmiddel en bijwerkingen zijn vaak redenen om medicatie te minderen of te stoppen. De overige typen FTP's komen allemaal in kleine percentages voor.

Resultaten

Tabel 2.5: Aantal FTP's per FTP type en % t.o.v. totaal aantal FTP's bij medicatiebeoordelingen vastgelegd in de SAMRT van NControl

FTP Type	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
Onderbehandeling	45526	34%	38509	37%	33338	37%	24404	36%	20264	36%	18587	36%
Overbehandeling	27502	20%	19941	19%	18340	20%	14876	22%	12974	23%	11697	23%
Medicijn niet effectief	17891	13%	14246	14%	13574	15%	9857	14%	7528	13%	7223	14%
(Potentiële) bijwerking	13664	10%	10063	10%	10079	11%	8502	12%	7756	14%	7278	14%
Contra-indicatie/interactie	10126	7%	6682	6%	4084	5%	1965	3%	1361	2%	1094	2%
Anders/onbekend	9442	7%	6608	6%	5091	6%	4586	7%	3540	6%	3024	6%
Gebruiksgemak	4758	4%	3213	3%	2724	3%	1762	3%	1181	2%	970	2%
Onjuiste dosering	3230	2%	2021	2%	1630	2%	1170	2%	1044	2%	977	2%
Therapieontrouw	2414	2%	1555	2%	1158	1%	696	1%	390	1%	340	1%
Toedieningsvorm niet geschikt	981	1%	684	1%	516	1%	407	1%	310	1%	254	0%
Totaal	135534	100%	103522	100%	90534	100%	68225	100%	56348	100%	51444	100%

Na analyse van de FTP's stellen zorgverleners een behandelplan op met interventievoorstellen over mogelijke acties betreffende de medicatie, die vervolgens met de patiënt worden besproken. De doorgevoerde interventies staan in tabel 2.5. Het geregistreerde interventiepercentage neemt af – deze daling valt onder andere te verklaren uit het wegvallen van de in sommige vergoedingsafspraken gestelde registratieverplichting. Dit leidt ertoe dat met name interventies zoals 'informatie/advies gegeven' minder geregistreerd zijn. De meest voorkomende interventie is het uitvoeren van aanvullend onderzoek, zoals het meten van de bloeddruk of bepalen van de nierfunctie of achterhalen van een indicatie of labwaarde. Deze wordt gevolgd door het stoppen of starten van een geneesmiddel en het geven van aanvullende informatie of adviezen over een geneesmiddel. Gemiddeld leidt 7-8% van de interventievoorstellen binnen een medicatiebeoordeling tot het stoppen van een geneesmiddel; dit is tamelijk constant over de periode 2017-2022.

Tabel 2.5: Aandeel aan de FTP's gerelateerde interventies bij medicatiebeoordelingen vastgelegd in NControl. Percentages zijn weergegeven t.o.v. totaal aantal FTP's.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Interventievoorstellen gerelateerd aan FTP	135.534	103.522	90.534	68.225	56.348	51.444
Geregistreerde uitgevoerde interventies	68.999 (51%)	54.100 (52%)	42.734 (47%)	30.195 (44%)	21.704 (39%)	19.281 (37%)
Type uitgevoerde interventie						
Onderzoek uitgevoerd (bijv. nierfunctie)	11%	9%	11%	13%	11%	10%
Informatie/advies gegeven	10%	16%	8%	5%	4%	4%
Geneesmiddel gestart	9%	9%	9%	8%	7%	7%
Geneesmiddel gestopt	8%	7%	7%	7%	7%	7%
Dosering/gebruik gewijzigd	6%	5%	4%	4%	4%	4%
Geneesmiddel vervangen	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Toedieningsvorm gewijzigd	2%	2%	2%	1%	0%	0%
Medicatie gesynchroniseerd	2%	1%	1%	1%	0%	1%
Anders / onbekend	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Percentage geen interventie geregistreerd	49%	48%	53%	56%	61%	63%

Een medicatiebeoordeling is een van de mogelijke momenten waarop het minderen en stoppen van medicatie kan plaatsvinden. Zoals ook uit Stap 3 van het onderzoek, de vragenlijst onder apothekers blijkt, is een andere veel gebruikte aanpak voor minderen en stoppen het werken met medisch-farmaceutische beslisregels (MFB's). Dit zijn 'clinical rules' die gebruik van mogelijk ongewenste medicatie kunnen signaleren, bijvoorbeeld op basis van leeftijd en medicatiegebruik. De afhandeling hiervan wordt ook in NControl geregistreerd.

Een deel van de MFB's zijn gericht op het voorkomen van ongewenst medicatiegebruik bij ouderen op basis van diverse richtlijnen, waaronder de EPHOR (expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen)–rapporten en de kennisdocumenten bij de Module minderen en stoppen van medicatie, onderdeel van de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen. In dit rapport is alleen van die MFB's een analyse gemaakt, dit betreft dus slechts een kleine subset van het totale aantal MFB's.

In de jaren 2017 – 2022 is het aantal afgehandelde MFB's rond minderen en stoppen gestegen van 24.252 in 2017 (gemiddeld 48 per apotheek) naar 106.054 in 2022 (gemiddeld 210 per apotheek), omdat er meer MFB's over dit onderwerp zijn bij gekomen en meer apothekers ermee zijn gaan werken. In 2022 registreerden apothekers ruim 10.000 keer dat een geneesmiddel gestopt/geminderd/vervangen werd naar aanleiding van een MFB-sigitaal. Het succespercentage van minderen of stoppen bij de MFB's was sterk afhankelijk van de geneesmiddelgroep. Overall is een 10%-interventiepercentage hoog: het is aanzienlijk hoger dan het interventiepercentage bij klassieke medicatiebewaking en bovendien is het minderen of stoppen van medicatie over het algemeen een lastige interventie. In eerder onderzoek is aangetoond dat interventies naar aanleiding van deze MFB's ook persistent waren, dat wil zeggen dat gestopte medicatie niet snel weer herstart werd.²⁵

²⁵ Mulder-Wildemors LGM et al. Reducing Inappropriate Drug Use in Older Patients by Use of Clinical Decision Support in Community Pharmacy: A Mixed-Methods Evaluation. *Drugs Aging*. 2020;37(2):115-123.

Overwegingen en bevindingen stap 2 database

- Sinds 2012 werd in richtlijnen geadviseerd medicatiebeoordelingen uit te voeren bij ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie en minimaal één aanvullende risicofactor. In 2017 stuurde de IGJ op 100 medicatiebeoordelingen per jaar per apotheek, bij ouderen vanaf 75 jaar met 7 of meer geneesmiddelen. Sinds 2019 ligt in de herziene richtlijn de focus op ouderen vanaf 75 met hyperpolyfarmacie (10 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik) en/of kwetsbaarheid, om de beschikbare capaciteit bij zorgverleners zo gericht mogelijk in te zetten. De richtlijn geeft aan dat de klinische inschatting van de zorgverlener wat betreft de noodzaak van een medicatiebeoordeling leidend is. Dat geldt ook voor de frequentie van een eventuele herhaling van de medicatiebeoordeling.
- Het aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen per jaar schommelt sinds 2017. Met een dalende trend. Naast diverse andere factoren (zie ook stap 3) is de variatie in contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners wat betreft het gebruik van de prestatie medicatiebeoordeling (bijv wel/niet bij start of evaluatie van een medicatierol) een mogelijke vertekende factor: deze afspraken kunnen verschillen per jaar en per zorgverzekeraar.
- De populatie waarbij medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd betreft grotendeels ouderen met polyfarmacie – en in bijna een kwart van de gevallen ouderen met hyperpolyfarmacie. Dit is constant over de jaren 2017-2022.
- In Nederland zijn er ruim 1,2 miljoen 65-plussers met polyfarmacie, waarvan ruim 725.000 75-plussers. Medicatiebeoordelingen worden momenteel aanbevolen bij 75-plussers met hyperpolyfarmacie en/of kwetsbaarheid. In Nederland zijn in de periode 2017-2022 in totaal ruim 689.000 medicatiebeoordelingen uitgevoerd. De NControl-data laten zien dat herhaalde medicatiebeoordelingen bij een patiënt voorkomen, maar dat dit niet de meerderheid is. Daarnaast kunnen andere vormen van medicatie-evaluatie plaatsvinden, al dan niet intramuraal. In samenhang suggereren deze gegevens dat bij de meerderheid van de in aanmerking komende ouderen in de afgelopen 5 jaar minimaal één keer een medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden.
- Per medicatiebeoordeling registreren apothekers circa vier FTP's (op basis van registratie van ongeveer een derde van de Nederlandse apothekers in het online platform NControl). In circa de helft van de FTP's registreren apothekers dat naar aanleiding hiervan interventies ook daadwerkelijk doorgevoerd zijn na afstemming met andere zorgverleners en de patiënt. De meest geregistreerde problemen op het gebied van medicatie hebben te maken met onderbehandeling en overbehandeling van een aandoening of klacht. Hierbij wordt respectievelijk medicatie gestart en gestopt. In de periode 2017-2022 registreerden apothekers bij 1 op de 3 medicatiebeoordelingen dat naar aanleiding van een farmacotherapeutisch probleem medicatie geminderd of gestopt was.
- Ook naar aanleiding van gerichte medisch-farmaceutische beslisregels vindt in toenemende mate minderen en stoppen van medicatie plaats (> 10.000 keer in 2022 in apotheken die met NControl werken en de MFB-afhandeling registreren). Deze manier ligt vooral voor de hand voor enkelvoudige farmacotherapie en/of losstaande aandoeningen/klachten en minder bij hyperpolyfarmacie.

Stap 3: vragenlijstonderzoek openbaar apothekers en huisartsen

3a. Vragenlijst openbaar apothekers

Resultaten vragenlijst apothekers

In april 2023 is een elektronische vragenlijst verspreid via het UPPER-panel van de Universiteit Utrecht, van ongeveer 1300 openbare apotheken. Exact 200 apothekers (tevens het streefaantal) hebben de vragenlijst ingevuld. De kenmerken van de respondenten laten een redelijke spreiding zien, met een mediane leeftijd van 41,5 jaar en 66% vrouw. Een kwart is werkzaam in een ketenapotheek, 38% in een formuleapotheek en 37% in een andere apotheek. Ruim de helft (54%) van de apotheken is gevestigd in een gezondheidscentrum. In de apotheken van de respondenten was gemiddeld 1,5 fte apotheker werkzaam.

Medicatiebeoordelingen

De resultaten van het onderdeel van de vragenlijst over medicatiebeoordelingen staan weergegeven in tabel 3.1. Het mediane geschatte aantal medicatiebeoordelingen in de apotheken van de respondenten in 2022 is 60. Bij hoge aantallen (> 400) wordt een aantal keer genoemd dat dit inclusief de (half)jaarlijkse beoordeling van medicatie bij mensen in een instelling is. Wat betreft de trend in het aantal medicatiebeoordelingen sinds 2017 is een daling 44 keer genoemd, bij 67 apothekers is het aantal gestegen en bij 76 gelijk gebleven. Bij 13 apothekers was het antwoord 'anders'. Bij de toelichting wordt gemeld dat de enorme hoeveelheid geneesmiddelenkortingen en personeelstekort zorgt voor tijdgebrek om zorgtaken, zoals een medicatiebeoordeling, uit te voeren. Tegelijkertijd is ook de werkdruk bij huisartsen hoog en noemt 7,5% tijdgebrek bij de huisarts als oorzaak voor een daling van het aantal medicatiebeoordelingen. Ook het gebrek aan een kostendekkende vergoeding wordt genoemd. Een nadeel is dat de kosten van het eigen risico af gaan bij sommige verzekeraars en patiënten het daarom niet willen en ook apothekers zich daar ongemakkelijk bij voelen (aangezien huisartsenzorg niet afgaat van het eigen risico). Een bevorderende factor is om het onderwerp op te nemen in het beleid en om bewust tijd ervoor in te plannen. Daarnaast zijn bewoners van een ouderenzorginstelling makkelijk in te plannen en wordt met hen structureel een medicatiebeoordeling uitgevoerd. In een aantal gevallen is met de zorgverzekeraar een adequate vergoeding afgesproken en werkt dat als bevorderende factor. Daarnaast is meerdere keren genoemd dat de selectiecriteria in de richtlijn strenger zijn geworden (10 of meer geneesmiddelen) waardoor er minder patiënten in aanmerking zouden komen. Bovendien is een deel van de populatie al een keer beoordeeld en wordt het soms als minder nuttig beschouwd om nog een medicatiebeoordeling te doen.

Negentig procent van de respondenten zou graag meer medicatiebeoordelingen willen doen. Tijd is de belangrijkste beperking, gevolgd door geld en inefficiëntie van het proces. Daarnaast ziet een derde van de respondenten inefficiënte gegevensuitwisseling als een knelpunt, hetzelfde geldt voor inzage in de klinische gegevens. Andere belemmeringen die genoemd worden, zijn de kosten die van het eigen risico afgaan bij sommige verzekeraars, patiënten die het nut er niet van inzien en omslachtige administratie.

Over de medewerking van de huisarts zijn de meningen verdeeld. Met name het overleg met huisartsen over door specialisten gestarte medicatie en late terugkoppeling door de huisarts worden

Resultaten

als knelpunten ervaren. 61,5% van de respondenten doet ook medicatiebeoordelingen als de huisarts niet de hoofdbehandelaar is (m.n. in ouderenzorginstellingen). Wat betreft besluitvorming over medicatiewijzigingen vindt de overgrote meerderheid van de respondenten de wens van de patiënt doorslaggevend, maar twee derde geeft tegelijkertijd aan dat patiënten de beslissing aan de zorgverlener overlaten. Voor- en nadelen van de therapie en een eventuele medicatiewijziging worden door ruim driekwart van de respondenten vaak of altijd besproken met de patiënt.

Als selectiecriteria voor patiënten bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd, staat een selectie op leeftijd en polyfarmacie bovenaan; daarna volgen selectie op bepaalde geneesmiddelen of kenmerken, selectie op kwetsbaarheid, en verwijzing door andere zorgverleners.

Apothekers geven in meerderheid aan in alle stappen van de medicatiebeoordeling betrokken te zijn. Apothekersassistenten en farmaceutisch consultants hebben in de kwart van de apotheken een rol, onder andere in het uitnodigen van patiënten, de selectie van patiënten en het anamnesegebesprek met de patiënt. Huisartsen hebben in de meerderheid van de gevallen een rol bij het vaststellen van het behandelplan, de terugkoppeling aan de patiënt en de follow-up. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk zijn in circa een derde van de gevallen betrokken bij de patiëntselectie, terugkoppeling aan de patiënt en de follow-up.

Wat betreft andere vormen van medicatie-evaluatie worden o.a. een farmacotherapeutische analyse bij medicatie op rol (als onderdeel van periodieke screening en accordering van de medicatie bij patiënten met medicatie op rol) en bij ontslagmedicatie veel uitgevoerd. Daarnaast worden er ook consulten op aanvraag van patiënt of huisarts uitgevoerd.

Tabel 3.1: Uitkomsten vragenlijst onderdeel medicatiebeoordelingen

<i>In welke mate beïnvloeden de volgende factoren de beslissing om meer of minder medicatiebeoordelingen te doen.</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Tijdgebrek	4 (2,0%)	5 (2,5%)	6 (3,0%)	72 (36,0%)	113 (56,5%)
Gebrek aan medewerking van huisartsen	36 (18,0%)	47 (23,5%)	47 (23,5%)	45 (22,5%)	25 (12,5%)
Patiënten hebben er geen behoefte aan	38 (19,0%)	68 (34,0%)	52 (26,0%)	33 (16,5%)	9 (4,5%)
Onvoldoende vergoeding zorgverzekeraar	5 (2,5%)	22 (11,0%)	42 (21,0%)	69 (34,5%)	62 (31,0%)
Twijfel over de meerwaarde van mijn inbreng t.o.v. de huisarts	88 (44,0%)	78 (39,0%)	23 (11,5%)	9 (4,5%)	2 (1,0%)
Medicatiebeoordeling levert te weinig gezondheidswinst op voor patiënt	48 (24,0%)	94 (47,0%)	42 (21,0%)	16 (8,0%)	0 (0,0%)
Tijdsinvestering weegt niet op tegen resultaten	25 (12,5%)	76 (38,0%)	48 (24,0%)	44 (22,0%)	7 (3,5%)
Gegevensuitwisseling met de huisarts is inefficiënt	28 (14,0%)	45 (22,5%)	27 (13,5%)	76 (38,0%)	24 (12,0%)
Onvoldoende inzage in klinische gegevens	23 (11,5%)	53 (26,5%)	34 (17,0%)	63 (31,5%)	27 (13,5%)
Het omslachtige proces van een medicatiebeoordeling	12 (6,0%)	27 (13,5%)	37 (18,5%)	90 (45,0%)	34 (17,0%)
<i>Hoe ervaart u de samenwerking met de huisarts bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens

Resultaten

Geen tijd voor overleg over interventievoorstellen	20 (10,0%)	51 (25,5%)	93 (46,5%)	34 (17,0%)	2 (1,0%)
Onze manier van denken sluit niet op elkaar aan	45 (22,5%)	106 (53,0%)	35 (17,5%)	14 (7,0%)	0 (0,0%)
Geen of veel later terugkoppeling op interventievoorstellen	17 (8,5%)	54 (27,0%)	70 (35,0%)	49 (24,5%)	10 (5,0%)
Afgesproken interventies worden niet of veel later doorgevoerd	14 (7,0%)	56 (28,0%)	87 (43,5%)	41 (20,5%)	2 (1,0%)
De huisarts staat niet open voor mijn interventievoorstellen	45 (22,5%)	85 (42,5%)	57 (28,5%)	12 (6,0%)	1 (0,5%)
De huisarts wil geen wijzigingen aanbrengen in door de specialist gestarte medicatie	3 (1,5%)	15 (7,5%)	35 (17,5%)	104 (52,0%)	43 (21,5%)
De huisarts heeft veel meer kennis over de patiënt	6 (3,0%)	15 (7,5%)	73 (36,5%)	94 (47,0%)	12 (6,0%)
Afgesproken follow-up wordt niet uitgevoerd	6 (3,0%)	63 (31,5%)	107 (53,5%)	24 (12,0%)	0 (0,0%)
Hoe kijkt u naar de rol van de patiënt in de besluitvorming over mogelijke medicatiewijzigingen?	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De wens van de patiënt is doorslaggevend in de besluitvorming over medicatiewijzigingen	2 (1,0%)	2 (1,0%)	33 (16,5%)	121 (60,5%)	42 (21,0%)
Ik vind het belangrijk om samen met de patiënt patiëntspecifieke behandeldoelen op te stellen	0 (0,0%)	4 (4,5%)	19 (9,5%)	119 (59,5%)	58 (29,0%)
	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vraag patiënten wat voor hen de voor- en nadelen zijn van de farmacotherapie	1 (0,5%)	12 (6,0%)	32 (16,0%)	106 (53,0%)	49 (24,5%)
Patiënten bij wie ik een medicatiebeoordeling uitvoer willen meebeslissen over medicatiewijzigingen	1 (0,5%)	15 (7,5%)	82 (41,0%)	80 (40,0%)	22 (11,0%)
Ik ga alleen uit van farmacotherapeutische problemen zoals de patiënt die ervaart of relevant vindt	8 (4,0%)	61 (30,5%)	72 (36,0%)	48 (24,0%)	11 (5,5%)
Patiënten laten de beslissing aan de zorgverlener over	0 (0,0%)	5 (2,5%)	64 (32,0%)	122 (61,0%)	9 (4,5%)
Ik bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke medicatiewijziging	1 (0,5%)	2 (1,0%)	31 (15,5%)	101 (50,5%)	65 (32,5%)
Patiënten bij wie ik een medicatiebeoordeling uitvoer zijn in staat om mee te beslissen over medicatiewijzigingen	1 (0,5%)	13 (6,5%)	94 (47,0%)	80 (40,0%)	12 (6,0%)

Minderen en stoppen

De resultaten van het onderdeel van de vragenlijst over minderen en stoppen van medicatie staan weergegeven in tabel 3.2. 91,5% van de respondenten is bekend met de richtlijnmodule Minderen en stoppen en 81,5% is bekend met de bijbehorende kennisdocumenten. Twee derde van de respondenten raadpleegt deze kennisdocumenten maandelijks of vaker. De belangrijkste momenten/methodes waarmee aandacht wordt besteed aan minderen en stoppen zijn medicatiebeoordelingen (95,5%) en medisch-farmaceutische beslisregels (73,5%). Qua besluitvorming is het beeld vergelijkbaar met het beeld bij medicatiebeoordelingen. Enerzijds wordt wel gevraagd wat de patiënt belangrijk vindt, maar anderzijds wordt ook vooral akkoord gevraagd voor een voorstel van de zorgverlener. Schriftelijke informatie en tools zoals U-Prevent worden weinig gebruikt. De knelpunten en samenwerking staan verder uitgewerkt in tabel 3.2.

Resultaten

Tabel 3.2: Uitkomsten vragenlijst over onderwerp minderen en stoppen van medicatie, n=200 (n, %)

<i>Het uitvoeren van activiteiten om te minderen en stoppen wordt belemmerd door de volgende factoren</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Gebrek aan onderbouwing/richtlijnen	19 (9,5%)	89 (44,5%)	65 (32,5%)	26 (13,0%)	1 (0,5%)
Eigen onzekerheid hoe dit aan te pakken	22 (11,0%)	81 (40,5%)	41 (20,5%)	53 (26,5%)	3 (1,5%)
Gebrek aan vergoeding voor de begeleiding bij minderen en stoppen	8 (4,0%)	18 (9,0%)	26 (13,0%)	83 (41,5%)	65 (32,5%)
Gebrek aan bereidwilligheid van patiënten om te minderen en stoppen	3 (1,5%)	19 (9,5%)	49 (24,5%)	99 (49,5%)	30 (15,0%)
Gebrek aan compensatie voor het verlies aan inkomsten voor de apotheek	24 (12,0%)	39 (19,5%)	32 (16,0%)	57 (28,5%)	48 (24,0%)
Gebrek aan medewerking van andere zorgverleners	7 (3,5%)	40 (20,0%)	53 (26,5%)	77 (38,5%)	23 (11,5%)
Gebrek aan tijd om de patiënt te begeleiden bij minderen en stoppen	4 (2,0%)	13 (6,5%)	22 (11,0%)	105 (52,5%)	56 (28,0%)
Reden van voorschrijven kan niet worden achterhaald	6 (3,0%)	36 (18,0%)	45 (22,5%)	91 (45,5%)	22 (11,0%)
Gebrek aan onderbouwing/richtlijnen	11 (5,5%)	51 (25,5%)	56 (28,0%)	64 (32,0%)	18 (9,0%)
<i>In hoeverre zijn de volgende stellingen in uw apotheek van toepassing?</i>	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Huisartsen staan open voor mijn voorstellen over minderen en stoppen	1 (0,5%)	11 (5,5%)	58 (29,0%)	113 (56,5%)	17 (8,5%)
Huisartsen raadplegen mij voor advies over minderen en stoppen	8 (4,0%)	29 (14,5%)	85 (42,5%)	71 (35,5%)	7 (3,5%)
POH's raadplegen mij voor advies over minderen en stoppen	15 (7,5%)	47 (23,5%)	66 (33,0%)	64 (32,0%)	8 (4,0%)
Medisch specialisten staan open voor mijn voorstellen over minderen en stoppen	24 (12,0%)	77 (38,5%)	76 (38,0%)	22 (11,0%)	1 (0,5%)
Andere zorgverleners vragen mij het initiatief te nemen tot minderen en stoppen	40 (20,0%)	78 (39,0%)	59 (29,5%)	22 (11,0%)	1 (0,5%)
Ik leg de reden van minderen en stoppen vast in het patiëntendossier	1 (0,5%)	9 (4,5%)	39 (19,5%)	73 (36,5%)	78 (38,0%)
<i>Hoe betreft u patiënten bij de afweging om medicatie te minderen en stoppen?</i>	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vraag de patiënt aan welke informatie hij/zij behoefte heeft	2 (1,0%)	14 (7,0%)	66 (33,0%)	96 (48,0%)	22 (11,0%)
Ik doe een voorstel en vraag de patiënt om akkoord	2 (1,0%)	4 (2,0%)	31 (15,5%)	105 (52,5%)	58 (29,0%)
Ik vraag de patiënt waarom hij/zij wel of niet zou willen stoppen met een geneesmiddel	1 (0,5%)	8 (4,0%)	33 (16,5%)	112 (56,0%)	46 (23,0%)
Ik leg de voor- en nadelen van minderen en stoppen uit	1 (0,5%)	4 (2,0%)	27 (13,5%)	105 (52,5%)	63 (31,5%)
Ik leg de patiënt voor wat ik de beste optie vind	2 (1,0%)	6 (3,0%)	26 (13,0%)	107 (53,5%)	59 (29,5%)
Ik geef schriftelijke informatie mee over minderen en stoppen	30 (15,0%)	68 (34,0%)	69 (34,5%)	28 (14,0%)	5 (2,5%)
Ik gebruik een tool/hulpmiddel die de gevolgen van stoppen inzichtelijk maakt, zoals U-Prevent	100 (50,0%)	53 (26,5%)	30 (15,0%)	15 (7,5%)	2 (1,0%)
Ik vraag de patiënt welke geneesmiddelen hij/zij wel of juist niet wil stoppen.	8 (4,0%)	10 (5,0%)	60 (30,0%)	95 (47,5%)	27 (13,5%)

Resultaten

Valpreventie

De resultaten van het onderdeel van de vragenlijst over valpreventie staan weergegeven in tabel 3.3. Een kwart van de respondenten heeft afspraken met andere zorgverleners over valpreventie. De meeste respondenten besteden bij een medicatiebeoordeling aandacht aan valpreventie. Andere interventies komen weinig voor. Tijd, geld, richtlijnen, tools en vraag van andere zorgverleners en patiënten zouden volgens de respondenten allemaal kunnen bijdragen aan meer aandacht voor valpreventie vanuit de apotheek.

Tabel 3.3: Uitkomsten vragenlijst over onderwerp valpreventie

Hoe gaat u om met valpreventie in uw apotheek?	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Bij een medicatiebeoordeling besteed ik aandacht aan vallen	5 (2,5%)	6 (3,0%)	28 (14,0%)	70 (35,0%)	91 (45,5%)
Ik verwijs patiënten met een hoog valrisico door naar andere zorgverleners	25 (12,5%)	48 (24,0%)	71 (35,5%)	36 (18,0%)	20 (10,0%)
Ik spoor actief patiënten op met een verhoogd valrisico	76 (38,0%)	74 (37,0%)	37 (18,5%)	9 (4,5%)	4 (2,0%)
Ik gebruik hulpmiddelen of vragenlijsten om het valrisico van een patiënt vast te stellen	82 (41,0%)	47 (23,5%)	32 (16%)	26 (13%)	13 (6,5%)
Bij patiënten met een vastgesteld hoog valrisico ga ik na of ik medicatie met valrisico af kan bouwen	22 (11,0%)	26 (13,0%)	48 (24,0%)	72 (36,0%)	32 (16,0%)
Wat zou helpen om meer aandacht te besteden aan valpreventie?	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Een duidelijke richtlijn	4 (2,0%)	3 (1,5%)	37 (18,5%)	107 (53,5%)	49 (24,5%)
Een vergoeding	1 (0,5%)	4 (2,0%)	17 (8,5%)	90 (45,0%)	88 (44,0%)
Initiatief van andere zorgverleners in mijn omgeving	1 (0,5%)	6 (3,0%)	32 (16,0%)	114 (57,0%)	47 (23,5%)
Als ik er tijd voor kan vrijmaken	1 (0,5%)	5 (2,5%)	27 (13,5%)	92 (46,0%)	75 (37,5%)
Wanneer ik tools/hulpmiddelen heb om patiënten met een verhoogd valrisico eenvoudig te selecteren	1 (0,5%)	5 (2,5%)	21 (10,5%)	108 (54,0%)	65 (32,5%)
Wanneer patiënten ernaar zouden vragen	1 (0,5%)	5 (2,5%)	26 (13,0%)	97 (48,5%)	71 (35,5%)
Ervaring met patiënten dat zij zich beter voelen / minder gaan vallen	0 (0,0%)	8 (4,0%)	39 (19,5%)	105 (52,5%)	48 (24,0%)
Meer kennis over het begeleiden van patiënten bij het afbouwen van psychofarmaca	3 (1,5%)	17 (8,5%)	38 (19,0%)	93 (46,5%)	49 (24,5%)

3b. Vragenlijst huisartsen

Resultaten vragenlijst huisartsen

In 2023 is een elektronische vragenlijst beschikbaar gesteld. Een steekproef van 1200 huisartsen uit de Nivel beroepenregistratie is per brief uitgenodigd en aanvullend zijn kaderhuisartsen eerstelijns ouderengeneeskunde uitgenodigd per e-mail. In totaal hebben 108 respondenten minimaal 1 inhoudelijke vraag van de vragenlijst ingevuld. De respondenten waren gemiddeld 49,6 jaar oud (standaarddeviatie 10,1 jaar, mediaan 50 jaar), met 23% van de deelnemers jonger dan 40 jaar (Landelijk in 2022: 28%²⁶). Onder de respondenten waren 42 mannen (38,9%) en 66 vrouwen (61,1%) – dit is in lijn met de landelijke cijfers. Zeven van de 108 huisartsen waren apotheekhoudend. Van de 108 huisartsen waren er 99 zelfstandig huisartsen, 8 huisartsen in dienstverband/vaste waarnemer en 1 overige; zelfstandige huisartsen waren daarmee oververtegenwoordigd, aangezien landelijk in 2022 65% van de huisartsen een zelfstandige huisarts was.⁹ Het betrof 37 solopraktijken (34%), 50 duopraktijken (46%) en 21 groepspraktijken (19%). Dit betekent dat solopraktijken oververtegenwoordigd waren en groepspraktijken ondervertegenwoordigd t.o.v. de steekproef van 1200 huisartsen en tevens ten opzichte van de landelijke cijfers uit de Nivel-beroepenregistratie (circa 18% solopraktijken, 44% duopraktijken en 39% groepspraktijken). Van de praktijken was 59% onderdeel van een AHOED/gezondheidscentrum en 41% niet. Er waren respondenten uit alle provincies; de meeste respondenten kwamen uit de grootste provincies: Noord-Holland, Noord-Brabant, Zuid-Holland en Gelderland. Het gemiddelde aantal ingeschreven patiënten in 2022 was 3533 (mediaan 2865, range 1400 – 10000).

Medicatiebeoordelingen

De mediane schatting van huisartsen van het aantal in 2022 in hun praktijk uitgevoerde medicatiebeoordelingen betrof 30. Bij 32 huisartsen waren 10 of minder medicatiebeoordelingen gedaan. De toelichting laat zien dat ook periodieke screenings bij medicatie op rol in soms meegeteld zijn en dat het dus niet uitsluitend medicatiebeoordelingen betreft volgens de definitie uit de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.

Bijna 39% van de huisartsen geeft aan dat het aantal medicatiebeoordelingen vanaf 2017 gestegen is, 23% geeft aan dat dit gedaald is en bij 29% is het ongeveer gelijk gebleven. Als redenen voor een toename worden meer ouderen en meer polyfarmacie genoemd, een meer structurele vormgeving van ouderenzorg met inzet van een POH, de samenwerking met de apotheek en vraag door patiënten. Redenen voor een daling zijn met name tijdgebrek bij huisarts en/of apotheek. Incidenteel worden te weinig vergoeding of te weinig opbrengst genoemd. Van de respondenten geeft 76% aan wel eens patiënten voor te dragen voor een medicatiebeoordeling.

Wat betreft het uitvoeren van een medicatiebeoordeling geeft 58% van de huisartsen aan betrokken te zijn bij de patiëntselectie, 15% is betrokken bij het uitnodigen van patiënten, 25% bij het anamnesegeprek, 88% bij het vaststellen van het behandelplan, 62% bij de terugkoppeling aan de

²⁶Nivel (Batenburg R et al). Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken. Een actualisering voor de periode 2020-2022. ISBN 9789461227805.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>

Resultaten

patiënt en 58% bij de opvolging (van 104 huisartsen, 4 missing). Doktersassistenten zijn bij 23% van de huisartsen betrokken bij medicatiebeoordelingen, o.a. bij het aanleveren van gegevens aan de apotheek en het selecteren en uitnodigen van patiënten. Praktijkondersteuners zijn in 61% van de gevallen betrokken, met name de POH-ouderen en de POH-somatiek, zowel bij het selecteren en uitnodigen als bij de terugkoppeling en opvolging.

De meeste huisartsen – 72% - zouden graag willen dat bij meer van hun patiënten een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd (van 100 huisartsen, 8 ontbrekende waarden). De overwegingen staan in tabel 3.4 – tijdgebrek is hierbij een belangrijke factor, net als de overweging of de resultaten opwegen tegen de tijdsinvestering speelt bij circa de helft van de respondenten een rol. Daarnaast zijn ook het omslachtige proces en de vergoeding punten van overweging. Dit sluit aan bij de mening over de samenwerking met de apotheker, waarbij de tijdrovende afstemming en moeite om afspraken te maken over de follow-up van belang zijn. Het niet altijd beschikbaar hebben van een volledig en actueel medicatie-overzicht wordt ook enkele keren als belemmering genoemd.

Hoewel huisartsen het belangrijk vinden het perspectief van de patiënt te betrekken, is hun ervaring ook dat patiënten de beslissing vaak aan de zorgverlener overlaten en lang niet altijd mee willen beslissen.

Tabel 3.4: Ervaringen huisartsen m.b.t. medicatiebeoordelingen (n=100; 8 missing)

<i>Factoren van invloed op de overweging wel/niet meer medicatiebeoordelingen te willen laten plaatsvinden</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Tijdgebrek	1 (1%)	5 (5%)	9 (9%)	33 (33%)	52 (52%)
Patiënten hebben er geen behoefte aan	6 (6%)	40 (40%)	40 (40%)	14 (14%)	0 (0%)
Gebrek aan medewerking apotheker	30 (30%)	40 (40%)	16 (16%)	10 (10%)	4 (4%)
Onvoldoende vergoeding zorgverzekeraar	3 (3%)	14 (14%)	36 (36%)	27 (27%)	20 (20%)
Medicatiebeoordeling levert te weinig gezondheidswinst op voor patiënt	18 (18%)	48 (48%)	19 (19%)	14 (14%)	1 (1%)
Tijdsinvestering weegt niet op tegen resultaten	5 (5%)	33 (33%)	22 (22%)	36 (36%)	4 (4%)
Het omslachtige proces van een medicatiebeoordeling	0 (0%)	21 (21%)	23 (23%)	44 (44%)	12 (12%)
De inbreng van de apotheker heeft geen meerwaarde	30 (30%)	60 (60%)	5 (5%)	2 (2%)	0 (0%)
Gegevensuitwisseling met de apotheker inefficiënt	20 (20%)	42 (42%)	10 (10%)	24 (24%)	4 (4%)

Resultaten

<i>In hoeverre ervaart u belemmeringen in de samenwerking met de apotheker bij medicatiebeoordelingen?</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De voorstellen voor interventie van de apotheker zijn niet altijd relevant	14 (14%)	39 (39%)	16 (16%)	21 (21%)	0 (0%)
De afstemming kost te veel tijd	2 (2%)	23 (23%)	18 (18%)	47 (47%)	10 (10%)
De apotheker verwacht dat ik met de tweede lijn afstem	11 (11%)	51 (51%)	24 (24%)	13 (13%)	1 (1%)
De apotheker weet onvoldoende van de situatie van de patiënt	8 (8%)	39 (39%)	21 (21%)	32 (32%)	0 (0%)
Het is moeilijk om afspraken te maken over de follow-up van interventies	4 (4%)	37 (37%)	22 (22%)	34 (34%)	3 (3%)
Onze manier van denken sluit niet op elkaar aan	15 (15%)	56 (56%)	20 (20%)	9 (9%)	0 (0%)
Patiënten hebben meer vertrouwen in mij dan in de apotheker	7 (7%)	19 (19%)	35 (35%)	35 (35%)	4 (4%)
<i>Hoe kijkt u naar de rol van de patiënt in de besluitvorming over mogelijke medicatiewijzigingen bij een medicatiebeoordeling</i>	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Ik vind het belangrijk dat zorgverlener en patiënt samen beslissen over medicatiewijzigingen	1 (1%)	0 (0%)	11 (11%)	67 (67%)	21 (21%)
De wens van de patiënt is doorslaggevend in de besluitvorming over medicatiewijzigingen	3 (3%)	17 (17%)	29 (29%)	49 (49%)	2 (2%)
Ik vind het belangrijk om samen met de patiënt patiëntspecifieke behandeldoelen op te stellen	1 (1%)	6 (6%)	14 (14%)	71 (71%)	8 (8%)
Ik vraag patiënten wat voor hen de voor- en nadelen zijn van de farmacotherapie	4 (4%)	14 (14%)	30 (30%)	50 (50%)	2 (2%)
Ik ga alleen uit van farmacotherapeutische problemen zoals de patiënt die ervaart of relevant vindt.	4 (4%)	22 (22%)	50 (50%)	24 (24%)	0 (0%)
Patiënten laten de beslissing aan de zorgverlener over	1 (1%)	1 (1%)	29 (29%)	67 (67%)	2 (2%)
Patiënten bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd willen meebeslissen over medicatiewijzigingen	3 (3%)	16 (16%)	54 (54%)	27 (27%)	0 (0%)
Ik bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke medicatiewijziging	1 (1%)	0 (0%)	13 (13%)	63 (63%)	23 (23%)
Patiënten bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd zijn in staat om mee te beslissen over medicatiewijzigingen	2 (2%)	10 (10%)	44 (44%)	40 (40%)	4 (4%)

Zestig procent van de huisartsen geeft aan ook betrokken te zijn bij andere vormen van medicatie-evaluatie. Hierbij worden vooral periodieke controle/screening bij medicatie op rol en in iets minder mate multidisciplinair overleg (MDO) in de ouderenzorg genoemd.

Minderen en stoppen

Van de 99 respondenten op dit onderdeel is 69% bekend met de richtlijnmodule Minderen en stoppen en 36% is bekend met de 10 bijbehorende geneesmiddel(groep)specifieke kennisdocumenten. Wie de kennisdocumenten kent, gebruikt deze meestal maandelijks tot jaarlijks. Aandacht aan minderen en stoppen is er bij medicatiebeoordelingen (74%), op basis van lijsten van de apotheker (58%), bij consulten (89%) en op diverse andere manieren, zoals bij FTO's (periodiek gestructureerd farmacotherapeutisch overleg tussen huisarts en apotheker), MDO's (multidisciplinair

Resultaten

overleg over patiënten), eigen projecten gericht op specifieke middelen, herhaalreceptuur en vragen van andere zorgverleners. Gebrek aan tijd en vergoeding zijn factoren die minderen en stoppen belemmeren. Dat geldt ook voor een ervaren beperkte bereidheid bij patiënten en het feit dat de huisarts lang niet altijd de initiële voorschrijver is. Bovendien is de ervaring dat medisch specialisten lang niet altijd open staan voor afbouwen. Zowel praktijkondersteuners als apothekers hebben soms een rol in het minderen en stoppen. Het besluitvormingsproces over minderen en stoppen is vergelijkbaar met dat bij medicatiebeoordelingen: enerzijds wordt voorkeur van de patiënt gevraagd, anderzijds wordt akkoord gevraagd voor een voorstel. Schriftelijke informatie en risicotools zoals U-prevent worden vrij weinig gebruikt.

Tabel 3.5: Ervaringen huisartsen met mindere en stoppen (n=99)

Het uitvoeren van activiteiten om te minderen en stoppen wordt in mijn huisartsenpraktijk belemmerd door de volgende factoren:	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Gebrek aan onderbouwing / richtlijnen	4 (4%)	57 (58%)	30 (30%)	6 (6%)	0 (0%)
Eigen onzekerheid hoe dit aan te pakken	7 (7%)	45 (45%)	29 (29%)	15 (15%)	1 (1%)
Gebrek aan vergoeding voor de begeleiding bij minderen en stoppen	0 (0%)	18 (18%)	29 (29%)	42 (42%)	8 (8%)
Gebrek aan bereidwilligheid van patiënten om te minderen en stoppen	0 (0%)	23 (23%)	25 (25%)	41 (41%)	8 (8%)
Gebrek aan compensatie voor het verlies aan inkomsten voor de huisartspraktijk	24 (24%)	38 (38%)	21 (21%)	9 (9%)	5 (5%)
Gebrek aan medewerking van apothekers	19 (19%)	58 (59%)	15 (15%)	4 (4%)	1 (1%)
Gebrek aan tijd om patiënten te begeleiden bij minderen en stoppen	0 (0%)	6 (6%)	14 (14%)	44 (44%)	33 (33%)
Ik ben vaak niet de initiële voorschrijver	1 (1%)	7 (7%)	24 (24%)	56 (57%)	9 (9%)
Hoe verloopt de samenwerking bij minderen en stoppen? (n=97)	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
De apotheker begeleidt patiënten bij het afbouwen	12 (12%)	31 (32%)	36 (37%)	18 (19%)	0 (0%)
Medisch specialisten staan open voor voorstellen over minderen en stoppen	5 (5%)	26 (27%)	45 (46%)	20 (21%)	1 (1%)
Ik overleg met de apotheker over minderen en stoppen	5 (5%)	22 (23%)	46 (47%)	23 (24%)	1 (1%)
De apotheker neemt het initiatief bij minderen en stoppen van medicatie	8 (8%)	17 (18%)	54 (56%)	18 (19%)	0 (0%)
De POH begeleidt patiënten bij het afbouwen	11 (11%)	16 (16%)	42 (43%)	25 (26%)	3 (3%)

Resultaten

<i>Hoe betreft u patiënten bij de afweging om medicatie te minderen of stoppen?</i>	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik doe een voorstel en vraag de patiënt om akkoord	0 (0%)	3 (3%)	17 (18%)	65 (67%)	12 (12%)
Ik vraag de patiënt waarom hij/zij wel of niet zou willen stoppen met een geneesmiddel	0 (0%)	5 (5%)	27 (28%)	59 (61%)	6 (6%)
Ik leg de voor- en nadelen van minderen en stoppen uit	0 (0%)	2 (2%)	16 (16%)	65 (67%)	14 (14%)
Ik geef schriftelijke informatie mee over minderen en stoppen	26 (27%)	29 (30%)	29 (30%)	13 (13%)	0 (0%)
Ik leg de patiënt voor wat ik de beste optie vind	0 (0%)	1 (1%)	10 (10%)	66 (68%)	20 (21%)
Ik gebruik een tool/hulpmiddel die de gevolgen van stoppen inzichtelijk maakt, zoals U-Prevent	40 (41%)	17 (18%)	27 (28%)	11 (11%)	5 (5%)
Ik vraag de patiënt welke geneesmiddelen hij/zij wel of juist niet wil stoppen	4 (4%)	10 (10%)	45 (46%)	34 (35%)	4 (4%)

Valpreventie

Van de 96 respondenten op dit onderdeel geeft 61% aan in de praktijk specifieke activiteiten gericht op valpreventie uit te voeren, bijvoorbeeld met een valprotocol, met screening van risicogroepen (bijv gebruikers van bepaalde geneesmiddelgroepen), binnen de gestructureerde ouderenzorg of door verwijzing naar andere disciplines zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut of valpoli. Daarbij besteedt 97% ook aandacht aan medicatie. Tijdens reguliere zorg is regelmatig aandacht voor valpreventie, maar dit gebeurt niet altijd structureel en meestal niet geprotocolleerd.

Van de huisartsen heeft 43% afspraken over valpreventie met andere zorgverleners buiten de eigen praktijk, vooral met de fysiotherapeut (83%) en in mindere mate met de wijkverpleegkundige (46%), ergotherapeut (32%) en apotheker (22%).

Veel factoren zouden kunnen helpen om meer aandacht te besteden aan medicatiegerelateerde valpreventie, o.a. een ervaren patiëntbehoefte en initiatief van andere zorgverleners en een duidelijke richtlijn met tools. Deze worden als belangrijker gezien dan tijd en geld, die ook door de meerderheid als relevante factor ervaren worden.

Tabel 3.6: Ervaringen huisartsen met valpreventie (n=93, 15 missing)

<i>Hoe gaat u in uw praktijk om met valpreventie?</i>	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Bij een consult worden patiënten met een mogelijk hoog valrisico naar de frequentie van vallen gevraagd	2 (2%)	9 (10%)	42 (45%)	35 (38%)	5 (5%)
Patiënten met een hoog valrisico worden doorverwezen naar andere zorgverleners	1 (1%)	5 (5%)	41 (44%)	45 (48%)	1 (1%)
Patiënten met een verhoogd valrisico worden actief opgespoord	28 (30%)	25 (27%)	30 (32%)	10 (11%)	0 (0%)
Er worden hulpmiddelen of vragenlijsten gebruikt om het valrisico van een patiënt vast te stellen	28 (30%)	28 (30%)	23 (25%)	13 (14%)	1 (1%)
Er is een protocol dat bij contact met een patiënt met een hoog valrisico actief gevraagd wordt naar vallen	43 (46%)	12 (13%)	18 (19%)	17 (18%)	3 (3%)
Bij een bekend hoog valrisico wordt nagegaan of het mogelijk is eventueel gebruik van medicatie met een valrisico te verminderen	2 (2%)	7 (8%)	21 (23%)	54 (58%)	9 (10%)

Resultaten

Wat zou u helpen meer aandacht te besteden aan medicatiegerelateerde valpreventie?	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Een duidelijke richtlijn	4 (4%)	6 (6%)	21 (23%)	53 (57%)	9 (10%)
Een vergoeding	1 (1%)	7 (8%)	31 (22%)	38 (41%)	16 (17%)
Initiatief van andere zorgverleners in mijn omgeving	1 (1%)	4 (4%)	21 (23%)	57 (61%)	10 (11%)
Als ik er tijd voor kan vrijmaken	0 (0%)	2 (2%)	10 (11%)	48 (52%)	32 (34%)
Wanneer ik tools/hulpmiddelen heb om patiënten met een verhoogd valrisico eenvoudig te selecteren	1 (1%)	5 (5%)	15 (16%)	52 (56%)	20 (22%)
Wanneer patiënten ernaar zouden vragen	1 (1%)	1 (1%)	14 (15%)	61 (66%)	16 (17%)
Meer kennis over de begeleiding van patiënten bij het afbouwen van psychofarmaca	4 (4%)	15 (16%)	22 (24%)	44 (47%)	8 (9%)
Ervaring met patiënten dat zij zich beter voelen/minder gaan vallen	2 (2%)	4 (4%)	20 (22%)	58 (62%)	9 (10%)

Overwegingen en bevindingen stap 3 vragenlijsten zorgverleners

- Tweehonderd openbaar apothekers en ruim 100 huisartsen hebben een vragenlijst over medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie uitgevoerd. Dit betrof een populatie met een goede spreiding over leeftijd, type praktijk, etc. Het is aannemelijk dat actieve zorgverleners / zorgverleners met interesse in het onderwerp oververtegenwoordigd zijn in dergelijk vragenlijstonderzoek.
- 72% van de huisartsen en 90% van de apothekers die de vragenlijst hebben ingevuld, wil dat er meer medicatiebeoordelingen plaatvinden. De meeste deelnemende zorgverleners geven aan dat het aantal medicatiebeoordelingen ongeveer gelijk is gebleven, een deel geeft een stijging aan (waarbij o.a. beoordelingen in instellingen genoemd worden) en een wat kleiner deel geeft een daling aan. Het huidige aantal genoemde beoordelingen ligt boven het verwachte gemiddelde aantal per huisarts/apotheek, naar verwachting zowel door het meetellen van medicatie-evaluaties die niet als medicatiebeoordeling gedeclareerd worden als ook door het feit dat de respondenten op dit thema bovengemiddeld actief zijn.
- Bij zorgverleners bij wie het aantal medicatiebeoordelingen de afgelopen jaren gedaald is, zijn tijdgebrek (bij henzelf en andere zorgverleners) en onvoldoende financiering belangrijke redenen. Zorgverleners ervaren medicatiebeoordelingen als tijdrovend en niet altijd efficiënt.
- Bij zorgverleners bij wie het aantal medicatiebeoordelingen de afgelopen jaren gestegen is, zijn de toename van het aantal ouderen / toename van polyfarmacie belangrijke redenen, al dan niet in combinatie met het structureel implementeren van ouderenzorg en adequate financiering.
- De richtlijnmodule Minderen en stoppen en de bijbehorende kennisdocumenten zijn bij respectievelijk bij 92% en 82% van de apothekers bekend bij huisartsen is dit 69% voor de richtlijnmodule en 36% voor de kennisdocumenten.
- Zorgverleners in de eerste lijn, zeker apothekers, ervaren in meerderheid barrières bij het aanpassen van door specialisten gestarte of nog steeds voorschreven geneesmiddeltherapie.
- Hoewel zorgverleners het belangrijk vinden het patiëntperspectief te betrekken, is hun ervaring dat het ook veel voorkomt dat de patiënt verwacht dat de zorgverlener als deskundige de beslissing neemt, zowel bij medicatiebeoordelingen in het algemeen als specifiek bij minderen en stoppen.
- Valpreventie krijgt bij 61% van de huisartsenpraktijken specifieke aandacht, maar lang niet altijd gestructureerd of geprotocolleerd. Huisartsen en apothekers zien dan ook veel factoren die de aandacht hiervoor zouden kunnen vergroten, variërend van tools/richtlijnen tot meer initiatieven van andere zorgverleners of directe vragen van patiënten.

Stap 4: vragenlijstonderzoek patiënten

Een vragenlijst is uitgestuurd naar de 20774 deelnemers van het AMP-panel, een panel van apotheekbezoekers. Het totaal aantal patiënten dat voldeed aan het inclusiecriteria chronisch medicijngebruik die de vragenlijst volledig hebben ingevuld bedroeg 4221. De kenmerken van deze patiënten staan vermeld in tabel 4.1. 72,8% van de patiënten was 65 jaar of ouder. Mannen waren oververtegenwoordigd (57% vs 43% vrouwen). Bij ruim de helft was sprake van polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik) en bij 8,6% van de deelnemers was sprake van hyperpolyfarmacie (10 of meer geneesmiddelen chronisch in gebruik). Er was een redelijke spreiding over de provincies, met ondervertegenwoordiging van Groningen, Friesland, Noord-Brabant en Limburg en oververtegenwoordiging uit Drenthe, Utrecht en Flevoland. Theoretisch opgeleiden waren oververtegenwoordigd.

Tabel 4.1: Overzicht patiëntkarakteristieken respondenten

Karakteristieken	Aantal (N = 4221)	Percentages (%)
Leeftijd (jaren)		
< 65	1148	27,2%
65-74	1774	42,0%
75-84	1164	27,6%
85-94	135	3,2%
Geslacht		
Man	2420	57,3%
Vrouw	1795	42,5%
Anders	3	0,1%
Zeg ik liever niet	3	0,1%
Aantal (chronische) geneesmiddelen in gebruik		
Minder dan 5	2007	47,5%
5-9	1850	43,8%
10 of meer	364	8,6%
Provincie		
Groningen	92	2,2%
Friesland	107	2,5%
Drenthe	199	4,7%
Overijssel	323	7,7%
Flevoland	202	4,8%
Utrecht	527	12,5%
Gelderland	536	12,7%
Noord-Holland	828	19,6%
Zuid-Holland	837	19,8%
Zeeland	82	1,9%
Noord-Brabant	360	8,5%
Limburg	87	2,1%
Leeg	41	1,0%
Opleiding		
Basisonderwijs of lager voortgezet onderwijs	783	18,6%

Resultaten

Hoger voortgezet onderwijs of middelbaar beroepsonderwijs	1593	37,7%
Hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs	1802	42,7%
Onbekend	43	1,0%
Migratie-achtergrond		
Nee	3615	85,6%
Ja	385	9,1%
Onbekend	221	5,2%
Lage gezondheidsvaardigheden volgens de SBS-Q-vragenlijst		
Ja (gemiddelde score ≤ 2)	123	2,9%
Nee (gemiddelde score > 2)	4098	97,1%

Algemene visie van patiënten op medicijngebruik

Aan alle respondenten is gevraagd welke zorgverlener zij het meest geschikt vinden om hun volledige medicatiegebruik mee te bespreken. Twee derde plaatst de huisarts hier op de eerste plaats. Op de tweede en derde plaats worden de apotheker, de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk en de medisch specialist in het ziekenhuis genoemd. De antwoorden op deze vragen staan weergegeven in tabel 4.2. In totaal plaatst ruim 95% van de respondenten de huisarts in de top 3, gevolgd door de apotheker (66%) en de medisch specialist in het ziekenhuis (62%).

Tabel 4.2: Uitkomsten vragenlijst visie patiënt op het bespreken van medicijngebruik met zorgverleners

Meest geschikte zorgverlener om het medicijngebruik te bespreken (rank 1)	Aantal (N=4221)	Percentage (%)
Apotheker	223	5,3%
Apothekersassistent	56	1,3%
Huisarts	2827	67,0%
Praktijkverpleegkundige huisarts	289	6,9%
Medisch specialist (in het ziekenhuis)	771	18,3%
Verpleegkundige (in het ziekenhuis)	15	0,4%
Specialist ouderengeneeskunde	16	0,4%
Thuiszorg/ wijkverpleging	3	0,1%
Anders	21	0,5%
Meest geschikte zorgverlener om het medicijngebruik te bespreken (rank 2)	Aantal (N=4221)	Percentage (%)
Apotheker	1166	27,6%
Apothekersassistent	279	6,6%
Huisarts	854	20,2%
Praktijkverpleegkundige huisarts	919	21,8%
Medisch specialist (in het ziekenhuis)	870	20,6%
Verpleegkundige (in het ziekenhuis)	65	1,5%
Specialist ouderengeneeskunde	30	0,7%
Thuiszorg/ wijkverpleging	12	0,3%
Anders	26	0,6%

Resultaten

Meest geschikte zorgverlener om het medicijngebruik te bespreken (rank 3)	Aantal (N=4221)	Percentage (%)
Apotheker	1417	33,6%
Apothekersassistent	524	12,4%
Huisarts	331	7,8%
Praktijkverpleegkundige huisarts	620	14,7%
Medisch specialist (in het ziekenhuis)	963	22,8%
Verpleegkundige (in het ziekenhuis)	174	4,1%
Specialist ouderengeneeskunde	77	1,8%
Thuiszorg/ wijkverpleging	40	1,0%
Anders	75	1,8%

Als gevraagd wordt naar de verantwoordelijkheid voor goed en veilig medicijngebruik, vinden de meeste respondenten zowel zichzelf als de huisarts, apotheker en medisch specialist geheel of grotendeels verantwoordelijk. Men ziet dit dus als een gedeelde verantwoordelijkheid (tabel 4.3).

Tabel 4.3: Uitkomsten vragenlijst visie patiënt op het bespreken van medicijngebruik met zorgverleners

In hoeverre vindt u dat de volgende personen er verantwoordelijk voor zijn dat uw medicijngebruik goed en veilig is?	Niet	Een beetje	Gedeeltelijk	Grotendeels	Volledig	Niet van toepassing
Uzelf	64 (1,5%)	108 (2,6%)	649 (15,4)	1311 (31,1%)	2051 (48,6%)	38 (0,9%)
De huisarts	69 (1,6%)	140 (3,3%)	686 (16,3%)	1567 (37,1%)	1720 (40,8%)	39 (0,9%)
De apotheker	123 (2,9%)	241 (5,7%)	868 (20,6%)	1325 (31,4)	1627 (38,5%)	37 (0,9%)
De medisch specialist (in het ziekenhuis)	86 (2,0%)	86 (2,0%)	443 (10,5%)	1230 (29,14%)	1825 (43,2%)	551 (13,1%)

Rondom medicijngebruik vinden respondenten effect, noodzaak, risico's en bijwerkingen van belang om te bespreken. Praktische problemen en zorgen worden wat minder vaak genoemd (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4: Uitkomsten vragenlijst visie patiënt op het bespreken medicatieproblemen

Hoe belangrijk vindt u het om de volgende onderwerpen met een zorgverlener te bespreken?	Heel onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Heel belangrijk	Niet van toepassing
Bijwerkingen	139 (3,3%)	55 (1,3%)	350 (8,3%)	1735 (41,1%)	1543 (36,6%)	399 (9,5%)
Risico's van de medicijnen	94 (2,2%)	47 (1,1%)	481 (11,4%)	1853 (43,9%)	1602 (38,0%)	144 (3,4%)
Praktische problemen bij het gebruik van de medicijnen	163 (3,9%)	409 (9,7%)	1173 (27,8%)	1277 (30,3%)	537 (12,7%)	662 (15,7%)
Of de medicijnen goed werken	92 (2,18%)	35 (0,8%)	322 (7,6%)	1727 (40,9%)	1950 (46,2%)	95 (2,25%)
Of de medicijnen nog wel allemaal nodig zijn	79 (1,9%)	35 (0,8%)	305 (7,2%)	1765 (41,8%)	1900 (45,0%)	137 (3,3%)
Zorgen over de medicijnen	93 (2,2%)	140 (3,3%)	928 (22,0%)	1456 (34,5%)	1041 (24,7%)	563 (13,3%)

Medicatiebeoordelingen

2013 van de 4221 deelnemers (47,7%) gaven aan te weten dat apothekers in samenwerking met huisartsen wel eens een medicatiebeoordeling of medicijngesprek uitvoeren. Oudere leeftijdsgroepen en patiëntgroepen met meer medicatie in gebruik zijn hier vaker van op de hoogte dan de jongere groepen en groepen met minder medicatie in gebruik ($p < 0,002$ / $p < 0,008$). 1104 patiënten (26,2%) gaven aan dat ze zelf wel eens een medicatiebeoordeling of medicijngesprek hadden gehad waarbij al hun medicijngebruik besproken was, 2912 (69,0%) deelnemers hadden dit niet en 205 (4,7%) wisten dit niet (meer). Jongere patiënten geven significant minder vaak aan ervaring te hebben met een medicatiebeoordeling dan oudere patiënten (19% bij jonger dan 65 jaar, 26% bij 65-69 jaar, 29% bij 70-74 jaar en 31% bij 75 jaar en ouder, $p < 0,001$). Ook bij gebruik van meer medicatie is er meer ervaring met medicatiebeoordelingen (21% met ervaring met een medicatiebeoordeling bij minder dan 5 chronische geneesmiddelen, 29% bij 5-9 chronische geneesmiddelen en 39% bij 10 of meer chronische geneesmiddelen, $p < 0,001$). Van de mensen van 75 jaar of ouder met hyperpolyfarmacie geeft 45% aan ervaring te hebben met een medicatiebeoordeling. Echter: de antwoorden op enkele vervolgvragen suggereren dat respondenten het begrip medicatiebeoordeling of medicijngesprek ondanks de uitleg in de vragenlijst zeer divers interpreteren. Daarnaast zal er sprake zijn van een bias in de herinnering, zeker als de medicatiebeoordeling niet zeer recent heeft plaatsgevonden.

Aan de 2912 deelnemers (69%) die geen ervaring hebben met een medicatiebeoordeling is gevraagd wat hiervoor de reden(en) zijn geweest, zie tabel 4.5.

Tabel 4.5: Uitkomsten vragenlijst over de reden dat er geen medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden (meerdere antwoorden mogelijk)

Wat zijn redenen dat u geen medicatiebeoordeling heeft gehad?	Aantal (N=2912)	Percentage (%)
Ik wist niet dat dit bestond	1255	43,1%
Ik bespreek mijn medicijnen het liefst alleen met mijn arts	342	11,7%
Ik kom hiervoor niet in aanmerking	72	2,5%
Ik heb geen uitnodiging gehad van mijn arts of apotheker	1574	54,1%
Ik heb geen problemen met het gebruik van mijn medicijnen	1147	39,4%
Ik ervaar geen bijwerkingen van mijn medicijnen	705	24,2%
Vanwege de mogelijke kosten	24	0,8%
Anders	133	4,6%

Aan de 1104 respondenten die wel aangeven ervaring te hebben met een gesprek waarbij hun volledige medicatie besproken is, zijn aanvullende vragen gesteld (zie tabel 4.6). De meesten geven aan met de huisarts over hun medicatie gesproken te hebben (43,4%), gevolgd door de apotheker (35,1%). Hierbij is niet met zekerheid vast te stellen in welke gevallen dit een medicatiebeoordeling betrof en in welke gevallen een ander gesprek over medicatie.

Tabel 4.6: Ervaring met de medicatiebeoordeling

	Aantal (N = 1104)	Percentages (%)
Wie heeft tijdens de medicatiebeoordeling het gesprek over uw medicijnen met u gevoerd?		
Apotheker	387	35,1%
Andere apotheekmedewerker/ apothekersassistent	169	15,3%
Huisarts	479	43,4%
Praktijkverpleegkundige/ praktijkondersteuner huisarts	278	25,2%
Een zorgverlener in het ziekenhuis	157	14,2%
Anders	87	7,9%
Weet ik niet meer	7	0,6%
Zijn uw medicijnen aangepast naar aanleiding van de medicatiebeoordeling?		
Ja	544	49,3%
Nee	495	44,8%
Weet ik niet meer	44	4,0%
Onbekend	21	1,9%
Wat zou u bij een volgende medicatiebeoordeling in de toekomst graag anders zien?		
Meer aandacht voor persoonlijke wensen over het aanpassen van de medicijnen	258	23,4%
Meer betrokkenheid van de huisarts	252	22,8%
Meer betrokkenheid van medisch specialist in ziekenhuis	153	13,9%
Meer betrokkenheid van verpleegkundige in ziekenhuis	25	2,3%
Dat het gesprek geen kosten met zich meebrengt	144	13,0%
Betere afspraken over de vervolgstappen na het gesprek	137	12,4%
Anders	130	11,8%
Niets	502	45,5%

Over de meeste aspecten van het gesprek waren de respondenten (zeer) tevreden en er was ruimte voor hun vragen en klachten (zie tabel 4.7). Ook over het voorleggen van behandelmogelijkheden en afspraken over de follow-up was men in het algemeen tevreden, maar hier was wel meer ruimte voor verbetering.

Ruim de helft van de respondenten heeft één of meer verbeterpunten voor het gesprek aangegeven, met name meer aandacht voor hun persoonlijke wensen en meer betrokkenheid van voorschrijvers. In ongeveer de helft van de gevallen is uit deze gesprekken een medicatiewijziging voortgekomen. Verder geven de respondenten in meerderheid aan dat het gesprek leidt tot meer begrip van en vertrouwen in de medicatie; bij ongeveer een derde was er ook sprake van minder gezondheidsklachten.

Resultaten

Tabel 4.7: Uitkomsten vragenlijst over de medicatiebeoordeling

N = 1104	Helemaal oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet meer
Hoe verliep het gesprek?						
De zorgverlener vertelde duidelijk wat het doel van het gesprek was	9 (0,8%)	25 (2,3%)	99 (9,0%)	464 (42,0%)	473 (42,8%)	34 (3,1%)
Ik kon al mijn vragen kwijt	4 (0,4%)	21 (1,9%)	56 (5,1%)	481 (43,6%)	516 (46,7%)	26 (2,4%)
De zorgverlener vroeg naar mijn gezondheidsklachten	13 (1,2%)	37 (3,4%)	118 (10,7%)	442 (40,0%)	439 (39,8%)	55 (5,0%)
De zorgverlener vroeg wat ik belangrijk vond	24 (2,2%)	41 (3,7%)	166 (15,0%)	421 (38,1%)	374 (33,9%)	78 (7,1%)
De zorgverlener legde verschillende behandel mogelijkheden voor	42 (3,8%)	109 (9,9%)	227 (20,6%)	344 (31,2%)	268 (24,3%)	114 (10,3%)
De vervolgstappen na het gesprek werden duidelijk afgesproken	31 (2,8%)	53 (4,8%)	162 (14,7%)	406 (36,8%)	370 (33,5%)	82 (7,4%)
Wat voor resultaten had de medicatiebeoordeling bij u?	Helemaal oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepassing
Ik begrijp nu beter waarom ik mijn medicijnen gebruik	25 (2,3%)	60 (5,4%)	229 (20,7%)	420 (38,0%)	235 (21,3%)	135 (12,2%)
Ik heb nu meer vertrouwen in mijn medicijnen	21 (1,9%)	47 (4,3%)	275 (24,9%)	428 (38,8%)	201 (18,2%)	132 (12,0%)
Ik heb nu minder gezondheidsklachten	62 (5,6%)	138 (12,5%)	355 (32,2%)	248 (22,5%)	125 (11,3%)	176 (15,9%)
Ik kan mijn medicijnen nu beter gebruiken	37 (3,4%)	78 (7,1%)	347 (31,4%)	299 (27,1%)	144 (13,0%)	199 (18,0%)

Wat betreft minderen en stoppen is aan alle respondenten (met en zonder ervaring met een medicatiebeoordeling) gevraagd wat ze hierin belangrijk vonden, zie tabel 4.8. Alle genoemde aspecten werden in meerderheid belangrijk gevonden: ruimte voor de eigen voorkeur en zorgen, uitleg over voor- en nadelen, een duidelijk voorstel van de zorgverlener en het volgen van richtlijnen. Een brief of folder over de voor- en nadelen van stoppen werd door ruim de helft van de respondenten van belang geacht.

Resultaten

Tabel 4.8: Uitkomsten vragenlijst over het minderen en stoppen van medicatie

N = 4221	Heel onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Heel belangrijk	Niet van toepassing	Leeg
Hoe belangrijk vindt u de volgende zaken in een gesprek over het eventueel stoppen van een van uw medicijnen?							
De zorgverlener vraagt wat ik van het medicijn vind	60 (1,4%)	108 (2,6%)	681 (16,1%)	2054 (48,%)	1071 (25,4%)	186 (4,4%)	61 (1,5%)
De zorgverlener vertelt wat voor mij het beste is	40 (1,0%)	64 (1,5%)	393 (9,3%)	2062 (48,9%)	1455 (34,5%)	160 (3,8%)	47 (1,1%)
De zorgverlener raadpleegt de arts die het medicijn heeft gestart	37 (0,9%)	35 (0,8%)	381 (9,0%)	1896 (44,9%)	1619 (38,4%)	199 (4,7%)	54 (1,3%)
Uitleg over de voor- en nadelen van stoppen	23 (0,5%)	20 (0,5%)	242 (5,7%)	1894 (44,9%)	1822 (43,2%)	177 (4,2%)	43 (1,0%)
Ruimte om mijn zorgen te bespreken	24 (0,6%)	42 (1,0%)	473 (11,2%)	1964 (46,5%)	1477 (35,0%)	193 (4,6%)	48 (1,1%)
Een brief of folder over de voor- en nadelen van stoppen	63 (1,5%)	222 (5,3%)	1173 (27,8%)	1706 (40,4%)	711 (16,8%)	284 (6,7%)	62 (1,5%)
De mogelijkheid om het medicijn weer opnieuw te gaan gebruiken	20 (0,5%)	40 (1,0%)	733 (17,4%)	2140 (50,7%)	925 (21,9%)	304 (7,2%)	59 (1,4%)
Het stoppen vindt plaats volgens de medische richtlijnen	25 (0,6%)	50 (1,2%)	436 (10,3%)	1843 (43,7%)	1583 (37,5%)	226 (5,4%)	58 (1,4%)

Valpreventie

Wat betreft valpreventie hadden 256 patiënten (6,1%) hebben wel eens met een zorgverlener gesproken over het valrisico door medicijnen. Hierbij werd het vaakst met de huisarts gesproken. Verder werden ook de praktijkondersteuner, apotheek/ apotheker en de medisch specialisten (geriater, reumatoloog, psychiater en cardioloog) meerdere keren genoemd. Andere zorgverleners zoals de fysiotherapeut of een wijkverpleegkundige werden slechts enkele keren genoemd.

Belang

Voor alle drie de onderwerpen in de vragenlijst is gevraagd hoe belangrijk deelnemers het vinden dat deze besproken worden (zie tabel 4.9). Medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie worden allemaal door meer dan 80% van de respondenten als belangrijk beschouwd. Overigens dient voor alle onderwerpen rekening gehouden te worden met het feit dat de bekendheid ermee relatief laag is (zie eerdere vragen).

Wat betreft medicatiebeoordelingen vinden de jongere leeftijdsgroepen aandacht hiervoor net iets belangrijker dan oudere groepen ($p < 0,001$). De groep met het hoogste medicatiegebruik (10 of meer chronische) middelen vindt een medicatiebeoordeling het vaakst heel belangrijk (49%) maar ook het vaakst heel onbelangrijk (10%) ten opzichte van de andere groepen ($p = 0,02$).

Aandacht voor minderen en stoppen wordt door de jongere leeftijdsgroepen iets belangrijker gevonden dan door de oudere groepen ($p < 0,001$); er was geen verband met polyfarmacie. Het belang dat gehecht wordt aan het valrisico door medicatie is niet significant geassocieerd met leeftijdsgroep of polyfarmacie.

Resultaten

Tabel 4.9: Uitkomsten vragenlijst over het belang van medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie

(N=4221)	Heel onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Heel belangrijk
Hoe belangrijk vindt u het dat apothekers en artsen medicatiebeoordelingen uitvoeren?	297 (7,0%)	29 (0,7%)	289 (6,9%)	1846 (43,7%)	1760 (41,7%)
Hoe belangrijk vindt u het dat zorgverleners bij ouderen jaarlijks controleren of alle medicijnen nog wel nodig zijn?	222 (5,3%)	21 (0,5%)	254 (6,0%)	1955 (46,3%)	1769 (41,9%)
Hoe belangrijk vindt u het dat zorgverleners aandacht besteden aan het risico op vallen door medicijnen?	155 (3,7%)	50 (1,2%)	587 (13,9%)	2107 (49,9%)	1322 (31,3%)

Overwegingen en bevindingen stap 4 vragenlijsten patiënten

- Een grote groep van 4221 chronische geneesmiddelgebruikers heeft een vragenlijst over medicatieveiligheid ingevuld, waaronder 1728 mensen van 65 jaar en ouder met polyfarmacie. Zoals gebruikelijk bij (online) vragenlijsten waren theoretisch opgeleiden oververtegenwoordigd.
- Mensen die chronisch geneesmiddelen gebruiken vinden goed en veilig geneesmiddelgebruik een gedeelde verantwoordelijkheid van henzelf, de voorschrijver en de apotheker.
- Meer dan 80% van de geneesmiddelgebruikers vinden medicatiebeoordelingen, periodiek overwegen van minderen en stoppen en valpreventie belangrijk
- Ongeveer de helft van de ouderen met polyfarmacie weet dat medicatiebeoordelingen bestaan. Er is onder de respondenten, allen chronische geneesmiddelgebruikers, dus beperkte bekendheid met medicatiebeoordelingen en de rol van verschillende zorgverleners hierin. Dit vraagt extra aandacht.
- Patiënten met ervaring met een medicatiebeoordeling of gesprek over al hun geneesmiddelen geven in meer dan de helft van de gevallen aan dat dit leidt tot meer begrip van en vertrouwen in de medicatie; bij 34% was ook sprake van minder gezondheidsklachten.
- Over het algemeen zijn mensen die ervaring hebben met een medicatiebeoordeling hier tevreden mee: circa de helft ziet geen verbeterpunten. Van de voorgelegde mogelijke verbeterpunten worden meer aandacht voor de wens van de patiënt en meer betrokkenheid van voorschrijvers het vaakst onderschreven.

Stap 5: groepsinterviews

Online groepsinterviews hebben in het najaar van 2023 plaatsgevonden met:

- 3 groepen burgers/patiënten (3 + 5 + 3 deelnemers)
- 2 groepen openbaar apothekers (5 + 5 deelnemers)
- 2 groepen huisartsen (3 + 2 deelnemers)
- 2 groepen praktijkverpleegkundigen / praktijkondersteuners huisarts (6 + 5 deelnemers)
- 2 groepen (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden (6 + 6 deelnemers)

Hieronder worden per beroepsgroep de belangrijkste bevindingen weergegeven.

Groepsinterviews patiënten

Er zijn drie online groepsinterviews van ongeveer 1 uur gehouden met in totaal 11 patiënten die chronisch medicatie gebruiken. Dit waren acht vrouwen en drie mannen, met een gemiddelde leeftijd van 68 jaar (range 54 – 79) en die gemiddeld 6 medicijnen gebruikten (range 1 – 10). Tijdens de groepsinterviews zijn vier onderwerpen besproken: betrokken zorgverleners bij het medicijngebruik, medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie.

Betrokken zorgverleners bij het medicatiegebruik en eindverantwoordelijke

Naast de apotheker en de huisarts worden door deelnemers ook de thuiszorg, mantelzorgers en GGZ-zorgverleners genoemd die betrokken moeten zijn bij het medicatiegebruik, indien deze in beeld zijn bij de betreffende geneesmiddelgebruiker. De meningen zijn verdeeld over bij wie de eindverantwoordelijkheid voor het medicatiegebruik ligt. Ongeveer de helft van de deelnemers geeft aan dat de eindverantwoordelijkheid bij henzelf ligt, terwijl de andere helft vindt dat zij dat niet zelf kunnen zijn omdat niet zij maar de zorgverlener de experts zijn over de medicijnen (met name de voorschrijver, maar ook de apotheker in een meer controlerende functie). Genoemd wordt dat niet iedereen de vaardigheden heeft om zelf die eindverantwoordelijkheid te dragen.

Medicatiebeoordelingen

Ongeveer de helft van de deelnemers weet van het bestaan van een medicatiebeoordeling. Twee van hen hebben zelf een medicatiebeoordeling gehad en hebben dit ervaren als een prettig en nuttig gesprek. Ook de andere deelnemers zijn (nadat uitgelegd is wat een medicatiebeoordeling inhoudt) van mening dat dit een (zeer) nuttig en waardevol gesprek kan zijn. Met name om na te gaan of alle voorgeschreven medicatie nog wel nodig is, zeker medicatie die lang geleden is gestart, of bij het gebruik van veel verschillende medicijnen.

Er zijn wisselende meningen over de huidige opzet van de medicatiebeoordeling (zijnde de apotheker die het gesprek voert en terugkoppelt aan de huisarts). Idealiter, zo geven enkele deelnemers aan, wordt dit in nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts gedaan. Andere deelnemers zien de apotheker vooral als de zorgverlener bij wie je terecht kan met specifieke vragen over het medicijn of met bijwerkingen, en de voorschrijver als de zorgverlener die eventuele aanpassingen in de medicijnen initieert/aanbrengt (in het licht van minderen of stoppen). Ook wordt door enkele deelnemers het belang van gegevensuitwisseling genoemd hierbij: zowel huisarts als apotheker moeten op de hoogte zijn van wat de patiënt precies gebruikt en van eventuele wijzigingen in de medicatie.

Vrijwel alle deelnemers vinden het belangrijk dat in een medicatiebeoordeling de ervaringen en mening van de patiënt worden meegenomen, dat er afstemming plaatsvindt op de wensen en behoeften van de patiënt (gezamenlijke besluitvorming).

Minderen en stoppen

Op twee deelnemers na, hebben alle deelnemers ervaring met het minderen en stoppen van medicatie. Echter, bij de meeste deelnemers (op één na) lag het initiatief voor minderen of stoppen bij henzelf, dit werd niet vanuit de arts of apotheker geïnitieerd. Eén deelnemer stopte wel op advies van de apotheek (met een maagbeschermer). De apotheker wordt door de deelnemers niet gezien als de zorgverlener die dit stoppen en minderen zou moeten initiëren. De meeste deelnemers vinden de verantwoordelijkheid hiervoor liggen bij de voorschrijver (huisarts of specialist). Ook bij het minderen en stoppen van medicatie vinden de deelnemers het belangrijk dat hun ervaringen, wensen en behoeften meegenomen worden in het gesprek.

Valpreventie

Het valrisico dat bepaalde medicatie met zich mee kan brengen is bij weinig deelnemers bekend. Wel vinden ze allen valpreventie een belangrijk onderwerp dat meer aandacht zou moeten krijgen. Zij vinden de arts en apotheek verantwoordelijk voor deze informatievoorziening, vooral bij de start van een nieuw geneesmiddel. Enkele deelnemers noemen dat de bijsluiter niet duidelijk is in of er valrisico bestaat. Aanvullende informatiebronnen zoals de Kijksluiter waarin het valrisico kan worden benoemd, of een bepaalde kleur sticker op de medicijnverpakking, zijn genoemd als suggesties om de informatievoorziening te verbeteren.

Groepsinterview openbaar apothekers

In twee online bijeenkomsten van ongeveer een uur is met steeds vijf openbaar apothekers afkomstig uit diverse regio's en settings gesproken over medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie.

Medicatiebeoordelingen

Alle apothekers vinden het uitvoeren van medicatiebeoordelingen een belangrijke taak van de apotheker. Voordeel is dat er dan naar het totaalplaatje van de patiënt wordt gekeken, terwijl er vaak alleen naar 1 aandoening of 1 geneesmiddel wordt gekeken door apotheek of arts. Het verbetert de relatie met de patiënt en de samenwerking met de voorschrijver en verhoogt het werkplezier voor alle betrokkenen. De daling in medicatiebeoordelingen wordt verklaard doordat de IGJ-eis van 100 medicatiebeoordelingen per jaar is weggefallen en doordat er te weinig tijd is om het goed uit te voeren voor apothekers.

Tijdgebrek komt vooral door personeelstekort en geneesmiddeltekorten. Apothekers zijn veel problemen aan het oplossen en aan het meewerken met de assistentes. Er zijn apothekers die apothekersassistenten of farmaceutisch consultants betrekken bij het proces van de medicatiebeoordeling, maar die hebben hier inmiddels ook geen tijd meer voor. Dat neemt werkplezier weg bij zowel de apotheker als de apothekersassistent of farmaceutisch consultant.

De **samenwerking** met huisartsen is wisselend. De meeste apothekers hebben met een aantal huisartsen goede samenwerking. Bevorderende factoren zijn samenwerken in een gezondheidscentrum, langdurige goede samenwerking tussen arts en apotheker, en elkaar makkelijk kunnen bereiken. Met sommige huisartsen blijft de samenwerking stug en daar worden vaak geen

medicatiebeoordelingen meer mee uitgevoerd. Tips zijn om standaard afspraken met de arts te maken en vast te leggen, af te spreken hoe men elkaar makkelijk kan bereiken en een jaarverslag maken over medicatiebeoordelingen voor de artsen (dit stimuleert het doorgaan met dit thema). Wenselijk is koppeling van informatiesystemen, waardoor je onderling informatie kunt uitwisselen. Het **proces** van medicatiebeoordeling werkt efficiënter als de arts een medicatiebeoordeling op recept aanvraagt, als er regelmatige afspraken zijn ingepland met de huisarts, als de doktersassistente de patiënten uitnodigt en inplant voor een gesprek en als evt. het consult wordt uitgevoerd door de apotheker in de huisartspraktijk. Ook werkt het bevorderend als er een kwetsbare-ouderen-module is waarbij de POH de patiënten selecteert voor een medicatiebeoordeling. De follow-up van medicatiebeoordelingen blijft bij veel apothekers en artsen liggen; ook hierbij kan de praktijkondersteuner een rol spelen.

Om te stimuleren dat er meer medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd werkt het bevorderend om een apothekersassistente of farmaceutisch consulent bij het proces te betrekken (die daarvoor dan wel tijd dient te hebben). Bijvoorbeeld het uitvoeren van anamnese gesprekken als zij hiervoor een speciale training hebben gevolgd. Voor de apotheker blijven dan de complexere patiënten over. Een nadeel is wel dat er iets minder diepgang in de gesprekken zit, maar voor het oppakken van kleine problemen werkt dit efficiënt.

Qua **vergoeding** zijn er verschillende geluiden. Er zijn verschillende tarieven voor de medicatiebeoordelingsprestaties binnen apotheek door de verschillende contracten per verzekeraar, wat soms in de hand werkt dat vooral de patiënten van een bepaalde zorgverzekeraar worden geselecteerd. Daarnaast wordt het als een nadeel gezien dat de vergoeding bij sommige zorgverzekeraars van het eigen risico van de patiënt af gaat. Hierdoor willen niet alle patiënten een medicatiebeoordeling ontvangen.

Overige vormen van medicatie-evaluatie die apothekers regelmatig uitvoeren zijn: de jaarlijkse analyse van het medicatiegebruik bij patiënten met medicatie op rol, een evaluatie van de medicatie bij start van medicatie op rol, het werken met medisch-farmaceutische beslisregels, consultvoering bij herhaalmedicatie of herhaalservice, FTO's uitvoeren over het minderen en stoppen van bepaalde geneesmiddelgroepen, receptverwerking zelf. Door er veel mee bezig te zijn, haal je hier ook pro-actief meer problemen uit. Het is wenselijk verschillende vormen van medicatie-evaluatie toe te kunnen passen zodat je kunt aansluiten op de behoefte van de patiënt.

Medicatiebeoordelingen in zorginstellingen of MDO's (multidisciplinaire overleggen) gaan vaak efficiënter dan andere medicatiebeoordelingen, doordat er geen gesprek met de patiënt plaatsvindt en alle zorgverleners tegelijk meerdere patiënten bespreken. Bij voorkeur wordt er wel informatie van de patiënt meegenomen in het gesprek (bijvoorbeeld door aanwezigheid van de verpleging of door vragenlijsten afgenomen door de zorg van de patiënt, die het anamnesege gesprek vervangen).

Minderen en stoppen

De meeste apothekers hebben ervaring met minderen en stoppen van medicatie. Voornamelijk tijdens medicatiebeoordelingen, maar ook door te werken met MFB's of afspraken te maken bij een FTO met de huisartsen over bepaalde geneesmiddelgroepen. Niet alle apotheken hebben systemen die werken met MFB's. Het stimuleert als een bepaald middel ook in het nieuws is geweest, waardoor patiënten meer open staan voor het afbouwen. Afbouwen van psychofarmaca wordt als moeilijker ervaren, omdat hier bij apotheker en huisarts vaak weinig ervaring mee is. Geneesmiddeltekorten worden soms ook opgelost door eerst goed te kijken of medicatie gestopt kan worden.

Overige genoemde **knelpunten** zijn: medicatie die is voorgeschreven door een specialist, hier wil de huisarts vaak niets aanpassen, een paar slechte ervaringen met afbouwen waardoor de arts in de toekomst ook niet meer wil afbouwen, kennis en ervaring met afbouwen. De meeste apothekers zijn bekend met de kennisdocumenten behorende bij de Module minderen en stoppen van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, de meeste artsen waarschijnlijk nog niet. De kennisdocumenten helpen de apothekers wel heel erg om richting de artsen de overwegingen voor- en tegen afbouwen te bespreken. Een ander knelpunt is het ontbreken van vergoeding voor consultvoering, advisering en monitoring rondom minderen en stoppen. Tot slot zou een betere overdracht van de adviezen van de specialist over de therapieduur naar de huisarts wenselijk zijn. Op het gebied van **gezamenlijke besluitvorming** is goede communicatie naar de patiënt in eenvoudige taal essentieel. Betrekken van evt. (mantel)zorg of familie wordt als lastig gezien evenals de patiënt en arts motiveren als de patiënt niet wil of durft af te bouwen. Sommige patiënten, bijvoorbeeld met weinig opleiding, vinden het lastig om mee te beslissen en laten dit over aan arts of apotheker.

Valpreventie

Een deel van de apothekers is betrokken bij regionale werkgroepen, samen met uiteenlopende stakeholders zoals gemeente, fysiotherapeuten, diëtisten en/of specialisten ouderengeneeskunde. Apothekers die beperkte extra aandacht besteden aan valpreventie wijten dit vaak door gebrek aan tijd of prioriteit. De meeste apothekers kijken tijdens medicatiebeoordelingen wel naar valgevaarlijke medicatie en voeren af en toe een themawEEK of informatieavond uit over valpreventie, bijvoorbeeld samen met de fysiotherapeut. Het zou wenselijk zijn als valincidenten worden doorgegeven door patiënt of wijkverpleging aan de huisarts (waarna de huisarts evt. een medicatiebeoordeling op recept zou kunnen aanvragen bij de apotheek om naar valgevaarlijke medicatie te kijken). Suggesties voor verbetering van activiteiten op dit thema zijn: aansluiten bij netwerk van de gemeente en uitwisseling tussen gemeentes, zorgkaart maken bij wie patiënt moet zijn als hij gevallen is, stimuleren van het doorgeven van valincidenten aan/door patiënt, wijkverpleging, arts en apotheek.

Groepsinterviews huisartsen

In twee online bijeenkomsten van ongeveer een uur is met in totaal vijf huisartsen gesproken over medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en valpreventie. De huisartsen waren afkomstig uit verschillende settings (meer en minder stedelijk gebied, binnen en buiten een gezondheidscentrum, met en zonder apotheker werkzaam in de huisartsenpraktijk, wel en niet apotheekhoudend).

Medicatiebeoordelingen

Medicatiebeoordelingen worden in alle praktijken uitgevoerd. Deze worden als nuttig ervaren (zelfs wanneer er weinig wijzigingen uit voort komen), omdat het een manier is om zicht te houden op het medicatiegebruik en het nut en de noodzaak van de gebruikte middelen. Ook is er bijvoorbeeld bijzondere aandacht voor medicatie gericht op het behandelen van een bijwerking. Verder wordt goed gekeken naar medicatie van specialisten en specialistenbrieven. En het is een manier om patiënten in beeld te krijgen die al jaren medicatie gebruiken maar niet meer voor controle komen. In het algemeen is de ervaring dat wijzigingsvoorstellen best vaak niet worden doorgevoerd, met

name omdat de patiënt er niet voor open staat als er geen actuele problemen of klachten zijn.

De **doelgroep** van patiënten van 75 jaar en ouder en 10 of meer geneesmiddelen ervaren de huisartsen als passend. Verder worden medicatiebeoordelingen uitgevoerd op verzoek van de patiënt of als een huisarts zelf twijfels heeft bij patiënten die veel of complexe medicatie gebruiken. Bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen zijn er diverse **knelpunten**. Een medicatiebeoordeling is tijdrovend; mogelijk kan automatisering het efficiënter maken om potentiële risico's op te sporen. Organisatorisch is het wenselijk om een aparte POH ouderenzorg te hebben met vergoeding. De ervaringen met specialisten zijn wisselend. Huisartsen beschouwen het wel als hun taak om contact op te nemen bij twijfel over de medicatie, maar sommige huisartsen ervaren dat specialisten hier niet voor open staan, zeker als men elkaar niet kent. Samenwerking met de apotheker vormt over het algemeen geen knelpunt, wel is dit lastiger bij samenwerking met veel verschillende apotheken. Bovendien is de ervaring dat veel apotheken momenteel overlopen en dat ze onvoldoende vergoed worden voor zorgtaken.

Naast medicatiebeoordelingen zetten huisartsen ook andere vormen van medicatie-evaluatie in (naast de aandacht hiervoor tijdens het spreekuur en bij herhaalreceptuur). Het gaat dan bijvoorbeeld om searches, bijvoorbeeld checken of patiënten die schildkliermedicatie krijgen ook nog bloedcontroles plaatsvinden. Dit soort selecties vinden in een aantal praktijken vooral in rustige periodes plaats en schieten er soms ook bij in – dit soort selecties zijn vaak ook mede een taak van de apotheker en vormen soms een structureel onderdeel van het FTOs. Ondanks zorgvuldige monitoring blijven zulke screeningsacties nodig om te voorkomen dat er mensen tussen wal en schip terechtkomen.

Minderen en stoppen

Minderen en stoppen van medicatie krijgt aandacht op diverse momenten. Zeker als lang gefocust is op streefwaarden en er geen bijwerkingen zijn, is het een lastige boodschap dat een medicijn niet meer nodig is. Het is ook voorstelbaar dat patiënten niet altijd open staan voor stoppen: als het op dit moment goed gaat, is stoppen ook een risico. Naast de ervaring dat het lastig is, komt het ook voor dat mensen juist heel blij zijn met minder medicatie toe te kunnen. De tijdsinvestering voor minderen en stoppen is groot en huisartsen hebben zonder hulp van anderen niet voldoende tijd voor de benodigde counseling.

Wat betreft de besluitvorming over minderen en stoppen geeft een aantal huisartsen aan vooral stellig over te brengen wat zij de beste optie vinden – vervolgens is het een soort onderhandelen. Daarna is het aan de patiënt wat die er uiteindelijk mee doet. Kansen/risico's bespreken wordt gedaan, maar alleen bij de inschatting dat de patiënt dat begrijpt. Andere huisartsen geven aan vooral op zoek te zijn naar een haakje bij de patiënt om hen te motiveren te stoppen. Dat kan op diverse momenten; ook een door de apotheker bemande herhaaltelefoon kan daaraan bijdragen. Naast de patiënt zelf is ook de omgeving van de patiënt een factor van belang (bijvoorbeeld kinderen die niet achter het stoppen van medicatie bij hun ouder staan of familie of zorgverleners die belast worden door agressief gedrag van de patiënt en niet willen stoppen met sederende medicatie). Met name psychofarmaca zijn lastig om af te bouwen, zeker als deze medicatie is overgenomen van de psychiatrie. Het laatste stukje afbouwen is het lastigst; het ontbreken van vergoeding voor sommige laaggedoseerde toedieningsvormen speelt daarbij ook een rol. Omdat stoppen lastig is, is het bij een aantal geneesmiddelgroepen (benzodiazepine, opioïden) van belang om starten en

chronisch gebruik vooral aan de voorkant te voorkomen. Als huisartsen medicatie stoppen, sturen ze een stoprecept. Sommigen vermelden hier ook de reden op, zodat de apotheker ervan op de hoogte is. Het komt ook voor dat het voorstel om te stoppen van de apotheker komt.

Valpreventie

Het gaat om het afstemmen van medicatie op de wens en situatie van de patiënt.

In de huisartsenpraktijk heeft vooral de praktijkondersteuner en/of de aanwezige verpleegkundig specialist aandacht voor valpreventie, soms ook samen met de wijkverpleging. Het gaat dan zowel om pro-actieve screening als om het ondernemen van actie na een val-incident.

De huisarts heeft er systematisch aandacht voor in specifieke situaties, zoals bij bloeddrukcontrole of wanneer valgevaarlijke medicatie wordt overwogen. Medicatie is maar een klein onderdeel van valpreventie – verandering van gedrag en omgeving (bijv vloedkleedjes) is nodig, maar lastig te realiseren. Daarom is er ook betrokkenheid van andere disciplines, zoals een (geriatrisch) fysiotherapeut die valanalyses en huisbezoeken doet.

Naast de genoemde thema's worden verder medicatiewisselingen door preferentiebeleid of leveringsproblemen al een groot risico voor de medicatieveiligheid gezien, omdat deze bij ouderen tot veel verwarring leiden. Bovendien leiden deze onderwerpen (en regelingen rondom de verstrekking van hulpmiddelen) tot veel werk bij apothekers waarvoor ze niet vergoed worden en waardoor er minder tijd voor zorg is.

Groepsinterviews – praktijkondersteuners / praktijkverpleegkundigen

Er zijn twee groepsinterviews van ongeveer een uur gehouden met praktijkondersteuners /praktijkverpleegkundigen (POH's) werkzaam in diverse settings.

Uit de groepsinterviews is gebleken dat POH's een belangrijke rol hebben en mogelijk een grotere rol kunnen spelen bij optimalisatie van het medicatiegebruik van ouderen, om medicatieveiligheid te verbeteren. POH's hebben allereerst een belangrijke signaleringsfunctie. Door huisbezoeken hebben zij zicht op hoe het er bij mensen thuis aan toe gaat: hoe ze omgaan met de medicatie, hoe de thuissituatie is (bijv. kleedjes, gebruik hulpmiddelen) en kunnen ze goed inschatten wat er nodig is. Bijvoorbeeld een **medicatiebeoordeling** door een apotheker als de medicatie een rommeltje is, of de inzet van een fysiotherapeut en/of diëtist als er sprake is van een valrisico.

POH's maken het **minderen en stoppen van medicatie** bespreekbaar n.a.v. klachten van de patiënt of labwaarden. Doordat POH's de patiënten vaak jaren kennen, is er sprake van een vertrouwensband. Daardoor staan mensen er ook voor open om medicatie aan te passen. Desondanks komt het regelmatig voor dat patiënten niet durven te minderen of stoppen of dit echt niet willen.

Binnen **valpreventie** zijn er vaak multidisciplinaire werkgroepen met POH, fysiotherapeut en diëtist om dit gezamenlijk op te pakken. Om als POH naar de noodzakelijke zorg te verwijzen, is het wel belangrijk dat de POH weet dat iemand gevallen is – dat is nu niet altijd het geval. Wanneer er een gedeeld ICT-systeem is met de wijkverpleging, is het gemakkelijker dergelijke informatie te delen.

Een belangrijk **knelpunt** voor het aandacht besteden aan medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen en valpreventie is het personeelstekort. Ook een taalbarrière werkt belemmerend. Een goede lokale samenwerking met korte lijnen met de apotheek is belangrijk, met veel verschillende apotheken in de buurt is dit lastiger. Bovendien is de uitwisseling van het medicatieoverzicht tussen het apotheeksysteem en het huisartsensysteem niet optimaal: dit is een risico voor de medicatieveiligheid. Verder weten POH's niet altijd wat de uitkomst van een medicatiebeoordeling is, omdat de bespreking meestal tussen huisarts en apotheker plaatsvindt. Zeker als de huisarts weinig aandacht heeft voor medicatiebeoordelingen, zou het goed zijn om een overleg met huisarts, POH en apotheker te hebben. Naast de samenwerking met de apotheker, is ook de samenwerking met andere disciplines zoals wijkverpleging belangrijk: de POH ziet zichzelf als een belangrijke schakel in de ketensamenwerking voor medicatieveiligheid.

Verder wordt genoemd dat wisselingen door het preferentiebeleid een risico op onjuist gebruik geven. Bij gebruikersproblemen wordt vaak medicatie op rol ingezet, maar in de praktijk is dat niet altijd een garantie voor goed gebruik, dus goede begeleiding en monitoring blijven nodig.

Groepsinterviews wijkverpleging

Twee groepsinterviews zijn uitgevoerd met in iedere groep zes (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. Zij waren verspreid over het land in stedelijke en landelijke omgevingen werkzaam binnen verschillende zorgorganisaties voor wijkverpleging.

Uit de groepsinterviews bleek dat de wijkverpleging mogelijk een grotere rol kan spelen bij optimalisatie van het medicatiegebruik van ouderen, om medicatieveiligheid te verbeteren.

Algemene visie van wijkverpleging op farmaceutische zorg

Wijkverpleegkundigen zien voor zichzelf een signalerende en monitorende rol bij medicatiegebruik. Zij ervaren de 'ogen en oren' van (huis)artsen en apothekers te zijn, aangezien zij de patiënt zien in de thuissituatie. Over hoe ver de taken van wijkverpleging binnen de farmaceutische zorg gaan verschillen de deelnemers van opvatting. Wel vinden deelnemers dat zij zaken rondom medicatie moeten aankaarten bij artsen of apothekers. Verder wordt de medicatieoverdracht bij ontslag (bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis) unaniem genoemd als foutgevoelig moment voor medicatiegebruik. Hierbij pakt de wijkverpleging een bemiddelende rol en gaat zij bij betrokken artsen en apothekers uitzoeken wat het juiste medicatiebeleid is, wat de wijkverpleging veel tijd kost. Verder lijken professionals van de wijkverpleging buiten de steden prettigere ervaringen te hebben met de samenwerking met huisartsen en apothekers, dan de professionals uit stedelijke omgevingen. Dit lijkt te maken te hebben met elkaar kennen en korte lijntjes. De koppeling van de ICT-systemen van openbare-, ziekenhuisapothekers en wijkverpleging is niet overal optimaal – dit wordt ervaren als een groot knelpunt en risico voor de medicatieveiligheid.

Medicatiebeoordelingen

Sommige wijkverpleegkundigen zijn betrokken bij medicatiebeoordelingen, vooral vanuit projecten voor kwetsbare ouderen. Andere deelnemers weten niet of deze beoordeling plaatsvinden of ervaren dat de beoordelingen vooral achter de schermen door huisartsen en apothekers gebeuren, zonder betrokkenheid van de wijkverpleging en patiënten. Deelnemers zien een rol voor de

wijkverpleging in de gespreksvoering en signalering. Immers: de wijkverpleging ziet of medicatie goed werkt of niet. En zij kunnen de patiënt bijstaan in het inbrengen van diens perspectief, al dan niet direct tijdens het gesprek. De rol van de wijkverpleging is groter als zij ook verantwoordelijk zijn voor de medicatie en kleiner bij patiënten met medicatie in eigen beheer. Beperkende factoren zijn beschikbare tijd van de wijkverpleging en huisartsen en financieringsstromen. Als wijkverpleegkundigen momenteel betrokken zijn bij medicatiebeoordelingen, is dat vaak binnen projecten op het gebied van ouderenzorg, op basis van projectfinanciering.

Minderen en stoppen

Wijkverpleging signaleert of medicatie kan minderen of stoppen en draagt dit vervolgens aan bij (huis)artsen en apothekers. Dit gebeurt met name bij medicatie gericht op het verlichten van klachten, zoals pijnstillers, en minder bij bijvoorbeeld specialistische cardiologische medicatie. Het aankaarten van potentieel overgebruik gebeurt ook in structurele overleg vormen, zoals bij MDO of evaluatiegesprekken. Er is toenemend aandacht voor overgebruik van medicatie, maar deelnemers vinden het wenselijk om dit intensiveren.

Valpreventie

Wanneer patiënten vallen wordt dit over het algemeen structureel opgevolgd, veelal door een melding aan de huisarts. Wijkverpleegkundigen wensen meer aandacht hiervoor. De impact van medicatie op valpreventie kan volgens deelnemers in de medicatiebeoordeling meegenomen worden, maar dit zien zij momenteel niet structureel gebeuren. Ook moet voor valpreventie breder worden gekeken dan alleen naar medicatie: andere disciplines hebben hierin ook een grote rol. Ook is bewustwording onder patiënten van belang, bijvoorbeeld via informatieavonden.

Overwegingen en bevindingen stap 5 groepsinterviews

- Patiënten vinden meer aandacht voor medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en valpreventie wenselijk. Meer bewustwording van de problematiek en de rol die verschillende zorgverleners hierin kunnen spelen is wenselijk.
- Ongeveer de helft van de patiënten in de groepsinterviews geeft aan dat ze vinden dat de eindverantwoordelijkheid voor medicatiegebruik bij henzelf ligt, terwijl de andere helft vindt dat zij niet zelf eindverantwoordelijk kunnen zijn omdat niet zij maar de zorgverlener de experts zijn (met name de voorschrijver, maar ook de apotheker in een meer controlerende functie). Genoemd wordt dat niet iedereen de vaardigheden heeft om zelf die eindverantwoordelijkheid te dragen.
- Alle beroepsgroepen (huisartsen, apothekers, POH en wijkverpleging) hebben te maken met personeelstekort / tijdgebrek waardoor medicatiebeoordelingen en aanverwante activiteiten onder druk staan. Taakverschuiving kan hier gedeeltelijk een oplossing voor zijn, door inzet van POH en farmaceutisch consultants en mogelijk apothekersassistenten. Dit vraagt wel om competente medewerkers en goede triage.
- De vergoeding wordt door apothekers als beperkend ervaren in het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, omdat het tarief niet altijd kostendekkend is, omdat de grote verschillen in vergoedingsafspraken met verschillende zorgverzekeraars leiden tot

ongewenste patiëntselectie en omdat de medicatiebeoordeling bij sommige verzekeraars in het eigen risico valt, waardoor patiënten een medicatiebeoordeling weigeren

- Goede samenwerking met korte lijnen tussen apotheker (+ team), huisarts (+team) en wijkverpleging zijn essentieel. Dit is eenvoudiger bij een overlappend verzorgingsgebied.
 - Digitale gegevensuitwisseling is suboptimaal. Betere uitwisseling van o.a. reden van voorschrijven, labwaarden, medicatiegebruik en (voorstellen voor) medicatie-aanpassingen is nodig.
 - Structurele uitvoering van medicatiebeoordelingen voor patiënten vanaf 75 jaar en 10 of meer geneesmiddelen (of kwetsbaarheid), zoals aanbevolen in de richtlijn, worden als zinvol beschouwd.
 - Inzet van een POH ouderenzorg en zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen (met een rol voor de wijkverpleging) zijn bevorderend voor het structureel verbeteren van de medicatieveiligheid (signalering van problemen en monitoring bij medicatiewijzigingen) en te voorkomen dat de activiteiten alleen worden uitgevoerd als er tijd over is.
 - Minderen en stoppen van medicatie is belangrijk en vraagt nog meer aandacht. Dit dient voor bepaalde geneesmiddelgroepen – slaapmiddelen, opioïden - samen te gaan met het voorkomen van chronisch gebruik.
 - De besluitvorming over minder en stoppen is zeer complex. Zorgverleners vinden dit vaak ingewikkelde gesprekken. Meer ervaring en beschikbaarheid van scholing is wenselijk. Betrokkenheid van patiënten is hierbij nog suboptimaal. De wijkverpleging kan een rol spelen bij de gespreksvoering en signalering.
 - Voor de apotheker volstaat de huidige vergoedingsstructuur niet bij het begeleiden van patiënten bij afbouwen, wat vaak vraagt om een reeks van consulten.
 - Valpreventie heeft vanuit huisartsenpraktijken meestal structureel aandacht, maar de invulling en aandacht voor medicatie verschilt. Apothekers zijn soms wel en soms niet betrokken. Gestructureerde multidisciplinaire aanpak is overal wenselijk, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de goede voorbeelden in een aantal gemeentes.
-

Beschouwing en conclusie

Dit rapport betreft een in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd onderzoek naar het optimaliseren van medicatiegebruik bij ouderen in de eerste lijn. Er is onderzocht wat medicatiebeoordelingen en overige vormen van medicatie-evaluatie, interventies op gebied van minderen en stoppen en valpreventie momenteel bijdragen aan de medicatieveiligheid en hoe dit geoptimaliseerd kan worden. Daarvoor is in kaart gebracht wat bekend is over de effectiviteit van deze interventies, hoe vaak en op welke wijze deze momenteel in de eerstelijns praktijk worden uitgevoerd en welke belemmeringen daarbij optreden.

Uitvoering van medicatiebeoordeling en andere vormen van medicatie-evaluatie

Wat betreft het effect van medicatiebeoordelingen is duidelijk dat deze farmacotherapie-gerelateerde problemen verminderen en daarmee de kwaliteit van de farmacotherapie verhogen. Openbaar apothekers en huisartsen gaven in de vragenlijsten en groepsinterviews aan dat ze het zinvol vinden om structureel medicatiebeoordelingen uit te voeren bij de doelgroep die in de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen (Module Medicatiebeoordeling 2019) vermeld staat: patiënten vanaf 75 jaar die 10 of meer geneesmiddelen gebruiken en/of bij vastgestelde kwetsbaarheid. Zoals in stap 2 van het onderzoek is vastgesteld, is het gezien de uitgevoerde aantallen medicatiebeoordelingen aannemelijk dat een meerderheid van deze populatie in de afgelopen vijf jaar een medicatiebeoordeling of een andere vorm van medicatie-evaluatie heeft gehad. Het is onbekend welk deel van de populatie niet of onvoldoende bereikt wordt. De meerderheid van de huisartsen en apothekers geven in de vragenlijst echter aan meer medicatiebeoordelingen of andere vormen van medicatie-evaluatie te willen uitvoeren [aanbeveling 1]. In de vragenlijst onder patiënten geeft iets minder dan de helft van de ouderen vanaf 75 jaar met 10 of meer geneesmiddelen aan ervaring te hebben met een medicatiebeoordeling, wat relatief laag is gezien bovengenoemde cijfers. Mogelijk is niet iedereen die de vragenlijst invult zich (meer) bewust van het feit dat er een medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden of er is een medicatie-evaluatie uitgevoerd met minimale betrokkenheid van de patiënt. Los van het feit of iemand er zelf ervaring mee heeft, is het bestaan van medicatiebeoordelingen bij slechts ongeveer de helft van de ouderen vanaf 65 jaar die chronisch medicatie gebruiken bekend.

Het database-onderzoek (stap 2) laat zien dat het aantal gedeclareerde medicatiebeoordelingen schommelt in de periode 2017-2022, met een dalende trend. In 2022 zijn ruim 100.000 medicatiebeoordelingen gedeclareerd. COVID-19 kan met name in 2020 en 2021 hebben geleid tot minder medicatiebeoordelingen. Een andere mogelijke vertekenende factor is de variatie in contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners wat betreft het gebruik van de prestatie medicatiebeoordeling (bijv wel/niet bij start of evaluatie van een medicatierol): deze afspraken kunnen verschillen per jaar en per zorgverzekeraar.

Uit de vragenlijstdata onder huisartsen en apothekers komt een gevarieerd beeld naar voren wat betreft de trend in het aantal medicatiebeoordelingen – maar hier is duidelijk dat de term medicatiebeoordeling niet eenduidig wordt gebruikt: bij een grote beschreven stijging betreft het bijvoorbeeld vaak medicatie-evaluaties in zorginstellingen (en geen medicatiebeoordeling als meest uitgebreide vorm van medicatie-evaluatie zoals beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen). Bovendien is het aannemelijk dat de vragenlijst met name is ingevuld

door actieve zorgverleners, wat ook bleek uit de relatief hoge aantallen medicatiebeoordelingen die door de respondenten werden gerapporteerd t.o.v. de landelijke cijfers.

Ondanks mogelijke vertekening doordat medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie niet altijd te scheiden zijn in de analyse, herkennen openbaar apothekers (die over het algemeen de initiatiefnemers voor een medicatiebeoordeling zijn) dat er een daling is geweest in het aantal medicatiebeoordelingen vanaf 2018. Vanaf toen hanteerde de IGJ niet langer een groeimodel met een norm hanteerde; in 2017 was de norm 100 medicatiebeoordelingen per jaar per apotheek.

Naast medicatiebeoordelingen vinden bijna bij alle openbaar apothekers en huisartsen andere vormen van medicatie-evaluatie plaats. De jaarlijkse evaluatie bij patiënten met medicatie op rol wordt het vaakst genoemd. Overige vormen zijn divers en de aantallen zijn moeilijk vast te stellen – uitvoering en vergoeding vindt meestal in projectvorm plaats en stagneert bij afronding van een project. Daar waar evaluatie heeft plaatsgevonden, is gezien dat ook deze andere vormen van medicatie-evaluatie, net als medicatiebeoordelingen, kunnen bijdragen aan het verminderen van het aantal FTP (ook bij patiënten jonger dan 75 jaar die minder dan 10 geneesmiddelen gebruiken) [aanbeveling 1]. Apothekers zouden graag andere vormen van medicatie-evaluatie toepassen in gevallen waar wel sprake is van een zorgvraag of mogelijk probleem, maar een volledige medicatiebeoordeling niet op voorhand noodzakelijk is (en dus onnodig intensief is). Het is dan aan de apotheker om - in overleg met huisarts, POH en eventueel wijkverpleging – vast te stellen welke vorm en frequentie van medicatie-evaluatie passend is voor de betreffende patiënt [aanbeveling 1]. Apothekers geven in de vragenlijsten en groepsinterviews aan dat een vaste uniforme consultvergoeding nodig is om tot structurele implementatie komen [aanbeveling 14]. Bij huisartsen bestaat er in de huidige situatie al meer gelegenheid om patiëntconsulten tegen een adequaat tarief uit te voeren – voor hen en de POH is met name de inbedding in een vaste structuur relevant [aanbeveling 10].

Minderen en stoppen van medicatie

Minderen en stoppen vindt vooral plaats bij medicatiebeoordelingen (generiek, bij polyfarmacie) en naar aanleiding van gestructureerde signalering via MFB's of screenings (voor specifieke geneesmiddelgroepen). In beide gevallen blijkt het met voldoende inspanning realiseerbaar. Bij veel of complexe medicatie is de medicatiebeoordeling de gewenste vorm; wanneer minder medicatie gebruikt wordt en de complexiteit lager is, ligt de geneesmiddelspecifieke aanpak met een gericht medicatieconsult meer voor de hand. Beide vormen vullen elkaar dus aan. Huisarts, POH en apotheekteam dienen patiënten bij alle medicatie vanaf het begin te informeren wanneer er mogelijk gestopt kan worden, om het latere gesprek over stoppen te vergemakkelijken [aanbeveling 4]. De bevindingen rondom minder en stoppen van medicatie zijn in lijn met een recente publicatie²⁷ en de aansluitende alert over deprescribing van het Britse National Institute for Health and Care Research (NIHR)²⁸. Daarin staan het belang van een vertrouwensband met de patiënt en het bespreken van stoppen vanaf de start van de behandeling, zodat er een gedeeld besef van het doel van de behandeling is. Ook is er aandacht voor de noodzaak tot het beschikken over voldoende

²⁷ Reeve J, Maden M, Hill R, Turk A, Mahtani K, Wong G, et al. Deprescribing medicines in older people living with multimorbidity and polypharmacy: the TAILOR evidence synthesis. Health Technol Assess 2022;26(32)

²⁸ <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/how-to-safely-deprescribe-medications-for-people-with-multiple-long-term-conditions> [ge raadpleegd 17 december 2023].

gegevens over de situatie van de patiënt en duidelijkheid over voorschrijven buiten de standaard richtlijnen (in Nederland gedeeltelijk gedekt door de beschikbaarheid van richtlijnen over minderen en stoppen) [aanbeveling 5].

Medicatiegerelateerde valpreventie

Valincidenten worden vaak multifactorieel veroorzaakt. Medicatie kan hier een rol in spelen, maar het is meestal niet de hoofdfactor. Daarom is het niet zinvol om valpreventie-interventies uitsluitend gericht op medicatie losstaand uit te voeren. Apothekers hebben relatief weinig afspraken met andere zorgverleners over valpreventie. De medicatiegerelateerde component zou dus versterkt kunnen worden door apothekers standaard te betrekken bij multidisciplinaire valpreventie-interventies die bijvoorbeeld in de context van ouderenzorgprogramma's in de wijk worden uitgevoerd [aanbeveling 2]. Het melden van valincidenten door patiënt, maar ook wijkverpleging of doktersassistent aan huisarts en apotheker is een belangrijk verbeterpunt, omdat op grond daarvan de juiste interventies ingezet kunnen worden om toekomstige valincidenten te voorkomen [aanbeveling 7 en 13].

Belemmeringen bij medicatiebeoordelingen en ander vormen van medicatie-evaluatie

Huisartsen en openbaar apothekers zouden graag meer medicatiebeoordelingen willen doen. Tijd is een belangrijke beperkende factor, net als vergoeding - al geeft een aantal apothekers in vragenlijsten aan wel een adequate vergoeding te ontvangen en zijn er voorbeelden van goed lopende regionale projecten en programma's. Ook lopen apothekers aan tegen het feit dat medicatiebeoordelingen bij sommige verzekeraars binnen het eigen risico vallen.²⁹ Dat maakt dat zorgverleners ervaren dat niet alle patiënten een medicatiebeoordeling willen (en apothekers hier bij het uitnodigen al op voorsorteren) en dat patiënten soms de voorkeur geven aan een gratis consult bij de huisarts [aanbeveling 15]. Ook de grote verschillen in contracteerafspraken tussen zorgverzekeraars – zowel in vergoeding als in condities voor declaratie – hebben een negatieve invloed, bijvoorbeeld omdat apothekers kiezen voor het uitsluitend uitnodigen van patiënten van bepaalde verzekeraars [aanbeveling 14].

Wat betreft minderen en stoppen ontbreekt voor apothekers een betaaltitel voor de vaak benodigde reeks van consulten/contactmomenten die nodig is om afbouwen te begeleiden [aanbeveling 14], terwijl huisartsen aangeven niet de tijd te hebben om dit in alle gewenste gevallen op te pakken.

Tijdgebrek is zowel bij huisartsen, de wijkverpleging als apothekers een probleem door een toenemende zorgvraag in combinatie met personeelstekort en een hoge administratielast [aanbeveling 8]. In apotheken is deze versterkt door de geneesmiddelenkortingen – de afhandeling daarvan is zeer tijdrovend. Minder administratie, adequate vergoeding en (regionale) organisatie kunnen eraan bijdragen dat dit doorbroken wordt, wat een randvoorwaarde is om medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie structureel in voldoende aantallen uit te voeren. Over deze belemmeringen bestaat grote overeenstemming onder de beroepsgroepen, net als over de wens wel meer tijd aan dergelijke zorg te kunnen besteden.

²⁹ https://www.knmp.nl/sites/default/files/2023-12/Baliekaart_vergoeding_apotheekzorg_zorgverzekeraars_11-12-23.pdf [geraadpleegd 17 december 2023]

Zowel patiënten als zorgverleners vinden dat de publieke bekendheid met medicatiebeoordelingen, interventies gericht op minderen en stoppen en valpreventie verbeterd moet worden [aanbeveling 6]. Dat geldt ook voor de rol van de apotheker in deze context, zodat patiënten de apotheker beter weten te vinden voor medicatiegerelateerde zorg. Hierbij hoort ook bewustzijn rondom de eigen rol van de patiënt in de besluitvorming over diens behandeling: immers: hoewel zorgverleners en patiënten allemaal de wens van de patiënt erg belangrijk vinden (en het belang van gezamenlijke besluitvorming onderschrijven), lijkt de tendens toch te zijn dat de mening van de zorgverlener – en vaak vooral de voorschrijver – over de medisch beste behandeling veelal leidend is [aanbeveling 7].

Verdergaande samenwerking in de eerste lijn zou op alle onderzochte onderwerpen voordelig kunnen zijn [aanbeveling 9]. De wijkverpleging ziet veel – potentiële – problemen (inclusief onjuist medicatiegebruik, vallen en mogelijkheden voor minderen en stoppen) en ziet of medicatie-aanpassingen de gewenste uitwerking hebben. Die waardevolle informatie komt slechts ten dele bij huisartsen en apothekers terecht door gebrek aan samenwerkingsafspraken en laagdrempelige communicatie [aanbeveling 12].

Beperkingen in elektronische gegevensuitwisseling wordt door bijna alle partijen als belemmering ervaren. Hierdoor verloopt het verzamelen van de gegevens die nodig zijn voor een medicatie-evaluatie inefficiënt. Dat geldt ook voor het uitvoeren en opvolgen van interventies naar aanleiding van een medicatie-evaluatie. Het lopende landelijke Programma Medicatieoverdracht³⁰, waarin zorgbrede partijen werken aan het realiseren van het elektronisch medicatieoverzicht, kan hier verbetering in brengen wat betreft het medicatie-overzicht. Daarnaast is het wenselijk om het samenwerkingsproces bij medicatie-evaluatie te ondersteunen met elektronische gegevensuitwisseling tussen openbaar apotheker, huisarts en POH en indien van toepassing wijkverpleging. Daarvoor is dus uitwisseling van behandelplannen met interventies, taakverdeling en follow-up van medicatie-evaluaties nodig, bij voorkeur op grond van een landelijke informatiestandaard [aanbeveling 12].

Het aanpassen van in de tweede lijn voorgeschreven medicatie wordt vanuit de eerste lijn regelmatig als lastig ervaren, omdat de lijnen langer zijn en er niet altijd gelijkwaardigheid in het contact met medisch specialisten in de tweede lijn ervaren wordt. Informatie uit specialistenbrieven komt niet bij apothekers terecht en wordt door huisartsen niet altijd gestructureerd in dossiers opgenomen, omdat de informatie soms in de brieven ‘verstopt’ zit. Dat geeft onduidelijkheid over bijvoorbeeld de criteria voor voortzetting van een behandeling en bemoeilijkt minderen en stoppen – te meer daar huisartsen en apothekers de ervaring hebben dat patiënten adviezen van de specialist (meer nog dan van huisartsen) als leidend ervaren [aanbeveling 11].

Bij huisartsen en apothekers dienen medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie een vast onderdeel van het dagelijkse werk te zijn (en niet iets ‘extra’s’ dat achterweg kan blijven bij tijdgebrek). Door de organisatie en follow-up te beleggen bij een medewerker die dit als structurele taak heeft, kan borging plaatsvinden. POH's, apothekersassistenten en farmaceutisch consulenten kunnen bij voldoende competenties een rol spelen bij de organisatie en monitoring van de zorg, bijvoorbeeld bij de uitnodiging en selectie van patiënten en follow-up van

³⁰ Programma Medicatieoverdracht: <https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/over-ons/>

medicatiebeoordelingen. Deze samenwerking en workflow dient ook in de zorginformatiesystemen ondersteund te worden [aanbeveling 10 en 12].

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende methoden en databronnen, zowel kwantitatief als kwalitatief. Daardoor vullen de bevindingen elkaar goed aan, terwijl deze los van elkaar geen volledig antwoord op de onderzoeksvragen hadden kunnen geven.

Een belangrijke beperking van het literatuuronderzoek (stap 1) is dat lang niet alle zorg die verleend wordt, ook structureel onderzocht is. Bovendien kan onderzoek naar zorginterventies vaak geen uitspraak doen over langetermijneffecten en relatief kleine risico's (zoals het risico op ziekenhuisopnames), zeker niet op basis van de huidige routinezorgdata [aanbeveling 3]. Daarom is het nodig om uitkomsten van medicatie-evaluatie en incidenten in het elektronisch medisch-farmaceutisch patiëntendossier systematisch, gecategoriseerd en herbruikbaar vast te leggen [aanbeveling 13]. Hiervoor dient gebruik gemaakt te worden van een landelijke informatiestandaard. Met database-onderzoek (stap 2) kan in beeld gebracht worden wat is vastgelegd: uit de ZIN-database (met gegevens van Vektis) kunnen aantallen declaraties geëxtraheerd worden en uit de NControl-database kunnen interventies bij medicatiebeoordelingen inzichtelijk gemaakt worden. De ZIN-database heeft bijna landelijke dekking. Echter: wisselingen in afspraken tussen zorgverleners en zorgverzekeraars over de wijze van declareren en vastlegging, kunnen vertekening veroorzaken die niet goed inzichtelijk is. De NControl-database omvat informatie over medicatiebeoordelingen bijna een derde van de Nederlandse apotheken en biedt daarmee de mogelijkheid om de inhoud van medicatiebeoordelingen in de dagelijkse praktijk in kaart te brengen (waar dergelijke gegevens verder meestal in onderzoeksverband worden verzameld). Het betreft data die in de dagelijkse zorg worden vastgelegd, maar die vaker in onderzoek zijn gebruikt. Door toetsing aan de vastgelegde toelichtingen in vrije tekst en medicatiehistories is gebleken dat deze een bruikbare en betrouwbare bron zijn voor de tijdens medicatiebeoordelingen geïdentificeerde problemen en uitgevoerde aanbevelingen/acties.³¹ Het valt niet uit te sluiten dat apotheken die met NControl werken wat zorggerichter zijn dan andere apotheken (o.a. omdat de formule Service Apotheek, waar twee derde van de NControl-gebruikers onderdeel van is, hier aandacht aan besteedt). De aantallen medicatiebeoordelingen per apotheek in de NControl-database zijn echter wel in lijn met de landelijke data, dus het is aannemelijk dat de gevonden resultaten op hoofdlijnen een goed beeld geven van de Nederlandse openbare farmacie.

In stap 3 werd de vragenlijst onder openbaar apothekers en huisartsen ingevuld door 200 apothekers en ongeveer half zo veel huisartsen. De respons onder huisartsen lag lager dan gepland – gezien de drukke bezetting van huisartsen en de onderwerpen van de vragenlijst die in het farmacie-domein liggen, is dit niet verwonderlijk. Qua zorgverlener- en praktijkkenmerken was er een vrij goede spreiding. Wel is het zoals bij ieder vragenlijstonderzoek aannemelijk dat met name in het onderwerp geïnteresseerde en actieve zorgverleners de vragenlijst hebben ingevuld, waardoor de gevonden positieve attitude t.a.v. medicatiebeoordelingen en de andere bevraagde onderwerpen een overschatting van de werkelijkheid kan zijn.

Ook bij stap 4, de vragenlijst onder patiënten, is een dergelijke selectie aannemelijk. Daardoor kan de daadwerkelijke bekendheid met medicatiebeoordelingen nog lager kan liggen dan het in dit

³¹ Mulder-Wildemors et al. Reducing Inappropriate Drug Use in Older Patients by Use of Clinical Decision Support in Community Pharmacy: A Mixed-Methods Evaluation. *Drugs & Aging* 2020, 37(2), 115–123.

onderzoek gevonden percentage van 48%. Bovendien zijn patiënten met lage gezondheidsvaardigheden conform verwachting ondervertegenwoordigd. Daardoor zal ook de gewenste betrokkenheid van patiënten bij de besluitvorming mogelijk overschat zijn.

Bij stap 5, de groepsinterviews met de zorgverleners is qua setting gesproken met een brede range aan deelnemers (meer en minder stedelijk gebied, meer en minder goed georganiseerd wat betreft medicatie-evaluaties). Ook hier was de belangstelling voor het onderwerp bovengemiddeld groot, wat als voordeel heeft dat de deelnemers ook een duidelijke visie en goed beeld van de knelpunten hadden.

Conclusie

Patiënten en zorgverleners vinden medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en medicatiegerelateerde valpreventie belangrijk voor de medicatieveiligheid. Deze vormen van zorg monitoren en bevorderen de kwaliteit van farmacotherapie bij ouderen in de eerste lijn die chronisch meerdere geneesmiddelen gebruiken. Dit blijkt uit de daling van het aantal FTP's en medicatiefouten. Het is niet vast te stellen in welke mate ziekenhuisopnames en overlijdens hierdoor afnemen.

Het uitvoeren van de in dit rapport bestudeerde interventies in de eerste lijn staat onder druk door tijd- en personeelsgebrek, onvoldoende financiering en inefficiëntie in de communicatie tussen zorgprofessionals. Om deze zorg en daarmee de medicatieveiligheid te borgen voor de toekomst is structurele inbedding van deze multidisciplinaire farmacotherapeutische zorg nodig. Ook is doelmatige samenwerking met elektronische gegevensuitwisseling noodzakelijk.

Medicatiegerelateerde valpreventie moet ingebed worden in multidisciplinaire valpreventie-interventies om effectief te zijn. Daarnaast dienen zorgverleners en patiënten zich beter bewust te zijn van het belang van gezamenlijk besluitvorming en gezamenlijk vastgestelde behandeldoelen. Zo wordt de regierol van de patiënt daar waar mogelijk benut en vergroot. Dit vraagt ook om meer publieke bekendheid met medicatiebeoordelingen en andere vormen van medicatie-evaluatie.

Bijlage A: onderzoeksvragen

Medicatiebeoordelingen

1. Hoeveel medicatiebeoordelingen zijn er uitgevoerd in de periode 2018 tot en met 2021, totaal en per jaar?
2. Hoeveel personen van de doelgroep (kwetsbare) ouderen met polyfarmacie hebben een medicatiebeoordeling ontvangen in de periode 2018 tot en met 2021, totaal en per jaar? (doelgroep: polyfarmacie: chronisch gebruik van ≥ 5 of ≥ 10 geneesmiddelen; leeftijd 65-plus of 70-plus of 75-plus; (vastgestelde) kwetsbaarheid)
3. Wat is de reden van de stijging of daling van het aantal uitgevoerde medicatiebeoordelingen, zoals gevonden bij vraag 1 en vraag 2?
4. Welke bijdrage levert de interventie medicatiebeoordelingen³² aan de medicatieveiligheid?
5. Welke ervaringen en knelpunten zijn er vanuit het perspectief van zorgverleners bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?
6. Wat zijn vanuit het perspectief van de patiënt de ervaringen en verbeterpunten m.b.t. medicatiebeoordelingen en hun eigen rol daarin?
7. Welke vormen van medicatie-evaluatie¹, anders dan een medicatiebeoordeling, worden gebruikt bij ouderen en bij andere populaties en hoe vaak?
8. Wat is het effect van de andere vormen van medicatie-evaluatie op het aantal farmacotherapiegerelateerde problemen in het algemeen en specifiek bij ouderen?

Minderen en stoppen van medicatie

9. In welke mate zijn zorgverleners in de eerste lijn en oudere patiënten bekend met het bestaan van de module Minderen en stoppen van medicatie en/of de bijbehorende kennisdocumenten voor 10 specifieke geneesmiddelgroepen?

³² Conform de beschrijving in de Module Medicatiebeoordeling binnen de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen.

10. Hoe vaak en binnen welke interventies³³ hebben zorgverleners de module Minderen en stoppen en de kennisdocumenten gebruikt om medicatiegebruik te optimaliseren?
11. Hoe vaak minderen of stoppen zorgverleners medicatie tijdens een (al dan niet op minderen en stoppen gerichte) medicatiebeoordeling en is dit veranderd over de tijd?
12. In hoeverre was bij interventies gericht op het minderen of stoppen van medicatie sprake van gedeelde besluitvorming met de patiënten en in hoeverre was er sprake van multidisciplinaire samenwerking?
13. Welke knelpunten zijn er bij het implementeren van de module Minderen en stoppen van medicatie? In hoeverre speelt onbekendheid van de module bij zorgverleners en patiënten hierbij een rol en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?
14. Welke bijdrage leveren interventies die gebruik maken van de module Minderen en stoppen van medicatie aan de medicatieveiligheid?

Valpreventie

15. Welke geneesmiddel(groep)en geven het hoogste valrisico en hoe hoog is het valrisico bij gebruik van deze geneesmiddelen (FRIDs= Fall Risk Increasing Drugs)?
16. Welke bijdrage kunnen vormen van medicatie-evaluatie (medicatiebeoordelingen, andere interventies gericht op het minderen en stoppen van medicatie, valpreventie-interventies) leveren aan de mindering van het gebruik van FRIDs en het voorkomen van vallen?
17. Welke knelpunten zijn er voor het minderen van het gebruik van FRIDs volgens zorgverleners en hoe kunnen deze knelpunten worden aangepakt?
18. Wat zijn vanuit het perspectief van de patiënt de ervaringen en verbeterpunten m.b.t. interventies gericht op valpreventie?

³³ De Module Minderen en stoppen van de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen vermeldt: "Minderen en stoppen van medicatie vindt plaats binnen het al bestaande continue proces van voorschrijven, ter hand stellen en medicatiebewaking of -evaluatie, en is niet een zelfstandige activiteit die strikt periodiek en geïsoleerd van andere acties moet worden uitgevoerd." De module noemt o.a. medicatiebeoordelingen, zorgpaden, herhaalreceptuur, MFB's en incidenten als mogelijke momenten/aanleidingen om minderen/stoppen in te passen.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Medicatiebeoordelingen

Artikel	Populatie		Opzet		Uitkomsten		
<i>Auteur, publicatie-jaar</i>	<i>Aantal HA/apotheken en patiënten</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Opzet</i>	<i>Interventietype</i>	<i>Controle</i>	<i>Follow-up duur</i>	<i>Resultaten onderzoek</i>
Barker, 2012	1 ziekenhuis Australië 64 patiënten (IG), 56 patiënten (CG)	Geen leeftijdseis.	RCT	MBO thuis na ontslag uit ziekenhuis bij HF patiënten	Standaard zorg (na ontslag uit ziekenhuis)	6 maanden	Geen verschillen tussen de groepen in sterfte (HR=1,41, 0,50 tot 3,97; P=0,514) of ziekenhuisopnames voor hartfalen (IRR=1,74 95% BI: 0,85 tot 3,60 P=0,131). Het aantal ziekenhuisopnamedagen voor hartfalen exacerbaties was groter in de IG. (IRR=2,34 95% BI: 1,80 tot 3,05 P=0,000).
Basger, 2015	1 ziekenhuis 66 huisartsen Australië 92 patiënten (IG), 91 patiënten (CG)	≥65 jaar.	RCT	MBO na ontslag uit ziekenhuis met gebruik van expliciete criteria	Standaard zorg	3 maanden na ontslag	Geen verschil in het aantal expliciete (geschikte voorschrift) criteria tussen beide groepen tussen het moment van ontslag en follow-up ($0,09 \leq p \leq 0,97$). Geen verschil in kwaliteit van leven gemeten met SF-36 tussen beide groepen. In de interventiegroep waren 750 oorzaken van FTP's geïdentificeerd (gem. $8,5 \pm 2,7$ per patiënt). Hiervan was 76,4% geïdentificeerd met de set geschiktheidscriteria. 42,4% van de aanbevelingen was geïmplementeerd door de huisartsen.
Basheti, 2016	1 polikliniek van Universitair ziekenhuis Jordanië 50 patiënten (IG), 50 patiënten (CG).	≥18 jaar.	RCT	MBO over gebruik en informatie over de medicijnen (medication management review)	Standaard zorg	2-3 maanden	Er werden gemiddeld 1,63 FTP's geïdentificeerd per patiënt. In de IG was er significante daling van het aantal FTP's na een MBO. De verandering in gemiddeld aantal FTP's was in IG 1,23 ($\pm 1,19$); $p < 0,001$ t.o.v. een verandering van 0,29 ($\pm 1,24$), $p = 0,114$ in CG. Ook de zelf-gerapporteerde therapieontrouw verminderde in de IG t.o.v. de CG na 3 maanden. Daling van -0,81 ($\pm 1,48$), $p < 0,001$ in IG t.o.v. 0,22 ($\pm 1,12$), $P=0,168$ in CG. Er was geen verschil gemeten in verandering op kwaliteit van leven (EQ-5D score) tussen beide groepen na 3 maanden ($p=0,442$).
Blalock, 2020	65 openbare apotheken V.S. 4719 patiënten (IG), 5846 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO na screening op valgevaarlijke medicatie	Standaard zorg	24 maanden (12 maanden pre interventie vs. 12 maanden)	In de IG werd 73% van de patiënten gescreend op valrisico en 72% van de patiënten ontving een MBO. Bij 27% van de patiënten ontving de zorgverlener tenminste 1 aanbeveling n.a.v. de MBO.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

						post interventie)	In zowel IG als CG verminderde de Drug Burden Index (DBI) vergeleken tussen 12 maanden voor en 12 maanden na de startdatum. Er was geen verschil in verandering van DBI scores tussen IG en CG ($p=0,66$) en ook geen verschil in valincidenten tussen beide groepen ($OR= 1,09$; 95% BI: 0,81 tot 1,47; $p=0,58$)
Bryant, 2011	26 apothekers 57 huisartsen Nieuw-Zeeland 269 patiënten (IG), 229 patiënten (CG)	≥65 jaar.	RCT	MBO incl. follow up elke 3 maanden	Standaardzorg . Wachtlust groep na 6 maanden een MBO.	12 maanden	Geen verschil in kwaliteit van leven (SF-36) tussen beide groepen na 12 maanden. Verbetering in MAI (medication appropriateness index) na zes maanden in IG tov CG (verschil 1,1 punten; 95% BI: -1,78 tot -0,42, $p=0,003$).
Campins, 2017	7 eerstelijns klinieken Spanje 252 patiënten (IG), 251 patiënten (CG).	≥70 jaar.	RCT	MBO uitgevoerd met een algoritme en STOPP-START criteria	Standaard zorg	12 maanden	In de IG was 26,5% van de recepten mogelijk ongeschikt en 21,5% van de recepten werd aangepast (9,1% gestopt, 6,9% dosis gewijzigd, 3,2% gesubstitueerd en 2,2% gestart). Gemiddeld werden er 2,62 aanbevelingen per patiënt gedaan. Het gemiddelde aantal voorschriften per patiënt was lager in de IG na 3 en 6 maanden. Medicatiewijzigingen waren significant hoger in de IG na 3, 6 en 12 maanden. Er waren geen verschillen gevonden tussen beide groepen in het aantal ziekenhuisopnames, bezoeken aan spoedeisende hulp en op kwaliteit van leven en mortaliteit.
Elliot, 2012	80 patiënten ACAT Australië, vervolgens gesplitst in 40 patiënten (HAMBO) en 40 patiënten (APHMBO). 39 huisartsen, 3 klinische apothekers, 11 ACAT artsen	Ouderen	Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek	A:huisarts geïnitieerde MBO thuis (HAMBO) B: apotheker geïnitieerde MBO thuis (APMBO)	ACAT = Aged Care Assessment Teams	2 maanden	90% van de patiënten uit groep B ontving een bezoek van de apotheker thuis t.o.v. 17,5% uit groep A. ($p<0,001$). De ACAT assessment identificeerde 21 FTP's bij alle patiënten. Data analyse van de ACAT door een apotheker identificeerde 164 FTP's. De apotheker geïnitieerde MBO na ACAT was het meest effectief in het identificeren van FTPs t.o.v. huisarts geïnitieerd en t.o.v. routinematig verzamelde ACAT data. 92,3% van de huisartsen vond de aanbevelingen van apothekers n.a.v. een MBO bruikbaar.
Fletcher, 2012	8 huisartsen, 1 apotheker, 3 POHs Canada 120 patiënten (IG)	≥50 jaar.	Subanalyse van de IG uit een RCT	MBO door apotheker en POH op ongeschikt medicatiegebruik	Standaardzorg	12 tot 18 maanden	Bij start was 27,2% van de gebruikte medicijnen ongeschikt en 77,7% van de patiënten ontving minimaal 1 ongeschikt medicijn. Na 12-18 maanden waren deze percentages gedaald naar respectievelijk 8,9% en 38,6% ($p<0,001$).
Geurts, 2016	8 eerstelijns praktijken bestaande uit apotheker en huisarts Nederland	≥60 jaar met cardiovasculaire	RCT	MBO	Standaardzorg	12 maanden	Een MBO leidt tot een daling van het aantal FTP's in bijna de helft van de patiënten. Effecten op cardiovasculaire parameters als bloeddruk en cholesterol waren klein en niet klinisch relevant.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

	248 patiënten (IG), 264 patiënten (CG).	aandoening					In de IG waren 394 FTP's geïdentificeerd in 178 patiënten (2,2/patiënt). Na 1 jaar waren er 186 (=47,2%) hiervan opgelost. In de CG werden er 47 interventies voorgesteld voor 255 patiënten (0,2/patiënt). Hiervan waren er na 1 jaar 43 (91,5%) geïmplementeerd. Het effect van de MBO op het aantal voorgestelde interventies was hoger in de IG dan in de CG (effect 1,657, SE: 0,317, $p < 0,001$).
Jacobs, 2012	66 huisartsen, 5 clinical pharmacists, V.S. 195 patiënten (IG), 201 patiënten (CG)	≥18 jaar met diabetes Gemiddelde leeftijd 63 jaar	RCT	MBO gericht op diabeteszorg	Standaardzorg	12 maanden	Na 1 jaar verbeterden in de IG tov CG: HbA1c (7.7% vs. 8.4%; $p < 0,05$), LDL cholesterol LDL, 93,7 vs. 105,1 mg/dl; $p < 0,05$) en diastolische bloeddruk (73,4 mm Hg versus 77,6 mm Hg, $p < 0,05$). Er waren meer interventiepatiënten gescreend op retinopathie, neuropathie en microalbuminurie dan controlepatiënten ($P < 0,05$). HbA1c verbeterde in beide groepen.
Kari, 2022	1 huisartspraktijk en 1 apotheek Finland 151 patiënten (IG), 126 patiënten (CG).	≥75 jaar.	RCT	Zorgmodel met de patiënt centraal incl. een MBO	Standaardzorg	24 maanden	Uit de kostenutiliteitsanalyse bleek dat de interventie standaardzorg domineerde (ICER was - 73638€/QALY). Er werd geen effect aangetoond op kwaliteit van leven (SF-36), verschil tussen beide groepen was 0,02, (95% BI: -0,07 tot 0,04, $p = 0,56$) en het effect op fysieke prestaties (SPPB) werd niet duidelijk. Verschil was: -1.02, (95% BI: -1,94 tot -0,10, $p = 0,03$), maar het verschil op de samenvattende scores van de fysieke component was -7,3 (95% BI: -15,2 tot 0,6, $p = 0,07$).
Kornholt, 2022	172 patiënten (IG), 186 patiënten (CG)	Geen leeftijdseis.	CT	MBO	Standaardzorg	4 en 13 maanden	Na 4 maanden was het gecorrigeerde verschil tussen de groepen in EQ-5D-5L indexscore 0,066 in het voordeel van de IG (95% BI: 0,01 tot 0,12, $p = 0,02$). Er waren minder patiënten overleden in de IG (1%) dan in de CG (4%) na 4 maanden (log-rank test, $P = 0,045$). De interventie verminderde het aantal medicijnen met 2,0 (15,8%) na 4 maanden en 1,3 (10,7%) na 13 maanden. Er waren geen verschillen tussen beide groepen in sterfte of kwaliteit van leven, valincidenten of ziekenhuisopnames na 13 maanden.
Lee, 2013	3 medische centra met aangrenzende eerstelijns centra Taiwan 313 patiënten (IG), 303 patiënten (CG).	Ouderen	RCT	Multifactorieel interventie programma gericht op vallen incl. een MBO	Gezondheidsvoorlichtings brochures, verwijzingen en aanbevelingen zonder directe	3 en 12 maanden	De interventie verbeterde de functionele prestaties na 3 maanden, maar er was geen effect op valincidenten na 12 maanden tussen beide groepen. De cumulatieve valincidentie na 12 maanden was 25,2% in de IG en 27,6% in de CG (HR = 0,90; 95% BI: 0,66 tot 1,23).

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

					inspanningsin terventie		
Lenander, 2014	Eerstelijns gezondheidscentrum Zweden 107 patiënten (IG), 102 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO	Standaardzorg	12 maanden	Er was een significante afname van FTP's in de IG (1,73 naar 1,31; $p<0,05$) maar geen verschil tussen beide groepen. Er was een grotere afname van het aantal geneesmiddelen in de IG tov CG. ($p<0,046$). Er was geen verschil in ziekenhuisopnames of huisartsbezoeken tussen beide groepen. Zelfgerapporteerde gezondheid daalde in de CG (0,27, 95% BI: 0,06 tot 0,48, $p<0,02$) en bleef gelijk in de IG 0,02 (95% BI – 0,15 tot 0,19), wat resulteerde in een verschil op deze uitkomst ten voordele van de IG ($p<0,047$). De gemiddelde daling van het aantal FTP's 0,43 (95% BI 0,10 tot 0,75) in de IG en 0,27 (95% BI: –0,02 tot 0,57) in de CG. Dit was geen significant verschil tussen beide groepen ($p=0,72$).
Malet-Larrea, 2016	178 openbare apotheken Spanje 688 patiënten (IG), 715 patiënten (CG).	Ouderen, geen specifieke leeftijdseis.	Subanalyse van RCT	MBO incl. maandelijks follow-up gedurende 6 maanden	Standaard zorg	6 maanden	Het aantal medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames was significant lager bij patiënten die een MBO kregen (IG 11, GC 31, $p=0,042$). De kans op ziekenhuisopname was 3,7 keer hoger in de CG (OR=3,7, 95%BI 1,2, tot 11,3, $P=0,021$). De medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamekosten waren lager bij patiënten die een MBO kregen [IG: € 94 (SD 917); CG: € 301 (SD 2102); 95% BI 35,9 tot 378,0, $p=0,018$].
Martinez-Mardones, 2023	12 eerstelijns zorg centra Chili 174 patiënten (IG), 150 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO	Standaard zorg	12 maanden.	In de IG was een verbetering te zien op de behandeldoelen voor cardiovasculaire eindpunten: hypertensie {OR 4,37, 95% BI: 2,54 tot 7,51, $p=0,001$ }, LDL-cholesterol (OR 3,67, 95%bi: 2.13 tot 6.33, $p=0,001$), Diabetes type 2 (OR 6,97, 95% BI: 3,69 tot 13,2 =0,001) en cardiovasculair risicoscore (OR: -2,27, 95% BI -2,84 tot -1,69, $p<0,001$). Ook de therapietrouw verbeterde (OR 6,60, 95% BI 1,36 tot 31,9 $p=0,022$) en het aantal geneesmiddelen verminderde (OR -0.86, 95% BI: -1,14 tot -0,58, $p < 0,001$)
McCarthy, 2022	51 huisartspraktijken Ierland 208 patiënten (IG), 196 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO door huisarts	Standaardzorg	6 maanden	Er was een grotere afname in aantal medicijnen in de IG dan in de CG (IRR: 0,95, 95% BI: 0,899 tot 0,999, $p=0,045$) na zes maanden. Er was geen effect op potentieel ongeschikte voorschriften tussen beide groepen (OR: 0,39, 95% BI: 0,140 tot 1,064, $p=0,066$).

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Messerli, 2016	54 openbare apotheken Zwitserland 218 patiënten (IG), 232 patiënten (CG).	Geen leeftijdseis.	RCT	MBO in week 0 en 28.	MBO in week 28	28 weken	Er was geen verschil in objectieve therapietrouw tussen beide groepen (+1.03 % IG en -0.41 % in CG, p=0,058). Het aantal patiënten wat zelf een verbetering in therapietrouw rapporteerde was groter in de IG dan in de CG (IG: 30 verbeterden t.o.v. 14 verslechterden, CG 20 verbeterden t.o.v. 24 verslechterden, p=0,028).
Milos, 2013	4 apothekers 182 patiënten (IG), 187 patiënten (CG)	≥75 jaar.	RCT	MBO	Standaard zorg	2 maanden	Het aantal patiënten met tenminste 1 potentieel ongeschikt medicijn verminderde in de IG (p=0.007) en bleef gelijk in de CG. In de IG waren 431 FTP's geïdentificeerd bij 93% van alle patiënten. 16% van de FTP's was gerelateerd aan potentieel ongeschikt medicatiegebruik.
Palvanen, 2014	Zorgkliniek Finland 661 patiënten (IG), 653 patiënten (CG).	≥70 jaar.	Pragmatische RCT	12-maanden valpreventie programma, inclusief een MBO.	Standaardzorg	12 maanden	Het aantal valpartijen was significant lager in de IG (95 valpartijen per 100 persoonsjaren) dan in de CG (131 valpartijen per 100 persoonsjaren). IRR = 0,72 (95% BI: 0,61 tot 0,86, p<0,001, NNT 3). Ook het aantal vallende patiënten (HR 0,78, 95% BI: 0,67 tot 0,91) en het aantal val gerelateerde verwondingen was lager in de IG dan in de CG, IRR: 0,74 (95% BI: 0,61 tot 0,89).
Schulz, 2019	69 apotheken en 31 specialisten of huisartsen Duitsland 130 patiënten (IG), 128 patiënten (CG).	≥70 jaar met chronisch hartfalen.	RCT	MBO	Standaardzorg	24 mnd	Er was een stijging van de gemiddelde therapietrouw aan drie medicijnen tegen hartfalen na 1 jaar (gecorrigeerd verschil 5,7%, 95% BI: 1,6 tot 9,8, p=0,007) en het percentage therapietrouwe nam toe (OR 2,9, 95% BI: 1,4 tot 5,9, p=0,005) door de interventie. Ook de kwaliteit van leven (Minnesota living with heartfailure questionnaire) verbeterde in de IG na 2 jaar: -7,8 punten, 95% BI: -14,5 tot -1,1; p=0,02), vergeleken met CG. Er was geen verschil op ziekenhuisopnames of mortaliteit.
Shimp, 2012	133 patiënten (oud)-werknemers van de Universiteit van Michigan, V.S.	Geen leeftijdseis.	Onduidelijk.	Patient gecentreerd, op de werkgever gebaseerde, medicatietherapie managementprogramma (MTM)	Standaardzorg	4 en 12 maanden	In de IG werden gemiddeld 3,3 FTP's per patiënt geïdentificeerd. 63% van de interventies hierbij werd geïmplementeerd. Een daling van geneesmiddelkosten voor de patiënt en werkgever werd gezien in de IG (14%) t.o.v. 3% daling in de CG, maar was niet significant tov CG vanwege de grote spreiding.
Sultan, 2022	Polikliniek geriatrie Nederland 116 patiënten (IG), 100 patiënten (CG).	Geriatrische patiënten	CT	MBO uitgevoerd door studenten farmacie geneeskunde en verpleegkunde	Standaardzorg	6 weken	Er werden meer aanbevelingen gedaan voor medicatiewijzigingen gebaseerd op STOPP-START criteria in de IG t.o.v. CG: 43% t.o.v. 24%, p < 0,001. Na 6 weken was een groter deel van deze wijzigingen geïmplementeerd in de IG t.o.v. CG (19% t.o.v. 9%, p=0,001).

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Van der Meer, 2018	15 apotheken Nederland 80 patiënten (IG), 84 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO	Standaardzorg	3 maanden	Er was geen verschil in percentage patiënten met een afname van ≥0,5 op de DBI tussen IG (17,3%) en CG (15,9%), (OR 1,04, 95% BI 0,47 tot 2,64, p=0,927). IG patiënten hadden wel een hogere score op cognitieve functies (OR: 2,02, 95% BI: 1,11 tot 3,67, p=0,021) en rapporteerden minder sedatieve bijwerkingen (OR: 0,61, 95% BI: 0,40 tot 0,94, p=0,024) na 3 maanden. Er was geen verschil in ziekenhuisopnames, mortaliteit, kwaliteit van leven en vallen.
Van Lieshout, 2018	Nederland 143 patiënten (IG), 147 patiënten (CG);	≥65 jaar.	RCT	Interventie bestaande uit: MBO, fysieke fitheid, sociale vaardigheden en voeding	Standaardzorg	12 maanden	Er was geen verschil tussen beide groepen na 12 maanden op het dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en zorgconsumptie. In de IG verbeterde wel de instrumentele dagelijkse activiteiten (IADL): Friedman's test $p \leq 0,04$, $X^2 = 6,50$), loopsnelheid (Friedman's test $p < 0,001$, $X^2 = 19,09$) en functionele capaciteit (Friedman's test $p < 0,001$, $X^2 = 33,29$) t.o.v. CG na 12 maanden.

Afkortingen: ADL = algemene dagelijkse levensverrichtingen; BI = betrouwbaarheidsinterval; CT = clinical trial; CG = controlegroep; DBI = drug burden index; FTP = farmacotherapiegerelateerde problemen; HA = huisarts; HR = Hazard Ratio; IG = interventiegroep; IRR = incidence rate ratio; MBO = medicatiebeoordeling; N = aantal; OR = Odds Ratio; RCT = randomised controlled trial / gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; RR = relatief risico

Medicatiebeoordelingen in ouderenzorginstellingen

Artikel	Populatie	Studieopzet					Uitkomsten
<i>Auteur, publicatiejaar</i>	<i>Aantal HA/ apotheken en patiënten (interventie/ controle)</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Opzet</i>	<i>Interventietype</i>	<i>Controle</i>	<i>Follow-up duur</i>	<i>Resultaten onderzoek</i>
Balsom, 2020	Zorginstelling Canada 22 patiënten (IG), 23 patiënten (CG)	>65 jaar	RCT	MBO met focus op deprescribing	Standaardzorg	12 maanden	In de IG waren er 78 adviezen om te minder en stoppen, waarvan 85,1% is geïmplementeerd. Patiënten in de IG gebruikten na 3 maanden gemiddeld 2,68 minder medicijnen dan de controlegroep ($p < 0,02$) en na 6 maanden 2,88 minder ($p = 0,02$). In 14,9% van de gevallen werd een medicijn opnieuw gestart vanwege terugkerende klachten.
Desborough, 2020	30 Zorginstellingen 25 huisartsen Engeland 381 patiënten (IG), 445 patiënten (CG)	Geen leeftijdseis Gemiddelde leeftijd 87 jaar	RCT	MBO	Standaardzorg	12 maanden	In de IG was na follow-up minder ongeschikt medicatiegebruik in IG dan in CG: 0,69 per patiënt in IG t.o.v. 0,85 in CG ($p = 0,046$). Er was geen verschil in valincidenten, ziekenhuisopnames of mortaliteit tussen beide groepen.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Frankenthal, 2014	Zorginstellingen Israël 183 patiënten (IG), 176 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	Medicatie interventie m.b.v. STOPP-START criteria	Standaardzorg	12 maanden	Er was een verschil in ongewenst medicatiegebruik en voorschrijf omissies gemeten met STOPP/START criteria in de IG tov CG ($p < 0,001$). In de IG daalden na 1 jaar tov CG het aantal geneesmiddelen ($p < 0,001$), de gemiddelde medicijnkosten per deelnemer per maand (US \$ 29, $p < 0,001$) en het aantal valpartijen ($p = 0,006$). Er was geen verschil in ziekenhuisopnames, functionele onafhankelijkheid (FIM-scores) en kwaliteit van leven (SF-12).
Gedde, 2021	33 zorginstellingen Noorwegen 217 patiënten (IG), 211 patiënten (CG)	≥65 jaar	RCT	COSMOS-interventie bestaande uit meerdere onderdelen, waaronder een MBO.	Standaard zorg	4 maanden	In de IG was het aantal psychofarmaca verminderd t.o.v. CG (34% van de patiënten in de IG minimaal 1 psychofarmaca verminderd t.o.v. 15% in de CG). In de IG verbeterde de ADL en in de CG ging dit achteruit (gemeten met PSMS). Er was geen verschil in neuro psychiatrische symptomen gemeten met NPI-NH en SCDD-scores tussen beide groepen.
Husebo, 2019	33 zorginstellingen Noorwegen, 297 patiënten (IG), 248 patiënten (CG)	≥65 jaar	RCT	Multicomponent interventie, bestaande uit communicatie, pijn management, MBO en activiteiten om de kwaliteit van leven te verbeteren	Standaardzorg	9 maanden	In de IG verslechterde kwaliteit van leven in de eerste 3 maanden ((QUALID 1,3, 95% BI: 0,1 tot 2,6; $p = 0,04$; QUALIDEM (-2,4, 95% BI: -3,8 tot -0,9, $p = 0,002$) maar verbeterde tussen 4 en 9 maanden na de interventie t.o.v. CG voor EQ-VAS (8,6, 95% BI: 3,0 tot 14,3; $p = 0,003$) en QUALIDEM (2,1, 95% BI: 0,5 tot 3,7 $p = 0,01$). Verder in de IG : verbeterde de ADL-functie, het aantal geneesmiddelen nam af en stress bij personeel verminderde na 4 maanden. Verbetering van ADL-functie in de interventiegroep.
Kua, 2021	4 zorginstellingen Singapore 153 patiënten (IG), 142 patiënten (CG)	≥ 65 jaar	RCT	5-stappen deprescribing interventie, waaronder een MBO	Standaardzorg	12 maanden	Er was geen verschil in aantal valincidenten tussen beide groepen. De interventie was wel geassocieerd met een lagere mortaliteit (HR) 0,16, 95% BI: ,07 tot 0,41; $p < 0,001$] en aantal in het ziekenhuis opgenomen bewoners (HR 0,16, 95% BI 0,10 tot 0,26; $p < 0,001$). Gemiddeld werd ¾ van alle stop voorstellen van de apothekers geaccepteerd door de artsen.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Liou, 2021	1 zorginstelling Taiwan 50 patiënten (IG), 50 patiënten (CG)	≥ 65 jaar	RCT	MBO	Standaardzorg	18 maanden	Er waren geen verschillen tussen beide groepen op aantal medicijnen, ongeschikt medicatiegebruik, zorgconsumptie en kwaliteit van leven. Wel op totaal aantal medische problemen waar de patiënten bewust van waren. Dit was hoger in de IG ($3,0 \pm 4,0$ vs. $0,9 \pm 2,7$, $P < 0,05$) aan het einde van het onderzoek. Het gemiddeld aantal FTP's daalde na de interventie van $1,6 \pm 1,4$ tot $0,3 \pm 0,5$, $p < 0,01$). Ook was de tevredenheid over de apotheker en de therapietrouw verbeterd in de IG.
Smeets, 2021	13 zorginstellingen met dementie units Nederland 222 patiënten (IG), 158 patiënten (CG).	Geen leeftijdseis Gemiddelde leeftijd 83 jaar	RCT	Gestructureerde en herhaalde MBO, ondersteund door educatie en continue evaluatie.	Standaardzorg	6, 12 en 18 maanden	Prevalentie voor het voorschrijven van psychofarmaca nam toe in de IG na 18 maanden met 5% en nam af in de CG met 8%. Per 6 maanden was er een verschil van 3,9% tussen de groepen ($P=0,01$). Er waren geen verschillen tussen de aparte geneesmiddelgroepen en geen verschil in de neuro psychiatrische symptomen van dementie tussen beide groepen.
Strauven, 2019	54 zorginstellingen België met huisartsen als behandelaar 847 patiënten (IG), 957 patiënten (CG)	≥ 65 jaar	RCT	Complexe interventie bestaande uit training, casus besprekingen en MBO.	Standaardzorg	13 maanden	De medicatie geschiktheid verbeterde in de IG t.o.v. CG (gedefinieerd als tenminste 1 opgelost potentieel ongewenst medicijn en geen nieuwe erbij): $OR=1.479$, 95% BI 1.062 tot 2.059, $p = 0,021$. Er waren geen effecten op klinische uitkomsten als mortaliteit en ziekenhuisopnames.
Van der Spek, 2018	13 zorginstelling organisaties met 46 dementie zorgunits Nederland 222 patiënten (IG), 158 patiënten (CG)	Geen leeftijdseis Gemiddelde leeftijd 84 jaar	RCT	Tweejaarlijkse MBO's uitgevoerd door apotheker, arts en verpleegkundige	Standaardzorg	6, 12 en 18 maanden	Er werd gekeken naar APID = appropriate psychotropic drug use in dementia. Een lagere score betekent meer geschikt medicatiegebruik. De APID-indexscore verbeterde in de IG t.o.v. CG voor alle psychofarmaca voorschriften ($-5,28$, $p = 0,005$).
Verrue, 2012	2 zorginstellingen (1 interventie en 1 controle) België, 100 patiënten (IG), 92 patiënten (CG)	Geen leeftijdseis Gemiddelde leeftijd 83 jaar	CT	MBO	Standaardzorg	6 maanden	De MAI-score (medication appropriate index) nam af in de IG t.o.v. CG na 6 maanden ($OR\ 3,91$; 95% BI 1,88 tot 8,15, $p < 0,01$), wat inhoudt dat de medicatie beter geschikt is. In de IG werden gemiddeld per patiënt 4,7 voorstellen opgesteld, waarvan uiteindelijk 34,5% succesvol geïmplementeerd is.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Afkortingen: ADL = algemene dagelijkse levensverrichtingen; BI = betrouwbaarheidsinterval; CT = clinical trial; CG = controlegroep; DBI = drug burden index; FTP = farmacotherapiegerelateerde problemen; HA = huisarts; HR = Hazard Ratio; IG = interventiegroep; IRR = incidence rate ratio; MBO = medicatiebeoordeling; N = aantal; OR = Odds Ratio; RCT = randomised controlled trial / gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; RR = relatief risico

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Minderen en stoppen

Artikel	Populatie	Studieopzet				Uitkomsten	
<i>Auteur, publicatie-jaar</i>	<i>Aantal HA/ apotheken en patiënten</i>	<i>Leeftijd patiënten</i>	<i>Opzet</i>	<i>Interventie</i>	<i>Controle</i>	<i>Follow-up duur</i>	<i>Resultaten onderzoek</i>
Anderson, 2020	78 patiënten (IG) 67 patiënten (CG) 20 huisartsen en 2 apothekers in Australië	≥65 jaar	Exploratory Controlled Trial	Deprescribing consult door huisarts en eventueel een MBO door de apotheker (keuze van huisarts).	Standaard zorg	18 weken	Aantal geminderde of gestopte geneesmiddelen per patiënt was 0,99 in de IG vs. 0,43 in de CG, met een verschil van 0,55 (95% BI -0,90 tot -0,21; p = 0,002). In totaal werden 77 van de 649 medicijnen geminderd of gestopt vs. 29 van de 571 medicijnen in de CG (p<0,001). Geen verschil in kwaliteit van leven, gemeten met EQ-5D-5L, inclusief EQ-VAS.
Bayliss, 2022	1433 patiënten (IG) 1579 patiënten (CG) Patiënten met dementie of milde cognitieve stoornis 18 eerstelijns klinieken, in de Verenigde Staten	≥65 jaar	RCT	Vragenlijst en een brochure over deprescribing werd gemaïld naar de deelnemers. Maandelijks voorlichtingsmateriaal over deprescribing naar de arts.	Standaard zorg	6 maanden	Het gemiddeld aantal medicijnen in de IG en CG was respectievelijk 6,4 en 6,5 (p=0,14). In de IG en CG werden door respectievelijk 17,8% en 20,9% van de patiënten 1 of meerdere mogelijk ongeschikte medicijnen gebruikt (p=0,08).
Campbell, 2021	298 patiënten (IG) 254 patiënten (CG) 10 eerstelijns klinieken, in de Verenigde Staten	≥65 jaar	RCT	Zorgverlener: geautomatiseerd signaal gebruik hoog-risico anticholinergicum en advies alternatief. Patiënt: voorlichtingsvideo Hierna een consult.	Standaard zorg	12 maanden	Geen significant verschil in het aantal afgebouwde anticholinerge middelen. In de IG en CG werden respectievelijk 2 meer en 5 minder anticholinerge middelen voorgeschreven (p=0,7334). Het aandeel van de populatie dat een anticholinergicum gebruikt veranderde ook niet: voor de interventie was dit 6,2% en na de interventie 5,1% (p=0,6326).
Fernandez, 2021	762 patiënten (IG) 1170 patiënten (CG) 17 eerstelijnsklinieken (IG) 34 eerstelijnsklinieken (CG) in Spanje	≥18 jaar	Multicenter, prospectief, RCT	Bijeenkomst en schriftelijke informatie aan deelnemende huisartsen over (evalueren van) de behandeling met mirabegron. Gevolgd door een evaluatie van de behandeling door de huisarts met de patiënt.	Standaard zorg	36 maanden	70,8% van de patiënten in de IG zijn binnen 36 maanden gestopt met mirabegron, ten opzichte van 64,9% in de CG (p<0,001). 74,8% van de patiënten die mirabegron stopten na 12 maanden, waren nog steeds gestopt na 36 maanden.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Juraschek, 2022	147 patiënten (IG 1) 340 patiënten (IG 2) 147 patiënten (IG 3) 341 patiënten (CG) 4 academische gezondheidscentra in de Verenigde Staten	60-80 jaar	RCT	1. Gewichtsverlies 2. Reductie zout intake 3. Combinatie van beide Antihypertensiva werden gestopt na drie maanden.	Standaard zorg	36 maanden of tot bereiken primaire uitkomst	Stoppen met een antihypertensivum heeft geleid tot een SBD verhoging van 4,59 mmHg. (95% BI: 3,89 tot 5,28) vergeleken met baseline. Er zijn 113 bijwerkingen gemeld tijdens het stoppen. Gecombineerd gewichtsverlies en zoutreductie resulteerde in een afname in SBD van -4,33 mmHg (95% BI: -6,48 tot -2,17) en verminderde orthostase (OR = 0,62; 95% BI: 0,41 tot 0,92). Hierbij was geen effect op bijwerkingen: HR 0,62 (95% BI 0,41 tot 0,92). Alleen zoutreductie zorgde wel voor meer klachten (HR = 1,75; 95% BI: 1,04 tot 2,95), vooral tijdens het stoppen van het antihypertensivum.
Kuntz, 2019	50 patiënten (IG 1) 50 patiënten (IG 2) 50 patiënten (CG) 1 grote gezondheidszorgkliniek (580.000 patiënten) in de Verenigde Staten	>64 jaar	RCT	1. Informatie voor patiënt en brief van voorschrijver. 2. Als toevoeging aan 1 ook een telefonisch consult met de apotheker.	Standaard zorg	6 maanden	Patiënten in de beide interventiegroepen hebben eerder een Z-drug gestopt (56% en 55%) dan de CG (26%). Patiënten in de interventiegroepen hadden ook meer kans om een Z-drug te stoppen. Alleen educatie resulteerde in een OR = 4,02 (95% BI: 1,66 tot 9,77) en educatie met een aanvullend consult in OR = 4,10 (95% BI: 1,65 tot 10,19). Er was in alle groepen geen verandering in ziekenhuisopnames.
Lewis, 2021	240 patiënten (IG) 238 patiënten (CG) 150 huisartspraktijken in het Verenigd Koninkrijk	18-74 jaar	RCT, dubbel-blind	Afbouwen en stoppen van antidepressiva met behulp van taperingstrip met placebo.	Standaard zorg	52 weken	Terugval kwam voor bij 39% van de patiënten in de CG en 56% in de IG (HR = 2,06; 95% BI: 1,56 – 2,70, p<0,001). Patiënten in de IG hadden meer symptomen van depressie, angst en onttrekkingen dan patiënten in de controlegroep, in de eerste 12 weken. Er was een geschat verschil in kwaliteit van leven, gemeten met SF-12, van -4,9 punten (95% BI: -6,4 tot -3,3) in het nadeel van de IG.
Linsky, 2022	235 patiënten (IG) 95 patiënten (CG) 1 medisch centrum in de Verenigde Staten	≥65 jaar	Pre-post pilot trial	Het mailen van medicatie-specifieke brochures, gevolgd door consulten met de betrokken zorgverlener en patiënt.	Standaard zorg	CG: 2 maanden. IG: 3-4 maanden.	Patiënten in de IG minderden en stopten vaker met hun geneesmiddelen (36, 14,2%) vergeleken met de CG (4, 4,2%) (p = 0,009). Daarnaast waren er in de IG vaker gesprekken over de doelmedicatie (31 (12,3%) vs. 1 (1,1%), p = 0,001)

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

McCarthy, 2022	51 huisartspraktijken Ierland 208 patiënten (IG) 196 patiënten (CG).	≥65 jaar.	RCT	MBO door huisarts	Standaard zorg	6 maanden	Er was een grotere afname in aantal medicijnen in de IG dan in de CG (IRR: 0,95, 95% BI: 0,899 tot 0,999, p=0,045) na zes maanden. Er was geen effect op potentieel ongeschikte voorschriften tussen beide groepen (OR: 0,39, 95% BI: 0,140 tot 1,064, p=0,066).
Rieckert, 2020	1953 patiënten (IG) 1951 patiënten (CG) 359 huisartspraktijken, in het Verenigd Koninkrijk, Italië, Oostenrijk en Duitsland.	≥75 jaar	Multicenter, RCT	Een elektronisch beslissingsondersteunend hulpmiddel voor huisartsen om mogelijk ongepast geneesmiddelgebruik of onbewezen effectieve geneesmiddelen op te sporen.	Standaard zorg	24 maanden	44,6% van de deelnemers in de IG werden ongepland opgenomen in het ziekenhuis of stierven na 24 maanden, versus 48,4% van de CG. OR = 0,88 (95% BI: 0,73 tot 1,07, p = 0,19). Het aantal geneesmiddelen in de IG was lager na 24 maanden, vergeleken met de CG. De gemiddelde reductie was -0,42 in de IG, vergeleken met 0,06 in de CG. Het gemiddelde verschil tussen de groepen was -0,45 (95%BI: -0,63 tot -0,26), p<0,001).
Sheppard, 2020	282 patiënten (IG) 287 patiënten (CG) 69 huisartsenpraktijken in Engeland	≥80 jaar	RCT	Stoppen van 1 antihypertensivum.	Standaard zorg	12 weken	86,4% van de patiënten in de IG en 87,7% in de CG had een systolische bloeddruk <150 mmHg na 12 weken (RR = 0,98). Gemiddelde verandering in bloeddruk was 3,4 mmHg hoger in de IG, dan in de CG. 12 (4,3%) patiënten in de interventiegroep en 7 (2,4%) in de controlegroep hebben een ernstige bijwerking ervaren. RR 1,72 (95% BI: 0,7 tot 4,3).
Zechmann, 2020	128 patiënten (IG) 206 patiënten (CG) 46 huisartsen in Zwitserland	≥60 jaar	RCT	2 uur training voor huisartsen, gebruik van een <i>deprescribing</i> algoritme, inclusief gezamenlijke besluitvorming.	Standaard zorg	12 maanden	Het gemiddeld verschil in het aantal geneesmiddelen per patiënt was 0,379 in de IG (8,02 en 7,64, p = 0,059) en 0,374 in de CG (8,05 en 7,68, p = 0,065). Voor het aantal ziekenhuisopnames, mortaliteit en kwaliteit van leven zijn geen verschillen gevonden.

Afkortingen: ADL = algemene dagelijkse levensverrichtingen; BI = betrouwbaarheidsinterval; CT = clinical trial; CG = controlegroep; DBI = drug burden index; FTP = farmacotherapiegerelateerde problemen; HA = huisarts; HR = Hazard Ratio; IG = interventiegroep; IRR = incidence rate ratio; MBO = medicatiebeoordeling; N = aantal; OR = Odds Ratio; RCT = randomised controlled trial / gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; RR = relatief risico, SBD = systolische bloeddruk

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Minderen en stoppen in ouderenzorginstellingen

Artikel	Populatie		Studieopzet			Uitkomsten	
<i>Auteur, publicatiejaar</i>	<i>Aantal HA/apotheken en patiënten</i>	<i>Leeftijd patiënten</i>	<i>Opzet</i>	<i>Interventietype</i>	<i>Controle</i>	<i>Follow-up duur</i>	<i>Resultaten onderzoek</i>
Balsom, 2020	Zorginstelling Canada 22 patiënten (IG), 23 patiënten (CG)	≥65 jaar	RCT	MBO met focus op deprescribing	Standaardzorg	12 maanden	In de IG waren er 78 adviezen om te minder en stoppen, waarvan 85,1% is geïmplementeerd. Patiënten in de IG gebruikten na 3 maanden gemiddeld 2,68 minder medicijnen dan de CG ($p<0,02$) en na 6 maanden 2,88 minder ($p=0,02$). In 14,9% van de gevallen werd een medicijn opnieuw gestart vanwege terugkerende klachten.
Cateau, 2021	27 zorginstellingen (IG) 28 zorginstellingen (CG) In Zwitserland.	Geen leeftijdseis	RCT	Kwaliteitscirkel <i>deprescribing</i> module. Lokale bijeenkomst om consensus te bereiken voor specifieke geneesmiddelen geschikt voor afbouw. Scholing voor apothekers en vervolgens toepassen in de verpleeghuizen.	Standaard zorg	1 jaar	De interventie heeft niet voor een reductie in primaire uitkomsten (vermindering in het aantal potentieel ongepaste medicijnen) gezorgd ($p=0,24$). Voor het aantal ziekenhuisopnames werd een significante interactie gevonden. Voor mortaliteit was er bijna een significante interactie gevonden ($p=0,06$). Het aantal valincidenten werd niet significant verminderd door de interventie.
Evrard, 2020	453 patiënten (IG) waarvan 237 een benzodiazepine gebruiken. 344 patiënten (CG), waarvan 181 een benzodiazepine gebruiken. 54 verpleeghuizen in België.	Geen leeftijdseis Gemiddelde leeftijd 87 jaar	Cluster-controlled trial	Multicomponent interventie gericht op deprescribing en minderen en stoppen van PIP's middels een MBO.	Standaard zorg	15 maanden.	28,1% van de patiënten is gestopt met gebruik van een benzodiazepine (32,9% in de IG vs. 22,1% in de CG). Dementie was geassocieerd met stoppen, beide groepen samen genomen (OR=2,35; 95% BI: 1,45 tot 3,83). Daarnaast was deelname aan de IG geassocieerd met stoppen (OR=1,74; 95% BI: 1,07-2,87).

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

Gedde, 2021	33 zorginstellingen Noorwegen 217 patiënten (IG), 211 patiënten (CG)	≥65 jaar	RCT	COSMOS-interventie bestaande uit meerdere onderdelen, waaronder een MBO.	Standaard zorg	4 maanden	In de IG was het aantal psychofarmaca verminderd t.o.v. CG (34% van de patiënten in de IG minimaal 1 psychofarmacon verminderd t.o.v. 15% in de CG). In de IG verbeterde de ADL en in de CG ging dit achteruit (gemeten met PSMS). Er was geen verschil in neuro psychiatrische symptomen gemeten met NPI-NH en SCDD-scores tussen beide groepen.
Kua, 2021	4 zorginstellingen Singapore 153 patiënten (IG) 142 patiënten (CG)	≥ 65 jaar	RCT	5-stappen deprescribing interventie, waaronder een MBO	Standaard zorg	12 maanden	Er was geen verschil in aantal valincidenten tussen beide groepen. De interventie was wel geassocieerd met een lagere mortaliteit (HR) 0,16, 95% BI: ,07 tot 0,41; p < 0,001] en aantal in het ziekenhuis opgenomen bewoners (HR 0,16, 95% BI 0,10 tot 0,26; p< 0,001). Gemiddeld werd ¾ van alle stop voorstellen van de apothekers geaccepteerd door de artsen.

Afkortingen: ADL = algemene dagelijkse levensverrichtingen; BI = betrouwbaarheidsinterval; CT = clinical trial; CG = controlegroep; DBI = drug burden index; FTP = farmacotherapiegerelateerde problemen; HA = huisarts; HR = Hazard Ratio; IG = interventiegroep; IRR = incidence rate ratio; MBO = medicatiebeoordeling; N = aantal; OR = Odds Ratio; RCT = randomised controlled trial / gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; RR = relatief risico

Referenties Medicatiebeoordelingen

- Balsom C, Pittman N, King R, Kelly D. Impact of a pharmacist-administered deprescribing intervention on nursing home residents: a randomized controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(4):1153-67.
- Barker A, Barlis P, Berlowitz D, Page K, Jackson B, Lim WK. Pharmacist directed home medication reviews in patients with chronic heart failure: a randomised clinical trial. *Int J Cardiol*. 2012;159(2):139-43.
- Basger BJ, Moles RJ, Chen TF. Impact of an enhanced pharmacy discharge service on prescribing appropriateness criteria: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(6):1194-205.
- Basheti IA, Al-Qudah RA, Obeidat NM, Bulatova NR. Home medication management review in outpatients with chronic diseases in Jordan: a randomized control trial. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(2):404-13.
- Blalock SJ, Ferreri SP, Renfro CP, Robinson JM, Farley JF, Ray N, et al. Impact of STEADI-Rx: A Community Pharmacy-Based Fall Prevention Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(8):1778-86.
- Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. 2011;19(2):94-105.
- Campins L, Serra-Prat M, Gózaló I, López D, Palomera E, Agustí C, et al. Randomized controlled trial of an intervention to improve drug appropriateness in community-dwelling polymedicated elderly people. *Fam Pract*. 2017;34(1):36-42.
- Cateau D, Ballabeni P, Niquille A. Effects of an interprofessional Quality Circle-Deprescribing Module (QC-DeMo) in Swiss nursing homes: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2021 May 1;21(1):289.
- Desborough JA, Clark A, Houghton J, Sach T, Shaw V, Kirthisingha V, Holland RC, Wright DJ. Clinical and cost effectiveness of a multi-professional medication reviews in care homes (CAREMED). *Int J Pharm Pract*. 2020 Dec;28(6):626-634.
- Elliott RA, Martinac G, Campbell S, Thorn J, Woodward MC. Pharmacist-led medication review to identify medication-related problems in older people referred to an Aged Care Assessment Team: a randomized comparative study. *Drugs Aging*. 2012;29(7):593-605.
- Fletcher J, Hogg W, Farrell B, Woodend K, Dahrouge S, Lemelin J, et al. Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. *Can Fam Physician*. 2012;58(8):862-8.
- Frankenthal D, Lerman Y, Kalendariev E, Lerman Y. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(9):1658-65.
- Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(3):304-15.
- Geurts MM, Stewart RE, Brouwers JR, de Graeff PA, de Gier JJ. Implications of a clinical medication review and a pharmaceutical care plan of polypharmacy patients with a cardiovascular disorder. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(4):808-15.
- Husebo BS, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Testad I, Gulla C, et al. COSMOS--improving the quality of life in nursing home patients: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial. *Implement Sci*. 2015;10:131.
- Jacobs M, Sherry PS, Taylor LM, Amato M, Tataronis GR, Cushing G. Pharmacist Assisted Medication Program Enhancing the Regulation of Diabetes (PAMPERED) study. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2012;52(5):613-21.
- Kari H, Äijö-Jensen N, Kortejärvi H, Ronkainen J, Yliperttula M, Laaksonen R, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a people-centred care model for community-living older people versus usual care – A randomised controlled trial. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(6):3004-12.
- Kornholt J, Feizi ST, Hansen AS, Laursen JT, Reuther L, Petersen TS, et al. Effects of a comprehensive medication review intervention on health-related quality of life and other clinical outcomes in geriatric outpatients with polypharmacy: A pragmatic randomized clinical trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2022;88(7):3360-9.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

- Kua CH, Yeo CYY, Tan PC, Char CWT, Tan CWY, Mak V, et al. Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(1):82-9.e3.
- Lee HC, Chang KC, Tsao JY, Hung JW, Huang YC, Lin SI. Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in community-dwelling older adults with risk of falls. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(4):606-15, 15.e1.
- Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2014;32(4):180-6.
- Liou WS, Huang SM, Lee WH, Chang YL, Wu MF. The effects of a pharmacist-led medication review in a nursing home: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(48):e28023.
- Malet-Larrea A, Goyenechea E, García-Cárdenas V, Calvo B, Arteche JM, Aranegui P, et al. The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(3):831-8.
- Martínez-Mardones F, Benrimoj SI, Ahumada-Canale A, Plaza-Plaza JC, Garcia-Cardenas V. BC Clinical impact of medication reviews with follow-up in cardiovascular older patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2023 Jul;89(7):2131-2143.
- McCarthy C, Clyne B, Boland F, Moriarty F, Flood M, Wallace E, et al. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPIRE Study): A cluster randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19(1):e1003862.
- Messerli M, Blozik E, Vriens N, Hersberger KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy--a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:145.
- Milos V, Rekman E, Bondesson Å, Eriksson T, Jakobsson U, Westerlund T, et al. Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs Aging*. 2013;30(4):235-46.
- Palvanen M, Kannus P, Piirtola M, Niemi S, Parkkari J, Järvinen M. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *Injury*. 2014;45(1):265-71.
- Schulz M, Griesse-Mammen N, Anker SD, Koehler F, Ihle P, Ruckes C, et al. Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail*. 2019;21(8):1012-21.
- Shimp LA, Kucukarslan SN, Elder J, Remington T, Wells T, Choe HM, et al. Employer-based patient-centered medication therapy management program: evidence and recommendations for future programs. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2012;52(6):768-76.
- Smeets CHW, Smalbrugge M, Koopmans R, Nelissen-Vrancken M, van der Spek K, Teerenstra S, et al. Can the PROPER intervention reduce psychotropic drug prescription in nursing home residents with dementia? Results of a cluster-randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr*. 2021;33(6):577-86.
- Strauven G, Anrys P, Vandael E, Henrard S, De Lepeleire J, Spinewine A, et al. Cluster-Controlled Trial of an Intervention to Improve Prescribing in Nursing Homes Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(11):1404-11.
- Sultan R, van den Beukel TO, Reurman MO, Daelmans HEM, Springer H, Grijmans E, et al. An Interprofessional Student-Run Medication Review Program: The Clinical STOPP/START-Based Outcomes of a Controlled Clinical Trial in a Geriatric Outpatient Clinic. *Clin Pharmacol Ther*. 2022;111(4):931-8.
- van der Meer HG, Wouters H, Pont LG, Taxis K. Reducing the anticholinergic and sedative load in older patients on polypharmacy by pharmacist-led medication review: a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8(7):e019042.
- van der Spek K, Koopmans R, Smalbrugge M, Nelissen-Vrancken M, Wetzels RB, Smeets CHW, et al. The effect of biannual medication reviews on the appropriateness of psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2018;47(3):430-7.
- van Lieshout MRJ, Bleijenberg N, Schuurmans MJ, de Wit NJ. The Effectiveness of a PROactive Multicomponent

- Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1051-9.
- 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 Clin Belg*. 2012;67(6):423-9.
- Walsh EK, Cussen K. "Take ten minutes": a dedicated ten minute medication review reduces polypharmacy in the elderly. *Ir Med J*. 2010;103(8):236-8.

Referenties Minderen en stoppen van medicatie

- Anderson K, Freeman C, Foster M, Scott I. GP-Led Deprescribing in Community-Living Older Australians: An Exploratory Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(2):403-10.
- Balsom C, Pittman N, King R, Kelly D. Impact of a pharmacist-administered deprescribing intervention on nursing home residents: a randomized controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2020;42(4):1153-67.
- Bayliss EA, Shetterly SM, Drace ML, Norton JD, Maiyani M, Gleason KS, et al. Deprescribing Education vs Usual Care for Patients With Cognitive Impairment and Primary Care Clinicians: The OPTIMIZE Pragmatic Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 2022;182(5):534-42.
- Campbell NL, Holden RJ, Tang Q, Boustani MA, Teal E, Hillstrom J, et al. Multicomponent behavioral intervention to reduce exposure to anticholinergics in primary care older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1490-9.
- Cateau D, Ballabeni P, Niquille A. Effects of an interprofessional Quality Circle-Deprescribing Module (QC-DeMo) in Swiss nursing homes: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):289.
- Evrard P, Henrard S, Foulon V, Spinewine A. Benzodiazepine Use and Deprescribing in Belgian Nursing Homes: Results from the COME-ON Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(12):2768-77.
- Fernández-Liz E, Vivó-Tristante P, Aranzana-Martínez A, Barceló-Colomer ME, Larrosa-García M, Del Val García JL, et al. Long-term effectiveness of an intervention to enhance mirabegron use revision and its deprescribing: 36-month follow-up of a quasi-experimental trial in primary care. *Curr Med Res Opin*. 2021;37(4):703-10.
- Gedde MH, Husebo BS, Mannseth J, Kjome RLS, Naik M, Berge LI. Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(3):304-15.
- Juraschek SP, Cluett JL, Belanger MJ, Anderson TS, Ishak A, Sahni S, et al. Effects of Antihypertensive Deprescribing Strategies on Blood Pressure, Adverse Events, and Orthostatic Symptoms in Older Adults: Results From TONE. *Am J Hypertens*. 2022;35(4):337-46.
- Kua CH, Yeo CYY, Tan PC, Char CWT, Tan CWY, Mak V, et al. Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(1):82-9.e3.
- Kuntz JL, Kouch L, Christian D, Hu W, Peterson PL. Patient Education and Pharmacist Consultation Influence on Nonbenzodiazepine Sedative Medication Deprescribing Success for Older Adults. *Perm J*. 2019;23:18-161.
- Lewis G, Marston L, Duffy L, Freemantle N, Gilbody S, Hunter R, et al. Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. *N Engl J Med*. 2021;385(14):1257-67.
- Linsky AM, Kressin NR, Stolzmann K, Pendergast J, Rosen AK, Bokhour BG, et al. Direct-to-consumer strategies to promote deprescribing in primary care: a pilot study. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):53.
- McCarthy C, Clyne B, Boland F, Moriarty F, Flood M, Wallace E, et al. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPIRE Study): A cluster randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19(1):e1003862.
- Rieckert A, Reeves D, Altiner A, Drewelow E, Esmail A, Flamm M, et al. Use of an electronic decision support tool to reduce polypharmacy in elderly people with chronic diseases: cluster randomised controlled trial. *Bmj*. 2020;369:m1822.

Bijlage B: tabellen literatuuronderzoek (stap 1)

- Sheppard JP, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, et al. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients With Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2020;323(20):2039-51.
- Zechmann S, Senn O, Valeri F, Essig S, Merlo C, Rosemann T, et al. Effect of a patient-centred deprescribing procedure in older multimorbid patients in Swiss primary care - A cluster-randomised clinical trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):471.

Bijlage C: onderzoeksmethodiek / database-opbouw (stap 2)

De volgende gegevens zijn van ZIN ontvangen:

- Gedeclareerde aantal medicatiebeoordelingen (prestatiecode 70002 en 70003) uitgesplitst naar geslacht per jaar over de periode 2017-2022
- Gedeclareerde aantal medicatiebeoordelingen (prestatiecode 70002 en 70003) uitgesplitst naar leeftijd (5 jaars-cohorten) per jaar over de periode 2017-2022
- Gedeclareerde aantal medicatiebeoordelingen (prestatiecode 70002 en 70003) bij patiënten met polyfarmacie uitgesplitst naar geslacht per jaar over de periode 2017-2022
- Gedeclareerde aantal medicatiebeoordelingen (prestatiecode 70002 en 70003) bij patiënten met polyfarmacie uitgesplitst naar leeftijd (5 jaars-cohorten) per jaar over de periode 2017-2022
- Gedeclareerde aantallen facultatieve prestaties farmaceutische zorg (71000-reeks) per jaar in 2021 en 2022.

Polyfarmacie is hierbij als volgt gedefinieerd (bron: GIP-databank): Polyfarmacie is het chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen naast elkaar. Volgens de definitie in de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen van de NHG is er sprake van chronisch gebruik als aan iemand meer dan 3 keer per jaar hetzelfde geneesmiddel wordt verstrekt of als er minimaal één keer een hoeveelheid van een geneesmiddel wordt verstrekt voor een gebruiksduur van 90 dagen of meer. Het begrip “hetzelfde geneesmiddel” wordt ruim genomen, het aantal verschillende geneesmiddelen moet op ATC3 niveau worden geteld, waardoor verschillende geneesmiddelen met dezelfde ATC3-code als één geneesmiddel wordt gezien. Verder worden bij de bepaling voor het criterium polyfarmacie de dermatologische preparaten buiten beschouwing gelaten.

De volgende gegevens zijn uit de NControl-database geëxtraheerd over de periode 2017-2022:

Bestand 1: aantal medicatiebeoordelingen

- Geanonimiseerd patiënt-ID
- Geanonimiseerd apotheek-ID
- Maand + jaar medicatiebeoordeling
- Leeftijd
- Geslacht
- Aantal geneesmiddelen in gebruik
Dit is vastgesteld door te kijken naar:
 - minimaal 3 verstrekkingen in een periode van 1 jaar vóór de start van de review
 - minimaal 1 verstrekking in de periode 3 maanden vóór de start van de reviewHet aantal unieke ATC7 is geteld van de ATCs die voldoen aan bovenstaande 2 voorwaarden.
- Medicijnrol is vastgesteld door te kijken naar de wmg-prestatie horend bij de verstrekking.
Als minimaal 1 van de verstrekkingen in de periode van 3 maanden een weekverstrekking is, dan staat in de kolom Medicijnrol een 1.

Bestand 2: Inhoud medicatiebeoordelingen

- Geanonimiseerd patiënt-ID conform bestand 1
- Actiepunten uit medicatiebeoordeling
 - o GTP-naam (geneesmiddeltherapie-gerelateerd probleem)
 - o ATC-Code
 - o ATC-Naam

- InterventieVoorstelNaam (de voorgestelde interventie)
- InterventieNaam (de uitgevoerde interventie)

Bestand 3: afgehandelde MFB's gerelateerd aan minderen en stoppen

- MFB-naam (met Ephor of STOP in de titel)
- Geanonimiseerd patiënt-ID
- Afhandeling van de MFB conform de velden uit bestand 2
- Patiëntkenmerken conform de velden uit bestand 1

Op deze bestanden zijn in Access tellingen uitgevoerd en uitsplitsingen gemaakt met kruistabellen.

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

HUISARTSEN

Basisgegevens

Wat is uw leeftijd?

_____ (validation: number)

Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

Bent u apotheekhoudend huisarts?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Wat is uw functie?

- ☐ Zelfstandig huisarts
- ☐ HIDHA/in dienstverband/vaste waarnemer
- ☐ Overig

Is de huisartspraktijk waar u werkt een solopraktijk, duopraktijk of een groepspraktijk?

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Groepspraktijk

Bevindt uw huisartsenpraktijk zich in een gezondheidscentrum/AHOED?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

In welke provincie staat de huisartsenpraktijk waar u werkt?

- ☐ Groningen
- ☐ Friesland
- ☐ Drenthe

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

- ☐ Overijssel
- ☐ Flevoland
- ☐ Gelderland
- ☐ Utrecht
- ☐ Noord-Holland
- ☐ Zuid-Holland
- ☐ Zeeland
- ☐ Noord-Brabant
- ☐ Limburg

Hoeveel ingeschreven patiënten heeft uw huisartsenpraktijk bij benadering?

_____ (validation: number)

Ik weet het niet

Medicatiebeoordeling

De volgende vragen gaan over het uitvoeren van medicatiebeoordelingen voor patiënten in uw huisartsenpraktijk. Werkt u in meerdere huisartsenpraktijken, beantwoord de vragen dan voor de praktijk waar u het meeste werkt.

Geef een ruwe schatting van hoeveel patiënten in uw huisartsenpraktijk in 2022 een medicatiebeoordeling hebben gehad.

_____ (validation: number)

Wat karakteriseert de trend in het aantal medicatiebeoordelingen sinds 2017 het beste?

(laat een eventuele dip in 2020/2021 vanwege COVID-19 hierbij buiten beschouwing)

- ☐ Het aantal neemt toe
- ☐ Het aantal neemt af
- ☐ Het aantal is ongeveer hetzelfde gebleven
- ☐ Anders, namelijk: _____

Wat ziet u als oorzaak van deze trend?

Draagt u wel eens patiënten aan voor een medicatiebeoordeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Een medicatiebeoordeling bestaat volgens de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen uit verschillende stappen. Bij welke stappen bent u over het algemeen actief betrokken?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Selecteren van patiënten
- Uitnodigen van patiënten
- Anamnesegeprek met patiënt over het medicatiegebruik voeren
- Vaststellen interventies / behandelplan
- Terugkoppeling aan patiënten
- Opvolgen behandelplan

Welke andere medewerkers van uw praktijk zijn betrokken bij medicatiebeoordelingen en voor welke stappen?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Doktersassistente, namelijk: _____
- POH, namelijk: _____
- Anders, namelijk: _____

Zou u willen dat bij meer van uw patiënten een medicatiebeoordeling plaatsvindt?

- Ja
- Nee

In hoeverre zijn de volgende factoren hierop van invloed?

Geef aan hoe eens u het bent met de volgende stellingen

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Tijdgebrek	•	•	•	•	•
Patiënten hebben er geen behoefte aan	•	•	•	•	•
Gebrek aan medewerking apotheker	•	•	•	•	•
Onvoldoende vergoeding zorgverzekeraar	•	•	•	•	•
Medicatiebeoordeling levert te weinig gezondheidswinst op voor patiënt	•	•	•	•	•

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

Tijdsinvestering weegt niet op tegen resultaten	•	•	•	•	•
Het omslachtige proces van een medicatiebeoordeling	•	•	•	•	•
De inbreng van de apotheker heeft geen meerwaarde	•	•	•	•	•
Gegevensuitwisseling met de apotheker inefficiënt	•	•	•	•	•

Overige belemmeringen bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen:

In hoeverre ervaart u belemmeringen in de samenwerking met de apotheker bij medicatiebeoordelingen?

Ga hierbij uit van de apotheek waarmee u de meeste samenwerking heeft

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De voorstellen voor interventie van de apotheker zijn niet altijd relevant	☐	☐	☐	☐	☐
De afstemming kost te veel tijd	☐	☐	☐	☐	☐
De apotheker verwacht dat ik met de tweede lijn afstem	☐	☐	☐	☐	☐
De apotheker weet onvoldoende van de situatie van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Het is moeilijk om afspraken te maken over de follow-up van interventies	☐	☐	☐	☐	☐
Onze manier van denken sluit niet op elkaar aan	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten hebben meer vertrouwen in mij dan in de apotheker	☐	☐	☐	☐	☐

Zijn er nog overige belemmeringen in de samenwerking?

Hoe kijkt u naar de rol van de patiënt in de besluitvorming over mogelijke medicatiewijzigingen bij een medicatiebeoordeling

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Ik vind het belangrijk dat zorgverlener en patiënt samen beslissen over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐
De wens van de patiënt is doorslaggevend in de besluitvorming over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het belangrijk om samen met de patiënt patiëntspecifieke behandeldoelen op te stellen	☐	☐	☐	☐	☐

Geef aan in hoeverre de volgende stellingen bij u van toepassing zijn

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vraag patiënten wat voor hen de voor- en nadelen zijn van de farmacotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ga alleen uit van farmacotherapeutische problemen zoals de patiënt die ervaart of relevant vindt.	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten laten de beslissing aan de zorgverlener over	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd willen meebeslissen over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke medicatiewijziging	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd zijn in staat om mee te beslissen over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐

Behalve tijdens een medicatiebeoordeling zijn er ook andere momenten waarop een evaluatie van de medicatie van een patiënt kan plaatsvinden (beschreven in de Richtlijnmodule Medicatiebeoordeling 2019 <[hyperlink](#)>). Denk bijvoorbeeld aan een screening van de medicatielijst bij patiënten met medicatie op rol (Baxter).

Bent u ook betrokken bij dergelijke vormen van medicatie-evaluatie (anders dan een medicatiebeoordeling)?

- ☐ Ja, namelijk: _____
- ☐ Nee

Minderen en stoppen

In 2020 is Module Minderen en Stoppen <[hyperlink](#)> als onderdeel van de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen gepubliceerd.

Bent u bekend met deze richtlijnmodule Minderen en stoppen?

- ☐ Ja

☐ Nee

Bent u bekend met de kennisdocumenten per geneesmiddelgroep <hyperlink> (PPI's, bloeddrukverlagers, alfablokkers, bisfosfonaten etc) bij deze richtlijn?

-  [Kennisdocument Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers](#)
-  [Kennisdocument Anticoagulantia](#)
-  [Kennisdocument Bisfosfonaten](#)
-  [Kennisdocument Bloeddrukverlagende middelen](#)
-  [Kennisdocument Bloedglucoseverlagende middelen](#)
-  [Kennisdocument Calcium en vitamine D](#)
-  [Kennisdocument Protonpompremmers](#)
-  [Kennisdocument Statines](#)
-  [Kennisdocument Trombocyteaggregatieremmers](#)
-  [Kennisdocument Urologische spasmolytica](#)

☐ Ja

☐ Nee

Hoe vaak zoekt u iets op deze kennisdocumenten?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Jaarlijks
- ☐ Nooit

Waarom gebruikt u deze kennisdocumenten niet?

- ☐ Ik ken de kennisdocumenten onderhand goed
- ☐ De informatie is niet meer actueel
- ☐ Ik gebruik andere informatiebronnen bij minderen en stoppen
- ☐ Anders, namelijk: _____

Welke activiteiten voert u in de huisartsenpraktijk uit waarbij u specifiek aandacht besteedt aan minderen en stoppen?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- ☐ Medicatiebeoordelingen
- ☐ Op basis van lijsten van de apotheker

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

- ☐ Tijdens consulten met de patiënt
- ☐ Op een andere wijze, namelijk: _____
- ☐ Geen

Het uitvoeren van activiteiten om te minderen en stoppen wordt in mijn huisartsenpraktijk belemmerd door de volgende factoren:

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Gebrek aan onderbouwing / richtlijnen	•	•	•	•	•
Eigen onzekerheid hoe dit aan te pakken	•	•	•	•	•
Gebrek aan vergoeding voor de begeleiding bij minderen en stoppen	•	•	•	•	•
Gebrek aan bereidwilligheid van patiënten om te minderen en stoppen	•	•	•	•	•
Gebrek aan compensatie voor het verlies aan inkomsten voor de huisartspraktijk	•	•	•	•	•
Gebrek aan medewerking van apothekers	•	•	•	•	•
Gebrek aan tijd om patiënten te begeleiden bij minderen en stoppen	•	•	•	•	•
Ik ben vaak niet de initiële voorschrijver	•	•	•	•	•

In hoeverre zijn de volgende stellingen van toepassing?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
De apotheker begeleidt patiënten bij het afbouwen	•	•	•	•	•
Medisch specialisten staan open voor voorstellen over minderen en stoppen	•	•	•	•	•
Ik overleg met de apotheker over minderen en stoppen	•	•	•	•	•
De apotheker neemt het initiatief bij minderen en stoppen van medicatie	•	•	•	•	•
De POH begeleidt patiënten bij het afbouwen	•	•	•	•	•

Hoe betreft u patiënten bij de afweging om medicatie te minderen of stoppen?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik doe een voorstel en vraag de patiënt om akkoord	•	•	•	•	•
Ik vraag de patiënt waarom hij/zij wel of niet zou willen stoppen met een geneesmiddel	•	•	•	•	•
Ik leg de voor- en nadelen van minderen en stoppen uit	•	•	•	•	•
Ik geef schriftelijke informatie mee over minderen en stoppen	•	•	•	•	•
Ik leg de patiënt voor wat ik de beste optie vind	•	•	•	•	•
Ik gebruik een tool/hulpmiddel die de gevolgen van stoppen inzichtelijk maakt, zoals U-Prevent	•	•	•	•	•
Ik vraag de patiënt welke geneesmiddelen hij/zij wel of juist niet wil stoppen	•	•	•	•	•

Valpreventie

Een substantieel deel van de vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames komt door incidenten gerelateerd aan het valrisico.

Voert u activiteiten uit waarbij u specifiek aandacht besteedt aan valpreventie?

- Ja, namelijk: _____
- Nee

Besteedt u hierbij ook aandacht aan medicatie?

- Ja
- Nee

Heeft u afspraken met andere zorgverleners over valpreventie?

- Ja
- Nee

Met welke zorgverleners heeft u afspraken over valpreventie?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Fysiotherapeut
- Apotheker
- Ergotherapeut
- Wijkverpleegkundige
- Diëtist
- Medisch specialist
- Anders, namelijk: _____

Hoe gaat u in uw praktijk om met valpreventie?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Bij een consult worden patiënten met een mogelijk hoog valrisico naar de frequentie van vallen gevraagd	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met een hoog valrisico worden doorverwezen naar andere zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten met een verhoogd valrisico worden actief opgespoord	☐	☐	☐	☐	☐
Er worden hulpmiddelen of vragenlijsten gebruikt om het valrisico van een patiënt vast te stellen	☐	☐	☐	☐	☐
Er is een protocol dat bij contact met een patiënt met een hoog valrisico actief gevraagd wordt naar vallen	☐	☐	☐	☐	☐
Bij een bekend hoog valrisico wordt nagegaan of het mogelijk is eventueel gebruik van medicatie met een valrisico te verminderen	☐	☐	☐	☐	☐

Overige activiteiten m.b.t. valpreventie:

Wat zou u helpen meer aandacht te besteden aan medicatiegerelateerde valpreventie?

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Een duidelijke richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐
Een vergoeding	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

Initiatief van andere zorgverleners in mijn omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik er tijd voor kan vrijmaken	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik tools/hulpmiddelen heb om patiënten met een verhoogd valrisico eenvoudig te selecteren	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer patiënten ernaar zouden vragen	☐	☐	☐	☐	☐
Meer kennis over de begeleiding van patiënten bij het afbouwen van psychofarmaca	☐	☐	☐	☐	☐
Ervaring met patiënten dat zij zich beter voelen/minder gaan vallen	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

OPENBAAR APOTHEKERS

Basisgegevens

Wat is uw leeftijd?

(validation: number)

Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders

Is de apotheek waar u werkt een poliklinisch apotheek?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoeveel ingeschreven patiënten heeft uw apotheek bij benadering?

(validation: number)

ik weet het niet

Is de apotheek waar u werkt eigendom van een keten van 10 of meer apotheken?

- ☐ Ja

- ☐ Nee

Is de apotheek waar u werkt onderdeel van een formule?

- ☐ Ja, namelijk: _____
- ☐ Nee

Bevindt uw apotheek zich in een gezondheidscentrum/AHOED?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

In welke provincie staat de apotheek waar u werkt?

- ☐ Groningen
- ☐ Friesland
- ☐ Drenthe
- ☐ Overijssel
- ☐ Flevoland
- ☐ Gelderland
- ☐ Utrecht
- ☐ Noord-Holland
- ☐ Zuid-Holland
- ☐ Zeeland
- ☐ Noord-Brabant
- ☐ Limburg

Hoeveel FTE apothekers zijn werkzaam in uw apotheek?

_____ (validation: floating point number)

Ik weet het niet

Medicatiebeoordelingen

Als eerste stellen we u een aantal vragen over het uitvoeren van medicatiebeoordelingen in uw apotheek.

Geef een ruwe schatting van het aantal medicatiebeoordelingen in uw apotheek in 2022.

_____ (validation: number)

Wat karakteriseert de trend in uw apotheek wat betreft het aantal medicatiebeoordelingen sinds 2017 het beste?

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

(laat een eventuele dip in 2020/2021 vanwege COVID-19 hierbij buiten beschouwing)

- ☐ We voeren steeds meer medicatiebeoordelingen uit
- ☐ We voeren steeds minder medicatiebeoordelingen uit
- ☐ Het aantal medicatiebeoordelingen is ongeveer hetzelfde gebleven
- ☐ Anders, namelijk: _____

Wat ziet u als oorzaak voor deze trend?

Zou u bij meer patiënten per jaar een medicatiebeoordeling uit willen voeren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

In hoeverre zijn de volgende factoren hierop van invloed?

Geef aan hoe eens u het bent met de volgende stellingen

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Tijdgebrek	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan medewerking van huisartsen	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten hebben er geen behoefte aan	☐	☐	☐	☐	☐
Onvoldoende vergoeding zorgverzekeraar	☐	☐	☐	☐	☐
Twijfel over de meerwaarde van mijn inbreng t.o.v. de huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Medicatiebeoordeling levert te weinig gezondheidswinst op voor patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Tijdsinvestering weegt niet op tegen resultaten	☐	☐	☐	☐	☐
Gegevensuitwisseling met de huisarts is inefficiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Onvoldoende inzage in klinische gegevens	☐	☐	☐	☐	☐
Het omslachtige proces van een medicatiebeoordeling	☐	☐	☐	☐	☐

Zijn er nog overige belemmeringen bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?

Een medicatiebeoordeling bestaat uit verschillende stappen. Kruis per stap aan welke zorgverleners hierbij in uw apotheek over het algemeen betrokken zijn.

Meerdere antwoorden zijn mogelijk bij één rij

	Apotheke r	Farmaceutisch consulent/farmakund ige	Apotheker s-assistent	Huisarts	Dokters- assistent	POH	Ingehuurd e expert	Overig
Selecteren van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uitnodigen van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anamnesege- sprak met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opstellen behandelplan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Terugkoppeling aan de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opvolgen behandelplan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Toelichting bij 'overig'

Hoe selecteert u de patiënten bij wie u een medicatiebeoordeling uitvoert?

Rangschik de antwoorden van meest naar minst voorkomend. De antwoorden die voor u niet van toepassing zijn, hoeft u niet te rangschikken

Met een selectie op basis van leeftijd en polyfarmacie
Met een selectie op specifiek geneesmiddelgebruik of een specifiek kenmerk (bijv. medicatierol)
Met een selectie op kwetsbaarheid
Op basis van risicomomenten zoals ziekenhuisontslag
Op verwijzing van andere zorgverleners
Op basis van mogelijke problemen opgemerkt aan de balie of in de receptverwerking
Op eigen verzoek van de patiënt
Anders

Toelichting bij "anders"

Voert u ook medicatiebeoordelingen bij patiënten bij wie de huisarts NIET de hoofdbehandelaar is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bij welke patiënten?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- ☐ Bij patiënten in een zorginstelling
- ☐ Bij thuiswonende patiënten bij wie de medisch specialist de hoofdbehandelaar is
- ☐ Anders, namelijk: _____

Hoe ervaart u de samenwerking met de huisarts bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?

Ga uit van de huisartsenpraktijk waarmee u het meest samenwerkt

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Geen tijd voor overleg over interventievoorstellen	☐	☐	☐	☐	☐
Onze manier van denken sluit niet op elkaar aan	☐	☐	☐	☐	☐
Geen of veel later terugkoppeling op interventievoorstellen	☐	☐	☐	☐	☐
Afgesproken interventies worden niet of veel later doorgevoerd	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts staat niet open voor mijn interventievoorstellen	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts wil geen wijzigingen aanbrengen in door de specialist gestarte medicatie	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts heeft veel meer kennis over de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
Afgesproken follow-up wordt niet uitgevoerd	☐	☐	☐	☐	☐

Bij welk percentage van de medicatiebeoordelingen heeft u contact met de volgende zorgverleners?

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

	0-10%	10-30%	30-70%	70-90%	90-100%
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Medisch specialist	☐	☐	☐	☐	☐
Wijkverpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐
POH	☐	☐	☐	☐	☐

Hoe kijkt u naar de rol van de patiënt in de besluitvorming over mogelijke medicatiewijzigingen?

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
De wens van de patiënt is doorslaggevend in de besluitvorming over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het belangrijk om samen met de patiënt patiëntspecifieke behandeldoelen op te stellen	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vraag patiënten wat voor hen de voor- en nadelen zijn van de farmacotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten bij wie ik een medicatiebeoordeling uitvoer willen meebeslissen over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ga alleen uit van farmacotherapeutische problemen zoals de patiënt die ervaart of relevant vindt.	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten laten de beslissing aan de zorgverlener over	☐	☐	☐	☐	☐
Ik bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke medicatiewijziging	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënten bij wie ik een medicatiebeoordeling uitvoer zijn in staat om mee te beslissen over medicatiewijzigingen	☐	☐	☐	☐	☐

Behalve tijdens een medicatiebeoordeling zijn er ook andere momenten waarop een evaluatie van de medicatie van een patiënt kan plaatsvinden. In de Module Medicatiebeoordeling 2019 <hyperlink> staan het gerichte medicatie-consult (een consult door de apotheker gericht op één of enkele geneesmiddelen of problemen) en de gerichte farmacotherapie-analyse (zonder consult met de patiënt) beschreven. Denk bijvoorbeeld aan een screening van de medicatielijst bij patiënten met

medicatie op rol (Baxter), een therapietrouwconsult, een valpreventieconsult, bij ontslag uit het ziekenhuis, etc.

Worden in uw apotheek ook **structureel** zulke andere vormen van medicatie-evaluatie uitgevoerd door de apotheker?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, wat voor type, hoe vaak en voor welke doelgroep?

Vul in de vakken uw antwoorden in

Type	Frequentie (dagelijks, wekelijks, maandelijks)	Doelgroep
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Minderen en stoppen

In 2020 is de Richtlijnmodule Minderen en Stoppen van Medicatie <hyperlink> als onderdeel van de Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen gepubliceerd.

Bent u bekend met deze richtlijnmodule Minderen en stoppen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Bent u bekend met de kennisdocumenten over specifieke geneesmiddelgroepen (PPI's, bloeddrukverlagers, alfablokkers, bisfosfonaten etc.) bij deze richtlijn?

-  [Kennisdocument Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers](#)
-  [Kennisdocument Anticoagulantia](#)
-  [Kennisdocument Bisfosfonaten](#)
-  [Kennisdocument Bloeddrukverlagende middelen](#)
-  [Kennisdocument Bloedglucoseverlagende middelen](#)
-  [Kennisdocument Calcium en vitamine D](#)
-  [Kennisdocument Protonpompremmers](#)
-  [Kennisdocument Statines](#)
-  [Kennisdocument Trombocyteaggregatieremmers](#)
-  [Kennisdocument Urologische spasmolytica](#)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe vaak zoekt u iets op in deze kennisdocumenten?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Jaarlijks
- ☐ Nooit

Waarom gebruikt u deze kennisdocumenten niet?

- ☐ Ik ken de kennisdocumenten onderhand goed
- ☐ De informatie is niet meer actueel
- ☐ Ik gebruik andere informatiebronnen bij minderen en stoppen
- ☐ Anders, namelijk: _____

Welke activiteiten voert u in de apotheek uit waarbij u specifiek aandacht besteedt aan minderen en stoppen?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- ☐ Medicatiebeoordelingen
- ☐ Searches of planbare MFB's
- ☐ Signalen/MFB's gerelateerd aan de receptverwerking
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Geen

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

Het uitvoeren van activiteiten om te minderen en stoppen wordt belemmerd door de volgende factoren:

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Gebrek aan onderbouwing/richtlijnen	☐	☐	☐	☐	☐
Eigen onzekerheid hoe dit aan te pakken	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan vergoeding voor de begeleiding bij minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan bereidwilligheid van patiënten om te minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan compensatie voor het verlies aan inkomsten voor de apotheek	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan medewerking van andere zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐
Gebrek aan tijd om de patiënt te begeleiden bij minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Reden van voorschrijven kan niet worden achterhaald	☐	☐	☐	☐	☐
Patiënt wil geen medicatiewijzigingen geïnitieerd door de apotheker	☐	☐	☐	☐	☐

In hoeverre zijn de volgende stellingen in uw apotheek van toepassing?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Huisartsen staan open voor mijn voorstellen over minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Huisartsen raadplegen mij voor advies over minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
POH's raadplegen mij voor advies over minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Medisch specialisten staan open voor mijn voorstellen over minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Andere zorgverleners vragen mij het initiatief te nemen tot minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

Ik leg de reden van minderen en stoppen vast in het patiëntendossier ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hoe betreft u patiënten bij de afweging om medicatie te minderen of stoppen?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vraag de patiënt aan welke informatie hij/zij behoefte heeft	☐	☐	☐	☐	☐
Ik doe een voorstel en vraag de patiënt om akkoord	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vraag de patiënt waarom hij/zij wel of niet zou willen stoppen met een geneesmiddel	☐	☐	☐	☐	☐
Ik leg de voor- en nadelen van minderen en stoppen uit	☐	☐	☐	☐	☐
Ik leg de patiënt voor wat ik de beste optie vind	☐	☐	☐	☐	☐
Ik geef schriftelijke informatie mee over minderen en stoppen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik gebruik een tool/hulpmiddel die de gevolgen van stoppen inzichtelijk maakt, zoals U-Prevent	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vraag de patiënt welke geneesmiddelen hij/zij wel of juist niet wil stoppen	☐	☐	☐	☐	☐

Valpreventie

Een substantieel deel van de vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames komt door incidenten gerelateerd aan het valrisico.

Heeft u afspraken met andere zorgverleners over valpreventie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe gaat u om met valpreventie in uw apotheek?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Bij een medicatiebeoordeling besteed ik aandacht aan vallen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik verwijs patiënten met een hoog valrisico door naar andere zorgverleners	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage D: vragenlijsten huisartsen en openbaar apothekers (stap 3)

Ik spoor actief patiënten op met een verhoogd valrisico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ik gebruik hulpmiddelen of vragenlijsten om het valrisico van een patiënt vast te stellen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bij patiënten met een vastgesteld hoog valrisico ga ik na of ik medicatie met valrisico af kan bouwen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Overige activiteiten m.b.t. valpreventie:

Wat zou u helpen om meer aandacht te besteden aan valpreventie?

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Een duidelijke richtlijn	☐	☐	☐	☐	☐
Een vergoeding	☐	☐	☐	☐	☐
Initiatief van andere zorgverleners in mijn omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik er tijd voor kan vrijmaken	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik tools/hulpmiddelen heb om patiënten met een verhoogd valrisico eenvoudig te selecteren	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer patiënten ernaar zouden vragen	☐	☐	☐	☐	☐
Ervaring met patiënten dat zij zich beter voelen/minder gaan vallen	☐	☐	☐	☐	☐
Meer kennis over het begeleiden van patiënten bij het afbouwen van psychofarmaca	☐	☐	☐	☐	☐

Zijn er nog overige factoren belemmeringen m.b.t. het uitvoeren van valpreventie?

Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4)

1. Wat is uw leeftijd?

(validation: number)

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders
- ☐ Zeg ik liever niet

3. Gebruikt u op dit moment langdurig (meer dan drie maanden) medicijnen op recept?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4. Hoeveel verschillende medicijnen op recept gebruikt u langdurig?

(validation: number)

Een gesprek over uw medicijnen heeft direct te maken met uw gezondheid. Belangrijk dus dat de zorgverleners met wie u dit bespreekt voldoende weten over uw ziekte en uw medicijnen. Welke van de volgende zorgverleners vindt u het meest geschikt om een gesprek met u te voeren over uw medicijngebruik? Geef een top 3.

Klik op de 3 zorgverleners die uw top 3 vormen. Deze komen bovenaan in het groene vak te staan. U kunt de volgorde achteraf nog aanpassen door de zorgverleners in het groene vak naar een hogere of lagere plek te slepen. U kunt een zorgverlener uit de top 3 in het groene vak verwijderen door op de "=" te klikken.

Huisarts

Praktijkondersteuner/ Praktijkverpleegkundige huisarts

Apotheker

Apothekersassistent

Medisch specialist (in het ziekenhuis)

Specialist ouderenverpleegkunde

Verpleegkundige (in het ziekenhuis)

Thuiszorg/wijkverpleging

Anders (u kunt dit zo onder vraag 5 invullen)

Andere zorgverlener bij vraag 5:

6. Hoe belangrijk vindt u het om de volgende onderwerpen met een zorgverlener te bespreken?

	Heel onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Heel belangrijk	Niet van toepassing
Bijwerkingen waar ik last van heb	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Risico's van mijn medicijnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Praktische problemen bij het gebruik van mijn medicijnen (bijvoorbeeld bij het breken van	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4)

tabletten of het toedienen van
oogdruppels)

Of mijn medicijnen goed werken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Of de medicijnen nog wel allemaal nodig zijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zorgen die ik heb over mijn medicijnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Er zijn veel verschillende mensen die een rol spelen in uw medicijngebruik. In hoeverre vindt u dat de volgende personen er verantwoordelijk voor zijn dat uw medicijngebruik goed en veilig is?

	Niet	Een beetje	Gedeeltelijk	Grotendeels	Volledig	Niet van toepassing
U zelf	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De apotheker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De medisch specialist in het ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Apothekers en huisartsen nodigen (oudere) mensen die meerdere medicijnen gebruiken soms uit voor een 'medicatiebeoordeling' of 'medicijn gesprek'. Dit uitgebreide gesprek gaat over alle medicijnen die iemand gebruikt en over mogelijke klachten, bijwerkingen en vragen. Vaak voert de apotheker het gesprek en overlegt daarna met de huisarts en/of medisch specialist over aanpassingen in de medicijnen.

Wist u dat apothekers in samenwerking met huisartsen zulke medicatiebeoordelingen uitvoeren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hoe belangrijk vindt u het dat apothekers en artsen medicatiebeoordelingen doen?

- ☐ Heel onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Belangrijk
- ☐ Heel belangrijk

10. Heeft u zelf wel eens zo'n medicatiebeoordeling of medicijn gesprek gehad, waarbij het gebruik van al uw medicijnen besproken is?

Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet meer

11. U heeft aangegeven een medicatiebeoordeling gehad te hebben. Wie heeft toen het gesprek over uw medicijnen met u gevoerd?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ De apotheker
- ☐ Een andere apotheekmedewerker/ apothekersassistent
- ☐ De huisarts
- ☐ De praktijkverpleegkundige / praktijkondersteuner huisarts
- ☐ Een zorgverlener in het ziekenhuis
- ☐ Anders, namelijk: _____

12. Hoe verliep het gesprek?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet meer
De zorgverlener vertelde duidelijk wat het doel van het gesprek was	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kon al mijn vragen kwijt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorgverlener vroeg naar mijn gezondheidsklachten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorgverlener vroeg wat ik belangrijk vond	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorgverlener legde verschillende behandelmogelijkheden voor	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Zijn uw medicijnen aangepast naar aanleiding van de medicatiebeoordeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet meer

14. Wat voor resultaten had de medicatiebeoordeling bij u?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepassing
Ik begrijp nu beter waarom ik mijn medicijnen gebruik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb nu meer vertrouwen in mijn medicijnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4)

Ik heb nu minder gezondheidsklachten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan mijn medicijnen nu beter gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Wat zou u bij een volgende medicatiebeoordeling in de toekomst graag anders zien?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Meer aandacht voor mijn persoonlijke wensen over het aanpassen van mijn medicijnen
- Meer betrokkenheid van de huisarts
- Meer betrokkenheid van de medisch specialist in het ziekenhuis
- Meer betrokkenheid van de verpleegkundige in het ziekenhuis
- Dat het gesprek geen kosten met zich meebrengt
- Betere afspraken over de vervolgstappen na het gesprek
- Anders, namelijk: _____
- Niets

16. Wat zijn redenen dat u geen medicatiebeoordeling heeft gehad?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Ik wist niet dat dit bestond
- Ik bespreek mijn medicijnen het liefst alleen met mijn arts
- Ik kom hiervoor niet in aanmerking
- Ik heb geen uitnodiging gehad van mijn arts of apotheker
- Ik heb geen problemen met het gebruik van mijn medicijnen
- Ik ervaar geen bijwerkingen van mijn medicijnen
- Vanwege de mogelijke kosten
- Anders, namelijk: _____

Als iemand ouder wordt, hebben medicijnen soms meer nadelen dan voordelen. Dan is het goed om te kijken of ze nog wel nodig zijn. Bijvoorbeeld tijdens een medicatiebeoordeling of een ander gesprek met uw arts of apotheker.

17. Hoe belangrijk vindt u het dat zorgverleners bij ouderen jaarlijks controleren of alle medicijnen nog wel nodig zijn?

- ☐ Heel onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Belangrijk
- ☐ Heel belangrijk

18. Hoe belangrijk vindt u de volgende zaken in een gesprek over het eventueel stoppen van één van uw medicijnen?

	Heel onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Heel belangrijk	Niet van toepassing
De zorgverlener vraagt wat ik van het medicijn vind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De zorgverlener vertelt wat voor mij het beste is	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage E: vragenlijst patiënten (stap 4)

De zorgverlener raadpleegt de arts die het medicijn heeft gestart	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uitleg over de voor- en nadelen van stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruimte om mijn zorgen te bespreken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Een brief of folder over de voor- en nadelen van stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De mogelijkheid om het medicijn weer opnieuw te gaan gebruiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het stoppen vindt plaats volgens de medische richtlijnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bepaalde medicijnen kunnen het risico om te vallen verhogen. Zorgverleners proberen hier rekening mee te houden. Bijvoorbeeld door deze medicijnen niet voor te schrijven bij mensen die al een groot risico hebben om te vallen. Of door op andere manieren het risico op vallen te verkleinen, bijvoorbeeld door fysiotherapie aan te bieden.

19. Heeft een zorgverlener wel eens met u gesproken over het risico op vallen door medicijnen?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk: (vul hier één of meerdere zorgverleners in): _____

20. Hoe belangrijk vindt u het dat zorgverleners aandacht besteden aan het risico op vallen door medicijnen?

☐ Heel onbelangrijk

☐ Onbelangrijk

☐ Neutraal

☐ Belangrijk

☐ Heel belangrijk

Tot slot volgen nog enige vragen over uw eigen situatie en ervaringen.

21. Hoe vaak helpt iemand u met het lezen van brieven of folders van uw huisarts, het ziekenhuis of andere zorginstellingen?

☐ Nooit

☐ Af en toe

☐ Soms

☐ Vaak

☐ Altijd

22. Hoe zeker bent u ervan dat u medische formulieren zelf goed invult?

☐ Nooit

☐ Af en toe

☐ Soms

☐ Vaak

☐ Altijd

23. Hoe vaak is het moeilijk voor u om meer te weten te komen over uw gezondheid, omdat u geschreven informatie niet goed begrijpt?

- ☐ Nooit
- ☐ Af en toe
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

Het is belangrijk om te weten of de mensen die deze vragenlijst invullen een goed beeld geven van alle inwoners van Nederland. Daarom zouden we het fijn vinden als u ook de volgende vragen nog wilt invullen.

24. In welke provincie woont u?

- ☐ Groningen
- ☐ Friesland
- ☐ Drenthe
- ☐ Overijssel
- ☐ Flevoland
- ☐ Utrecht
- ☐ Gelderland
- ☐ Noord-Holland
- ☐ Zuid-Holland
- ☐ Zeeland
- ☐ Noord-Brabant
- ☐ Limburg

25. Welke opleidingen heeft u afgerond?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Lager- of basisonderwijs
- ☐ VMBO / MAVO / LBO of ander lager beroepsonderwijs
- ☐ MBO (MTS, MEAO) of ander middelbaar beroepsonderwijs
- ☐ HAVO / VWO (HBS, MMS)
- ☐ HBO / WO of ander hoger of wetenschappelijk beroepsonderwijs
- ☐ Anders, namelijk: _____

26. Waar bent u geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Buitenland

Indien Nederland: Zijn allebei uw ouders in Nederland geboren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

27. Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst?

Bijlage F: topic guides groepsinterviews (stap 5)

Patiënten

Opening - (10 minuten)

- Kunt u kort beschrijven wie u bent en waar u vandaan komt?
- Kunt u kort aangeven wat uw motivatie is om deel te nemen aan dit groepsinterview?

Topic 1. Algemene visie zorg (van de huisarts en apotheker) – 15 minuten

De arts en de apotheker hebben allebei een rol bij goed medicijngebruik.

- Zijn er nog andere zorgverleners die u ook nog graag meer betrokken wilt zien als het gaat om uw medicatiegebruik? Wat zou hun rol kunnen zijn voor u?
- **Welke zorgverleners vindt u dat er verantwoordelijk zijn voor uw medicatiegebruik? Waarom? Ziet u voor uzelf als patiënt ook een rol hierin? [Meerdere antwoorden mogelijk]**

Topic 2. Medicatiebeoordelingen en minderen en stoppen – 35 minuten

<uitleg medicatiebeoordeling>

-Wat vindt u ervan dat huisartsen en apothekers medicatiebeoordelingen uitvoeren?

- Vindt u dat het nuttig is om medicatiebeoordelingen uit te voeren? Waarom wel/ niet?
- In hoeverre bent u ermee bekend dat huisartsen en apothekers dit doen?
- In hoeverre vindt u het belangrijk om tijdens een medicatiebeoordeling mee te kunnen beslissen met de arts en/ of apotheker?
- In hoeverre vindt u het belangrijk dat er tijdens het gesprek ook rekening wordt gehouden met uw eigen wensen (gezamenlijke besluitvorming)?

-Vaak voert de apotheker het gesprek met de patiënt, bespreekt daarna voorstellen met de arts en daarna volgt terugkoppeling aan de patiënt. **Wat vindt u van deze opzet? Gaat dit nu al goed, of kan het beter? Wat is daarvoor nodig?**

- Zijn er nog andere zorgverleners die u meer betrokken zou willen zien hierin?
- Heeft u zelf wel eens een medicatiebeoordeling gehad? Met wie was dit?

-<uitleg minderen en stoppen> Minderen en stoppen van medicijnen vindt vaak plaats binnen een medicatiebeoordeling, maar kan ook in andere gevallen bijvoorbeeld indien er sprake is van bijwerkingen, als een geneesmiddel niet meer nodig is of op verzoek van de voorschrijver.

- Is er bij u wel eens een geneesmiddel gestopt of afgebouwd, omdat deze bijvoorbeeld niet meer nodig was? Wat was daar de aanleiding voor en wat was
- Welke zorgverleners zou u daarbij het liefst betrokken zien (vertrouwen, samenwerking)?
- In hoeverre vindt u het belangrijk om mee te beslissen bij het minderen en stoppen?
- Heeft u behoefte dat er in uw persoonlijk medicatiegebruik wordt gekeken als de medicijnen gestopt/ afgebouwd kunnen worden? Heeft u daarbij nog behoefte aan meer begeleiding en/ of informatievoorziening? Door wie?

Topic 3. Valpreventie – 10 minuten

- **Bent u ervan op de hoogte dat sommige medicijnen het risico op vallen kunnen vergroten?**
- Vindt u het belangrijk dat zorgverleners meer aandacht besteden aan dit onderwerp?
 - Heeft u de indruk dat dit nu gebeurt?
 - Welke zorgverleners zouden dit moeten doen? [Meerdere antwoorden mogelijk]
 - Hoe zou hier meer aandacht voor kunnen komen?

Huisartsen

Opening (10 minuten)

Kunt u kort beschrijven waar u werkzaam bent en in welke zin u zich met medicatiebeoordelingen, minderen en stoppen van medicatie en valpreventie bezig houdt?

Topic 1: Medicatiebeoordeling (20 minuten)

- **Wat levert het uitvoeren van medicatiebeoordelingen (u) op?**

In hoeverre beschouwt u dit als een van uw hoofdtaken?

Denk ook aan werkplezier, relatie met patiënt etc.

- **Wat zou u willen veranderen rondom medicatiebeoordelingen?**

o Waarom?

o Hoe?

Bekende knelpunten: tijd, geld en inefficiëntie, samenwerking.

- **Hoe zouden we deze knelpunten volgens u het beste kunnen aanpakken?**

o Hoe patiënten selecteren en uitnodigen? Bijv door doktersassistente op vast dagdeel?

o Door specialisten gestarte receptuur: wie pakt het op, HA of apo

- **Heeft u behoefte aan andere vormen van medicatie-evaluatie? Welke en waarom?**

Topic 2: Minderen en stoppen van medicatie (15 minuten)

Uit de vragenlijsten is gebleken dat het proces van minderen en stoppen van medicatie voornamelijk tijdens een MBO of n.a.v. MFB's wordt besproken

Welke knelpunten m.b.t. minderen en stoppen ervaart u en hoe kunnen deze worden aangepakt?

- **Hoe is de taakverdeling en samenwerking met andere zorgverleners op dit thema?**

Wat is er voor nodig om dit te verbeteren?

- **Hoe verloopt het proces van gezamenlijke besluitvorming met de patient?**

Waar loopt u tegen aan en hoe kunnen we dit oplossen?

Topic 3: Valpreventie (10 minuten)

- **In hoeverre besteedt u aandacht aan het valrisico van geneesmiddelen?**

▪ Zou u hier meer aan willen doen? Waarom wel/niet?

▪ Welke knelpunten ervaart u hierbij en wat zouden we aan die knelpunten kunnen doen?

Afsluiting (5 minuten)

Openbaar apothekers

Opening (5 minuten)

Kunt u kort vertellen wat uw naam is, in welke apotheek u werkt en waarom u mee wilt doen aan dit onderzoek?

Topic 1: Medicatiebeoordeling (20-25 minuten)

- **Wat levert het uitvoeren van medicatiebeoordelingen (u) op?**

In hoeverre beschouwt u dit als een van uw hoofdtaken?

Denk ook aan werkplezier, relatie met patiënt etc.

We willen graag weten wat er goed gaat en wat er minder goed gaat bij medicatiebeoordelingen.

- **Wat gaat er goed in het proces van medicatiebeoordelingen bij u in de praktijk?**

We hebben gezien dat het aantal medicatiebeoordelingen gedaald lijkt t.o.v. 2017.

- **Herkent u dit ook en wat is volgens u de oorzaak van deze daling?**

- **Welke knelpunten ervaart u in de praktijk? Hoe zouden we deze knelpunten volgens u het beste kunnen aanpakken?**

Bekende knelpunten: tijd, geld en inefficiëntie, samenwerking voorschrijver. We willen hier nu wat verdiepende vragen over stellen n.a.v. vorig interview.

- Is de vergoeding voor u een knelpunt? En zo ja, wat voor (type en hoeveelheid) vergoeding zou voor u wenselijk zijn?
- Is de samenwerking met de voorschrijver/specifiek huisarts voor u een knelpunt? Hoe kan de samenwerking volgens u verbeterd worden?

Zo'n driekwart van de patiënten is niet bekend met MBO's.

- **Hoe zou hier meer aandacht voor kunnen komen?**
- **Zijn er andere vormen van medicatie evaluatie die u doet die nog niet besproken zijn? Ervaart u hier knelpunten bij? (indien anders dan bij MBO): En hoe kan dit volgens u opgelost worden**

Topic 2: Minderen en stoppen van medicatie (10-15 minuten)

Minderen en stoppen wordt voornamelijk tijdens een MBO wordt besproken.

- **Zijn er nog andere manieren dan tijdens een MBO waarbij u minder en stoppen aanpakt in de praktijk?**

Bijvoorbeeld een speciale geneesmiddelgroep of n.a.v. medisch farmaceutische beslisregels.

- **Zo ja, hoe?**

- **Hoe is de taakverdeling en samenwerking met andere zorgverleners op dit thema?**

Vertrouwen/medewerking/prioriteit. Wat is er voor nodig om dit te verbeteren?

- **Hoe is de rol van de patiënt in de besluitvorming rondom het minder en stoppen?**

Waar loopt u tegen aan en hoe kunnen we dit oplossen?

- **Welke knelpunten ervaart u mbt minderen en stoppen ervaart u en hoe kunnen deze worden aangepakt?**
- **In hoeverre speelt bij de knelpunten onbekendheid met de module minderen en stoppen en de kennisdocumenten hierbij nog een rol voor u of voor overige zorgverleners?**

Topic 3: Valpreventie (5-10 minuten)

Uit de vragenlijsten blijkt dat een kwart van de apothekers afspraken heeft met zorgverleners over valpreventie.

- **Doet u zelf iets met valpreventie en zo ja hoe?**
- **Indien nee, wat is hier de reden voor?**
- **Wat maakt dat u wel iets met valpreventie zou kunnen of willen doen?**

Afsluiting (5 minuten)

POH/praktijkverpleegkundigen

Opening - (5 minuten)

- Kunt u kort beschrijven wie u bent en waar u werkt?
- Kunt u kort aangeven wat uw motivatie is om deel te nemen aan dit groepsinterview?

Topic 1. Medicatiebeoordelingen – (20 minuten)

- Vinden er op de plek waar u werkt medicatiebeoordelingen plaats met de arts en apotheker en wat is uw rol hierin?
- Wat gaat er in uw ogen wel en niet goed bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?
- Wat voor rol voor de POH bij medicatiebeoordelingen is in de toekomst wenselijk en waarom? (bijv bij selectie, voorbereiding, follow-up)

Topic 2. Minderen en stoppen van medicatie – (15 minuten)

- Wat zijn uw ervaringen met het minderen en stoppen van chronische medicatie bij patiënten?
- Hoe kijkt u naar de toenemende aandacht voor minderen en stoppen?
 - Bent u bekend met de richtlijn minderen en stoppen?
- In hoeverre ziet u in de toekomst ook een (bredere) rol voor de POH bij minderen en stoppen?
 - Bijvoorbeeld bij de begeleiding of evaluatie daarvan?
 - Zijn er praktische zaken in de praktijk waar u tegen aanloopt?

Topic 3. Valpreventie – (10 minuten)

- Op welke manier is bij u in de praktijk aandacht voor valpreventie?
 - Wat is uw rol daarin?
 - In hoeverre is daarbij aandacht voor valgevaarlijke medicijnen?
- Wat zijn mogelijke verbeterpunten?

Tot slot (10 min)

- **Welke wensen heeft u voor de toekomst om de medicatieveiligheid voor kwetsbare ouderen te verhogen?**
-

Wijkverpleegkundigen en verzorgenden

Opening - (10 minuten)

- Kunt u kort beschrijven wie u bent en waar u werkt?
- Kunt u kort aangeven wat uw motivatie is om deel te nemen aan dit groepsinterview?

Medicatieveiligheid bij ouderen algemeen – eigen ervaring/huidige situatie (20 min)

- Welke rol heeft u bij het veilig gebruik van medicijnen door ouderen?
- In hoeverre ervaart u knelpunten bij het realiseren van veilig medicatiegebruik?
- Op welke manier werkt u samen met andere zorgverleners wat betreft veilig medicatiegebruik?
 - Bijv signaleren onveilige situaties, klachten mogelijk gerelateerd aan medicatie

Topic 1/2. Medicatiebeoordelingen/minderen en stoppen – (15 minuten)

- Weet u of er in uw werkgebied medicatiebeoordelingen plaatsvinden met de arts en apotheker?
 - Wat zijn uw eigen ervaringen hiermee?
 - Kent u andere vorm van evaluatie van medicatiegebruik?
- Ziet u wel eens patiënten waarbij u zich afvraagt of alle medicijnen die gebruikt worden ook nodig zijn? Wat vindt u dat daarbij uw rol is?
- Wat zijn uw ervaringen met wijzigingen in het medicijngebruik, zoals minderen en stoppen? In hoeverre was de patiënt zelf betrokken?

Topic 3. Valpreventie – (15 minuten)

- Op welke manier is in uw werk aandacht voor de rol van medicatie bij valpreventie?
 - In hoeverre zie u voor uzelf een rol hierbij?
 - Bijv melden bij apotheker of huisarts?
 - Hoe zou er meer aandacht voor de rol van medicatie bij valpreventie kunnen komen?

Medicatieveiligheid – mogelijke verdere rol wijkverpleging (20 min)

- Hoe denkt u dat u meer zou kunnen bijdragen aan veilig medicijngebruik?
- Wat is er voor nodig om dat te realiseren?
 - Samenwerking, afspraken, taakverdeling
 - Ervaring, kennis, tijd
 - Vertrouwen, verwachtingen

Sluiting en rondvraag (10 min)