

Definities

- of
- Gebruik van ≥ 5 (chronische) geneesmiddelen
 - Meer geneesmiddelen dan klinisch geïndiceerd

Problematiek

- ↗ vallen
- ↘ ADL functies
- ↗ ziekenhuisopname
- ↗ mortaliteit
- Ongewenste effecten en interacties



Opgelet voorschrijfcascade

Links

- www.farmaka.be → Publicaties
 - Onafhankelijke artsenbezoekers → **Polyfarmacie 1 en 2**
 - Hulpmiddelen: **Beers lijst / START-STOPP / NHG**
 - WZC Formularium 2014**
- NHG richtlijn 2012*
<https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-polyfarmacie-bij-ouderen>
- Schotse richtlijn 2012*
<http://www.central.knowledge.scot.nhs.uk/upload/Polypharmacy%20full%20guidance%20v2.pdf>
- www.pletmedicatie.be
- www.ebmpracticenet.be

Systematische analyse van geneesmiddelen

- Minstens jaarlijks
- Geen consensus over specifieke methode
- Gebruiksanalyse: wat neemt de patiënt (echt)? OTC? Ervaring?
- Medicatie-analyse (**Beers, STOPP-START, ...**):
 - Geneesmiddel stoppen?
 - Is er (nog) een indicatie?
 - (Voldoende) werkzaam?
 - Contra-indicaties? Interacties? Ongewenste effecten?
 - Geneesmiddel aanpassen? Problemen met dosering of gebruik?
 - Geneesmiddel starten?
- Behandelplan: wijzigingen vastleggen
- Behandelgesprek met patiënt

→ Rekening houdend met comorbiditeit, zorgdoelstellingen en voorkeuren van de patiënt

Onderbehandeling – START-criteria

- Potentiële onderbehandeling bij +/- 1 op de 2 patiënten
- Na grondige en individuele analyse van het patiëntendossier blijkt de meerderheid van de potentieel “ontbrekende” geneesmiddelen werkelijk om onderbehandeling te gaan.

Behandeling te overwegen

- ACE-inhibitor (ACE-I) bij hartfalen
- ASA, statine bij hoog CV risico
- VKA bij voorkamerfibrillatie
- Bisfosfonaat, Ca/Vit D bij hoog fractuurrisico

Interacties


Drug-disease

		Gevolg
Hartfalen	+ glitazon + TCA + NSAID	↗ hartfalen
Dementie	+ anticholinergica	Delirium
COPD	+ opioïden	Ademhalingsdepressie
Nierinsufficiëntie	+ NSAID	↗ nierinsufficiëntie
Prostatisme	+ anticholinergica	Urineretentie

Farmacodynamisch

↗ bloedingsrisico	Anticoagulantia, anti-aggregantia, NSAID, SSRI, SNRI
↗ K ⁺	ACE-I, sartanen, K-sparende diuretica, NSAID, heparine
↘ Nierfunctie	ACE-I, sartanen, NSAID
↗ QT	Disopyramide, kinidine, sotalol, domperidon, droperidol, pimozide, sertindol en haloperidol in hoge doses, TCA, (es)citalopram, ery- (vooral IV), azi-, clari-, telithromycine, moxi- en in mindere mate levo- en ofloxacin

Farmacokinetisch

- www.pharmacoclin.ch/_library/pdf/cytp450pgp.pdf
- www.bcfi.be - Repertorium: interacties (inleiding), SKP via 

Nierinsufficiëntie – Aanpassing dosis

ACE-I, diuretica, allopurinol, atenolol, sotalol, NOAC, nitrofurantoïne, bep. antibiotica en antidiabetica,...	Nauwe therapeutische marge Aminoglycosiden, colchicine, digoxine, lithium
--	--

Neuroleptica

BPSD

Indien geen effect met niet-med. maatregelen

Indien gevaar voor patiënt/omgeving

- Beperkte werkzaamheid, op korte termijn (< 12 w)

Gebruik > 12 weken vermijden

- Veiligheid: ↗ mortaliteit, ↗ CVA, cognitieve achteruitgang, val en fracturen, extrapiramidale sympt, anticholinerg, ↗ QT, ...
- Succesvol stoppen is mogelijk

PPI

STOP na max. 8 w behandeling voor ulcuslijden

- Veiligheid: osteoporotische fracturen, Clostridium difficile infecties, pneumonie, ↘ plasmaconcentratie magnesium

Antihypertensiva

Zinvol – R/ vanaf 16/10 – Doel < 15/9

- ≥ 60-65 jaar: ↘ CV morbiditeit-mortaliteit, ↘ totale mortaliteit
- ≥ 80-85 jaar: ↘ CV morbiditeit-mortaliteit
omgekeerde epidemiologie:
SBD < 14 ↔ ↗ mortaliteit
- Kwetsbare ouderen: evaluatie individuele patiënt

Statines

Secundaire preventie: werkzaam bij 65-80-jarigen

Primaire preventie: evaluatie per geval

- 65-80 jaar
 - Primaire preventie: mortaliteit: geen bewezen effect
↘ morbiditeit? tegenstrijdige gegevens
 - Secundaire preventie: ↘ morbiditeit-mortaliteit
- ≥ 80 jaar
 - Heel weinig gegevens, niet significante resultaten
 - Omgekeerde epidemiologie: ↘ cholesterol ↔ ↗ mortaliteit

Niet-exhaustieve lijsten