De ervaring van de verpleegkundig specialist bij het verminderen van polyfarmacie in Zeeland en de rol van de verpleegkundige binnen dit proces

Naam: Anne van Strien

Studentnummer: 74184

Eerste beoordelaar: Sanja Antonides

Tweede beoordelaar: Rianne van der Feen-Kooiman

Schooljaar: 2017/2018

Bachelor Verpleegkunde

HZ University of Applied Sciences, te Vlissingen

11 december 2017, Terneuzen

# Voorwoord

Voor u ligt het scriptie ‘De ervaring van de verpleegkundig specialist bij het verminderen van polyfarmacie in Zeeland en de rol van de verpleegkundige binnen dit proces’. Het onderzoek is uitgevoerd in Zeeland. Dit door middel het interviewen van verschillende verpleegkundig specialisten over hun ervaring bij het verminderen van polyfarmacie en de rol van de verpleegkundige hierbij. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Bachelor Verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences. Op 1 februari 2017 ben ik begonnen met onderzoeken en het schrijven van mijn scriptie heb ik afgerond op 11 december 2017.

Samen met mijn tweede beoordelaar, Rianne van der Feen-Kooiman, heb ik deze onderzoeksvraag geformuleerd. Zij heeft mij geholpen bij het vinden van respondenten. Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd is kwalitatief van aard en ik heb hiermee mijn onderzoeksvraag volledig kunnen beantwoorden. Tijdens het maken van mijn onderzoeksvoorstel en het onderzoeksverslag kon ik met vragen altijd terecht bij mijn peergroup: Veerle van den Berge, Marieke Schwartz, Elsemieke van de Nes en Amanda Reijngoudt. Ook stonden mijn docenten, Karin Systermans, Rianne van der Feen-Kooiman en Sanja Antonides altijd klaar voor het beantwoorden van vragen.

Bij deze wil ik graag al mijn respondenten, mijn peergroup en mijn docenten bedanken voor de fijne begeleiding, hun wijze raad en ondersteuning tijdens dit traject. Zonder de goede samenwerking, begeleiding en bereidheid had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Daarnaast heb ik van mijn vrienden en familie wijze raad mogen ontvangen. Zij hebben mij moreel ondersteund tijdens het schrijven van mijn scriptie en hebben mij geholpen wanneer ik vast liep tijdens dit proces. Hun motiverende en wijze woorden hebben mij geholpen om deze scriptie tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Anne van Strien

11 december 2017

# Samenvatting

**Aanleiding** Polyfarmacie is in Nederland een groot probleem. Van de 65-plussers gebruikt 30% tot 45% vijf of meer verschillende medicijnen. Dit kan negatieve gevolgen hebben op bijvoorbeeld de cognitie, de nieren en er is een verhoogde kans op vallen. In 2012 is er een richtlijn gemaakt om medicatie van patiënten met polyfarmacie te beoordelen. Deze is ook geëvalueerd, hieruit blijkt dat er een aantal aandachtspunten zijn die nog niet optimaal werken. Een gesprek met een ervaringsdeskundige bevestigt deze analyse.

**Methode** De ervaringen van verpleegkundig specialisten wordt onderzocht door middel van een kwalitatief onderzoek. Er zijn vijf verpleegkundig specialisten geïnterviewd die werkzaam zijn in de regio Zeeland. De semigestructureerde interviews zijn afgenomen met behulp van een topiclijst. De topiclijst is samengesteld aan de hand van het gesprek met de ervaringsdeskundige en vanuit de literatuur. Tot slot zijn de interviews uitgetypt, gescribeerd, geanalyseerd en gecodeerd.

**Resultaten** Uit dit onderzoek is gebleken dat de ervaringen van verpleegkundig specialisten positief zijn bij het verminderen van polyfarmacie. Wel blijkt dat zij vinden dat er weinig kennis is over medicatie bij verpleegkundigen. Daarnaast komt naar voren dat de verpleegkundig specialisten vinden dat zij veel patiënten moeten beoordelen en daar niet veel tijd voor krijgen. Wel wordt er positief gedacht over de samenwerking met de arts en apotheker. De medicatiebeoordelingen worden in de meeste gevallen uitgevoerd door verpleegkundig specialisten met de apotheker en arts. Iedere verpleegkundig specialist voert minimaal één keer per jaar een medicatie beoordeling uit. De wijzigingen na een medicatiebeoordeling zijn vaak positief, behalve in de acute zorg. Alle wijzigingen, opdrachten en/of opmerkingen worden gerapporteerd in een EPD.

**Discussie** Veel resultaten uit dit onderzoek komen overeen met andere onderzoeken en de literatuur. Helaas wordt er in andere literatuur en onderzoeken weinig gesproken over de ervaringen van verpleegkundig specialisten. De resultaten van dit onderzoek bevestigen de problemen die ook blijken uit de literatuur. Zoals de problemen die er zijn bij medicatie wijzigen van specialisten en het tijdsbestek. Uit de literatuur blijkt dat er meer kennis nodig is. Dit vinden de verpleegkundig specialisten ook, maar daar zal scholing niet bij helpen. In ander onderzoek zegt men dat dat wel belangrijk is. Een sterk punt van dit onderzoek is dat er door de hele regio er bij verschillende organisaties verpleegkundig specialisten zijn geïnterviewd. Een minder sterke kant van dit onderzoek is dat er weinig ervaring is bij de interviewer bij het afnemen van de interviews en dat hierdoor doorvragen niet altijd optimaal heeft plaats gevonden.

**Conclusie** De conclusie van dit onderzoek is dat de verpleegkundig specialisten het verminderen van polifarmacie positief ervaren. Wel zijn er nog een aantal negatieve punten, zoals weinig kennis bij verpleegkundigen, wijzigingen van medicatie van specialisten en het tijdsbestek.

**Aanbevelingen** De aanbevelingen vanuit dit onderzoek zijn, dat er meer aandacht komt voor polyfarmacie bij andere disciplines, maar dat zij nu ook meer moeten gaan doen om polyfarmacie te verminderen. Daarnaast moet er meer onderzoek komen naar de ervaringen van verpleegkundig specialisten bij het verminderen van polyfarmacie en moet er meer kennis komen bij verpleegkundigen, bijvoorbeeld vanuit de opleiding.

# Abstract

**Cause** Polypharmacy is a big problem in the Netherlands, thirty to forty-five percent of the sixty-five seniors uses five or more medicines. This fact could have negative consequences, for example on the cognition and the kidneys. There is also an increased risk of falling. In 2012 a guideline was made to look at the medication from patients with polypharmacy. This has been evaluated. The evaluation has shown that there are a number of issues that do not work optimally. The same result emerged during a conversation with an experience expert.

**Method** The experiences of nursing specialists are examined through qualitative research. Five nursing specialists from the region Zeeland, were interviewed. The semi-structured interviews have been conducted using a topic list. The topic list has been compiled by conducting a conversation with the experience expert and recovering knowledge from literature. Finally, the interviews were typed, written, analysed and encrypted.

**Results** This research has shown that the experiences of nursing specialists are positive in reducing polypharmacy. However, nurses indicate that they have little knowledge about the medication. In addition, it appears that the nursing specialists need to assess many patients in a short amount of time. On the other hand, nurses think positively about the collaboration with the doctor and pharmacist. The medication assessments are in most cases done by nursing specialists in collaboration with the pharmacist and doctor. Every nursing specialist makes a medication assessment at least once a year. The changes after a medication assessment are often positive, except in acute care cases. All changes that are made or other comments or assignments are reported in an electronic patients file.

**Discussion** Many results from this research correspond with other studies and literature. Unfortunately, no other research or literature mentions the experiences of nursing specialists themselves. The results of this research confirm the problems that also is described in the literature. Such as the problems that exist with medication changes of specialists and the time frame they are bound to. The literature shows that more knowledge is needed, the nursing specialists confirm this. They believe that training would not be enough to realize this. In contrary to another study it is mentioned that this is very important. Nursing specialists have been interviewed throughout the region and at different organizations, this is a strong side of this research. However, this research also has a weak side. the interviewer has little experience in conducting interviews. This has ensured that further questions have not always been optimal throughout the questioning.

**Conclusion** The conclusion of this research is that the nursing specialists experience the reduction of polypharmacy positively. However, there are a number of negative points, such as little knowledge among nurses, changes from specialists is in conjunction with the medication and the time frame.

**Recommendations** The recommendations from this research are that more attention should be paid to polypharmacy in other disciplines. At the same time, work should also be done to combat polypharmacy. In addition, more research is needed into the experiences of nursing specialists in reducing polypharmacy. The nursing program should provide more knowledge to nurses.

Inhoudsopgave

[Inleiding 7](#_Toc500778267)

[1. Theoretisch kader 10](#_Toc500778273)

[1.1 Zoekstrategie 10](#_Toc500778274)

[1.2 Zoekboom 12](#_Toc500778280)

[1.3 Polyfarmacie 14](#_Toc500778281)

[1.4 Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen 15](#_Toc500778282)

[1.5 Verschillen tussen huisartsenpraktijken bij medicatievoorschrijvingen 15](#_Toc500778283)

[1.6 Onderzoeken naar de werking van het medicatie beoordelen 16](#_Toc500778284)

[1.7 Samenvatting 17](#_Toc500778285)

[2. Methode 18](#_Toc500778286)

[2.1 Onderzoekstype en onderzoek ontwerp 18](#_Toc500778287)

[2.2 Onderzoekspopulatie 18](#_Toc500778288)

[2.3 Meetinstrument 18](#_Toc500778289)

[2.4 Plaats en tijd 19](#_Toc500778290)

[2.5 Gegevensverzameling 19](#_Toc500778291)

[2.6 Gegevensanalyse 20](#_Toc500778292)

[2.7 Betrouwbaarheid en validiteit 21](#_Toc500778293)

[2.8 Juridische en ethische aspecten 22](#_Toc500778294)

[2.9 Rapportage 22](#_Toc500778295)

[2.10 Tijdsplanning en begroting 22](#_Toc500778296)

[3. Resultaten 23](#_Toc500778297)

[3.1 Werkwijze 23](#_Toc500778298)

[3.2 Tijdsbestek 24](#_Toc500778299)

[3.3 Het aantal beoordelingen per jaar 25](#_Toc500778300)

[3.4 Rapportage 25](#_Toc500778301)

[3.5 Wijzigingen na medicatiebeoordelingen 26](#_Toc500778302)

[3.6 Scholing 26](#_Toc500778303)

[3.7 Eerste- en tweedelijns artsen 27](#_Toc500778304)

[3.8 Verpleegkundige en verpleegkundig specialisten 28](#_Toc500778305)

[3.9 Ervaringen van verpleegkundig specialisten 28](#_Toc500778306)

[4. Discussie 30](#_Toc500778307)

[4.1 Interpretatie en verklaring van de resultaten 30](#_Toc500778308)

[4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek 32](#_Toc500778309)

[5. Conclusie 33](#_Toc500778310)

[6. Aanbevelingen 35](#_Toc500778313)

[Bronnenlijst 36](#_Toc500778314)

[Bijlages 38](#_Toc500778315)

[Bijlage 1 Topiclijst met vragen voor de interviews 38](#_Toc500778316)

[Bijlage 2 Uitgewerkt interview 39](#_Toc500778317)

[Bijlage 3 Analyse van de interviews 47](#_Toc500778318)

# Inleiding

In Nederland is polyfarmacie (chronisch gebruik van vijf of meerdere geneesmiddelen) een groot probleem. Zo’n 30% tot 45% van de 65-plussers heeft polyfarmacie (Lemmens & Weda, 2013). Dit zijn meer dan 750.000 ouderen die risico lopen op polyfarmacie door hun multimorbiditeiten. Wanneer een patiënt meer dan één chronische ziekte heeft in een bepaalde periode wordt dit multimorbiditeit genoemd. Bij ongeveer 200.000 patiënten (20%) van de 75-plussers loopt het aantal medicijnen op tot meer dan negen. Sommige van deze medicijnen zijn niet of niet meer nodig (overbehandeling). Ook komt het voor dat een patiënt wel medicatie nodig heeft voor een aandoening, maar deze niet krijgt (onderbehandeling). Uit onderzoek blijkt dat 40 % van de bewoners van verpleeg- en verzorgingstehuizen over- of onderbehandeld wordt. Deze problemen ontstaan onder andere doordat soms meerdere artsen geneesmiddelen voorschrijven aan één patiënt en hierbij onvoldoende informatie uitwisselen over welke medicijnen al zijn voorgeschreven, gewijzigd of gestopt (Lemmens & Weda, 2013). Polyfarmacie zorgt voor een verminderde kwaliteit van leven en kan in ernstige gevallen leiden tot ziekenhuisopnames en overlijden. De kwaliteit van leven bij patiënten met polyfarmacie kan lager zijn door de volgende genoemde problemen.

De meest voorkomende problemen bij polyfarmacie zijn, interactie tussen verschillende medicijnen, een contra-indicatie, vermijdbare bijwerkingen of dat een geneesmiddel onwerkzaam is geworden. Het is ook bekend dat problemen door onjuist medicijngebruik voorkomen kunnen worden. Daarnaast is er een grotere kans op vallen, nierfalen en een verminderde cognitie (Lemmens & Weda, 2013; Medicatiebeoordeling en polyfarmacie, 2017).

In 2012 is de Multdisciplinaire richtlijn Polyfarmacie (MDR) ontwikkeld om de kwaliteit van de farmacotherapeutische zorg voor ouderen te verbeteren. Het doel van de richtlijn is een veilige en effectieve farmacotherapeutische zorg door een multidisciplinair afgestemde behandeling en begeleiding voor ouderen met polyfarmacie (Medicatiebeoordeling en polyfarmacie, 2017).

Vanaf juni 2015 is de Inspectie van de Gezondheidszorg gaan toezien op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven van medicijngebruik, om zo de medicatieveiligheid van kwetsbare patiënten te verbeteren. Als uitgangspunt hiervoor is de MDR genomen (Gezondheidszorg, 2015).

Uit onderzoek van het Instituut van Verantwoord Medicijngebruik blijkt dat periodieke medicatiebeoordelingen een goed effect hebben op de vermindering van medicatie bij polyfarmacie patiënten. In een aantal verpleeghuizen werden er gemiddeld per patiënt twee medicijnen gewijzigd, was er een reductie van het aantal geneesmiddelen, het aantal te hoge doseringen en geneesmiddelenkosten. Ook werden er minder MIC-meldingen (Melding Incidenten Cliënten) gemaakt over medicatie-incidenten. De periodieke beoordelingen worden gedaan met de apotheker, de arts en een medewerker van de zorginstelling (Nelissen & Schouten, 2009).

De richtlijn MDR-polyfarmacie bij ouderen is ook geëvalueerd, hieruit kwamen de volgende knelpunten. Het is een grote tijdsinvestering, ook is het lastig voor de apotheker om te achterhalen of er een evaluatiegesprek is geweest met de patiënt. Het wordt vaak lastig gevonden om medicatie te beoordelen die door een medisch specialist is gegeven aan een patiënt. In het onderzoek over de evaluatie van de richtlijn is het aantal medicijnen dat per patiënt gebruikt wordt niet veranderd, dit was gemiddeld 8,5 voor en na de medicatiebeoordeling. Ook hebben de medicatiebeoordelingen geen wijzigingen gebracht aan de geneesmiddelenkosten (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012).

Bij het uitvoeren van richtlijnen voor medicatiebeoordelingen zijn er nog een aantal knelpunten die de uitvoering belemmeren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om gebrekkige informatietechnologie, de samenwerking en communicatie tussen verschillende zorgverleners en gebrek aan tijd en financiering (Lemmens & Weda, 2013).

Uit een gesprek met een ervaringsdeskundige bleek dat dit niet altijd zo goed werkt. Zij werkte de afgelopen jaren als verpleegkundig specialist in een verpleeghuis. Zij gaf het volgende aan: “Er worden om de 3 maanden overleggen gepleegd met een apotheker. Hierbij worden standaard adviezen gegeven, zoals het stoppen van preventieve middelen, die in de laatste levensfase niet wenselijk zijn. Maar ook zijn er cliënten die meer dan tien medicijnen gebruiken en dat het stoppen van één middel veel geregel vereist. Zo moet er overleg gepleegd worden met de voorschrijvend arts en de familie. Het resultaat was daarom teleurstellend.” Zij vraagt zich af hoe je van gemiddeld tien medicijnen afbouwt naar minder dan vijf. Dat is geen makkelijke opgave (R. Kooiman, persoonlijke communicatie, 12 mei 2017).

In dit onderzoek worden de ervaringen van andere ervaringsdeskundigen in de regio Zeeland over de richtlijn polyfarmacie bij ouderen onderzocht. Daarnaast worden verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten geïnterviewd over hun ervaringen met de MDR-polyfarmacie bij ouderen.

## Doelstelling

Inzicht krijgen in de ervaringen van verpleegkundig specialisten die werken aan het verminderen van polyfarmacie bij ouderen in de regio Zeeland.

## Onderzoeksvraag

Wat zijn de ervaringen van verpleegkundig specialisten bij het verminderen van polyfarmacie in Zeeland en wat is de rol van de verpleegkundige binnen dit proces?

## Deelvragen

* Wat is de rol van verpleegkundigen bij het verminderen van polyfarmacie bij ouderen in de regio Zeeland?
* Hoe wordt polyfarmacie tegen gegaan door de verpleegkundig specialisten?
* Wat zijn de ervaringen van verpleegkundig specialisten bij het verminderen van polyfarmacie bij ouderen in de regio Zeeland?

## Relevantie voor het verpleegkundig domein

Aan de hand van verschillende verpleegkundige domeinen wordt uitgelegd waarom dit onderzoek belangrijk is voor de Bachelor Verpleegkundige.

Als Bachelor Verpleegkundige werk je volgens afgesproken richtlijnen. Deze richtlijnen kunnen afwijken wanneer een situatie hier om vraagt. In dit onderzoek wordt er kritisch gekeken of een vastgestelde richtlijn functioneel is en correct werkt. Daarnaast wordt er verwacht dat er initiatief genomen wordt op het gebied van kwaliteitszorg en professionalisering. Hierbij hoort het opzetten van een evidence based onderzoek en het verzamelen, analyseren en interpreteren van informatie. Ook is het belangrijk om samen te werken in multidisciplinaire teams en met andere zorgverleners. Dit wordt in dit onderzoek gedaan door middel van interviews met verschillende verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Bachelor Verpleegkundigen proberen ook voor een patiënt zo goed mogelijk te zorgen en hun kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden. Wanneer dit door polyfarmacie verminderd wordt, is de Bachelor Verpleegkundige de aangewezen persoon om dit te verhelpen (V&VN, 2016).

## Leeswijzer

Na deze inleiding volgt het theoretisch kader (hoofdstuk 1). In het theoretisch kader wordt het bronnenonderzoek besproken, de zoekstrategie, zoekvragen, zoekwoorden en zoekboom. Ook de zoekcriteria en literatuurstudie zijn te vinden in dit hoofdstuk. In de literatuurstudie wordt relevante literatuur beschreven over het onderwerp, om hier later in de discussie aan terug te refereren.

Dan het hoofdstuk methode (hoofdstuk 2). Hierin wordt het onderzoek-type, onderzoeks-ontwerp en onderzoekspopulatie vermeld. Daarnaast wordt er een tijdsplanning gemaakt en een beschrijving van de wijze waarop de gegevens verzameld zijn beschreven. Hiernaast wordt er gedetailleerd beschreven op welke manier alle gegevens werden verwerkt en geanalyseerd. Hierna wordt vermeld hoe ervoor gezorgd wordt dat de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd wordt. De juridische en ethische aspecten, wijze van rapportage en een begroting worden als laatst vermeld samen met de bronnenlijst.

Hoofdstuk drie is het hoofdstuk waar alle resultaten vanuit de interviews worden weergegeven. Hoofdstuk vier is gebruikt om de discussie in te vermelden. In dit hoofdstuk wordt de literatuur met de gevonden resultaten uit het onderzoek vergeleken. Hieruit volgt dan de conclusie, hoofdstuk vijf, van dit onderzoek en worden er in hoofdstuk zes nog aanbevelingen gedaan voor de opleiding, de praktijk en voor vervolgonderzoek.

# Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie beschreven. Hierin volgen de zoekvragen, zoekwoorden, inclusiecriteria, de sneeuwbalmethode, de bronvermelding en de zoekboom. Als laatste, volgt er relevante literatuur die gevonden is tijdens de literatuurstudie. De kernbegrippen worden toegelicht op grond van de literatuurstudie (Verhoeven, 2014).

## 1.1 Zoekstrategie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de literatuurstudie is uitgevoerd en onder welke voorwaarden. Als eerst zijn er zoekvragen gebruikt om zo goed mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Hierbij helpen zoekwoorden om goede artikelen te vinden op databanken. Om geen verouderde of verkeerde artikelen te krijgen werden er ook inclusiecriteria gebruikt, samen met de zoekwoorden zijn er relevante artikelen uit de databanken gekomen. Hierna wordt er uitgelegd wat de sneeuwbalmethode is en hoe deze is gebruikt samen met de bronvermelding (Verhoeven, 2014).

* + 1. Zoekvragen
* Wat is polyfarmacie?
* Wat zijn de gevolgen van polyfarmacie?
* Waarom is de MDR-polyfarmacie bij ouderen ontstaan?
* Wat is de MDR-polyfarmacie bij ouderen precies?

## Zoekwoorden

Tijdens het literatuuronderzoek is er gebruik gemaakt van booleaanse zoekoperatoren. Hiermee wordt bedoelt dat door het combineren van verschillende zoekwoorden gericht gezocht is naar bruikbare artikelen (Verhoeven, 2014). De zoekwoorden gebruikt in dit onderzoek zijn te zien in tabel 1.

Tabel 1 Zoekwoorden die gebruikt zijn bij het zoeken van literatuur in databanken.

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlands | Engels |
| Polyfarmacie | Polypharmacy |
| MDR-polyfarmacie bij ouderen |  |
|  | Guideline polypharmacy |
| Periodiek beoordelen | Periodically review |
| Verpleegkundige | Nurse |
| Verpleegkundig specialist | Nurse specialist |

## Inclusiecriteria

De volgende criteria zijn gebruikt om zo aan correcte artikelen te komen.

* Artikelen zijn niet ouder dan tien jaar.
* Artikelen zijn beschikbaar in full text.
* Artikelen zijn geschreven in het Nederlands of Engels.

## Sneeuwbalmethode

De sneeuwbalmethode wil zeggen dat er artikelen zijn gevonden via andere artikelen of boeken (Verhoeven, 2014). De meeste artikelen die relevant waren voor dit onderzoek zijn gevonden in relevante artikelen. Soms waren er in deze relevante artikelen ook artikelen gebruikt die in dit onderzoek weer goed gebruikt konden worden. De artikelen die gevonden zijn volgens de sneeuwbalmethode zijn te vinden in figuur 1.

## Databanken en bronvermelding

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende databanken: Pubmed, Narcis en Google Scholar. Alle bronnen en bronvermeldingen zijn weergegeven door middel van de APA-richtlijn.

## 1.2 Zoekboom

Aantal gevonden artikelen in totaal N=38

N= 13 N= 29 N=54

6/13/2/9 artikelen

Exclusie op basis van titel: N= 32 N=13 N=27 N=45

2/1/2/1 artikelen geïncludeerd

1. Jäger , C., Freund, T., Steinhäuser, J., Stock, C., Krisam, J., Kaufmann-Kolle, P., Szencsenyi, J.(2017, Januari 13). Impact of a tailored program on the implementation of evidence-based recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices-results of a cluster-randomized controlled trial.

2. Prados-Torres, A., Cura-González, I. d., Prados-Torres, D., Lopéz-Rodríguez, J., Leiva-Fernández, F., & Caldéron-Larrañaga, A. (2017, 27 April). Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project).

3. Verdoorn, S., Kwint, H.-F., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. (2015). *Majority of drug-related problems identified during medication review are not associated with STOPP/START criteria.* Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Clinical Pharmacology.

4. Schellevis, F., & Wind, A. (2009). Patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. *Elsevier gezondheidszorg*, pp. 329-341.

5. Sinnige, J., Koreveaar, J., Lieshout, J. v., Westet, G., Schellevis, F., & Braspenning, J. (2016). Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice: a qualitative study on prescribing behaviour in primary care. *British Journal of General Practice*, pp. 540-551.

**Pubmed: Intervention AND improve AND Polypharmacie AND Elderly N= 38**

**Pubmed: Polypharmacy AND Dutch**

**Narcis : Polyfarmacie N=29**

Google scholar: Periodiek beoordelen polyfarmacie N= 54

Exclusie op basis van samenvatting/abstract: 4/2/2/3

2/12/6 artikelen

Exclusie op basis van fulltext artikel: 2/1/2/5

Sneeuwb

Sneeuwbalmethode:

1. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie. (2015, November 23). Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Pharmacy world of science*, pp. 46-53.

2. Balen, J. v., Damen-van Beek, Z., Nelissen-Vrancken, M., & Verduijn, M. (2012). *Eindverslag Implementatie- en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen.* Opgehaald van Nederlands Huisartsen Genootschap: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\_org/uploads/2013-12-19\_rap\_polyfarmacie\_zonmw\_20131210\_printversie.pdf

3. Nederlands Huisartsen Genootschap . (2012). *Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen.* Opgehaald van Nederlands huisartsen genootschap: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\_org/uploads/polyfarmacie\_bij\_ouderen.pdf

4. Patterson, S., Cadogan, C., Kerse, N., Cardwell, C., Bradley, M., Ryan, C., & Hughes, C. (2014, Oktober 7). *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people.* Opgehaald van Cochrane Library: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub3/full

5. Reynders, E. (2013, Oktober). *Huisarts en wetenschap*. Opgehaald van MDR polyfarmacie bij ouderen: <https://www.henw.org/archief/volledig/id5500-mdr-polyfarmacie-bij-ouderen.html>

6. Lemmens, L., & Weda, M. (2013). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico’s en mogelijke interventiestrategieën.* RIVM.

7. Sinnige, J., Braspenning, J., Hek, F., Stirbu, I., Westert, G., & Korevaar, J. (2016). *Bij ieder huisarts evenveel pillen?* Utrecht: NIVEL.

8. Sinnige, J., Koreveaar, J., Lieshout, J. v., Westet, G., Schellevis, F., & Braspenning, J. (2016). Medication management strategy for older people with polypharmacy in general practice: a qualitative study on prescribing behaviour in primary care. *British Journal of General Practice*, pp. 540-551.

6. Otterloo, A. v., & Meiland, F. (2016, Apri). Medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis? Doen! *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*. Opgehaald van Medicatiebeoordelingen in het verpleegtehuis? Doen!

## 1.3 Polyfarmacie

Polyfarmacie is het chronisch gebruiken van 5 of meer verschillende medicijnen. Polyfarmacie bij ouderen is de afgelopen jaren in Nederland en wereldwijd een steeds groter probleem geworden (Martial, Mantel-Teeuwisse, & Jansen, 2013). 65-plussers kunnen erg complexe gezondheidsproblemen ondervinden. Vaak zijn er allerlei chronische ziektes aanwezig met bijhorende medicatie. Ouderen zijn gevoeliger voor bijwerkingen en hebben vaker last van de contra-indicaties. Ze krijgen dus vaker bijwerkingen van de medicatie en het kan leiden tot onnodige ziekenhuisopnames (Medicatiebeoordeling en polyfarmacie, 2017). Daarbij komt nog dat ouderen vaak moeite hebben met het lezen van de instructies op de doosjes, de medicijndoosjes openmaken en het slikken van de medicatie zelf. Tot slot is er ook weinig bekend over bijwerkingen, indicaties en contra-indicaties bij medicijnen voor ouderen of die ouderen gebruiken, door gebrek aan onderzoek (Martial, Mantel-Teeuwisse, & Jansen, 2013).

Polyfarmacie komt veel voor bij thuiswonende ouderen, maar ook bij ouderen die in verzorgingstehuizen wonen, zo’n 40% van de ouderen daar heeft polyfarmacie. Dit heeft vaak als oorzaak dat zij meerdere chronische ziekten hebben. Farmacotherapie levert een belangrijke positieve bijdrage aan kwaliteit van leven, maar kan ook negatieve effecten te weeg brengen (Heerdink, 2002).

Bij ouderen horen bijwerkingen van medicijnen tot de vijf meest voorkomende oorzaken van nieuwe ziekte-episoden. Uit een onderzoek van het HARM (Hospital Admissions Related to Medication) blijkt: 6,1 % van alle acute opnames in het ziekenhuis zijn geneesmiddel gerelateerd bij 65-plussers, in 51 % van deze opnames is deze potentieel vermijdbaar (t.o.v. 39% bij jongeren). Patiënten met polyfarmacie hebben een grotere kans op opname wegens geneesmiddelen gebonden problemen, dit geldt ook voor patiënten in het verzorgingshuizen en verpleeghuizen (Leendertse, Bemt , & Egberts, 2006).

De farmacotherapie gerelateerde problemen die vaak voorkomen bij patiënten met polyfarmacie kunnen in drie categorieën ingedeeld worden: zorgverlener-gerelateerd, geneesmiddel-gerelateerd en patiënt-gerelateerd. De zorgverlener gerelateerde problemen zijn overbehandeling, onderbehandeling, onjuiste dosering, dubbele medicatie en/of onjuiste/onpraktische toedieningsvorm. De geneesmiddel gerelateerde problemen zijn: Interactie, contra-indicaties, vermijdbare bijwerkingen en een geneesmiddel dat onwerkzaam is. Tot slot kan ook de patiënt het probleem zijn van deze problemen en dat komt vaak voor bij patiënten die therapieontrouw zijn.

## 1.4 Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen

De MDR-polyfarmacie bij ouderen is ontwikkeld om de zorg rondom polyfarmacie te verbeteren. De zorg rondom ouderen kan erg complex zijn. Dit vraagt om een goede communicatie en samenwerking tussen de patiënt, mantelzorger, familie, de arts, de apotheker, de verpleegkundigen en verzorgenden. Dit wordt allemaal nog belangrijker wanneer een patiënt wordt behandeld door verschillende artsen met zeer diverse geneesmiddelen. Het risico dat een patiënt bijwerkingen krijgt of dat er interactie plaats vindt tussen één van de medicijnen is groter wanneer er veel verschillende medicijnen worden gebruikt. Ook kan het zijn dat specialisten de medicatie van een ander specialisme niet goed kennen. Door al deze problemen kan een patiënt erg veel schade krijgen aan bijvoorbeeld de nieren.

De richtlijn richt zich vooral op kwetsbare ouderen met een groot risico op schade door, de voor hen misschien, ongeschikte medicatie. De richtlijn richt zich op mensen van 65 jaar en ouder met polyfarmacie en één of meerdere van de volgende risicofactoren:

* verminderde nierfunctie;
* verminderde cognitie;
* verhoogd valrisico;
* signalen van verminderde therapietrouw;
* niet zelfstandig wonende.

De richtlijn zet medicatiebeoordeling centraal. De medicatie beoordelen is het systematisch beoordelen van het geneesmiddelgebruik van één patiënt door arts, apotheker, verpleegkundige, verpleegkundig specialist en patiënt(mantelzorger) op basis van een periodiek gestructureerde kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie. Het doel hiervan is een zo goed mogelijke farmacotherapeutische behandeling door arts, apotheker, verpleegkundige en verpleegkundige specialist op basis van de wensen van de patiënt. Hierbij is het belangrijk om samen met de patiënt beslissingen te maken over de veranderingen of keuzes en deze dan ook uit te leggen aan de andere zorgverleners (Nederlands Huisartsen Genootschap , 2012).

## 1.5 Verschillen tussen huisartsenpraktijken bij medicatievoorschrijvingen

Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat in huisartsenpraktijken patiënten van 55 jaar en ouder met polyfarmacie twee keer zo veel medicijnen gebruiken dan in andere praktijken. Dit probleem kan ontstaan zijn door het feit dat er niet één bepaald medicijn kan werken bij een bepaalde ziekte, maar dat er gekozen kan worden uit veel verschillende medicijnen. Er is dus niet één beste oplossing. Een arts zal dus een keuze moeten maken, hierbij denkend aan hoe medicijnen op elkaar reageren en/of dat de behandeling aansluit bij de wensen van de patiënt.

Ook veranderingen in de conditie van patiënten is erg lastig, bijvoorbeeld een bijkomende ziekte, een operatie of verandering in gewicht. Medicijnen zullen dus moeten bijgesteld worden naar de conditie van de patiënt. De onderzoeker Dr. ir. J.C. Korevaar zegt hier het volgende over: “Juist omdat er steeds meer oudere patiënten zijn en die vaker verschillende medicijnen gebruiken, is het belangrijk dat huisartsen het medicijngebruik van hun patiënten vaker nalopen, zodat eventuele onnodige medicatie kan worden gestopt” (Sinnige, et al., 2016).

## 1.6 Onderzoeken naar de werking van het medicatie beoordelen

Meteen na het implementeren van de richtlijn is deze geëvalueerd door groepen huisartsen en apothekers. Zij vonden de richtlijn erg zinvol. De wijze waarop de richtlijn is gemaakt heeft in de praktijk geleid tot veel medicatieveranderingen bij patiënten. De problemen die de artsen en apothekers ondervonden gingen vooral over het selecteren van patiënten, de werkwijze van medicatiebeoordelingen, het bewaken van de continuïteit van het proces, het beoordelen van de medicatie gedaan door de medisch specialist en de grote tijdsinvestering (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012).

De aanbevelingen die zijn gedaan, zijn vooral gericht op de zorgverleners die de richtlijn gebruiken. De aanbevelingen zijn een betere en uniforme verslaglegging en het beter uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners. Wanneer dit goed werkt, zou de richtlijn een nog groter succes behalen (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012).

Na onderzoek dat heeft plaats gevonden in verpleegtehuizen in Midden-Nederland blijkt dat de MDR daadwerkelijk nuttig is. Het blijkt dat er toch bij bijna iedere medicatiebeoordeling wel medicijnen worden veranderd. De oorzaak van de veranderingen zijn vaak overbehandeling en potentiële bijwerkingen (Otterloo & Meiland, 2016) (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie, 2015).

De STOPP/START criteria die ook gebruikt worden bij de MDR-polyfarmacie zijn ook onderzocht in 2011 in Nederland. In dit onderzoek is er bij 13 apotheken onderzoek gedaan naar het aantal medicatie wijzigingen na het gebruik van de STOPP/START criteria. De onderzoekers hebben patiënten van 65 jaar en ouder met polyfarmacie gezocht en hierbij gekeken hoeveel medicatie wijzigingen hierbij plaatsvonden, ook lettend op het starten en stoppen van medicatie. Het blijkt hierbij dat de STOPP/START criteria niet helemaal waterdicht zijn en dat er veel medicijnen worden gestart ten opzichte van het stoppen. Ook is er de conclusie getrokken dat de artsen niet helemaal kunnen afgaan op de criteria, omdat het dus niet altijd positief resultaat biedt (Verdoorn, Kwint, Faber, Gussekloo, & Bouvy, 2015).

## 1.7 Samenvatting

Polyfarmacie is het chronisch gebruik van vijf of meer medicijnen. Hierbij komen veel problemen kijken, zoals bijwerkingen en onnodige ziekenhuisopnames door verkeerd medicijngebruik. Polyfarmacie komt vaak voor bij ouderen, omdat zij vaak erg complexe gezondheidsproblemen hebben. Hier komt ook nog bij dat ouderen vaak slecht de verpakkingen of instructies kunnen lezen van medicijnendoosjes en het open maken is ook niet altijd makkelijk voor hen. Door al deze problemen daalt de kwaliteit van leven. Om polyfarmacie zo goed mogelijk te verminderen is er de MDR-polyfarmacie bij ouderen ontwikkelt. De richtlijn adviseert om ieder half jaar minstens één keer de medicijnen van patiënten te beoordelen. De patiënten kunnen zo beter gecontroleerd op over- of onder behandeling.

Het blijkt uit onderzoek dat patiënten in verschillende huisartsenpraktijken een verschillend aantal medicijnen krijgen, soms wel tot twee keer zoveel. Dit zou eigenlijk niet mogen kunnen als het volgens de richtlijn gedaan wordt.

Na het verplicht stellen van de richtlijn is er ook onderzoek gedaan naar hoe de richtlijn werkt. De richtlijn wordt vooral al positief en handig ervaren en werkt volgens sommige onderzoeken ook om polyfarmacie te verminderen, maar andere onderzoeken laten het tegenovergestelde zien. Er wordt aanbevolen om betere communicatie, uniforme en betere verslaglegging en scholing te realiseren. In een gesprek met een ervaringsdeskundige bleek ook dat voor haar de richtlijn niet altijd positief wordt ervaren en ook niet het beloofde resultaat boekt.

# Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hierbij wordt er gedetailleerd uitgelegd wat het onderzoekstype en -ontwerp, de onderzoekspopulatie en het meetinstrument zijn. Vervolgens wordt de plaats en tijd van het project besproken. Hierna wordt de dataverzameling, data-analyse, betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Tot slot worden de juridische en ethische aspecten, de samenwerking, de rapportage, de tijdsplanning en begroting en de toestemming van dit onderzoek uitgelegd.

## 2.1 Onderzoekstype en onderzoek ontwerp

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat er interviews zijn afgenomen, om zo gegevens te verkrijgen om de hoofdvraag te beantwoorden. De benadering van kwalitatief onderzoek is dan ook open en flexibel, de beleving van de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten staat hier voorop. Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen, omdat op deze manier de ervaringen verpleegkundig specialisten het beste konden worden geïnventariseerd. Door middel van semigestructureerde interviews kwamen de ervaringen van de verpleegkundig specialisten het beste naar voren. Er was meer ruimte om eigen meningen te geven en verder op vragen in te gaan. Hiervoor is een topic lijst gemaakt om zo een richtlijn te hebben tijdens het interview (Verhoeven, 2014).

## 2.2 Onderzoekspopulatie

Tijdens dit onderzoek zijn er vijf verpleegkundig specialisten geïnterviewd die werken met de MDR Polyfarmacie bij ouderen binnen de regio Zeeland bij verschillende organisaties. Als inclusiecriteria was er als eis dat deze verpleegkundig specialisten minstens een half jaar met deze richtlijn hebben gewerkt. De verpleegkundig specialisten zijn benaderd door middel van de ervaringsdeskundige R. van der Feen-Kooiman, zij heeft contact gelegd met verschillende oud-collega’s. Daarnaast is er contact geweest met de afdeling Geriatrie binnen Zorggroep Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen. Hierbij zijn ook een aantal verpleegkundig specialisten gecontacteerd. Iedere verpleegkundig specialist is persoonlijk gemaild of gebeld met de vraag of zij wilden meewerken aan dit onderzoek. De steekproef is een groep verpleegkundig specialisten geworden die verspreidt over de regio Zeeland werken, bij verschillende organisaties in Zeeuws-Vlaanderen, Zuid-Beveland en Schouwen-Duiveland.

## 2.3 Meetinstrument

Als meetinstrument voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Voor de interviews is een topiclijst (tabel 2) gemaakt om zo het interview te leiden en niet te ver af te dwalen tijdens een gesprek. Een topiclijst is een lijst met onderwerpen samengesteld aan de hand van het probleem. Deze dient als uitgangspunt voor de interviews. De topiclijst is voorzien van argumenten, waarom die onderwerpen belangrijk zijn om te achterhalen. In bijlage 1 is de topiclijst nog eens te zien met daarbij vragen die eventueel gesteld kunnen worden tijdens de interviews.

Tijdens het interview zijn veelal open vragen gesteld om hierna door te kunnen vragen, hoe de deelnemers hierover dachten en wat hun ervaringen zijn. De interviewer heeft tijdens de interviews de tijd bewaakt en gezorgd dat er bij het onderwerp gebleven werd. Hierbij was het belangrijk dat zij goed op de hoogte waren van het onderwerp, zo is er goed en duidelijk doorgevraagd. Zij heeft ook de deelnemers niet onderbroken tijdens de interviews of haar mening laten merken, zo ook niet zelf een mening laten horen, zodat de geïnterviewde hier niet door beïnvloed zijn geraakt.

## 2.4 Plaats en tijd

Het onderzoek is uitgevoerd van 1 februari 2017 tot 11 december 2017. Het verkrijgen van gegevens is gedaan op verschillende locaties en momenten. De gegevens zijn gekomen van verpleegkundig specialisten uit verschillende plaatsen in de regio Zeeland en die bij verschillende organisaties werken.

## 2.5 Gegevensverzameling

De informatie in dit onderzoek is verkregen tijdens de semigestructureerde interviews. Voor de interviews zijn alle deelnemers ingelicht over het doel en opzet van het onderzoek en wat er precies gaat gebeuren tijdens het interview. De respondenten inlichten is gebeurd via mail en/of telefonisch contact. Voor de interviews is een topiclijst opgesteld, deze is tijdens de interviews als leidraad gebruikt. De interviews hebben ongeveer twintig tot dertig minuten geduurd en deze zijn opgenomen. De respondenten blijven gedurende en na het onderzoek anoniem. In de topiclijst (tabel 2) staan enkele thema’s die ervoor moeten zorgen dat de hoofdvraag beantwoord wordt. Tijdens de interviews wordt er geprobeerd zoveel mogelijk informatie te verkrijgen.

Tabel 2 De topics voor de semigestructureerde interviews met de verantwoording vanuit de literatuur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Topics | Verantwoording | Bron |
| Tijdsbestek | In de evaluatie van de richtlijn MDR zeiden de artsen en apothekers dat het vrij veel tijd in beslag neemt, om de patiënten te screenen, de anamnese af te nemen en te beoordelen | (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012). |
| Aantal medicatiebeoordelingen per jaar | Het aantal medicatiebeoordelingen verschilt erg. De richtlijn adviseert één keer per half jaar, maar zoals in veel onderzoeken ook wordt gezegd verandert het gezondheidsbeeld van ouderen veel en snel, hierbij is het wel belangrijk dat hun medicatie hierop wordt aangepast. | (Gezondheidszorg, 2015) (Nelissen & Schouten, 2009)  (Lemmens & Weda, 2013) |
| Rapportage | In de evaluatie van de richtlijn MDR werd aangegeven dat er nog veel problemen waren met het programma waarin werd gerapporteerd. | (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012) |
| Tweede- en eerste lijn artsen | In de evaluatie van de richtlijn MDR wordt ook verteld dat er veel problemen zijn in de communicatie tussen huisartsen en specialisten, zowel de huisarts als de specialist schrijven medicatie voor waar de ander minder verstand van heeft. Dit leidt tot twijfel om bepaalde medicatie te stoppen of te starten. | (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012) (Lemmens & Weda, 2013) |
| Scholing | In de evaluatie van de richtlijn MDR wordt ook gesproken over het feit dat scholing soms wel handig kan zijn. Dit wordt ook aangeraden, maar er is nergens te vinden of dit ook wordt gedaan. | (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012) |
| Verpleegkundige en  Verpleegkundige specialisten | Er wordt in onderzoeken bijna niet gepraat over verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten. Dit zal verder worden onderzocht in de interviews. | (Nederlands Huisartsen Genootschap , 2012) |
| Werkwijze | De richtlijn is gemaakt, omdat dit een uitgangspunt is, maar hoeft niet precies zo gedaan worden. Daarom wordt er gevraagd aan de deelnemers hoe zij medicatie beoordelingen uitvoeren. | (Nederlands Huisartsen Genootschap , 2012)  (Nelissen & Schouten, 2009) |
| Wijzigingen in het medicatiebeleid | Er zijn verschillende onderzoeken, met verschillende uitkomsten als het gaat om medicatiewijzigingen, positief en negatief. | (Verdoorn, Kwint, Faber, Gussekloo, & Bouvy, 2015)  (Heerdink, 2002) (Otterloo & Meiland, 2016) |

## 

## 2.6 Gegevensanalyse

Ieder interview dat is opgenomen wordt thuis nogmaals beluisterd en letterlijk uitgetypt in Microsoft Word 2016. Het opnemen van de interviews is gedaan om geen verkeerde interpretaties te verkrijgen. Hierna zijn de uitgetypte interviews getranscribeerd. Transcriberen is het letterlijk uittypen van de geluidsopnames, deze zijn hierna gecodeerd en geanalyseerd aan de hand van Verhoeven (2014). Het analyseren en coderen gaat volgens de volgende stappen:

* de tekst ontrafelen;
* evalueren van de gebruikte termen;
* open coderen;
* de bij elkaar horende termen clusteren;
* de gecodeerde begrippen worden gesorteerd op hiërarchie;
* axiaal coderen;
* structuur in begrippen wordt aangebracht;
* het gevonden model wordt in verband gebracht met de hoofd- en deelvragen en wordt hierdoor beantwoord.

Wanneer al deze stappen zijn doorlopen is er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag (Verhoeven, 2014).

In dit onderzoek is er ook gebruik gemaakt van de Directed Content Analysis. Hierin worden drie fases onderscheiden: de voorbereidende fase, de organisatiefase en de rapportagefase.

In de voorbereidende fase is er gestart met het doorlezen van de interviews en zijn grote categorieën gemaakt. Hierna zijn deze categorieën verkleind naar verschillende kleine subcodes, die ook samenhangen met de topiclijst. Vervolgens is alle data gecodeerd en is er één nieuwe subcode gemaakt. Deze techniek is vooral gebruikt tijdens het coderen van de verkregen data (Hsieh & Shannon, 2005).

## 2.7 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een onderzoek wil aangeven hoe het te voorkomen is dat er toevallige fouten ontstaan (Verhoeven, 2014). Gedurende het gehele onderzoek is er geprobeerd te voorkomen dat deze fouten zouden plaatsvinden door de volgende methoden. Alle gebruikte literatuur is terug te vinden in de zoekboom. Hierin staat alle gebruikte literatuur voor het theoretisch kader, daarnaast is er ook een bronnenlijst bijgehouden waarin alle gebruikte literatuur staat. Om de betrouwbaarheid van de interviews te vergroten zijn alle interviews opgenomen en opgeslagen tot het eind van het onderzoek. Het opnemen is gedaan, om op ieder moment de interviews nog eens te kunnen terugluisteren en zo de interviews letterlijk te gebruiken, zoals de verpleegkundig specialisten ze hebben bedoeld en er niet iets anders van gemaakt kan worden. Alle verpleegkundig specialisten hebben toestemming gegeven om mee te werken aan het onderzoek en hierbij is ook afgesproken dat alle gegevens anoniem verwerkt worden. Ook is er gedurende het hele onderzoek samengewerkt met een peer-group van studenten. Hierin werd er kritisch gekeken naar elkaars producten en over en weer feedback gegeven. De deelnemers aan dit onderzoek werken op veel verschillende plaatsen in Zeeland, hierdoor wordt er een duidelijk beeld geschetst van de ervaringen in verschillende organisaties, wat ook de betrouwbaarheid vergroot.

Tijdens het gehele onderzoek is een er logboek bijgehouden met wat er precies gedaan is. Dit is gedaan om de herhaalbaarheid van het onderzoek te vergroten. Tot slot worden de gevonden resultaten in de discussie vergeleken met de literatuur om te kijken of deze overeenkomen of dat er nieuwe bevindingen zijn.

Validiteit is de mate waarin een onderzoek systematische fouten bevat, hoe minder fouten er gemaakt worden, hoe hoger de validiteit. Dit hangt samen met de geldigheid en zuiverheid van de onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2014). De selectie van proefpersonen is gedaan door te mailen naar verschillende verpleegkundig specialisten in heel Zeeland, wanneer zij geen toestemming wilden geven, zijn zij niet meegenomen in het onderzoek. De deelnemers die wel toestemming hebben gegeven is gevraagd naar hun ervaring en mening, er zal dus niet van iedere verpleegkundig specialist een mening worden gevraagd. Het onderzoek heeft plaats gevonden in een korte tijd, waardoor er niet snel onbekende factoren zijn veranderd, waardoor de interne validiteit is vergroot. Er is gekozen om de topiclijst niet aan te passen tijdens het onderzoek, om zo de instrumentatie gelijk te houden. Wel is de topiclijst aangepast na de eerste aantal interviews. Het effect waarbij mensen anders reageren, omdat zij aan een onderzoek meedoen is niet te voorkomen, maar dit zal de validiteit wel verminderen. De externe validiteit in dit onderzoek is minimaal. Er zijn door heel Zeeland verpleegkundig specialisten benaderd van verschillende organisaties, hierdoor is er een redelijke reikwijdte. De begripsvaliditeit binnen dit onderzoek is hoog, omdat er persoonlijk interviews zijn afgenomen en hierbij de ruimte was om begrippen of onduidelijkheden uit te leggen.

## 2.8 Juridische en ethische aspecten

Bij de start van dit onderzoek is er toestemming gevraagd aan alle verpleegkundig specialisten of zij vrijwillig wilden deelnemen aan dit onderzoek. Hierbij is ook verteld dat alle verkregen gegevens anoniem worden verwerkt en de interviews aan het einde van het onderzoek worden vernietigd. De verpleegkundig specialisten zijn aan het begin ook ingelicht over het doel en de opzet van dit onderzoek, zodat zij zelfstandig konden beslissen of zij hieraan mee wilden werken. Daarnaast is er toestemming verleend door de twee begeleidende docenten van de HZ University of Applied Sciences. In samenspraak met hen en de coördinator van het praktijkgericht onderzoek is het niet nodig om toestemming te vragen aan alle werkplekken van de verpleegkundig specialisten, omdat het niet over de organisatie gaat, maar over de ervaringen van de verpleegkundig specialisten zelf.

## 2.9 Rapportage

Het onderzoeksvoorstel en onderzoeksverslag zijn getypt in Microsoft Office Word 2016, net als de uitgewerkte interviews. Nadat het onderzoeksverslag is goedgekeurd zal er een eindpresentatie plaats vinden deze zal worden gepresenteerd in Microsoft Office PowerPoint 2016 of Prezi. Tijdens het gehele onderzoek is de Richtlijn Praktijkgericht Onderzoek en de Studentenhandleiding Praktijkgericht Onderzoek met de hierin gegeven beoordelingsformulieren leidend.

## 2.10 Tijdsplanning en begroting

De onderstaande tabel bevat de officiële data om de producten in te leveren en wanneer er gestart en geëindigd is met delen van het onderzoek. Door omstandigheden is er laat gestart met het onderzoeksvoorstel, maar alle officiële data zijn wel aangehouden.

Tabel 3 Tijdspad onderzoek (Rijke, 2016).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Product/activiteit | Concept/ Start | 1e kans | Herkansing/ Eind |
| Fase 1A (startdocument) | - | 10 maart 2017 | 31 maart 2017 |
| Fase 1B (onderzoeksvoorstel) | 12 mei 2017 | 9 juni 2017 | 3 juli 2017 |
| Opstellen topiclijst | 9 juni 2017 | - | 3 juli 2017 |
| Interviews afnemen | 20 juli 2017 | - | 1 oktober 2017 |
| Verwerken en analyseren resultaten. | 1 oktober 2017 | - | 20 oktober 2017 |
| Schrijven conclusie, discussie en aanbevelingen | 20 oktober 2017 | - | 1 november 2017 |
| Scriptie (onderzoeksverslag) | 17 november 2017 | 13 december 2017 | 22 januari 2018 |
| Presentatie onderzoek | - | 24 en 26 januari 2018 | 14 en 16 februari 2018 |

De begroting voor dit onderzoek zal klein zijn. De enige kosten die zijn gemaakt zijn voor het rijden naar de plaatsen waar interviews zijn afgenomen en de tussentijdse evaluatiemomenten op school. Het geld dat vrijgemaakt is, is voor benzine en de tol voor de Westerscheldetunnel. De benodigde boeken en materialen zijn al in gebruik dus hier zijn geen kosten aan gespendeerd.

# Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek toegelicht. De resultaten zijn afkomstig uit de interviews met de verpleegkundig specialisten.

Er zijn vijf verpleegkundig specialisten geïnterviewd uit verschillende organisaties binnen de regio Zeeland, zie tabel 4. De resultaten worden weergegeven volgens de topics, die zijn gemaakt om de interviews af te nemen.

De uitgebreide topiclijst is te vinden in de bijlage 1. De volgende resultaten zullen worden toegelicht:

* De werkwijze waarop medicatiebeoordelingen gedaan worden.
* Het tijdsbestek waarin de medicatiebeoordelingen gedaan wordt
* Het aantal medicatiebeoordelingen die per jaar worden uitgevoerd.
* De wijzigingen aan medicatie die gedaan worden na de medicatiebeoordelingen.
* De manier van rapportage en scholing.
* Hoe de samenwerking gaat met de eerste- en tweedelijns artsen.
* De rollen van verpleegkundige en verpleegkundige specialisten.
* De ervaringen van verpleegkundig specialisten.

Tabel 4 Benaming respondenten en hun functie in het resultaten hoofdstuk.

|  |  |
| --- | --- |
| Respondenten | Functie |
| Respondent 1 | Verpleegkundig specialist verpleeghuis |
| Respondent 2 | Verpleegkundig specialist verpleeghuis |
| Respondent 3 | Verpleegkundig specialist verpleeghuis |
| Respondent 4 | Verpleegkundig specialist verpleeghuis |
| Respondent 5 | Verpleegkundig specialist acute zorg |

## 

## 3.1 Werkwijze

Respondent één geeft aan dat de zij binnen de organisatie werken met de START-/STOP criteria, maar dat dit niet altijd even consequent wordt uitgevoerd. Bij de medicatiebeoordeling zijn de arts en apotheker aanwezig. Hierna wordt er overlegd met de patiënt en/of met de familie van de patiënt over de wijzigingen. Wanneer er medicatie gewijzigd wordt gaat dit vaak in overleg met de arts, mede door het vele contact is er een goede samenwerking met de arts. Voor de medicatiebeoordelingen is een protocol opgesteld door de organisatie en is er een richtlijn gemaakt bij de farmacotherapeutisch overleg. Tot slot geeft de verpleegkundig specialist aan dat er na de MDR-polyfarmacie meer aandacht is gekomen voor polyfarmacie. Binnen de organisatie waar respondent één werkt komt er nu een nieuw systeem waarbij enkel de arts alle herhaalrecepten mag accorderen. Hierdoor komt er meer controle op het vervolg van medicatie.

Respondent twee en drie geven aan dat ook zij werken met de START-/STOP criteria. Wanneer er medicatie gestart of gestopt moet worden kijkt de arts altijd mee over de schouder van de verpleegkundig specialist. Respondent twee geeft aan dat er bij stoppen van medicatie die een specialist heeft voorgeschreven geen problemen worden ondervonden. Maar dat overleg met familie over medicatiebeoordelingen erg belangrijk is. Familie is het niet altijd eens met wijzigingen, daarom is het belangrijk dat er een goede argumentatie gegeven wordt door de verpleegkundig specialist. Kritisch kijken naar wat voor medicatie een patiënt mist en wat er gestopt kan worden is het belangrijkste geeft respondent twee aan.

Respondent vier doet medicatiebeoordeling in samenwerking met de apotheker. Voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling is een richtlijn en verschillende formats ontwikkelt met hierin ook de START-/STOP criteria verwerkt. Medicatie voorschrijven ligt aan de complexiteit van de medicatie en de voorgeschiedenis van de patiënt. Wanneer dit te ingewikkeld wordt, wordt er overlegt met de arts. Bij de opname van een patiënt worden niet gelijk medicatiewijzigingen gedaan, omdat de patiënt eerst wat moet wennen en deze door de arts en verzorging eerst in kaart kan worden gebracht. Na zes weken wordt een overleg gepland met de familie en de patiënt onder andere over de medicatie. Familie wordt door respondent vier gezien als de ervaringsdeskundige over de patiënt, maar vaak weten zij niet welke medicatie zij gebruiken.

*Respondent vier: “De medicatiebeoordeling doen wij aan de hand van de START/STOP criteria. In de praktijk zie je dat dat niet altijd lukt om bij iedereen de juiste START/STOP criteria erbij te leggen. Dan moet je ook de voorgeschiedenis bij hebben en de nierfuncties. En ja dat kost tijd.”*

*Respondent twee: “Ik ga samen met de apotheek medicatie doornemen. Dan kijk je bij iedereen na is dat nog nodig, kan er niet wat af? Je kijkt overal kritisch naar, zeker in een verpleeghuis is het bijna je belangrijkste handeling. Dus ik ben er daar wel lang en vaak mee bezig.*

Respondent vijf is werkzaam in de acute zorg. Hier voert de verpleegkundig specialist geen medicatiebeoordelingen uit, maar schrijft wel medicatie voor tijdens de opname en verblijf van een patiënt. De voorgeschreven medicatie van de verpleegkundig specialist worden altijd gecontroleerd door de arts en apotheker. Ook geeft het systeem waarin de medicatie wordt bijgehouden opgeschreven meldingen wanneer het interactie heeft met andere medicatie, de verpleegkundig specialist wijzigt deze dan. Als extra controle kijkt na het voorschrijven de apothekersassistente en de arts na of alles klopt. De verpleegkundig specialisten controleren ’s nachts elkaar nogmaals op de voorgeschreven medicatie. Soms vindt er nog overleg plaats met een specialist wanneer bepaalde medicatie van verschillende specialisten niet samengaan. Ook binnen de organisatie van respondent vijf komt er een nieuw systeem waarbij de artsen hun eigen herhaalrecepten moeten accorderen.

*Respondent één: “Als je de landelijke gemiddelden ziet dan heb ik een hele bups mensen, maar ik heb er in het begin moeite mee gehad. Maar heb daar nu de modus in gevonden. En ik denk als ik het helemaal wil uitzoeken met de richtlijn ernaast en goed de medicatielijst wil doornemen dan heb ik veel meer tijd nodig. Maar daarom doe ik het ook samen met de dokter, omdat die veel meer kennis paraat heeft. “*

## 3.2 Tijdsbestek

Het verschil in tijdsbestek voor medicatiebeoordelingen bij verschillende patiënten is groot. Respondent één geeft aan dat zij ongeveer twee uur doet om 48 patiënten een medicatiebeoordeling te geven. Daarbij komt nog eens vier á vijf uur voorbereidingstijd. Het landelijk gemiddeld ligt lager, het is best veel geeft respondent één aan. Respondent twee doet de medicatiebeoordelingen voor 50 patiënten. Hierbij is voorbereiding en de medicatiebeoordeling ongeveer vijf à zes uur per afdeling. Hoeveel patiënten er per afdeling een medicatiebeoordeling krijgen is onbekend. Wel geeft respondent twee aan dat elke patiënt anders is en hier geen precieze tijd aan worden gebonden. Er wordt wel werkdruk ervaren door deze respondent, maar er kan wel rustig aan gedaan worden bij het beoordelen van de medicatie.

Respondent drie geeft aan dat de medicatiebeoordelingen wel veel tijd kosten, ongeveer een halve dag per unit. Onbekend is hoeveel patiënten er per unit een medicatiebeoordeling krijgen. Wel wordt er aangegeven dat na deze halve dag medicatiebeoordelingen nog gesprekken gevoerd moeten worden met familie en ook moet alles nog uitgewerkt worden.

Respondent drie en vier geven ook aan dat de tijd voor een medicatiebeoordeling per patiënt erg verschillend is. Respondent vier heeft 50 patiënten waar medicatiebeoordelingen bij gedaan moeten worden. Zij geeft aan dat dit vrij veel is voor het aantal uren dat zij werkt. Respondent vier geeft tot slot nog aan dat vooral de voorbereiding veel tijd kost, het nakijken van de voorgeschiedenis, de lab uitslagen en de medicatielijst ernaast. Het tijdsbestek van respondent vijf is erg klein. Deze verpleegkundig specialist doet geen medicatiebeoordelingen, maar schrijft alleen medicatie voor. Hierbij komen interacties gelijk in beeld wanneer medicatie niet samen gaat.

*Respondent drie: “Wij doen twee keer per jaar de medicatie review met de apotheker. Dan wordt alle medicatie na gelopen. Daarnaast hebben we ook nog twee keer per jaar MDO en daarin kijk ik ook alle medicatie na en daar zit ook de patiënt en familie bij. Dat is dan nog naast wat we met de apotheker doen. “*

## 3.3 Het aantal beoordelingen per jaar

Bij opname wordt er door alle respondenten een medicatiebeoordeling gedaan. Respondenten één, twee en drie geven aan dat zij één keer per half jaar een medicatiebeoordeling doen met de apotheker en arts. Daarnaast doet respondent vier zelf nog eens twee keer per jaar zelfstandig een extra medicatiebeoordeling.

Respondent vier heeft vijftig patiënten onder zich en geeft aan dat twee keer per jaar een medicatiebeoordeling doen niet altijd lukt, omdat zij maar 16 uur per week werkt. Respondent drie geeft aan dat binnen de organisatie elke maand de psychofarmaca wordt gecontroleerd door de verpleegkundig specialisten. Twee respondenten geven aan dat de medicatie wordt gecontroleerd voor een MDO (multidisciplinair overleg), dat twee keer per jaar plaatsvindt. Daarnaast komt er in één organisatie een nieuw systeem om medicatie te accorderen. De arts gaat sinds een aantal maanden geleden de herhaalrecepten accorderen. Bij het naleven van de START/STOP criteria geeft een respondent ook aan dat ieder half jaar een medicatiebeoordeling doen ook voldoende is. Mede is het verplicht om één keer per jaar de medicatiebeoordeling te doen geeft respondent vier aan.

*Respondent één: “Ik denk dat er veel fouten voorkomen kunnen worden, als alle disciplines toegang hebben tot het EPD van een patiënt. Door beter inzicht te krijgen in tegendeel tot de privacy. Ik denk dat het belangrijker is om je gezondheid zo goed mogelijk te hebben dan om een beetje privacy. Een gezamenlijk punt zou ideaal zijn waar iedereen in kan kijken. “*

## 3.4 Rapportage

Vier van de vijf respondenten werkt met een elektronisch patiënten dossier (EPD). Alleen respondent één werkt medicatie veranderingen uit in een Zorgleefplan. Deze is toegankelijk voor de verpleging en de arts, niet voor de apotheker. In het EPD kunnen ook andere disciplines meekijken. Deze disciplines zijn vooral de verpleging en artsen.

Binnen de organisatie van respondent twee kan de apotheker wel meekijken. Naast alleen de wijzigingen in medicatie worden ook vaak opdrachten geschreven voor andere disciplines, bijvoorbeeld om te rapporteren op bijwerkingen of werking. Door de verpleegkundig specialist wordt vaak een evaluatiedatum opgeschreven en het doel van de medicatie. Helaas zijn de medicatielijsten van patiënten vaak niet beschikbaar voor de huisarts of specialist. Dit heeft als oorzaak dat de verpleging geen lijst meegeeft of een verkeerde lijst. Hierdoor ontstaan misverstanden en worden er fouten gemaakt.

*Respondent vijf: “Soms krijgen ze er weleens drie bij van ons en ja dat wisselt tussen een bloedverdunner waar ze mee binnen komen tot een lijst van tien, vijftien medicijnen. “*

## 3.5 Wijzigingen na medicatiebeoordelingen

*Respondent vier: “Je moet jezelf afvragen wat is het probleem van polyfarmacie. Soms kan je zien dat e iets goed tegen het licht houdt en dat iemand daar dan eindigt met meer medicatie dan minder. Maar dan moet je wel voor ogen houden bij welke patiënt is het en waarom schrijven we medicatie voor. Soms is dat nodig, sommige mensen worden onderbehandeld. “*

Respondent één geeft aan dat het bijna onmogelijk is om een medicatielijst te verminderen tot minder dan vijf medicijnen. Bij een goede en gegronde reden is medicatie niet altijd slecht. Wanneer deze comfort bieden aan een patiënt is dit een goede reden om medicatie te gebruiken. Wel is er meer aandacht gekomen om medicatie te wijzigen na de MDR-polyfarmacie. Hierdoor is er wel meer aandacht gekomen om medicatie te stoppen, maar er is ook meer aandacht gekomen voor wat een patiënt echt nodig heeft. Het volgende obstakel is soms de familie die niet wil dat er medicatie wordt gestopt. Vaak is de reden hiervan dat patiënten al jaren dezelfde medicatie gebruiken en familie vindt het soms onnodig om medicatie te stoppen. Daarnaast geeft respondent één aan geen medicatie te stoppen die een specialist heeft voorgeschreven. De respondent twee geeft aan dat sommige mensen erg gehecht zijn aan bepaalde medicatie dus wordt de discussie niet altijd gestart om medicatie te stoppen.

Door respondent twee wordt er gebruik gemaakt van de START/STOP criteria, dus er wordt echt gekeken naar wat een patiënt mist of nodig heeft. Comfort is hierbij het belangrijkste onderwerp. Respondenten twee en vier geven aan dat zij comfort eveneens belangrijk vinden. Wel wordt er kritisch gekeken naar de medicatielijsten, om deze zo minimaal te houden. Hierbij staat comfort voorop en soms moet dat met behulp van medicatie. Respondent vijf geeft aan dat zij gemiddeld vijf medicamenten voorschrijven, hierbij wordt verder niet gekeken hoeveel een patiënt er al heeft, want een patiënt heeft deze op dat moment echt nodig.

## 3.6 Scholing

Het onderwerp scholing werd vrij negatief beoordeeld door alle respondenten. Er wordt aangegeven dat de medicatiebeoordelingen in de opleiding verpleegkundig specialist verwerkt zit, maar dat hier verder geen bijscholingen voor bestaan. Daarnaast wordt er ook maar een klein deel echt behandeld, verdere kennis moet opgedaan worden in de praktijk. Verder wordt er in de opleiding ook niet ingegaan op medicatie. Wel in zijn algemeenheid de medicatiegroepen maar verder niet. Respondenten één, vier en vijf geven aan dat het belangrijk is om eigen kennis up to date te houden, hiermee wordt bedoeld dat bijscholing niet noodzakelijk is, maar dat het belangrijk is te weten wat men geeft.

Extra scholing wordt wel aangeraden voor verplegend personeel, omdat zij vaak niet weten wat ze geven voor medicatie. Respondent één geeft aan dat er scholing moet komen voor de arts. Nadat een collega arts binnen de organisatie op bijscholing was geweest werd er meer aandacht besteed aan polyfarmacie en de medicatielijsten. Dezelfde respondent geeft aan dat er maandelijks een scholing is over het formularium binnen de organisatie en deze is regio breed. Hierin worden alleen de medicatie soorten binnen de ouderenzorg besproken, maar dit is niet voor verplegend personeel, alleen voor voorschrijvende beroepen. Deze respondent geeft ook aan dat er wel bijscholing mag komen voor het voorschrijven van medicatie.

*Respondent één: “Ik heb het idee dat er in het ziekenhuis niet naar de medicatielijst van een patiënt word gekeken. Ik vind dat er heel veel specialisten op hun eigen eiland medicatie voorschrijven. En misschien nog even kijken van goh heeft het geen interactie van iets anders. Maar voor de rest bemoeien zij zich er niet mee. “*

*Respondent vijf: “Ik denkt dat het bijhouden van kennis over medicatie niet echt gedaan wordt. Je kan wel naar congressen gaan waar dat besproken wordt. Maar eigenlijk zou een opfrissing wel oké zijn, om dat te doen.”*

## 3.7 Eerste- en tweedelijns artsen

Alle respondenten geven aan dat zij veel en goed contact hebben met de arts waar zij mee samenwerken. Ook is er veel contact met de apothekers en apothekersassistenten over de medicatie van patiënten en bij de medicatiebeoordelingen, deze wordt ook positief ervaren. Respondent twee geeft aan dat enkele net afgestudeerde artsen erg in de behandelmodus zitten, hiermee wordt bedoeld dat zij veel en snel medicatie voorschrijven. Deze modus is eigenlijk niet meer erg van toepassing in de ouderenzorg, omdat zij vaak niet meer beter worden van bepaalde ziekten, maar hierbij vooral comfort belangrijk is.

*Respondent twee: “Je zou denken dat daar een huisarts voor is, maar ja die heeft geen tijd. Tot op het moment dat mensen bij ons komen, dan is er pas iemand die er echt naar kijkt. “*

Respondent twee geeft eveneens aan dat huisartsen vaak veel te druk zijn om nog medicatiebeoordelingen te doen, net als de specialist, geeft een andere respondent aan. Respondenten één en vier geven aan dat specialisten medicatie starten welke zij willen en niet of nauwelijks kijken naar de medicijnen die andere artsen en specialisten voorschrijven. De respondent uit de acute zorg, respondent vijf, geeft aan dat zij wel goed samenwerkt met de specialist, dit is bovendien de persoon waar zij nauw mee samenwerkt en medicatie voor moet voorschrijven. Een andere respondent, respondent vier geeft aan dat het lastig wordt gevonden om medicatie van een specialist te stoppen en overlegt daarom altijd met een arts of specialist voor dat er medicatie wordt gestopt.

## 3.8 Verpleegkundige en verpleegkundig specialisten

*Respondent twee: “Aan de ene kant denken de verpleegkundigen mee, maar aan de andere kant heb ik het idee dat ze niet altijd weten wat voor medicatie ze geven of waarom. Daar zou nog wel aan gewerkt mogen worden. Er wordt wel scholing gegeven, maar niet echt daarover.”*

De verpleegkundig specialist zorgt voor het voorschrijven en stoppen van medicatie. Sommige respondenten doen dat in overleg met de arts of specialist, sommigen starten en stoppen medicatie alleen waar zij zich bekwaam bij voelen. Verpleegkundigen mogen geen medicatiebeoordelingen doen, maar zij geven wel de medicatie aan de patiënt. Respondenten één, twee en vijf geven aan dat er te weinig kennis is bij de verpleegkundigen over medicatie. Zij vinden het belangrijk dat verpleegkundigen weten wat voor medicijn ze een patiënt geven en wat dat doet met een patiënt, zodat ze op tijd kunnen ingrijpen wanneer het niet goed gaat. Sommige verpleegkundigen zijn wel kritisch over welke medicatie ze geven en enkel naar de medicatielijst van een patiënt.

*Respondent vijf: “Ik overleg heel veel met de arts, maar je bent wel zelf verantwoordelijk voor wat je hebt voorgeschreven. Dan kan ik wel zeggen, ja maar die arts heeft dat gezegd. Ik moet er wel 100% achter staan, want als er iets mis gaat, ben ik wel verantwoordelijk en ik heb het gegeven. “.*

Respondent vier en vijf geven aan dat verpleegkundigen niet naar de medicatielijst kijken. Hiermee wordt bedoeld dat er niet of nauwelijks wordt gekeken naar de hoeveelheid medicijnen en het nut hiervan. Met het nieuwe EPD wordt er wel beter gerapporteerd op gevolgen van medicatie door de verpleegkundige en verpleegkundig specialist, maar hier kan nog veel aan verbeterd worden.

## 3.9 Ervaringen van verpleegkundig specialisten

Respondent één geeft aan dat samenwerken met de arts erg belangrijk is bij de medicatiebeoordelingen. Daarnaast wordt het contact tussen de apotheker, arts en apothekersassistent als aangenaam ervaren. Bovendien geeft zij aan dat zij veel patiënten moet beoordelen, maar wel dat ze veel zelf leert van de medicatieboordelingen. Haar verdere ervaringen zijn niet allemaal zo positief. Ze geeft aan dat ze wat minder leuke ervaringen heeft met families van patiënten die niet willen dat onnodige medicatie wordt gestopt, zelfs na uitleg. Eveneens geeft ze aan dat overdoseren totaal niet nodig is, maar nog wel gebeurt. Onder andere doordat specialisten alleen maar naar hun eigen vakgebied kijken en niet verder. Er moet dus nog meer aandacht komen voor polyfarmacie en de medicatiebeoordelingen. Tevens moet er meer gedaan worden aan polyfarmacie bij mensen thuis. Ze geeft aan dat een huisarts 1000 tot 2000 patiënten heeft, het is hierbij onmogelijk om medicatiebeoordelingen te doen. Respondent één hoopt dat er met een gezamenlijk EPD veel fouten worden voorkomen en iedereen in de medicatielijst kan kijken en geeft aan dat gezondheid soms belangrijker is dan privacy.

*Respondent één: “Ik vind het fijn voor mijzelf, daar is het niet voor bedoeld, maar ik word er heel veel wijzer van. Je hoort de arts bezig met de apotheker, dus ik vind het voor mijzelf heel fijn. En kijk voor de patiënt is het natuurlijk gewoon goed. “*

Respondent twee geeft eveneens aan dat er soms een discussie is met de familie van een patiënt om medicatie te stoppen of te veranderen. Deze discussie wordt niet altijd aangegaan door de verpleegkundig specialist en dan wordt er niks aan de medicatie veranderd. Daarnaast geeft zij aan dat er altijd wordt gestreefd naar minimale medicatie en naar comfort voor patiënten. Echter als iemand comfortabel is met acht of negen medicamenten dan is dit voor de verpleegkundig specialisten ook acceptabel. Het belangrijkste is dat iemand kritisch genoeg blijft om medicatie te wijzigen. Hierbij speelt de arts een grote rol, want hij is verantwoordelijk voor de patiënt. Het positieve aan de medicatiebeoordelingen blijkt dat het nuttig is en de respondenten het als leuk en nuttig ervaren. Tot slot geeft de respondent aan dat het soms wel te zien is aan medicatielijsten van welke huisarts het komt, zonder de naam te zien. Hiervoor wordt als aanbeveling gegeven dat de apotheker misschien meer betrokken zou kunnen worden bij de medicatie van thuiswonenden. Eveneens moet er binnen de thuiszorg meer aandacht komen voor polyfarmacie.

*Respondent drie: “Ik denk dat het altijd beter kan om polyfarmacie te verminderen. Je hebt er altijd wel iemand tussen waarvan je denkt dat heb ik voorgeschreven en dat heb ik nooit goed geëvalueerd om dat af te bouwen. Maar ik denk wel dat er voldoende aandacht voor is.”*

Respondent drie geeft aan dat er meer aandacht moet komen voor medicatiebeoordelingen bij huisartsen en organisaties. Zij geeft aan dat ze aan de grote medicatielijsten kan zien van welke huisarts het komt, zonder te kijken naar de naam. Dit betekent dat er huisartsen zijn die weinig doen aan polyfarmacie. Eveneens zou er meer aandacht moeten komen voor psychofarmaca en nog meer aandacht voor polyfarmacie en medicatiebeoordelingen. Respondent drie geeft eveneens aan dat scholing aantrekkelijk kan zijn voor verpleegkundig specialisten die niet uit de ouderenzorg afkomst zijn. Tot slot wordt er aan gegeven dat er veel patiënten een medicatiebeoordeling moeten krijgen in maar weinig tijd. Dit is lastig, want de medicatiebeoordelingen kosten nu eenmaal veel tijd.

Respondent vier geeft aan dat artsen steeds meer leunen op hen, omdat ze cliënten en familie vaak goed kennen. Maar het blijft erg belangrijk om met apotheker en artsen samen te werken. Medicatiebeoordelingen zijn vaak complex, door verschillende ziektebeelden, allergieën, overgevoeligheden en familie, maar het is wel erg wenselijk en de medicatielijsten veranderen constant. Helaas door het vele papierwerk en de tijd die medicatiebeoordelingen innemen is de ervaring soms wat negatiever. Toch vindt respondent vier het belangrijkste dat iedereen blijft nadenken over het feit dat zij mensen behandelen.

De respondent uit de acute zorg, respondent vijf, geeft aan dat patiënten over het algemeen erg veel medicatie gebruiken en daarom moet er meer controle op komen. Hierbij wordt er in de thuiszorg minimaal gewerkt op het gebied van medicatiebeoordelingen. Zelfs wanneer de specialisten zelf hun herhaalrecepten moeten accorderen en er dus meer aandacht is voor de medicatie denkt respondent vijf niet dat er minder polyfarmacie ontstaat. Wanneer specialisten vinden dat bepaalde medicatie nodig is zullen ze dit ook zeker geven en wordt het probleem van polyfarmacie niet opgelost. Het is daarom wel belangrijk om zelf goed in je schoenen te staan, als verpleegkundig specialist, om iets over medicatie tegen een specialist te zeggen. Hierbij is kennis ook erg belangrijk. Deze is er soms nog niet genoeg, vooral bij verpleegkundigen. Hier zou dan ook extra scholing voor gegeven kunnen worden.

# Discussie

In dit hoofdstuk zal de literatuur vergeleken worden met de bevindingen uit dit onderzoek. Tot slot worden de sterke en zwakke kanten van dit onderzoek weergegeven. De discussie zal worden uitgewerkt aan de hand van de topics die gebruikt zijn bij het afnemen van de interviews. De onderzoeksvraag in dit onderzoek is: “Wat zijn de ervaringen van verpleegkundig specialisten met het werken aan het verminderen van het aantal medicijnen bij ouderen met polyfarmacie in de regio Zeeland en wat is de rol van de verpleegkundige hierin?”.

## 4.1 Interpretatie en verklaring van de resultaten

#### Werkwijze

Vanuit de richtlijn MDR wordt een advies gegeven om medicatiebeoordelingen te laten verlopen. Dit stappenplan werkt als volgt: patiëntenpopulatie bepalen, farmacotherapeutisch anamnese, de farmacotherapeutische analyse, overleg met de apotheker en arts en tot slot de terugkoppeling naar de behandelaar en patiënt (Nederlands Huisartsen Genootschap , 2012). Uit de interviews die afgenomen zijn komt naar voren dat alle patiënten in een verpleeg-/ verzorgingshuis een medicatiebeoordeling krijgen. Binnen alle organisaties wordt er voor gekozen om bij iedere patiënt een medicatiebeoordeling te doen. De richtlijn adviseert bij mensen die opgenomen worden in een verpleeg-/ verzorgingshuis standaard een medicatiebeoordeling te doen. Als eerste wordt er bij opname al in kaart gebracht wat een patiënt gebruikt en wat zijn ervaringen zijn bij medicatie, hierbij wordt dus alles in kaart gebracht, dit kan vergeleken worden met de farmacotherapeutische anamnese. Na een aantal weken wordt er een medicatiebeoordeling gedaan. Dit wordt door drie van de vijf respondenten gedaan met de apotheker, één van de respondenten geeft aan dat binnen de organisatie ook één arts aanwezig is. Drie van de vijf respondenten gebruiken de START/STOP-criteria en één respondent gebruikt een richtlijn vanuit de organisatie. Wanneer hier wijzigingen worden gemaakt wordt dit door de respondent teruggekoppelt aan de arts en familie. Familie en patiënten zijn het niet altijd eens met deze wijzigingen, dit probleem is ook aangegeven in het implementatie- en evaluatieproject polyfarmacie bij ouderen (Balen, Damen-van Beek, Nelissen-Vrancken, & Verduijn, 2012). Alle respondenten geven aan dat zij medicatie voorschrijven waarbij zij zich bekwaam voelen. Andere medicatie wordt in samenspraak met de arts voorgeschreven. In de acute setting wordt er door de verpleegkundig specialist voorgeschreven en daarna wordt dit geaccordeerd door de arts. In het onderzoek van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, staat precies beschreven wat de verpleegkundig specialist mag en dit komt overeen met de bevoegd en bekwaamheden van een verpleegkundig specialist (Wallenburg, Janssen, & de Bont, 2015).

#### Tijdsbestek, het aantal medicatiebeoordelingen per jaar en de wijzigingen na medicatiebeoordelingen

Het onderzoek van Balen et al. (2012) laat de tijdsinvestering zien van de apotheker tijdens de medicatiebeoordeling. Dit is gemiddeld 90 minuten per patiënt. De bevindingen uit de interviews zijn erg verschillend. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat zij geen tijdsbestek kunnen geven aan de medicatiebeoordeling voor één patiënt. Daarnaast verschillen de meningen van de verschillende verpleegkundig specialisten veel. De verpleegkundig specialist uit de acute zorg geeft aan dat het bijna helemaal geen tijd kost. Zij doet ook geen echte medicatie beoordeling in de acute fase. Twee respondenten geven aan dat zij weinig tijd krijgen om de medicatiebeoordelingen goed voor te bereiden en zij ook veel patiënten onder zich hebben die een medicatiebeoordeling krijgen.

Ieder half jaar wordt er door iedere verpleegkundig specialist één keer per patiënt een medicatiebeoordeling gedaan. Door twee respondenten zelfs meerdere keren. Vanuit de overheid is dit ook verplicht gesteld door de Inspectie van de Gezondheidsheidszorg (2015). De wijzigingen na een medicatiebeoordeling verschillen ook erg per respondent, dit is ook niet meetbaar. Velen geven aan dat het belangrijkste is dat een patiënt comfortabel is en of dit nu met vijf pillen is, met één of met acht, comfort staat voorop. Wel is er meer aandacht gekomen voor overbehandeling en onderbehandeling na de MDR polyfarmacie. Een knelpunt is wel dat de arts of verpleegkundig specialist niet snel medicatie stopt van een specialist. In het evaluatieproject van de MDR polyfarmacie door Balen et al. (2012) komt ook naar voren dat het stoppen van medicatie van de specialist lastig wordt gevonden door andere disciplines en dat er meer aandacht is voor de MDR polyfarmacie.

#### De rapportage en scholing

Alle verpleegkundig specialisten gebruiken een elektronisch patiëntendossier (EPD) om opdrachten of wijzigingen in te zetten, zodat andere disciplines dit kunnen lezen. Dit wordt door alle verpleegkundig specialisten als positief ervaren. In het evaluatieproject van Balen et al (2012) wordt aangegeven dat het rapporteren volgens artsen en apothekers nog niet optimaal werkt en hier moet volgens hen een beter systeem voor komen. De verpleegkundig specialisten kijken hier anders naar. In het EPD kunnen veel disciplines meekijken met wat er gedaan moeten worden of welke wijzigingen er zijn. Velen vinden dit een grote vooruitgang. Scholing wordt door de respondenten ook verschillend ervaren. Het merendeel van de respondenten vindt dat er meer scholing moet komen voor de verpleegkundigen, omdat zij vaak niet weten wat ze geven en wat de bijwerkingen zijn van medicatie. In de opleiding tot verpleegkundig specialist wordt medicatiebeoordeling en medicatie wel uitgelegd, maar er wordt niet diep op in gegaan. Dus vinden velen het belangrijk om zelf kennis op te bouwen en te blijven opfrissen, dit wordt ook geadviseerd in de handreiking voor medicatiebeoordelingen door Nelissen & Schouten (2009). Eén van de respondenten geeft aan dat er één keer per maand een bijeenkomst is over medicatiegroepen binnen de organisatie, wat als positief wordt ervaren.

#### De eerste- en tweedelijns artsen en de rol van de verpleegkundige en verpleegkundig specialist

Uit de interviews blijkt dat de respondenten het moeilijk vinden om medicatie te stoppen van een specialist. Sommigen zullen dit enkel doen in overleg met de arts of specialist zelf. Velen vinden ook dat huisartsen niet omkijken naar medicatielijsten, met als reden dat zij hier geen tijd voor hebben. Communicatie tussen de verpleegkundig specialist, arts en apotheker zijn goed. In de literatuur wordt het een probleem weer gegeven, het stoppen van medicatie van een specialist, omdat zij vaak geen hoofdbehandelaar meer zijn, maar toch blijft medicatie dan staan. Hierin wordt ook aangegeven dat samenwerking tussen de verschillende disciplines erg belangrijk is, dit komt dus overeen met de gevonden resultaten Balen et al. (2012). De rol van de verpleegkundige is vooral het signaleren van problemen rondom medicatie, het geven van medicatie en rapporteren of alles verloopt, zoals bedoeld is. Hiervoor is niet altijd genoeg kennis aanwezig vinden de verpleegkundig specialisten, wat wel nodig is volgens Nelissen & Schouten (2009). Medicatie voorschrijven wordt alleen voorgeschreven door de respondenten waar zij zich bevoegd en bekwaam bij voelen. Dit is ook zo vastgelegd in de richtlijn wat verpleegkundig specialisten mogen en wat niet Wallenburg et al. (2015). Wanneer dit niet zo is wordt er overlegt met de arts.

#### Ervaringen van verpleegkundig specialisten

De ervaringen van verpleegkundig specialisten is over het algemeen positief. Ze vinden dat zij nuttig en leuk werk verrichten. Daarnaast vinden ze het belangrijk dat patiënten comfortabel zijn, dat is het belangrijkste van de medicatiebeoordelingen. Ook merken zij dat er meer aandacht komt voor polyfarmacie, wat positief is. Tot slot hopen ze dat er meer aandacht komt voor de huisarts en medicatiebeoordelingen. Want daar ligt nog een groot probleem, dat nu niet ondervangen wordt. Om dit te onderbouwen is er geen literatuur gevonden. Deze topic is voortgekomen tijdens het afnemen van de interviews.

## 4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Eén van de sterke kanten van dit onderzoek is dat voorafgaand aan de interviews met de verpleegkundig specialisten, zij zijn ingelicht over het onderwerp en het doel van dit onderzoek. Dit heeft ervoor gezorgd dat de verpleegkundig specialisten en de onderzoeker op één lijn zaten. Dit heeft ervoor gezorgd dat de begripsvaliditeit verhoogd is. Tijdens het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker altijd een topiclijst bij gehouden, dit heeft gezorgd voor structuur in de interviews. Dit is terug te vinden in de verkregen informatie, alle punten van de topiclijst komen aanbod. De onderzoeker heeft ernaar gestreefd om het onderzoek vrij te houden van systematische fouten. Alle interviews zijn opgenomen en uitgeschreven met als gevolg dat er geen informatie verloren zou gaan. Een volgende sterke kant van dit onderzoek is dat er veel feedback verkregen is door de begeleidende docent en de leden van de peergroep. Deze feedback heeft gezorgd voor verbetering van verschillende onderdelen in het onderzoek.

Een zwakke kant van het onderzoek is dat de onderzoeker niet op alle momenten van de interviews goed heeft doorgevraagd. Dit heeft ervoor gezorgd dat er minder informatie is verkregen dan dat mogelijk was. Daarnaast had de onderzoeker meer open vragen en minder suggestieve vragen kunnen stellen. Deze punten zijn te wijten aan de ondeskundigheid van de onderzoeker wat betreft interviewen. Het gevolg hiervan was dat de interviews onderling soms van inhoud verschilden, waardoor hetmoeilijk was om de informatie goed te coderen.

# Conclusie

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag.

### De deelvragen

#### Wat is de rol van verpleegkundigen bij het verminderen van polyfarmacie bij ouderen in de regio Zeeland?

De rol van de verpleegkundigen om polyfarmacie te verminderen is minimaal. Deze taak ligt echt bij de verpleegkundig specialist, zij doen de medicatie beoordelingen. Een verpleegkundige mag ook geen medicatie stoppen of starten. Dit mag enkel de arts of verpleegkundig specialist. De verpleegkundige moet wel opletten bij het geven van medicatie en wat medicatie doet bij een patiënt. Het is daarom ook belangrijk dat de verpleegkundige weet wat voor medicatie zij geeft aan de patiënt en wat de indicatie hiervoor is en de bijwerkingen die medicatie kan geven. Bij deze laatst genoemde punten komen verpleegkundigen nogal eens tekort, is de mening van de verpleegkundig specialisten. Velen van hen geven aan dat verpleegkundigen vaak niet weten wat voor medicatie zij geven aan de patiënt, dit hoort wel zo te zijn.

#### Hoe wordt polyfarmacie tegen gegaan door de verpleegkundig specialisten?

Polyfarmacie wordt tegen gegaan door de verpleegkundig specialisten te laten werken met de START/STOP-criteria. Deze moet minimaal één keer per jaar uitgevoerd worden bij iedere patiënt. Dit wordt door alle verpleegkundig specialisten gedaan. Hierbij wordt gekeken of de patiënt onder- of overbehandeld wordt, door de START/STOP criteria wordt er bepaalde medicatie gestart of gestopt. Deze handelingen worden vaak samen met de arts en/of apotheker gedaan. Eén verpleegkundig specialist in de acute zorg werkt niet met de START/STOP criteria, zij schrijft vooral medicatie voor in de acute fase. Hierbij wordt dan ook niet gekeken naar andere medicatie die de patiënt al heeft, maar vooral wat de patiënt op dat moment nodig heeft. De MDR polyfarmacie bij ouderen geeft aan dat het belangrijk is om te streven naar vijf of minder medicijnen. Dit is volgens de verpleegkundig specialisten vaak niet mogelijk, omdat ze vaak meer medicatie nodig hebben. Zij vinden het allemaal het belangrijkste dat patiënten comfortabel zijn, het maakt dan niet uit hoeveel medicatie zij hiervoor nodig hebben. Wel wordt er hierbij gestreefd naar een zo laag mogelijk aantal.

#### Wat zijn de ervaringen van verpleegkundig specialisten bij het verminderen bij ouderen van polyfarmacie in de regio Zeeland?

De ervaringen van verpleegkundig specialisten zijn overwegend positief bij het verminderen van polyfarmacie. Zij vinden de medicatiebeoordelingen leuk en nuttig om te doen. Daarnaast is er goed contact met de apotheker en de arts, hier wordt dan ook nauw mee samengewerkt. De verpleegkundig specialisten geven aan dat zij alleen medicatie starten en stoppen waarvoor zij zich bekwaam voelen. Wanneer zij zich niet zo voelen dan wordt er altijd overlegd met een arts. Scholing voor hen vinden zij niet nodig, wel is het belangrijk dat de eigen kennis wordt opgefrist en deze blijft ontwikkelen. Het contact met de eerste- en tweedelijns artsen is goed, deze mogen altijd gebeld worden. Wel geven de verpleegkundig specialisten aan dat ze het soms lastig vinden om medicatie te stoppen die door hen is gegeven aan de patiënt. De verpleegkundig specialisten denken dat deze artsen vaak alleen naar hun eigen vakgebied kijken en niet verder naar de andere medicatie van de patiënt. Hierdoor ontstaan vaak grote medicatielijsten. Tot slot zit er een groot verschil in de tijd die verpleegkundig specialisten steken in de medicatiebeoordelingen. Iedere verpleegkundig specialist bereid deze ook anders voor en voert deze anders uit. Wel hebben alle verpleegkundig specialisten veel patiënten waarbij deze medicatiebeoordelingen gedaan moeten worden.

### De centrale hoofdvraag

#### De ervaring van de verpleegkundig specialist om polyfarmacie te verminderen in Zeeland en de rol van de verpleegkundige binnen dit proces.

De conclusie van dit onderzoek is dat de ervaringen van verpleegkundig specialisten goed zijn bij het verminderen van polyfarmacie. Wel zijn er nog een aantal aandachtspunten belangrijk. Zo hebben verpleegkundig specialisten plezier in wat ze doen en vinden het nuttig werk. Maar ze hebben niet heel veel tijd om de grote hoeveelheid patiënten te beoordelen op hun medicatie. Daarnaast zijn de enige die medicatie beoordelingen doen verpleegkundig specialisten in het verpleeg- of verzorgingshuis. In de thuiszorg of in het ziekenhuis wordt hier niet mee gewerkt. De verpleegkundig specialisten denken dat de huisarts hier geen tijd voor heeft door zijn grote hoeveelheid patiënten en het kleine tijdsbestek per patiënt. In het ziekenhuis zijn de eerste lijn artsen vooral geïnteresseerd in hun eigen vakgebied en kijken hierbij niet naar de medicatie van andere disciplines. De rol van de verpleegkundige bij het verminderen van polyfarmacie is minimaal. Zij hebben hier geen specifieke taken in. Wel hebben zij een alarmerende functie wanneer er bijwerkingen ontstaan van medicatie of wanneer de patiënt medicatie niet meer kan innemen. Hiervoor is het dus belangrijk dat de verpleegkundigen weten wat voor medicatie zij de patiënt geven. Hier wordt door de verpleegkundig specialisten vaak aan getwijfeld. Het verminderen van polyfarmacie krijgt steeds meer aandacht, met als gevolg dat er controle komt op de medicatielijsten van patiënten. Helaas wordt er alleen door de verpleegkundig specialisten en artsen in het verpleeg- verzorgingshuis veel aan gedaan. In andere zorginstellingen, thuiszorg, ziekenhuis en huisartsenpraktijken blijkt dat er nog veel moet gebeuren om ervoor te zorgen dat hier polyfarmacie ook zo goed mogelijk wordt voorkomen.

# Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de opleiding Bachelor Verpleegkunde en voor vervolgonderzoek.

#### Aanbeveling voor de praktijk

Een aanbeveling die voor de praktijk belangrijk is, is dat er meer aandacht komt voor polyfarmacie dat buiten het bereik ligt van de verpleegkundig specialist in een verpleeg- of verzorgingshuis. Hiermee wordt er bedoelt dat er binnen de huisartsenpraktijk of binnen het ziekenhuis gekeken wordt wat er gedaan kan worden aan polyfarmacie. Dit kan extra personeel zijn die de artsen of verpleegkundig specialisten ondersteunen bij het beoordelen van medicatielijsten. Sommige specialisten moeten nu zelf de herhaalrecepten van hun eigen voorgeschreven medicatie gaan accorderen. Dit zorgt voor meer controle. Maar of dit de oplossing is, is nog niet onderzocht.

#### Aanbeveling voor de opleiding Bachelor Verpleegkunde

De opleiding Bachelor Verpleegkunde zou meer onderwijs kunnen geven over medicatie en de gevaren van polyfarmacie. In Nederland, maar zeker in Zeeland wordt de vergrijzing een probleem. Dit betekent meer oudere mensen, dus meer ziekten en dus meer zorg, met als gevolg meer medicatiegebruik. Polyfarmacie is één probleem dat veel problemen kan veroorzaken voor ouderen, maar deze kunnen voorkomen worden door betere oplettendheid en kennis van de verpleegkundige. Door meer kennis van de verpleegkundige over medicatie kunnen zij ook een rol spelen in het signaleren van problemen of het signaleren van een enorme medicatielijst. Ook kunnen zij, met meer kennis, foute en/of onnodige medicatie onderscheppen in een medicatielijst.

#### Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek zou er onderzoek gedaan kunnen worden naar hoe andere disciplines denken over polyfarmacie en wat zij kunnen doen om dit tegen te gaan. Bijvoorbeeld hoe denkt een huisarts hierover en wat heeft hij/zij nodig om meer tijd te krijgen voor medicatiebeoordelingen. Ook zou er gekeken kunnen worden of er in een huisartsenpraktijk een verpleegkundig specialist kan komen voor medicatie beoordelingen en andere taken. Of kan de apotheker hier een grotere rol in gaan spelen. Daarnaast kan er meer onderzoek gedaan worden naar de ervaringen van verpleegkundig specialisten bij het verminderen van polyfarmacie.

# Bronnenlijst

Balen, J. v., Damen-van Beek, Z., Nelissen-Vrancken, M., & Verduijn, M. (2012). *Eindverslag Implementatie- en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen.* Opgehaald van Nederlands Huisartsen Genootschap: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\_org/uploads/2013-12-19\_rap\_polyfarmacie\_zonmw\_20131210\_printversie.pdf

Gezondheidszorg, I. v. (2015, Mei 8). *Vastgestelde handhavingsnormen medicatiebeoordelingen.* Opgehaald van Inspectie van Gezondheidszorg: https://www.igz.nl/Images/2015%20Vastgestelde%20Normen%20Medicatiebeoordeling\_tcm294-366341.pdf

Heerdink, E. (2002). Polyfarmacie bij ouderen in Nederland. Een overzicht van beschikbare gegevens. *Pharma Weekblad*, 137-173.

Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 1277-1288.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie. (2015, November 23). Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Pharmacy world of science*, pp. 46-53.

Leendertse, A., Bemt , P. v., & Egberts, T. (2006). *Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames.* Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Lemmens, L., & Weda, M. (2013). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico’s en mogelijke interventiestrategieën.* RIVM.

Martial, L., Mantel-Teeuwisse, A., & Jansen, P. (2013). *Priority Medicines for Elderly.* Utrecht: WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Policy and Regulatio.

*Medicatiebeoordeling en polyfarmacie.* Inspectie van Gezondheidszorg, Utrecht (2017). Opgehaald van Inspectie voor de Gezondheidszorg: https://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/medicatieveiligheid/focus\_op\_verantwoord\_voorschrijven/medicatiebeoordeling\_en\_polyfarmacie/

Nederlands Huisartsen Genootschap . (2012). *Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen.* Opgehaald van Nederlands huisartsen genootschap: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\_org/uploads/polyfarmacie\_bij\_ouderen.pdf

Nelissen, M., & Schouten, B. (2009). *Periodieke medicatiebeoordeling in zorginstellingen.* Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Otterloo, A. v., & Meiland, F. (2016, Apri). Medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis? Doen! *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*. Opgehaald van Medicatiebeoordelingen in het verpleegtehuis? Doen!

Rijke, J. (2016, Januari). Het praktijkgerichte onderzoek. *Studentenhandleiding*. Vlissingen, Zeeland: HZ University of Applied Sciences.

Sinnige, J., Braspenning, J., Hek, F., Stirbu, I., Westert, G., & Korevaar, J. (2016). *Bij ieder huisarts evenveel pillen?* Utrecht: NIVEL.

V&VN. (2016). *V&VN.* Opgehaald van Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige: http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Beroepsprofiel%20hbo-opgeleide%20verpleegkundige.pdf

Verdoorn, S., Kwint, H.-F., Faber, A., Gussekloo, J., & Bouvy, M. (2015). *Majority of drug-related problems identified during medication review are not associated with STOPP/START criteria.* Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Clinical Pharmacology.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? .* Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.

Wallenburg, D., Janssen, M., & de Bont, D. (2015). *De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. .* Rotterdam: Instituut Beleid en Managment gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam.

# Bijlages

## Bijlage 1 Topiclijst met vragen voor de interviews

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Topics | Vragen | Doorvragen |
| Tijdsbestek | Hoelang duurt een medicatiebeoordeling? | Zijn hier minuten voor uitgetrokken? Verschilt dit bij patiënten en waar licht dit dan aan? |
| Aantal medicatiebeoordelingen per jaar | Hoe vaak wordt er bij u medicatiebeoordelingen gedaan per patiënt? | Verschilt dit ook nog per patiënt?  Bij nieuwe patiënten, worden zij ook vaker gecontroleerd? |
| Rapportage | Hoe wordt er gerapporteerd? | Heeft u hier nog aanbevelingen voor? |
| Tweede- en eerste lijn artsen | Werken artsen ook nog mee bij medicatiebeoordelingen in jullie organisatie? | Hoe wordt er gecommuniceerd tussen de verschillende beroepen? Hoe werkt het tussen de verschillende beroepen? Overleggen zij ook? |
| Scholing | Heeft u hier een scholing voor gevolgd? | Was dit nodig? Raad u dit andere mensen aan? Vindt u dit noodzakelijk? |
| Verpleegkundige en  Verpleegkundige specialisten | Wat doen verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in het proces van medicatiebeoordelingen? | Wat zijn hun verantwoordelijkheden?  Wat mogen zij wel en niet? Is dit te veel of te weinig uitdaging? |
| Werkwijze | Gebruiken jullie MDR-polyfarmacie? | Gebruiken jullie nog andere richtlijnen? Vindt u deze volledig en correct? |
| Wijzigingen in het medicatiebeleid | Bereikt het medicatiebeoordelingen het verminderen van medicatie? | Waarom wel en niet? Worden er veel nieuwe gestart of gestopt? |

## Bijlage 2 Uitgewerkt interview

~~Goedemiddag, ik doe mijn scriptie over de ervaringen van verpleegkundige en verpleegkundige specialisten bij het beoordelen van medicatie met polyfarmacie. En mag ik dit interview opnemen van u?~~

~~Ja dat mag.~~

~~Oké, weet je wat het inhoudt, ik denk je dat het een grote zaak is binnen jullie werk is?~~

~~De review bedoel je? En dat bedoel je die met de apotheker?~~

~~Ja, eigenlijk het hele aspect met overleg, met de artsen, de apotheker, met de patiënten. En als eerste vraag hoe werkt dat bij jullie? Hebben jullie daar een speciaal systeem voor?~~

Ja, we hebben natuurlijk de START-/STOP criteria he die wij als verpleegkundig specialisten en artsen na horen te lopen. En verder moet je één á twee keer per jaar een medicatiereview doen met de apotheker en als het goed is heb je dan al voor werk gedaan met je STOP-/START criteria om de lijst dan zo klein mogelijk te maken en dat is dan wat er gebeurd.

~~Oké. Je zegt één á twee keer per jaar.~~

Normaal gesproken één keer per jaar voor iedere patiënt.

~~Oké en voor hoeveel patiënten doet u de medicatiebeoordelingen?~~

Ik heb 62 patiënten in M. en 52 hier en 12 ervan zijn herstelzorg dus die krijgen dat niet. Dus dat is in totaal 102 patiënten. Dus dat is heel veel ja.

~~Dat is inderdaad veel als je dat allemaal alleen moet doen?~~

Ja wel, maar ik doe dat samen met de dokter he.

~~Ja, maar de dokter heeft daar dan ook wel tijd voor om naar te kijken.~~

Ja dat is wel de bedoeling. Het probleem is gewoon dat we niet consequent de STOP/START-criteria naleven. En moeten dat in de praktijk veel meer gaan gebruiken. Ik heb net al een heel overzicht gemaakt van alle mensen, dat hebben we gekoppeld aan de Zorg leef plan gesprekken, wat twee keer per jaar plaats vindt. Zodat wij van tevoren de medicatielijst door hebben genomen samen en die criteria ernaast leggen en zodat je als je met de apotheker zit, je niet meer van alles tegenkomt dat wat wij al hadden moeten weten.

~~Dus eigenlijk zijn de MDO’s denk ik dat het zijn?~~

~~Nee, Zorg leef plan gesprekken, ja.~~

~~Die zijn altijd voor medicatie beoordelingen?~~

~~Nee, de medicatiebeoordelingen doe ik daar aan vooraf. Dus dan kijk ik het dossier na, klopt het allemaal. Maar ook de medicatielijst van is voor alles een indicatie en moet er wat bij en af of niet.~~

~~En overleg je dat dan ook samen met patiënten?~~

Ja, dat doe ik altijd in het zorg leef plan gesprek zelf. Alleen hebben we natuurlijk een heel groot gedeelte psychogeriatrie daar valt dat niet echt te overleggen met de patiënt, of ze moeten nog wilsbekwaam zijn, maar dat komt niet zo vaak voor. Bij somatiek ga ik voor af gaand aan een gesprek even bij iemand langs en neem ik altijd de medicatielijst mee. Van goh u gebruikt dit en dat nog allemaal, weet u daarvan? Moet er nog iets veranderd worden?

~~Zijn er veel mensen bij jullie of die onder jou vallen met polyfarmacie?~~

~~Ja, als je uitgaat van vier of meer, dan zijn er heel erg veel. Bijna iedereen wel denk ik.~~

En denk je dat het haalbaar is, want de richtlijn zegt wel om te proberen onder de vijf te zitten. Denk je dat dat haalbaar is voor patiënten?

Nee, bijna niet. Er is natuurlijk vroeger ook al polyfarmacie, een jaar of 10 geleden was het al iedereen heeft te veel pillen en dat moet terug. En de laatste jaren zie je natuurlijk een verandering dat er eigenlijk wordt gekeken of er niet wat bij moet. Het is een beetje aan het draaien, zo slecht zijn veel pillen soms niet. Als het maar voor een goede indicatie is, voor de juiste reden en er moet elk jaar naar gekeken worden is het nog nodig.

En denk je zeker met die START/STOP-criteria dat er veel wordt gestopt of wordt er ook veel gestart?

Ik denk dat het tegenwoordig met de laatste inzichten gelijk is. Natuurlijk zit je op een gegeven moment met leeftijd en moet je kijken bij een hoge bloeddruk, heeft het nog wel winst dat wij al die medicijnen geven. Waar mensen juist ook weer andere klachten van kunnen krijgen, dus er wordt heel veel gekeken van heeft iemand wel die hoge bloeddruk, die die veertig jaar terug had. Dus we hebben dat in Middelburg de laatste keer gedaan, hebben we bij een stuk of tien mensen de antihypertensiva langzaam afgebouwd en dan zie je toch bij 8 van de tien dat het gewoon stabiel blijft. Alleen die twee die ontregel je wel. Dus het is altijd wel een beetje tricky.

Dus jullie proberen daar wel veel in?

Ja wel, sinds kort zijn we daar veel actiever mee bezig. Ja.

Hoe komt dat denk je?

Ja volgens mij was er een van de dokters op bijscholing geweest. Hahaha. Ja daar komt het op neer.

En denk je dat het met echte bijscholing nodig is?

Jazeker. Ja, alleen ik vind het vooral ook een hele bewustwording. Iemand komt binnen met die medicatielijst en leg je de lijst met voorgeschiedenis ernaast en dan heb je heel vaak van jezus. Waarom gebruikt hij al die pillen, want dat staat er helemaal niet bij in de voorgeschiedenis. Vooral bij opname, moet je heel kritisch kijken, of iemand iets al heel lang omdat hij het alleen maar al heel lang gebruikt. ~~En dat is vooral ook bij pillen tegen onrustigheid bijvoorbeeld. Als mensen onrustig zijn geweest thuis dan krijgen ze al snel Haldol en Ketapine en al die ellende. Maar als ze bij ons komen wonen gaat heel vaak die onrust eraf en dan zie je dat vaak die medicijnen maar blijven staan, maar helemaal niet meer nodig zijn.~~ En dat vind ik wel echt polyfarmacie, iemand overdoseren met psychofarmica wat helemaal niet meer nodig is. Daar zijn we wel al langer tijd mee bezig.

Ehmm denk je net als de gewone verpleegkundige en verzorgende op de afdeling, dat zij daar echt op letten? Bijvoorbeeld naar de medicatielijst van patiënten kijken?

Nee, dat geloof ik niet echt. Ik krijg wel eens een vraag van gohh die patiënt heeft zooo veel, kan daar niet wat af. Maar echt bewust daar opletten, dat gebeurt niet. Dat ligt echt wel bij ons.

En net als een nieuwe verpleegkundig specialist, krijgt die ook scholing over polyfarmacie en de medicatiebeoordelingen?

Ehm ja het zit sowieso in je opleiding. Het is in ieder geval niet makkelijk. Ik doe het liefst de reviews ook altijd graag samen met de arts. Die weten zoveel meer dan wij, dat kan je niet vergelijken. Dus dat.

En hoeveel tijd steek je daar ongeveer in? Voor één patiënt bijvoorbeeld, het is natuurlijk heel verschillend.

Ja wij hebben één keer per jaar de medicatiereview en dat duurt ongeveer twee uur per huis. En de voorbereidingstijd daar ben ik wel een uur of vier vijf mee bezig.

~~En hoeveel patiënten zitten er in één huis?~~

~~Ja daar 52 en hier 40.~~

Ow oke. Jullie doen dat eigenlijk bij iedere patiënt die binnen komt en daarna ieder jaar?

Ja ieder half jaar.

En hebben jullie daar ook nog speciale manier voor om daarover de rapporteren?

Ik zet altijd in het dossier voorbereiding voor Zorg leef plan gedaan en medicatie beoordeeld en wat ik gedaan heb. Niet de hele gedachte der achter, maar gewoon wat is er veranderd.

En dat kan de apotheker en de verpleegkundige, iedereen kan dat lezen?

De verpleegkundige en zorg, maar niet de apotheker die zit niet in ons systeem.

Ehm doet u ook medicatie starten dan? Of is dat echt met overleg met de arts?

Ja.. dat ligt een beetje aan je eigen vakkennis en dan heb je het over wat een verpleegkundig specialist. Wat je net zegt met die bloeddruk medicatie dat komt omdat die dokter dat is gaan doen. Ik zit daar niet zoveel aan. Ik heb gewoon bij cardiale medicatie is voor mij een grens. Dat doe ik niet zelfstandig, hoe simpel het soms ook kan zijn, dat doe ik samen. Maar die psychofarmica daar zit ik veel meer in en ervaring mee dus daar zit ik mee boven op. Maar echt schildkliermedicatie, cardiale medicatie dat doen we altijd even afstemmen.

Dus je hebt dan ook veel contact met de arts?

Ja.

En die zit ook bij de medicatiebeoordelingen met de apotheker?

Nee, die zit er wel bij. Dat wil ik ook gewoon dat hij daar liever bij is~~. En dan krijg je veel beter interactie. Als de apotheker iets vraagt, kan ik wel zeggen wat hij mankeert en de nierfunctie is en hoe ik het zie. Maar de arts heeft daar veel meer input op en zit er dus altijd bij.~~

~~En denk je dat er in 2005 is er een nieuwe richtlijn gekomen voor polyfarmacie en denk je dat dat veel veranderd heeft?~~

Ik denk dat het wel bewustwording heeft gecreëerd. Maar niet alleen in het minder slikken van pillen, maar ook in het kijken van heeft iemand wel alles wat hij nodig heeft. En heeft iemand als die binnenkomt vitamine D, wat iedereen hoort te krijgen. Dat zijn wel dingen waar veel meer op wordt gelet. Slaapmedicatie kijken we altijd naar is dat nog wel nodig, want het werkt vaak niet meer naar verloop van tijd. Wat ik vind waar ik vaak tegen aanloopt is vaak familie. Die vindt het moeilijk dat we dingen stoppen, dan heb je het over polyfarmacie, mag het niet een pilletje minder. Maar als je dan wilt minderen, dan vindt men het heel moeilijk. Net als voor het cholesterol, dat heeft geen zin als je 93 bent en een levensverwachting van één twee jaar hebt, en dan willen we dat stoppen, maar familie vindt het vaak moeilijk, ondanks de uitleg.

Oke, zelf na uitleg nog steeds?

Ja zelf dan, ik leg dan uit hoe het werkt en hoeveel jaar termijnen en hoe het echt helemaal werkt. En dan ga je natuurlijk heel ver, maar met hoeveel patiënten moet je behandelen voordat er één winst is. Bijna iedereen slikt hier acetylsalicyzuur, maar er zijn maar zo weinig mensen die er dan ook baat bij hebben, dus moet je het dan altijd blijven slikken.

Dat werkt dus niet altijd.

Nee dat werkt niet altijd en is ook niet altijd vanuit medische oogpunten. Maar vaak ook familie en patiënten die niet durven om medicatie niet meer te gebruiken. En ik ga er geen heel probleem van maken, als iemand niet wilt, nou dan blijf je het lekker slikken.

En hoe denk je dat de communicatie is tussen jou en de artsen en apotheker?

Met de arts is prima, en ehm met de apotheker heb ik niet zo heel veel contact mee, één keer per jaar dan en dan verloopt dat prima en je mag hem ook altijd bellen, maar over het algemeen doe ik veel meer zaken met de apothekersassistente. Dat gaat prima, ja.

Prima en hebben jullie hier ook een protocol binnen de organisatie, voor de medicatiebeoordeling?

Ja en een farmacotherapeutisch overleg wat regio breed is en daar is een document opgesteld. Hoe we hier mee om moeten gaan en dat wordt als het goed is door alle organisaties nageleefd. Het zit ook in het kwaliteitshandboek.

~~En is die ook up to date?~~

~~Ja zeker.~~

Dat is wel prettig. Je zei dat één keer per jaar voor iedere patiënt? Denk je dat dat genoeg is?

Als wij onze STOP/START criteria naleven wel, ja.

~~Mensen blijven hier natuurlijk echt wel nodig, dus die zijn hier heel lang?~~

~~Ja de rest van hun leven in feite en dat is natuurlijk die termijn is. Vroeger was die veel langer, mensen komen nu veel slechter zeg maar binnen. Waardoor de tijd dat zij nog te leven hebben, niet meer zo lang. Dat is vaak twee of drie jaar en ja. Medicatie werkt natuurlijk ook op de lange termijn, zeker preventieve medicatie~~.

~~En denk je dat dat vaker nodig is? Of denk je dat dat echt patiënt afhankelijk is?~~

~~De review?~~

~~Ja.~~

Nee ik denk niet dat die vaker nodig is. Als je goed samenwerkt met de arts en je kijkt ieder half jaar die lijst na dan is dat goed. Maar straks dan, het is nog maar net deze week veranderd, dan gaan we alle herhaalrecepten accorderen. Vroeger deed de doktersassistent dat altijd, iemand heeft tien pillen en als ze op zijn, vraag de doktersassistent ze weer aan bij de apotheek. En vanaf nu moet de arts dat gaan accorderen. Dus dan krijg je veel meer controle over wat iemand nou eigenlijk gebruikt en moet dat nog wel doorgaan. Normaal, nu , kijk je er naar een half jaar naar, maar straks wordt dat gewoon structureel, dat je alle pillen waar de vervolg, herhaalrecepten moeten accorderen. Dus er komt meer toezicht is, dus dan zit je eigenlijk, dan is het zeker goed.

~~Dus dan ga je eigenlijk onbewust vaker naar kijken.~~

~~En moet je veel meer nadenken, van goh die patiënt heeft hydrochloorthiazide en heeft een cholesterolverlager en moet dat dan nog wel, dus dat.~~

Denk je dat je ehmm ik vind het best wel veel patiënten die onder je vallen en dat is dan alleen voor jou alleen nu, denk je dat je genoeg tijd hebt om die allemaal of krijg je daar tijd voor?

Dat staat een beetje los van de medicatiereview hoor. Maar als je landelijke gemiddelde ziet dan is het een hele bups mensen, maar ik heb er in het begin moeite mee gehad. Maar heb daar nu wel de modus in gevonden. En ik denk als ik het helemaal wil uitzoeken en met de richtlijn ernaast en goed die medicatielijsten doornemen dan heb ik veel meer tijd nodig. Maar daarom doe ik het ook samen met die dokter, omdat die veel meer kennis paraat heeft. Die kijkt door die lijst en die kan heel snel zeggen van dit en dat niet zo, maar ik moet zoeken. Dus wat dat betreft als je het helemaal bij mij zou laten dan zou het heel lang duren. Maar goed als je heel goed samenwerkt en ieder half jaar samen naar die lijst kijkt dan komt goed aan het eind. Maar dat vraagt wel heel veel van de VS, want de dokter doet dat niet.

Nee. Maar wel fijn dat hij zo wil samenwerken, ja wel.

Dat wilt hij wel, als ik het maar voor zijn neus leg.

~~En hoe zit het met patiënten die binnen komen, je zei dat sommige patiënten echt een waslijst hebben aan medicijnen en dat heb ik ook wel al vaker gehoord. Dat er ook verpleegkundig specialisten zijn, die kunnen zien van welke huisarts een patiënt afkomt.~~

~~Ja, zo ja, nee dat weet ik niet, nee.~~

Je begon net al over specialisten net eventjes, maar denk je dat daar ook heel veel medicatie vandaan komt en vind jij dat niet lastig om die te stoppen?

Nee, dat doe ik ook niet. Als ik niet weet waar het overgaat, of wat het precies inhoudt, dan doe ik dat helemaal niet. Je ziet natuurlijk wel als mensen heel veel bij specialisten zijn geweest, iedereen start wat. En dan is het natuurlijk wel aan de huisarts, om dat overzicht te bewaken en dat mis je weleens een beetje. Ook huisartsen doen natuurlijk review, maar af en toe van he. En als iemand 10 á twintig jaar geleden depressief is geweest slikken ze soms nog antidepressiva en dan denk ik wel van denk ook eens na om het af te bouwen en dat gebeurt hier wel heel veel meer. Ik heb ook drie jaar in een huisartsenpraktijk gewerkt en daar is minder aandacht daarvoor dan in het verpleeghuis. Ik denk dat wij consequenter naar de lijst kijken dan de huisarts dat doet.

En het ziekenhuis?

Nee ik vind dat zij allemaal alleen maar naar hun eigen dingetje kijken. Je komt bij de specialist en daar krijg je wat van. Maar wat je verder nog slikt daar wordt heel weinig naar gekeken.

En weet jij of daar sowieso naar gekeken wordt in het ziekenhuis?

Nee, ik heb het idee van niet. Maar durf dat niet met zekerheid te zeggen. Ik vind dat er heel veel specialisten op hun eigen eiland medicatie voorschrijven. En misschien nog even kijken van goh heeft het geen interactie met iets anders. Maar voor de rest bemoeien hun zich er niet mee.

Maar hebben zei wil inzicht in de hele medicatielijst?

Ook vaak niet, dat denk ik niet als ik niet de medicatielijst mee geef dan hebben zij hem niet. Dan merk wel eens dat ze het verkeerde voorschrijven, omdat ze nog uitgaan van wat hun nog in de status hebben staan en dan is er al van alles vernieuwd. Maar ze zijn dus afhankelijk van dat wij een goed lijst meegeven. Dus dat ehmm.

Dat vraagt misschien nog wel wat aandacht en verbetering.

Ik denk dat de huisarts systemen met medicatieoverzichten dat die wel gedeeld moeten zijn met het ziekenhuis.

En dat is hier dus nog niet?

Nou, ik heb hier bijvoorbeeld een meneer met Parkinson en die gaat dan naar de neuroloog. En die wijzigt dan iets wat 3 maanden geleden ook al gewijzigd was, ze gaan gewoon van een oud recept uit.

En dan de huisartsen, kan daar wel inkijken? De huisarts kan wel in jullie medicatielijst of dat?

Nee, die is ook afhankelijk of wij een correcte lijst meegeven. En de apotheek heeft wel het overzicht, maar als mensen bij ons komen gaan ze over onze apotheek. Dus als ze van een andere apotheek komen, kan dat weleens lastig zijn voor de huisarts. Maar over het algemeen gaan mensen niet terug naar huis.

Jullie hebben natuurlijk het EPD, dus dat is wel steeds meer in opkomst. Misschien kan dat voor jullie ook wel veel verbetering in zit voor deze problemen.

Ja, ik denk echt dat daardoor veel fouten voorkomen kunnen worden. Door beter inzicht te krijgen, in tegendeel tot de privacy. Ik denk dat het belangrijker is om je gezondheid zo goed mogelijk te hebben dan om een beetje privacy. Een gezamenlijk punt zou ideaal zijn waar iedereen in kan kijken. En helaas is dat er niet.

En hebben jullie de organisatie ook nog scholing over medicatiebeoordelingen, niet alleen voor jullie, maar ook voor anderen?

Nee, we hebben iedere maand een farmacotherapeutisch overleg waar één stuk van ons formularium wordt besproken. Iedere maand kan je daarnaartoe. We hebben een formularium ouderenzorg, waar dan iedere maand hier uit een groep wordt besproken. Dus dat is gewoon fijn.

En dat is voor iedereen binnen de organisatie?

Dat is regio breed. Dus daar komen wij VS’s, artsen van verschillende organisaties.

En is dat ook voor verpleegkundige of verzorgende?

Nee die hebben daar niks mee van doen, het is echt voor de voorschrijvende disciplines.

~~Heb jij zelf ook de hele richtlijn gelezen van de polyfarmacie?~~

~~Nee.~~

~~Haha hij is ook heel lang hoor.~~

~~Ik heb een project gedaan over ouderenzorg aan het Eramus. Toen ik bij de huisartsenpraktijk werkte, toen had ik daar veel meer mee te maken. Toen moest ik echt alle mensen met polyfarmacie in de gaten houden en was ik daar veel meer mee bezig. Maar nu eigenlijk niet, ik ben al lang blij dat ik al die dossiers allemaal door kan spitten en allemaal kan na trekken.~~

En denk je dat er meer kennis over nodig is ook voor de verpleegkundige en verzorgende hierzo?

Ik denk dat het goed is dat een verpleegkundige altijd alert blijft over wat ze geven en klopt dat. Als je denkt hier is iets, dan moet je altijd een dokter of VS inschakelen. Maar ik denk dat je het overkoepelende echt bij ons moet laten. Ik denk dat dat de verantwoording sowieso, dat dat bij de medische dienst hoort te liggen.

~~Denk je dat er kennis genoeg is over polyfarmacie?~~

~~Dat kan je niet algemeen zeggen, bij sommige denk ik van gohh jij bent goed op te hoogte. Maar meestal, het is niet onaardig bedoeld, maar dan merk ik dat die kennis er absoluut niet is. Geen idee wat ze geven, alles is gebaxterd, alles in zakjes. Wat geef je nou eigenlijk geen idee. Ik moet zeggen toen ik zelf nog werkte als verzorgende wist ik dat ook allemaal niet. Ik vind dat je dat sowieso niet krijgt in de opleiding. Tegenwoordig in de HBO-V krijg je veel meer.~~

~~Ja, maar ook niet heel veel over medicatie.~~

~~Nee niet veel, dus wat kan je dan verwachten, dat iemand dat allemaal na een paar jaar weet. Nee, dat is echt aan jezelf om die kennis bij te spijkeren. En ik zie zelf weleens dat woningen zelf lijsten maken, van wat welke patiënt gebruikt en waarvoor dat is. Dat vind ik geweldig, dan weet je tenminste wat je een patiënt geeft. Als een patiënt dan veranderd, dan kan je dat misschien relateren aan de pillen, maar dat is misschien wat te hoog gegrepen en dat hoeft ook niet, zeker nu niet, daar is geen tijd voor. Maar dat is wel iets waar veel meer in mogelijk kan zijn, maar echt altijd weten, wat geef ik aan de patiënt, waarom en wat zijn de interacties. Dat kan niet.~~

~~Hahaha~~

~~Nee dat is wel waar.~~

~~Ja, je hebt wel meer te doen. Als je ergens nieuw kwam moet je alle medicatie lijsten uitwerken en kijken wat alles was.~~

~~Ik moest dat ook altijd wel leren, toen ik aan de opleiding voor verpleegkundig specialist deed heb ik dat ook allemaal zo geleerd. Dus langzaamaan ga je dan steeds iedere keer een lijst doornemen en alles erbij zoeken en hoe werkt het. En dan op den duur ga je een beetje kennis krijgen van een gedeelte van het formularium en daar hou ik mij ook mee bezig en de rest vraag ik gewoon aan de dokter.~~

Ik denk dat ik nu wel al een heleboel heb nu. Als ik je zo hoor, denk ik dat je ervaringen vrij positief zijn.

Ja ik vind het ook fijn voor mijzelf, daar is het niet voor bedoeld, maar ik word er heel veel wijzer van ook voor mijzelf. Je hoort de arts bezig met de apotheker, dus ik vind het voor mijzelf heel fijn. En kijk voor de patiënt is het natuurlijk gewoon goed. En ik denk dat we er nog veel meer bezig mee moeten zijn.

En op welk gebied dan?

Met die voorbereiding, ik denk dat dat nog veel actiever kan. Wat zijn de STOP/START criteria, bij welke pil geldt dat, welke richtlijn zit daarachter. Daar is vaak gewoon geen tijd voor. Het wordt doorgenomen, in de ratrace van dat wordt daar wel naar gekeken, dus dat is wel al meer dan vroeger, maar echt dingen goed uitzoeken, daar is geen ruimte voor.

Hoe zou dat volgens jou verbeterd kunnen worden?

Ja ik denk dat je dat zelf moet doen, dat is je eigen verantwoording. Om beter uit te zoeken van ik doe nu die tien patiënten, ik ga kijken wat ze slikken en waarvoor. En wat dat voor consequenties kan hebben of interacties, dat moet je zelf bij gaan houden, dat kan je niet van een ander leren. Dat is bij de dokter ook, je hebt gewoon dat grote boek nodig om dingen op te zoeken wanneer je iets niet weet. En dat is verantwoording nemen voor je eigen vak. Maar bijscholing is lastig, want het is zo breed en daar heb je denk ik ook de apotheker voor dus heb gewoon veel overleg voor nodig. Dus bel elkaar op wanneer je iets niet weet en ik denk ook wel dat dat gebeurt.

~~Ik denk niet dat er overal zo’n goede samenwerking.~~

~~Ja, zeker, maar dat is hier ook niet altijd zo geweest, maar de laatste jaren is dat wel veel beter gegaan.~~

Uit onderzoeken blijkt dat erg lastig te zijn, zeker de communicatie tussen éérste en tweede lijns zorg en apotheker, dat het daar gewoon vaak mis gaat.

Dat zie je toen ik bij de huisarts werkte ook, daar zou ik nu nog wel veel verbetering in kunnen zien. Ik denk dat we daar hier nog meer bovenop kunnen zitten. Maar de huisarts heeft misschien wel 1000, 2000 patiënten dat is gewoon zo veel. Kijk die mensen hebben lang niet allemaal polyfarmacie, maar dat vergt wel veel van de huisarts, om dat allemaal bij te houden.

~~Ja, zeker. Daar is ook vaak helemaal geen tijd voor natuurlijk.~~

~~Wij hebben natuurlijk gewoon richtlijnen die toch al wat genuanceerder zijn, moet je nog wel zo veel met een 85 jarige, die fors dement is. De huisarts heeft natuurlijk veel meer standaarden war hij zich aan moet houden. Is alles opgevolgd en bekeken.~~

~~Maar daar zou dan eigenlijk een apart iemand voor moeten zijn?~~

~~Dat onderzoek wat ik toen deed, ging natuurlijk ook om de keten ouderenzorg, die daarna is opgezet. Dus daarbinnen is wel al van alles gebeurd, zoals een praktijkondersteuner, ik weet ook niet of die ook medicatielijsten bekijkt. Maar daar zou nog wel winst te behalen zijn.~~

~~Hartstikke bedankt.~~

~~Graag gedaan.~~

## Bijlage 3 Analyse van de interviews

|  |  |
| --- | --- |
| Interview | Label |
| Verpleegkundig specialist verpleeghuis | 1 |
| Verpleegkundig specialist verpleeghuis | 2 |
| Verpleegkundig specialist verpleeghuis | 3 |
| Verpleegkundig specialist verpleeghuis | 4 |
| Verpleegkundig specialist Eerste hart hulp | 5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Topic | Fragm-  ent | Code + lading |
| Rol van verpleegkundig specialist, rol verpleegkundige | 1.13  1.34  1.35  2.7  2.22  3.7  3.13  4.8  5.1  5.4  5.13 | Oplettendheid verpleegkundige (-)  Scholing over formularium alleen voor voorschrijvende disciplines (-)  Verpleegkundige moet alerter zijn op wat zij geven (-)  Wanneer er iets niet klopt, dit als verpleegkundige aangeven (+)  Medicatie starten en stoppen waar ik verstand van heb, de rest in overleg met de arts (+)  Verpleegkundigen kijken kritisch naar de manier van inname (+)  Verpleging weet niet altijd wat ze geven (-)  Verpleging kijkt niet naar medicatielijst in zijn geheel (-)  Verpleegkundigen zijn soms kritisch (+)  Nieuw EPD werkt beter qua rapporteren voor verpleegkundige en verpleegkundig specialist, dit kan nog wel beter (+)  Er wordt door verpleging niet naar medicatielijsten gekeken (-)  Komen wel met goede aandachtspunten (+)  Medicatie voorschrijven bij en tijdens opname patiënt, moet worden geaccordeerd door arts (+)  Medicatie voorschrijven, stoppen of aanpassen altijd in opdracht van arts (+)  Sommige verpleegkundigen kijken kritisch mee naar medicatielijst, sommigen weten niet wat ze geven (+/-) |
| Tijdsbestek | 1.15  1.29  2.2  2.3  2.20  3.9  4.1  5.3 | Twee uur per huis ongeveer 48 patiënten, voorbereidingstijd vier of vijf uur (+/-)  Landelijke gemiddelde is lager, het is best veel (-)  Vijftig patiënten (+)  Vijf á zes uur per afdeling met voorbereiding erbij (+/-)  Elke patiënt is anders en geen tijd aan te plakken (+/-)  Ik heb wel werkdruk, maar ik kan rustig aandoen om  de medicatielijsten door te kijken (+)  Medicatiebeoordelingen met apotheker kosten veel tijd, per unit halve dag, en daarna nog uitwerken en gesprekken(+/-)  Per patiënt heel verschillend (+/-)  Verschil in tijd voor de beoordelingen erg verschillend (-)  Te weinig tijd om binnen twee uur 100 patiënten te beoordelen (-)  Tijdsbestek is klein, omdat EPD alles gelijk aangeeft (+) |
| Aantal beoordelingen | 1.2  1.3  1.16  1.27  1.28  2.4  2.5  3.1  3.2  3.10  4.1  4.2 | Eén keer per jaar (+)  102 patiënten per jaar (-)  Bij opname en dan om het half jaar (+)  Bij naleven START/STOP criteria is,  ieder half jaar voldoende(+/-)  Nieuw systeem, arts gaat herhaalrecepten accorderen (+)  Verplicht door de inspectie, één keer per jaar in  onze organisatie(+)  Bij opname en dan om het half jaar (+)  Ieder half jaar medicatiebeoordeling (+)  Elke maand wordt psychofarmaca geëvalueerd (+)  Medicatiebeoordeling wordt gedaan met apotheker,  daarna wordt dit terug gekoppeld aan patiënt/familie (+)  Voor MDO, twee keer per jaar, wordt medicatie  ook gecontroleerd en bij opname (+)  Er wordt vaker dan twee keer per jaar naar  medicatielijst gekeken, bij visite of MDO (+)  Eén keer per jaar medicatiebeoordeling met apotheek(+)  Twee keer per jaar zelf medicatiebeoordeling (+)  Vijftig patiënten, werkt 16 per week (-)  We willen wel twee keer per jaar medicatiebeoordeling doen, maar dit lukt niet altijd (-) |
| Rapportage | 1.17  1.18  1.33  2.11  2.14  3.8  4.10  5.6 | In Zorgleefplan (+)  Beschikbaar voor zorg en arts, niet voor apotheker (+/-)  Medicatielijsten vaak niet beschikbaar voor huisarts of specialist, hangt af van het feit of wij de goede lijst  meegeven (-)  Richtlijn is niet meer up to date, moet er wel komen, probleem voor nieuwe collega’s (-)  EPD voor apotheker, artsen en verpleegkundigen (+)  Rapportages voor verpleegkundigen duidelijk (+)  Verandering in medicatie wordt in EPD gerapporteerd, dit is toegankelijk voor apotheker en zorg (+)  Rapportage in EPD. Evaluatiedata staat hierin en doel van medicatie. (+)  Rapportage kan gezien worden door verpleging, arts en soms teamleider (+)  Hebben een document waar wij alles inzetten, kan worden geopend op afdelingen door verpleging en artsen (+)  Er kunnen ook opdrachten worden geschreven voor andere disciplines (+) |
| Eerste- en tweedelijns artsen | 1.10  1.20/  1.30  1.25  1.31  2.12  2.19  3.4  3.14  4.5  5.7  5.9 | Meer aandacht door bijscholing arts (+)  Veel contact met arts (+)  Communicatie goed tussen artsen en apotheker (+)  Verpleeghuisarts kijkt consequenter naar medicatielijst dan specialist en huisarts (-)  Specialisten starten elk wat, maar kijken niet naar medicatielijst (-)  Nieuwe artsen andere belevingswereld, zitten in behandel modus (-)  Huisartsen vaak te druk om te kijken naar medicatielijsten (-)  Specialisten kijken alleen naar eigen vakgebied (-)  Contact met arts, apotheker en apothekersassistent is goed, er wordt voldoende feedback ook gegeven (+)  Medicatie veranderen van specialist altijd lastig (-)  Ik zie soms welke medicatielijst van welke huisarts komt (-)  Er wordt vaak geen medicatie gestopt van specialisten, altijd eerst overleg (-)  Communicatie met specialisten en huisartsen goed (+)  In het begin was er wel weerstand, zes jaar geleden, dit wordt beter (+/-)  Geen overleg met huisartsen, vooral met specialisten (+/-) |
| Scholing | 1.10  1.11  1.14  1.34  2.12  2.22  3.5  4.9  5.12 | Meer aandacht door bijscholing arts (+)  Niet per se, vooral een hele bewustwording (+/-)  Medicatiereview zit in de opleiding tot verpleegkundig specialist (+)  Iedere maand scholing over formularium ouderenzorg, regio breed (+)  Scholing nodig voor het voorschrijven (+/-)  Scholing voor verpleging gaat vaak niet over medicatie (-)  Geen scholing voor medicatiebeoordelingen, zit wel in opleiding verpleegkundig specialist en geriatrie verpleegkundige (-)  Er moet scholing komen in samenwerking (+/-)  In de opleiding krijg je van alles een snufje en moet je het verder leren in de praktijk (-)  Medicatiebeoordelingen op school moeilijke test (+)  In opleiding krijg je medicatiegroepen, niet meer (-)  Er is niet echt extra scholing, opfrissen is belangrijk (+/-) |
| Werkwijze | 1.1  1.4  1.5  1.6  1.14  1.19  1.21  1.22  1.26  1.28  2.1  2.5  2.6  2.13  3.1  4.1  4.3  4.6  4.11  5.1  5.2  5.5  5.7  5.10  5.11 | START/STOP criteria (+)  Samenwerking met de arts (+)  Geen consequent gebruik START/STOP criteria (-)  Overleg met patiënt of familie voor medicatiebeoordeling (-)  Medicatiebeoordeling in samenwerking met arts (+)  Starten medicatie, vaak in overleg met arts (+)  Arts en apotheker aanwezig bij medicatiebeoordeling (+)  Meer bewustwording na MDR-polyfarmacie (+)  Protocol voor medicatiebeoordeling en document gemaakt in farmacotherapeutisch overleg, regio breed. (+)  Arts gaat herhaalrecepten accorderen (+)  Kritisch kijken naar wat een patiënt mist en kan stoppen (+)  START/STOP criteria (+)  Overleg met familie, goede beargumentatie belangrijk (+)  Geen probleem bij stoppen medicatie specialisten (+)  Arts kijkt over schouder mee bij medicatie starten en stoppen (+)  Richtlijn binnen de organisatie (+)  Medicatiebeoordeling wordt gedaan met apotheker (+)  Medicatiebeoordeling met apotheker en volgens de START/STOP criteria (+)  Er wordt gewerkt aan richtlijn voor medicatiebeoordeling (+)  Bij opname worden niet gelijk wijzigingen gedaan in medicatielijst (+)  Overleg met familie na zes weken o.a. over medicatie, vaak geen idee wat patiënt allemaal slikt (+)  Familie wordt wel vaak als ervaringsdeskundige gezien (+)  Zelf medicatie voorschrijven ligt aan complexiteit, wordt dus wel gedaan (+)  START/STOP criteria en verschillende formats bij medicatiebeoordeling (+)  Medicatie voorschrijven bij en tijdens opname patiënt, moet worden geaccordeerd door arts (+)  Systeem geeft aan interactie aan bij andere medicatie, ik verander de medicatie dan (-)  Altijd overleg met arts over medicatie voorschrijven (+)  Apothekersassistent kijkt of alles klopt (+)  Acute fase, ik schrijf voor, arts controleert, ’s nachts controleren wij elkaar (+)  Overleg met specialisten over medicatie aanpassingen (+)  Er komt een nieuw systeem waarbij de specialist alleen nog herhaalrecepten kunnen accorderen, waardoor er meer controle komt (+)  Er worden geen medicatiebeoordelingen gedaan, dat wordt gedaan in het verpleeghuis. (-) |
| Wijzigingen na medicatiebeoordelingen | 1.7  1.8  1.9  1.22  1.23  1.31  2.6  2.21  3.2  4.4  5.4 | Bijna onmogelijk om onder de vijf pillen te komen, goede reden/indicatie medicatie niet slecht (-)  Meer aandacht, dus wordt er meer gestopt (+)  Actiever bezig met stoppen medicatie (+)  Na MDR-polyfarmacie, niet per se meer stoppen, maar vooral kijken wat iemand nodig heeft.  Familie werkt soms tegen bij stoppen medicatie (-)  Verpleegkundig specialist stopt geen medicatie van specialist (-)  Sommige mensen zijn erg gehecht aan bepaalde dingen, dus soms ga je de discussie aan en soms niet. (+/-)  START en STOP dus je kijkt wat een patiënt kan missen en nodig heeft, comfort van de patiënt het belangrijkst (+)  Ik kijk zelf wel heel kritisch naar de medicatielijsten, zo minimaal mogelijk (+)  Comfort van patiënt moet voorop staan en soms moet dat met behulp van medicatie (+)  Wij schrijven gemiddeld vijf pillen voor (+/-) |
| Ervaringen verpleegkundige specialisten | 1.11  1.24  1.25  1.28  1.29  1.32  1.33  1.36  1.37  2.5  2.9  2.10  2.15  2.16  2.17  2.18  2.23  2.24  3.3  3.6  3.9  3.11  3.12  3.14  3.15  4.7  4.13  5.4  5.7  5.8  5.11  5.13  5.14 | Iemand overdoseren, totaal niet nodig (-)  Negatieve ervaring door familie die medicatie niet willen stoppen, ook na uitleg (-)  Contact met apotheker, apothekersassistent en arts goed (+)  Nieuw systeem, arts gaat herhaalrecepten accorderen, dus meer controle (+)  Goed samenwerken met de arts bij medicatiebeoordelingen (+)  Veel patiënten (-)  Specialisten kijken niet verder dan hun eigen vakgebied qua medicatie (-)  Gezamenlijk EPD zou veel fouten kunnen voorkomen. Gezondheid belangrijker dan privacy. (-)  Van medicatiebeoordelingen leer ik zelf veel (+)  Er moet meer aandacht komen (-)  Meer aandacht bij voorbereiding (-)  Verbetering ligt bij mijzelf, beter medicatie uitzoeken, meer overleg met apotheker (+/-)  Er moet meer gedaan worden aan polyfarmacie bij mensen thuis, hulp huisarts deze heeft 1000/2000 patiënten, medicatiebeoordelingen hierdoor onmogelijk. (-)  Strijd met familie aangaan om medicatie te veranderen wordt niet altijd aan gegaan. (-)  Je streeft naar nul medicatie en naar comfort van mensen. Als iemand comfortabel is met acht of negen pillen, ik vind het veel, maar dan moeten dat er niet minder dan vijf te zijn. (+)  Als iemand gelukkig is met tien pillen, dan is het ook goed (+)  Systeem voor medicatie werkt prima (+)  Aanbevelingen hangen vaak aan arts af of zij hetzelfde idee hebben over de medicatie voor een patiënt (+/-)  Belangrijk om voortdurend kritisch te blijven kijken (+)  Verschil kunnen zien zonder naam, tussen een apotheek houdend huisarts en een niet apotheek houdend huisarts. (-)  Leuk om te puzzelen met medicatie en het is nuttig (+)  Voor meer controle op medicatie thuis zou de apotheek wat meer betrokken kunnen zijn. (-)  In de thuiszorg is aandacht nodig voor polyfarmacie (-)  Bestrijding polyfarmacie kan altijd beter. Wel is er voldoende aandacht (+)  Scholing zou wel goed zijn, vooral voor mensen zonder achtergrond in de ouderenzorg (-)  Medicatiebeoordelingen kosten veel tijd, maar levert altijd op (+/-)  Veel patiënten om medicatiebeoordelingen bij te doen (-)  Richtlijnen zijn goed (+)  Medicatiebeoordelingen moeten meer aandacht en alertheid krijgen in Zeeland (-)  Extra alertheid nodig voor psychofarmaca (-)  Ik kan soms zien wel welke huisarts de medicatielijst afkomt zonder de naam te zien (-)  Positief in het feit dat er meer aandacht komt voor de medicatiebeoordelingen. (+)  Niet echt een specifiek protocol (-)  Belangrijk om goed naar alle medicatie te kijken (+)  Onderwerp waar steeds meer aandacht voor komt, maar we zijn er nog niet (+/-)  Te veel patiënten in te weinig tijd moeten beoordelen (-)  Ik merk dat artsen steeds meer op ons leunen, omdat we cliënten goed kennen en familie (+)  Medicatiebeoordelingen vaak complex, maar wenselijk en dynamisch (+/-)  Complex door verschillende ziektebeelden, familie, allergieën, overgevoeligheden (-)  Samenwerking met apotheek en arts belangrijk (+)  We behandelen geen cijfers maar mensen (+)  Veel afleiding door veel papier werk en neemt tijd in beslag (-)  Veel medicatie bij patiënten (-)  Weerstand in het begin tegen verpleegkundig specialist. Huisartsen niet, verpleegkundigen vinden het wel fijn vooral door de laagdrempeligheid (+)  Verantwoordelijkheid is altijd voor mijzelf, dit is prettig, maar alles gaat in overleg (+)  Er moet meer controle komen op medicatie bij patiënten. (+/-)  Dit zal denk ik niet gaan verbeteren als alleen specialisten nog hun herhaalrecepten moeten accorderen (-)  Thuiszorg is een beetje ondergeschoven kindje op het gebied van medicatiebeoordelingen (-)  Persoonlijk vind ik dat iedereen moet weten wat ze geven en wat het doet (+/-)  Het is heel erg functie afhankelijk (+/-)  Je moet bewust zijn wat je doet en je eigen verantwoordelijkheden zijn en je eigen grenzen aangeven (+/-)  Meer aandacht op HBO niveau voor medicatie (-)  Polyfarmacie komt steeds meer voor en mensen worden snel ziek, met meerdere ziektebeelden.  Ook al is er meer aandacht voor specialisten vinden altijd dat zij gelijk hebben, dus schrijven dan gewoon hun medicatie voor (-)  Probleem word ik denk ik niet opgelost (-)  Belangrijk om goed in je schoenen te staan, om wat van medicatie van artsen te zeggen (-) |

## 