

**Praxis 2022**

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

**POLYFARMACIE EN IATROGENE SCHADE, DE GEVOLGEN VAN  
BEHANDELING**

*Maurice Martens*



**MAURICE MARTENS** (32) is sinds januari 2022 alumnus. Maurice is opgeleid binnen de Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen (GGzE).

Gedurende de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz heeft hij gewerkt binnen GGzE Direct ambulante/poliklinische waar kortdurende focaal gerichte behandeling wordt geboden. Aansluitend een jaar klinisch binnen GGzE Nestor opname gerontopsychiatrie. En het derde leerjaar binnen Fact Gestel/Strijp, wat op dit moment zijn vaste werkplek is geworden. Daarnaast is Maurice aangesloten bij de clozapinepoli, waar hij met drie collega verpleegkundig specialisten ggz en een psychiater op consultbasis een adviseerende en deskundigheidsbevorderende rol heeft.

De opleiding tot verpleegkundig specialist ggz is een uitdagend, plezierig en soms ook confronterend traject geweest. Maurice heeft nieuwe mensen leren kennen, zijn eigen organisatie beter leren kennen en zijn visie op zorg verder kunnen ontwikkelen, waarvoor hij erg dankbaar is. Dat Maurice zijn betoog met een thema waarvoor hij zich in de praktijk verder zal inzetten, mag publiceren in de Praxis, is de kers op de taart.

*Zijn speciale dank gaat uit naar mw. drs. Pascale Rollé-de Leeuw als praktijkopleider en zijn vrouw Lonneke Martens voor alle support.*

# Polyfarmacie en iatrogene schade, de gevolgen van behandeling

## BETOOG

## INTRODUCTIE

Van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) is bekend dat zij gemiddeld 15 tot 20 jaar korter leven dan de algemene bevolking (Cohen, 2015; GGZ Standaarden, 2020). Een van de voornaamste oorzaken is een slechtere algemene gezondheid, onder andere door een vaak ongezonde leefstijl. Daarnaast is er bij mensen met een EPA vaak sprake van langdurig medicatiegebruik en veelvuldig sprake van polyfarmacie (Van Meijel et al., 2015; Zink et al., 2010). Ook neemt de hoeveelheid psychofarmaca en onlogische medicatiecombinaties toe (Graveland et al., 2016). Onlogische medicatiecombinaties zijn bijvoorbeeld hoogpotente of laagpotente antipsychotica of combinaties van benzodiazepines bij een en dezelfde patiënt (Sterrenberg-van der

Nieuwengiessen, 2000). Deze verhogen het risico op nadelige effecten zoals vallen door sedatie, metabole ontregeling en bewegingsstoornissen (GGZ Standaarden, 2017). Deze nadelige effecten zijn het gevolg van farmacologische behandeling waarbij onvoldoende aandacht is voor mogelijke iatrogene schade die de patiënt kan oplopen.

De verpleegkundige in opleiding tot specialist (VIOs-ggz) wil in dit betoog de focus aanbrengen op de ambulante ggz-praktijk. Ter voorkoming van iatrogene schade dient namelijk meer aandacht en zorgvuldigheid te worden betracht in de signalering van polyfarmacie en onlogische medicatiecombinaties. De stelling van dit betoog is: medicatiereviews bij de ambulante EPA-doelgroep voorkomen iatrogene schade.

### De praktijk

Psychofarmaca heeft een centrale plaats in de behandeling van psychiatrische aandoeningen (GGZ Standaarden, 2017). Wanneer gekozen wordt voor farmacotherapie, is het de taak van de voorschrijver om op individueel niveau af te wegen wat de hoofd-, neven- en bijwerkingen van een medicijn kunnen zijn. Daarnaast dient rekening te worden gehouden met interacties, en met co- en multimorbiditeit. Multidisciplinaire richtlijnen geven adviezen voor het voorschrijven van medicatie. Deze adviezen geven voornamelijk de voorkeur aan monotherapie en in enkele gevallen additietherapie. In een recent artikel van Baandrup (2020) is de behandeling met meerdere antipsychotica bij patiënten met

schizofrenie onderzocht. De rationale voor het voorschrijven van meerdere antipsychotica is om symptomen en bijwerkingen te verlichten van patiënten die onvoldoende reageren op monotherapie (Grech & Taylor, 2011). In de acute fase kunnen daarbij combinaties met benzodiazepinen of een ander antipsychoticum nodig zijn voor adequate symptoombeheersing (Baandrup, 2020). Bij patiënten die gedeeltelijk reageren op clozapine, kan alsnog een antipsychotisch effect worden verkregen door toevoeging van nog een antipsychoticum (Baandrup, 2020). Dat geldt niet voor combinaties van andere middelen. Er werd geen wetenschappelijke evidentie gevonden voor onderhoudsbehandeling van schizofrenie met een antipsychotica combinatiebehandeling.

### Onlogische combinaties, polyfarmacie en zijn gevolgen

Omdat combinaties van psychofarmaca nog onvoldoende onderzocht zijn, maakt de voorschrijver op basis van eigen ervaring keuzes in het combineren van psychofarmaca. Het risico hiervan is dat medicatielijsten groter worden, met polyfarmacie als gevolg. Polyfarmacie komt met name voor bij ouderen en bij mensen met een EPA (Mulder, 2018; Federatie Medisch Specialisten, 2012). Vanwege de vaak slechte lichamelijke gezondheid krijgen mensen met een EPA vaker somatische medicatie voorgeschreven. Deze toevoegingen geven opnieuw een verhoogd risico op geneesmiddeleninteracties, bijwerkingen en iatrogene schade. Daarnaast kunnen bijwerkingen mogelijk worden gezien

als een verslechtering van bijvoorbeeld een psychotisch beeld. Anticholinerge bijwerkingen kunnen klachten geven zoals verwardheid of hallucinaties. Deze klachten kunnen eveneens verward worden met een verslechtering van het psychiatrisch toestandsbeeld. De kans bestaat dat een patiënt met bijvoorbeeld olanzapine of quetiapine een dosisverhoging krijgt, terwijl verlaging of een switch eerder aan te raden is (Mulder, 2018).

De gevolgen van langdurig medicatiegebruik en polyfarmacie kunnen zeer ernstig zijn, waaronder een verhoogde kans op mortaliteit. Zo werd een verhoogde mortaliteit gevonden bij patiënten met schizofrenie die waren behandeld met hoge doseringen benzodiazepinen (Tiihonen et al., 2016). Wanneer hoge doseringen benzodiazepinen gecombineerd worden met antipsychotica en/of antidepressiva, wordt tevens een verhoogde mortaliteit door suïcide en cardiovasculaire aandoeningen gezien. Wanneer er sprake is van antipsychotica-gebruik in adequate doseringen, dan is algehele of cardiovasculaire sterfte toe te wijzen aan andere factoren (Torniainen, 2015). Niettemin is aangetoond dat het niet inzetten van medicamenteuze behandeling bij schizofrenie leidt tot een hogere overlijdenskans dan wanneer hier wel voor gekozen wordt (Tiihonen et al., 2016). Hiermee wordt ook de effectiviteit van deze middelen benadrukt. Ondanks adequate en effectieve inzet van antipsychotica kunnen deze leiden tot metabole en endocrinologische bijwerkingen. De meest voorkomende van deze bijwerkingen zijn obesitas,

het metabool syndroom en diabetes mellitus type II (Kalverdijs & Helfrich, 2014). Een meer zeldzame maar wel ernstige complicatie is een acuut ontwikkelende insulineresistentie, die kan leiden tot ketoacidose en coma (Howes & Rifkin, 2004).

### Klinisch versus ambulant

Vanuit de klinische praktijk is bekend dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2013) erop toeziet dat er jaarlijks medicatiereviews plaatsvinden in de klinische ggz en de verslavingszorg. Dit beleid is in overeenstemming met de aanbevelingen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (Federatie Medisch Specialisten, 2012). Een medicatiereview is een beoordeling van toegepaste farmacotherapie binnen een instelling en een middel om de kwaliteit van medicatiebeleid en medicatieveiligheid te bewaken en te bevorderen. Een medicatiereview wordt uitgevoerd door een voorschrijver en een apotheker volgens een periodieke, gestructureerde en kritische evaluatie. Naast deze jaarlijkse procedure, moet er niet tekort worden gedaan aan de voorschrijvers zelf. De intentie om polyfarmacie en onlogische combinaties te verminderen bij opname in een ggz-instelling, is aanwezig. Het blijkt echter dat het aantal medicijnen na klinische opname even groot is als bij aanvang. Voorschrijvers geven aan dat het noodzakelijk is geweest om medicijnen toe te dienen om stabilisatie te bereiken na een crisis-situatie of decompensatie (Sterrenburg van de Nieuwengiessen et al., 2000). In de ambulante ggz-praktijk is niet of nauwelijks toezicht door middel van

medicatiereviews. De regie van medicatiemonitoring ligt bij de voorschrijver. Veelal is dit de psychiater of de verpleegkundige specialist ggz, maar ook de huisarts of andere specialisten kunnen voorschrijver zijn. Deze diversiteit kan het toezicht op medicatielijsten compliceren wanneer hierover geen juiste afstemming plaats vindt. Aanbevelingen om zorgvuldig toe te zien op medicatiemonitoring worden beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (Meeuwissen et al., 2015). De richtlijn Polyfarmacie bij ouderen geeft aanbevelingen ten aanzien van polyfarmacie (2012). Ondanks dat mensen met een EPA mogelijk qua kalenderleeftijd niet voldoen aan de criteria van deze richtlijn, kan hier gezien de oudere biologische leeftijd van de EPA-populatie wel gebruik van worden gemaakt.

Volgens de VIOS-ggz wordt in de huidige ambulante praktijk nauwelijks tot geen gebruik gemaakt van de aanbevelingen uit de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Dit is onzorgvuldig en doet afbreuk aan de kwaliteit van zorg. De verpleegkundig specialist ggz kan voor deze ommekeer zorgen.

### Verpleegkundige specialist ggz

De verpleegkundig specialist ggz is medisch en verpleegkundig opgeleid, met een focus op de gevolgen van de stoornis. Dit betekent dat de verpleegkundig specialist ggz de 'knowhow' in huis heeft om te signaleren, en daarnaast de bevoegdheden heeft om te interveniëren. De verpleegkundig specialist ggz kan daarom bijdragen

aan de ambulante GGZ-praktijk, om polyfarmacie, onlogische medicatiecombinaties en bijwerkingen structureel te monitoren en zo nodig bij te stellen en/of te saneren.

### CONCLUSIE

Middels dit betoog wordt getracht aan te tonen dat medicatiemonitoring bij mensen met een EPA in de ambulante ggz moet worden aangescherpt. Dit is vanwege de zorgelijke complicaties die polyfarmacie en onlogische combinaties van medicatie tot gevolg kunnen hebben. Polyfarmacie leidt vaak ook tot een verminderde kwaliteit van leven. Iatrogene effecten en iatrogene schade zijn vaak onomkeerbaar, dus daar ligt een grote verantwoordelijkheid voor de voorschrijver. Dit is bijna een ethische afweging als men hier niet naar kijkt. Te verwachten valt dat er een grote inhaalslag moet worden gemaakt, te beginnen met het bespreken van de huidige medicatielijst. Daarnaast is het noodzakelijk om medicatiereviews met een apotheker in te voeren. Het doel is om de medicatieveiligheid en –gebruik van de individuele patiënt te verbeteren, waarmee ook iatrogene schade kan worden voorkomen. Het gebruik van instrumenten zoals de *Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing* (STRIP) kan hierbij helpen (Leendertse et al., 2020).

Daarnaast dient intra- en extramuraal samenwerking met apothekers en psychiaters worden gezocht. Op deze manier kan de effectiviteit en veiligheid van polyfarmacie in andere ggz-populaties nader worden onderzocht.

### BIBLIOGRAFIE

Baandrup, L. (2020). Polypharmacy in schizophrenia. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 126(4), 183-196. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13384>

Cohen, D. (2015). Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts & Wetenschap*, 16-18

Federatie Medisch Specialisten. (2012). *Polyfarmacie bij ouderen*. Geraadpleegd op 1 november, van [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie\\_bij\\_ouderen/polyfarmacie\\_bij\\_ouderen\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen/polyfarmacie_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html)

GGZ Standaarden. (2017). *Generieke module Bijwerkingen*. Geraadpleegd op 1 november 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/bijwerkingen/introductie>

GGZ Standaarden. (2020). *Generieke module EPA (ernstige psychische aandoeningen)*. Geraadpleegd op 1 november 2021, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/inleiding>

Graveland, M.M., Beex-Oosterhuis, A., Gosker-Venis, R.J., Van Marum, A.R., & Van Gool. (2016). Medicatiebeoordeling in de ggz: praktijkervaring op afdelingen voor langdurig verblijf. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(4), 262-271.

Grech, P., & Taylor, D. (2011). Long-term antipsychotic polypharmacy: how does it start, why does it continue? *Therapeutic Advances in Psychop-*

*harmacology*. 2(1), 5-11. <https://doi.org/10.1177/2045125311430110>

Howes, O.D., & Rifkin, L. (2004). Diabetic keto-acidotic (DKA) coma following olanzapine initiation in a previously euglycaemic woman and successful continued therapy with olanzapine. *Journal of Psychopharmacol*, 18(3), 435-437. <https://doi.org/10.1177/026988110401800317>

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). (2013). *Medicatieveiligheid in de klinische GGZ en verslavingszorg: ingezette verbetering moet worden voortgezet*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van [http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medicatieveiligheid\\_ggz\\_en\\_verslavingszorg\\_is\\_verbeterd.aspx](http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medicatieveiligheid_ggz_en_verslavingszorg_is_verbeterd.aspx)

Kalverdijk, L.J., & Helfrich, E. (2014). *Monitoring op metabole en endocriene bijwerkingen van antipsychotica*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2018/04/Antipsychotica-monitoring-bijwerkingen.pdf>

Leendertse, A.J., Drenth-van Maanen, A.C., Verduijn, M.M., Jansen, P.A.F., & Van Marum, R.J. (2020). *De Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)*. Geraadpleegd op 4 november 2021, van [https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/uitwerking\\_stappenplan.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/uitwerking_stappenplan.pdf)

Meeuwissen, J.A.C., Van Meijel, B., Van Piere, M., Bak, M., Bakkenes, M., Van Der Kellen, D., Van Hamersveld, S., Van Gool, R., Dermout, K., Feldmann, C.T., Risseeuw, A.H., Wijtsma-Van Der

Kolk, A., Van Vuuren, I., Rümke, M., Sloots-Jongen, E.M.J.N., De Heij, P., Starmans, R., Daatselaar, C., Van Veen, C., & Hermens, M. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: v&vn.

Mulder, H. (2018). Anticholinerge bijwerkingen. *PsyfarVS*, Geraadpleegd op 1 november 2021, van <https://www.psyfarvs.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/anticholinerge-bijwerkingen>

Sterrenburg-Van Der Nieuwengiessen, C.M., Loonen, A.J.M., & Bakker, J.B. (2000). Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfspatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 565-574.

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Torniainen, M., Alexanderson, K., & Tanskanen, A. (2016). Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: An observational follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 173(6), 600-606. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050618>

Torniainen, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Björkenstam, C., Suvisaari, J., Alexanderson, K., & Tiihonen, J. (2014). Antipsychotic Treatment and Mortality in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 656-663. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu164>

Van Meijel, B., Van Hamersveld, S., Van Gool, R., Van Der Bijl, J., & Van Harten, P. (2015). Effects and Feasibility of the 'Traffic Light Method for Somatic Screening and Lifestyle' in Patients with Severe Mental Illness: a pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 105-113. <https://doi.org/10.1111/ppc.12071>

Zink, M., Englisch, S., & Meyer-Lindenberg, A. (2010). Polypharmacy in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 103-111. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366427>