

# Discrepanties in gerapporteerd medicatiegebruik bij ouderen in ambulante psychiatrische behandeling

N. SCHUTTER, M. C. J. VAN DER FLIER-VAN EEK, C.R. TULNER, J. PEEN, H.L. VAN

**ACHTERGROND** Vanuit andere vakgebieden is bekend dat er veel discrepanties zijn tussen het medicatieoverzicht gekregen van de patiënt en de gegevens van huisarts of apotheek. Deze blijken ook klinisch relevante gevolgen te hebben. Er zijn slechts twee studies bekend over medicatiediscrepanties in de psychiatrie.

**DOEL** Nagaan van discrepanties in medicatiegegevens bij patiënten van een ambulante psychiatrische ouderenpolikliniek.

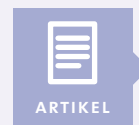
**METHODE** In totaal werden 40 medicatieoverzichten van patiënt, huisarts en apotheek vergeleken. Gegevens over sociale situatie, score op de Mini-Mental State Examination (MMSE) en diagnose werden verzameld.

**RESULTATEN** Bij 80% van de patiënten was er sprake van een of meer discrepanties. Er werden meer discrepanties gevonden bij mensen die alleen woonden. Er werden minder discrepanties gevonden bij patiënten met een cognitieve stoornis of een lage MMSE.

**CONCLUSIES** Ook op een psychiatrische ouderenpolikliniek komen medicatiediscrepanties veel voor.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 601-605

**TREFWOORDEN** medicatiediscrepancie, ouderen, psychiatrie



Discrepanties tussen medicatiegebruik zoals gerapporteerd door de patiënt en gegevens van huisarts of apotheek vormen een potentieel risico. Ze kunnen er bijvoorbeeld toe leiden dat de voorschrijver geen rekening kan houden met mogelijke interacties of een symptoom interpreteert als bijwerking, terwijl het middel feitelijk niet wordt gebruikt.

Uit verschillende studies blijkt dat medicatiediscrepanties vaak voorkomen met percentages variërend van 14% voor meer dan twee middelen bij patiënten op een nierdialyseafdeling tot meer dan 90% bij een patiëntengroep geworven op verschillende locaties zoals huisartsenpraktijk en een eerstehulpafdeling van een ziekenhuis (Bedell e.a. 2000; Bikowsky e.a. 2001; Foss e.a. 2004; Manley e.a. 2003; Robinson 2008; Tulner e.a. 2009; Simoons e.a. 2016).

Bij ouderen komen deze discrepanties niet alleen relatief vaker voor, maar deze zijn ook extra van belang aangezien

bijwerkingen eerder optreden door de veranderde farmacodynamiek en farmacokinetiek (Jansen 2000). Bijwerkingen van medicatie en interacties tussen medicijnen zijn bij ouderen een frequente oorzaak voor ziekenhuisopname (Doucet e.a. 1996; Mannesse e.a. 2000; Beijer & de Blaey 2002; Pirmohamed e.a. 2004; Leendertse e.a. 2008).

In een literatuursearch vonden wij slechts twee studies naar medicatiediscrepanties in de psychiatrie. Robinson (2008) onderzocht verschillen tussen medicatieoverzichten van huisarts en psychiater bij twintig patiënten van een psychiatrische deeltijdbehandeling voor ouderen in het Verenigd Koninkrijk. Bij elf patiënten (55%) bleek een verschil tussen medicatieoverzichten van huisarts en psychiater. In acht gevallen was dit alleen psychotrope medicatie; bij twee somatische medicatie. Simoons e.a. (2016) onderzochten medicatiediscrepanties onder patiënten van 18 jaar en ouder op een aantal poliklinieken

voor angst en stemming en vonden bij 94,8% van de patiënten 1 of meer discrepanties.

In Nederland is geen onderzoek gedaan naar discrepanties tussen medicatieoverzichten in een psychiatrische ouderenpopulatie. Onderzoek hiernaar is van belang, mede gezien de richtlijn van de KNMG (2008) en het persbericht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dat benadrukt dat een actueel en volledig medicatieoverzicht van groot belang is (IGZ 2011).

## Vraagstellingen

Wij hebben een pilotonderzoek gedaan op een algemene psychiatrische ouderenpolikliniek met als hoofdvraagstelling welke discrepanties gevonden worden tussen het gerapporteerde medicatiegebruik door de patiënt in vergelijking met het overzicht verkregen van huisarts of apotheek. Voorts is nagegaan of er een samenhang is met leefsituatie, diagnose en cognitief functioneren en of er verschil is tussen psychofarmaca en overige medicatie.

## METHODE

### Steekproef

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten op een ouderenpolikliniek in Amsterdam in de periode van 1 juni tot 16 augustus 2013. Het betrof een retrospectief statusonderzoek. Patiënten met onvolledige gegevens werden geëxcludeerd. Het onderzoek werd goedgekeurd door de wetenschapscommissie.

### Procedure en meetmomenten

Demografische gegevens en informatie over de leefsituatie werden verzameld bij intake. Bij een intake bij Mentrum Ouderen worden bij het eerste contact een anamnese, heteroanamnese en *Mini-Mental State Examination* (MMSE) afgenomen. De MMSE is een instrument voor het screenen op cognitieve beperkingen (Folstein e.a. 1975).

In het vervolgcontact, met een psychiater, vindt een psychiatrisch onderzoek plaats. De somatische toestand wordt geïnventariseerd. Vervolgens wordt in een multidisciplinaire behandelplanbespreking een diagnose gesteld en geclassificeerd volgens DSM-IV-TR.

### Medicatiegegevens

Navragen van medicatiegebruik, zowel psychofarmaca als somatische medicatie, gebeurde bij de anamnese.

We vroegen de apotheken een actueel medicatieoverzicht op te sturen. Wanneer er geen medicatieoverzicht aanwezig was op de verwijfsbrief werd de huisarts gebeld. We inventariseerden ook zelfgekochte medicatie en medicatie die niet dagelijks werd gebruikt.

## AUTEURS

**NATASJA SCHUTTER**, psychiater, Arkin, Amsterdam.

**MIRIAM VAN DER FLIER-VAN EEK**, destijds aios, Arkin, Amsterdam; thans: psychiater, Dimence.

**LINDA TULNER**, klinisch geriater, Slotervaart ziekenhuis, Amsterdam.

**JAAP PEEN**, senior researcher, Arkin, Amsterdam.

**RIEN VAN**, psychiater en A-opleider psychiatrie, Arkin, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Natasja Schutter, Mentrum Ouderen, Nieuwe Kerkstraat 156, 1018 VM Amsterdam.

E-mail: [natasja.schutter@mentrum.nl](mailto:natasja.schutter@mentrum.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-3-2018.

We vergeleken de drie verschillende lijsten. Verschillen noemden we deleties wanneer de patiënt een medicijn niet noemde dat de apotheek of huisarts wel noemde, en addities als de patiënt een medicament gebruikte dat de huisarts of apotheek niet noemde.

### Statistiek

Groepen met en zonder medicatiediscrepanties werden met elkaar vergeleken met de exacte toets van Fisher. De hoeveelheden addities en deleties werden vergeleken. De verschillen in leeftijd werden getoetst met een t-toets. Psychofarmaca werden vergeleken met overige medicatie.

## RESULTATEN

In de onderzoeksperiode werden 70 intakes gedaan. Bij 30 patiënten waren de gegevens na de intake niet compleet. De missende gegevens betroffen voornamelijk het medicatieoverzicht van de patiënt zelf. Dit was niet ingevuld of overgenomen van het overzicht van apotheek of huisarts. Van de 40 patiënten die mee konden doen, was er bij 34 een MMSE gedaan.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 78,6 jaar (uitersten: 50-95). Voor een overzicht van de patiëntkenmerken zie **TABEL 1**.

Het aantal discrepanties tussen de gerapporteerde en opgevraagde medicatielijsten werd onderzocht. Bij 32 patiënten (80%) was sprake van één of meer discrepanties. Het totaal aantal discrepanties was 174, bij een totaal aantal medicijnen van 216 (80,5%). Bij 65% van de patiënten verschilde het overzicht van de patiënt met dat van de huisarts en bij 67,5% met dat van de apotheek.

**TABEL 1** Verschillen in discrepanties naar patiëntkenmerken, getoetst met t-toets (leeftijd) en exacte toets van Fisher, bij patiënten van een ambulante psychiatrische ouderenpolikliniek

	Totaal (n = 40)	Discrepantie (n = 32)	Geen discrepantie (n = 8)	p
<b>Demografische gegevens</b>				
Leeftijd (jaren)	78,6	77,7	81,9	0,29
Geslacht, aantal vrouwen (%)	28 (70)	21 (65,5)	7 (87,5)	0,40
<b>Sociale situatie</b>				
Alleenwonend, aantal (%)	22 (55)	22 (68,8)	0 (0)	<0,001
Samenwonend, aantal (%)	7 (17,5)	5 (15,6)	2 (25)	
Verzorgings-/verpleeghuis, aantal (%)	11 (27,5)	5 (15,6)	6 (75)	
<b>MMSE</b>				
< 9, aantal (%)	4 (10)	3 (10,7)	1 (16,7)	0,09
10-20, aantal (%)	6 (15)	4 (14,3)	2 (33,3)	
21-24, aantal (%)	5 (12,5)	3 (10,7)	2 (33,3)	
> 24, aantal (%)	19 (47,5)	18 (64,3)	1 (16,7)	
<b>Hoofddiagnose, DSM-classificatie</b>				
Cognitieve stoornis, aantal (%)	19 (47,5)	13 (40,6)	6 (75)	0,19
Psychotische stoornis, aantal (%)	1 (2,5)	0 (0)	1 (12,5)	
Stemmingsstoornis, aantal (%)	12 (30)	11 (34,4)	1 (12,5)	
Angststoornis, aantal (%)	4 (10)	4 (12,5)	0 (0)	
Aan alcohol gebonden stoornis, aantal (%)	3 (7,5)	3 (9,4)	0 (0)	
Eetstoornis, aantal (%)	1 (2,5)	1 (3,1)	0 (0)	
<b>Soort medicatie</b>				
	(n = 216)	(n = 174)	(n = 42)	
Psychofarmaca, aantal (%)	47 (22)	19 (11)	28 (67)	
Somatische medicatie, aantal (%)	169 (78)	155 (89)	14 (33)	

Het aantal discrepanties t.o.v. de huisarts was groter dan t.o.v. de apotheek (**TABEL 2**): 100 versus 74;  $p < 0,01$ . Vooral waren er minder addities ten opzichte van de apotheek dan ten opzichte van de huisarts (20 versus 47;  $p < 0,01$ ; **TABEL 2**). Van alle medicamenten die patiënten gebruikten, waren 22% psychofarmaca, maar van het totaal aantal discrepanties waren slechts 11% psychofarmaca (**TABEL 1**).

Het aantal patiënten met een discrepantie verschilde niet naar leeftijd en geslacht (**TABEL 1**). Wel was er een significant verschil per leefsituatie: bij alle alleenwonenden (100%) vonden wij discrepanties; bij mensen die samenwoonden of in een instelling woonden, was dat 55%. Tussen de groep met en de groep zonder discrepanties waren geen significante verschillen per categorie MMSE-score en per diagnose. Dat was ook niet het geval voor de verschillen tussen patiënt en huisarts.

Er waren wel significante verschillen tussen patiënt en apotheek. Discrepanties werden meer aangetroffen bij

**TABEL 2** Aantal deleties (niet door patiënt gemelde medicatie) en addities (niet bij huisarts/apotheek bekend gebruik) ten opzichte van totaal aantal discrepanties (n = 174), bij patiënten van een ambulante psychiatrische ouderenpolikliniek

Opgave patiënt	t.o.v. huisarts	t.o.v. apotheek	Totaal
Deleties	53	54	107
Addities	47	20	67
Totaal	100	74	174

patiënten met hogere MMSE-scores (MMSE > 24: 73,9% discrepanties vs. 18,2% geen discrepanties;  $p < 0,01$ ) en minder bij patiënten met de DSM-classificatie cognitieve stoornissen (29,6% discrepanties vs. 84,6% geen discrepanties;  $p <$

0,01). Daarentegen werden bij vrijwel alle patiënten met stemmings-, angst- en verslavingsproblematiek discrepanties gevonden.

## DISCUSSIE

In eerder onderzoek bleken discrepanties tussen het medicatieoverzicht gekregen van de patiënt vergeleken met de gegevens verkregen van huisarts of apotheek (Bedell e.a. 2000; Bikowsky e.a. 2001; Foss e.a. 2004; Manley e.a. 2003; Robinson 2008; Tulner e.a. 2009; Simoons e.a. 2016). Wij vonden zulke verschillen ook in een ambulante psychiatrische ouderenpopulatie. Hier bleek bij 80% sprake van discrepanties. Dit is vergelijkbaar met het aantal van 86,7% dat werd gevonden in een Nederlandse studie op een geriatrische dagkliniek (Tulner e.a. 2009) en iets lager dan de 94,8% in een onderzoek op angst- en stemmingspoliklinieken voor volwassenen. (Simoons e.a. 2016).

Opvallend is dat er juist bij lage MMSE-scores minder discrepanties lijken voor te komen. Hoewel deze resultaten alleen significant zijn in de vergelijking tussen patiënt en apotheek, zou een verklaring kunnen zijn dat er in deze groep vaker medicatie per baxterrol wordt geleverd of dat er meer zicht is op medicatie-inname door mantelzorgers of professionele hulpverleners.

Bij patiënten met depressie, angst en verslaving werd vrijwel altijd een discrepantie aangetroffen. Ook alleen wonen lijkt een belangrijke risicofactor. Voor zover wij weten, is deze risicofactor niet eerder onderzocht in studies in andere populaties.

In tegenstelling tot de studie in Engeland van Robinson (2008) kwamen discrepanties niet vaker voor bij psychofarmaca dan bij andere medicatie.

## Beperkingen en sterke punten

De belangrijkste beperking van ons onderzoek is de beperkte omvang van de populatie. Daardoor was het bijvoorbeeld niet mogelijk regressieanalyses te doen om de invloed van de verschillende factoren onafhankelijk te bekijken. De medicatieanamnese werd door de behandelers gedaan bij intake, zonder dat hiervoor een standaardlijst werd gebruikt. Daar staat tegenover dat dit wel de gang van zaken in de dagelijkse praktijk weerspiegelt. Helaas bleek de medicatie zoals opgegeven door de patiënt zelf in 30 gevallen niet genoteerd in het dossier. Dit benadrukt des te meer het belang om aandacht te geven aan het afnemen van de medicatieanamnese op een gestructureerde wijze. Een sterk punt van deze studie is dat het een brede, ongeselecteerde groep patiënten betreft. De bevindingen kunnen daarom algemeen relevant zijn voor oudere psychiatrische patiënten.

## CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Discrepanties tussen het medicatieoverzicht zoals verkregen van de patiënt, ten opzichte van het overzicht bij apotheek en huisarts, kwamen zeer veel voor. Hierbij waren er meer discrepanties ten opzichte van de huisarts dan van de apotheek. De huisarts lijkt vooral meer middelen te missen op zijn of haar overzicht. Bij alle alleenwonende patiënten werden discrepanties aangetroffen. Voor de dagelijkse praktijk bevelen wij aan een extra inspanning te verrichten om het juiste medicatieoverzicht te verkrijgen, zoals aanbevolen in de richtlijn medicatieoverdracht (KNMG 2008). De hoop is dat hierdoor het aantal discrepanties zal verminderen. Op onze ouderenpolikliniek vullen patiënten voortaan vóór intake op een formulier alle gebruikte medicatie in. Dit wordt vergeleken met het overzicht van huisarts en apotheek.

## LITERATUUR

- Bedell S, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, e.a. Discrepancies in the use of medications. Their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2129-34.
- Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADRS): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci* 2002; 24: 46-54.
- Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1353-7.
- Doucet J, Chassagne P, Trivalle C, Landrin I, Pauty MD, Kadri N, e.a. Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: a prospective study of 1000 patients. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 944-8.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini mental state.' A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
- Foss S, Schmidt JR, Andersen T, Rasmussen JJ, Damsgaard J, Schaefer K, e.a. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 59: 841-7.
- Frank C, Godwin M, Verma S, Kelly A, Birenbaum A, Seguin R, e.a. What drugs are our frail elderly patients taking? Do drugs they take or fail to take put them at increased risk of interactions and inappropriate medication use? *Can Fam Physician* 2001; 47: 1198-204.

- IGZ. Ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, verbetering vereist. Utrecht: IGZ; 2011.
- KNMG. Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Utrecht: KNMG; 2008.
- Jansen PAF. Valkuilen bij medicatiegebruik door ouderen. Geneesmiddelenbulletin. 2000; 5: 53-9.
- Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker, LJ, van den Bemt, PMLA. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008; 168: 1890-6.
- Manley H, Drayer DK, McClaran M, Bender W, Muther RS. Drug record discrepancies in an outpatient electronic medical record: frequency, type, and potential impact on patient care at a hemodialysis center. Pharmacotherapy 2003; 23: 231-9.
- Mannesse CK, Derkx FHM, de Ridder MAJ, Man in 't Veld AJ, van der Cammen TJM. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. Age Ageing 2000; 29: 35-9.
- Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Wally TJ, e.a. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. BMJ 2004; 329: 15-9.
- Robinson J. Discrepancies between GP's and psychiatrists' medication records. Prog Neurol Psychiatry 2008; 12(6): 17-20.
- Simoons M, Mulder H, Risselada AJ, Wilmink FW, Schoevers R, Ruhé AG, e.a. Medication discrepancies at outpatient departments for mood and anxiety disorders in the Netherlands: risks and clinical relevance. J Clin Psychiatry 2016; 77: 1511-8.
- Tulner L, Kuper I, Frankfort S, van Campen J, Koks C, Brandjes D, e.a. Discrepancies in reported drug use in geriatric outpatients: relevance to adverse events and drug-drug interactions. Am J Geriatr Pharmacother 2009; 7: 93-104.
- Yasein NA, Barghouti FF, Irshaid YM, Suleiman AA. Discrepancies between elderly patient's self-reported and prescribed medications: a social investigation. Scand J Caring Sci 2013; 27: 131-8.

## SUMMARY

# Discrepancies in reported medication use in elderly psychiatric outpatients

N. SCHUTTER, M. C. J. VAN DER FLIER-VAN EEK, C.R. TULNER, J. PEEN, H.L. VAN

- BACKGROUND** Different fields of study have revealed discrepancies between the reported medication use presented by patients and medical records held by their doctor or apothecary. These also appear to have clinically relevant consequences. At present only two studies have explored medication discrepancies in psychiatry.
- AIM** To investigate the occurrence of discrepancies in the reported medication use of a psychiatric elderly out-patient population.
- METHOD** Comparing 40 medication records of patients to their respective general practitioner and pharmacy records. Information on their social situation, Mini-Mental State Examination score and diagnosis was collected.
- RESULTS** One or more discrepancies were present in 80 percent of cases. Patients living alone had a higher percentage of discrepancies. Patients with cognitive problems or a low score on the Mini-Mental State Examination had less discrepancies.
- CONCLUSION** Medication discrepancies are also common in a psychiatric elderly outpatient population.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 601-605

**KEY WORDS** elderly, medication discrepancies, psychiatry