

Postprint version : 1.0

Journal website : Penw.nl

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

## Praat met oudere over minderen van medicatie

Petra Denig<sup>1</sup>, Katja Taxis<sup>2</sup>, Mette Heringa<sup>3</sup>, Liset van Dijk<sup>4</sup> en Peter Stuijt<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Hoogleraar Kwaliteit van Geneesmiddelgebruik, Universitair Medisch Centrum Groningen
- <sup>2</sup> Hoogleraar Farmacotherapie en Klinische Farmacie, Rijksuniversiteit Groningen
- <sup>3</sup> Apotheker-onderzoeker, SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy Leiden
- <sup>4</sup> Bijzonder hoogleraar Farmaceutisch zorgonderzoek en programmaleider Farmaceutische zorg, Nivel Utrecht
- <sup>5</sup> Onderzoeker-promovendus, Universitair Medisch Centrum Groningen

Veel zorgverleners vinden het minderen of stoppen van preventieve medicatie lastig, terwijl veel ouderen met polyfarmacie bereid zijn dit te overwegen. Het is belangrijk met patiënten te praten over hun wensen en behandeldoelen en samen te beslissen over het tijdig verminderen van medicatielast. Training kan hierbij helpen.

Veel ouderen worden tot vlak voor hun dood doorbehandeld met allerlei preventieve medicatie. Het is niet eenvoudig om het goede moment te vinden om zulke medicatie te stoppen en dit ook bespreekbaar te maken bij patiënten.

In dit artikel gaan we in op een aantal belemmeringen die zorgverleners ervaren met het afbouwen van preventieve medicatie en presenteren we aanbevelingen vanuit de module Minderen en stoppen van medicatie [1]. Verder gaan we in op training die kan helpen om aan de slag te gaan met minderen van cardiovasculaire middelen en diabetesmedicatie. Minderen en stoppen van medicatie bij ouderen is iets waarvoor we al jaren aandacht hebben, maar het besluit om preventieve medicatie te stoppen kan lastig zijn. In 2018-2019 hebben wij vijf focusgroepgesprekken gehouden met twintig zorgverleners en achttien patiënten/mantelzorgers, waarin we hebben gevraagd naar hun meningen en ervaringen met het stoppen van cardiovasculaire en diabetesmedicatie [2,3].

Hieruit bleek dat apothekers en huisartsen barrières ervaren die te maken hebben met:

- een gebrek aan kennis over de noodzaak en de gevolgen van stoppen;
- angst of geanticipeerde spijt voor slechte uitkomsten;
- onwennigheid om een gesprek met de patiënt of familie te voeren over het stoppen van dit soort medicatie;
- een gebrek aan informatie-uitwisseling en afstemming met andere zorgverleners [2].

Sommige huisartsen waren minder gemotiveerd om medicatie te stoppen als de patiënt van die medicatie nog geen last had. Veel patiënten gaven daarentegen aan open te staan voor het stoppen met bepaalde medicatie, onder wie ook ouderen die tevreden waren met hun medicatie [3].

Belangrijke voorwaarden voor patiënten zijn onder meer dat de voorschrijvende arts in het besluitvormingsproces is betrokken en dat er een expliciete mogelijkheid tot herstarten is.

## Gezamenlijk

Uit een Nederlands vragenlijstonderzoek onder 314 ouderen die cardiovasculaire of diabetesmedicatie gebruikten, kwam naar voren dat 88% bereid is te stoppen met medicatie als hun arts zegt dat dat mogelijk is [4]. Het maakt echter wel uit om welke medicatie het gaat. Patiënten zijn terughoudender wanneer het gaat om het stoppen met insuline of bloeddrukverlagers in vergelijking met het stoppen van statines. Essentieel in het proces van het minderen of stoppen met preventieve medicatie is gezamenlijke besluitvorming.

In de module Minderen en stoppen van medicatie worden aanbevelingen gegeven, die te maken hebben met afstemming tussen zorgverleners enerzijds en met de patiënt of diens naasten anderzijds [1]. Het perspectief van de patiënt is het uitgangspunt bij de besluitvorming (zie figuur [5]).

Wensen en behandeldoelen van een patiënt kunnen veranderen, waarbij het doel meer behoud van zelfstandigheid en kwaliteit van leven in plaats van zo lang mogelijk leven kan zijn. Maar ook de balans effectiviteit/veiligheid van cardiovasculaire en diabetesmedicatie verschuift bij hogere leeftijd en kwetsbaarheid. Het is belangrijk hierover met de patiënt te praten.

Vervolgens kan worden bekeken welke medicatie een risico vormt of te weinig bijdraagt aan de wensen en doelen van de patiënt, bijvoorbeeld omdat de medicatielast de kwaliteit van leven beperkt.

### [Figuur 1]

## Beschikbare kennis

Om het ervaren gebrek aan kennis over de noodzaak en gevolgen van stoppen met medicatie te adresseren, bevat de eerder genoemde module een serie kennisdocumenten [1]. Hierin wordt de beschikbare kennis samengevat voor specifieke medicatiegroepen, zoals bloeddrukverlagers, bloedglucoseverlagers, statines, anticoagulantia, bisfosfonaten en protonpompremmers.

Op basis van wat bekend is uit de literatuur worden telkens de voors en tegens op een rijtje gezet en aanwijzingen gegeven bij welke patiënten minderen of stoppen van die specifieke medicatie kan worden overwogen.

Waar nodig wordt onderscheid gemaakt tussen drie groepen patiënten: ouderen, kwetsbare ouderen en ouderen met een gering geschatte levensverwachting. Kijken we bijvoorbeeld naar het kennisdocument over statines, dan blijkt uit één gerandomiseerde studie dat stoppen van statines bij ouderen met toename van kwetsbaarheid of gering geschatte levensverwachting geen kwaad lijkt te doen en tot enige verbetering in kwaliteit van leven kan leiden [6]. Daarnaast is er geen wetenschappelijk bewijs gevonden dat laat zien dat het doorgaan met statines nog zinnig is bij 75-plussers zonder hart- en vaatziekten. Hieruit volgt de aanbeveling dat stoppen met statines met name bij 75-plussers of kwetsbare ouderen overwogen kan worden wanneer deze de statines voor primaire preventie krijgen [1].

In het algemeen zijn daarnaast bijwerkingen die tot grote last of beperkingen in het dagelijks leven leiden en de wens van de patiënt om te stoppen met bepaalde medicatie ook belangrijke

overwegingen. In de kennisdocumenten worden verder nog afbouwadviezen gegeven voor geneesmiddelen die niet in één keer gestopt moeten worden.

## Ervaringen praktijk

In 2020 hebben we een haalbaarheidsstudie uitgevoerd in veertien apotheken, waarbij de apothekers en een aantal samenwerkende huisartsen en praktijkondersteuners zijn getraind om te werken met de aanbevelingen uit de module en gesprekken met patiënten over minderen of stoppen van cardiovasculaire en diabetesmedicatie te voeren [7]. De deelnemende zorgverleners ontvingen daarnaast een gesprekshulp en een samenvatting van de aanbevelingen voor deze geneesmiddelen. Ze selecteerden vervolgens patiënten die op basis van hun achtergrondkenmerken en medicatie een mogelijk verhoogd risico op hypoglykemie hadden.

Bij een deel van deze patiënten voerden ze gesprekken die vooral waren gericht op het verminderen van problemen en risico's van de genoemde medicatie, als onderdeel van een studiespecifieke medicatiebeoordeling (interventiegroep met negentig patiënten). De andere patiënten ontvingen standaardzorg (controlegroep met 107 patiënten). Zo'n drie maanden na de interventie was bij 43% in de interventiegroep en 31% in de controlegroep minstens één cardiovasculair middel of diabetesmiddel geminderd of gestopt [7,8].

Deze studie laat dus zien dat training kan helpen om het afbouwen van preventieve medicatie op te pakken. In deze studie is niet systematisch gekeken naar klinische uitkomsten, zoals veranderingen in bloeddruk of bloedglucose. Uit andere kleine studies is wel bekend dat deze waarden iets kunnen oplopen na het stoppen van de betreffende medicatie, maar dat dit doorgaans niet meer is dan een wenselijke verhoging omdat medicatie geminderd is bij mensen bij wie de bloeddruk of de bloedglucose te strikt was gereguleerd [1,9]. Juist bij ouderen is het wenselijk om deze streefdoelen wat hoger te leggen.

Zowel de apothekers als patiënten in onze haalbaarheidsstudie waren positief over de uitgevoerde interventie. Apothekers gaven wel aan dat de selectie van patiënten beter kon, waarbij met name patiënten bij wie de medicatie recent was veranderd beter konden worden uitgesloten.

Verder is een aantal suggesties gedaan om de training aan te passen. Dit is inmiddels gebeurd en dit jaar zijn we gestart met een vervolgstudie, de door ZonMw gefinancierde Co-Deprescribe-studie (zie kader). Dit is een grotere gerandomiseerde studie waarin we niet alleen kijken naar het effect van de training op het minderen en stoppen van de medicatie, maar ook naar verschillende patiëntrelevante uitkomsten. De nadruk in de training ligt op de communicatie en het betrekken van patiënt en naasten bij de besluitvorming.

## Onderzoek vergelijkt patiëntuitkomsten

In de Co-Deprescribe-studie ontvangen apotheker-huisartsteams training gericht op het voeren van gesprekken met ouderen over doelen, wensen en mogelijkheden rondom het gebruik van cardiovasculaire middelen en diabetesmedicatie. Ook worden handvatten aangereikt gericht op het minderen of stoppen van deze medicijnen.

Elk team voert in het kader van de studie bij tien patiënten een medicatiebeoordeling uit. De helft van de teams doet dit vóór de training en de andere helft erna. Medicatieveranderingen en patiëntuitkomsten worden tussen deze teams vergeleken. Verder worden proces en kosten geëvalueerd.

## Literatuur

1. Module Minderen en stoppen van medicatie – Onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, december 2020
2. Abou J, Crutzen S, Tromp V, et al. Barriers and enablers of healthcare providers to deprescribe cardiometabolic medication in older patients: A focus group study. *Drugs Aging*. 2022 Mar;39(3):209-221.
3. Crutzen S, Baas G, Abou J, et al. Barriers and enablers of older patients to deprescribing of cardiometabolic medication: A focus group study. *Front Pharmacol*. 2020 Aug 20;11:1268.
4. Crutzen S, Abou J, Smits SE, Baas G, Hugtenburg JG, Heringa M, Denig P, Taxis K. Older people's attitudes towards deprescribing cardiometabolic medication. *BMC Geriatr*. 2021 Jun 16;21(1):366.
5. Denig P, Edelman M, Taxis K. Medicatie minderen bij ouderen: Waarom wel of niet? *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021;165:D4728.
6. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015 May;175(5):691-700.
7. Heringa M, Baas G, Crutzen S, et al. Hoog risico op hypo succesvol aangepakt met medicatiebeoordeling – Openbaar apothekers minderen geneesmiddelen bij overbehandeling diabetes. *Pharm Weekblad* 2021;156(47): 22-3.
8. Crutzen S, Baas G, Denig P, et al. Pharmacist-led intervention aimed at deprescribing and appropriate use of cardiometabolic medication among people with type 2 diabetes. Revision submitted to RSAP, oktober 2022.
9. Oktora MP, Kerr KP, Hak E, et al. Rates, determinants and success of implementing deprescribing in people with type 2 diabetes: A scoping review. *Diabet Med*. 2021 Feb;38(2):e14408.

## Tabellen en figuren

Figuur 1 Stappenplan voor gezamenlijke besluitvorming (bron: NHG)



1. Breng ervaringen en wensen van de patiënt ten aanzien van behandeling en medicatie in kaart.
2. Ga uit van het perspectief van de patiënt bij analyse van de medicatie.
3. Geef uitleg over de inschatting van nut en risico's van de medicatie gezien de conditie van de patiënt.
4. Breng samen met de patiënt en/of naasten een prioritering aan op basis van pragmatische criteria.
5. Geef een helder stappenplan, inclusief mogelijkheid tot herstart, en gebruik afbouwschema's.
6. Monitor op basis van nieuwe (streef)doelen, geef uitleg over wenselijke verschuivingen daarin.