

[Print dit artikel](#)

Gepubliceerd op: 14-11-2013 (in print verschenen in week 3 2014)

Citeer dit artikel als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A6491

Klinische les

Aanpassen medicatie: voorkeur oudere patiënt telt mee

Jan Schuling, Renée Sytema en Annette J. Berendsen

[Auteursinformatie](#)

Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Huisartsgeneeskunde, Groningen.

Dr. J. Schuling, arts; dr. A.J. Berendsen, huisarts.

Huisartsenpraktijk Hofman en Neerken, Veendam.

Drs. R. Sytema, huisarts.

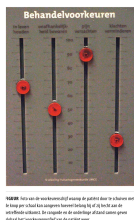
Contactpersoon: dr. J. Schuling (j [dot] schuling [at] umcg [dot] nl).

Dames en Heren,

Bij het maken van behandelkeuzen voor oudere patiënten met multimorbiditeit zouden hun voorkeuren centraal moeten staan. Die mening zijn veel huisartsen toegedaan en ook de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' benadrukt het belang van het verhelderen van de verwachtingen van de patiënt. In de praktijk blijken artsen echter om uiteenlopende redenen nauwelijks naar deze voorkeuren te vragen. Een visueel hulpmiddel, de voorkeurenschuif, kan een gesprek vergemakkelijken.

Oudere patiënten met multimorbiditeit die volgens de geldende richtlijnen behandeld worden, gebruiken dagelijks gemiddeld 10 verschillende geneesmiddelen.¹ Daarmee lopen zij een verhoogd risico op ongewenste effecten. Ook kan de kwaliteit van leven nadelig worden beïnvloed door de 'gestapelde' behandeling.² Klachten over of onvrede met de behandeling, van de patiënt of de arts, kunnen aanleiding zijn om het beleid te herzien. Bij een dergelijke bezinning moet worden bepaald welke behandeldoelen de patiënt belangrijk vindt.³

Recent is een gesprekshulp ontwikkeld die de huisarts goede diensten kan bewijzen bij het verhelderen van patiëntvoorkeuren. Deze gesprekshulp, door ons de 'voorkeurenschuif' genoemd, bestaat uit 4 visueel analoge schalen, die elk een algemeen, voor de patiënt betekenisvol behandeldoel weergeven: 'levensverlenging', 'onafhankelijkheid bewaren', 'verminderen of wegnemen van pijn' en 'verminderen of wegnemen van andere symptomen' (figuur 1).⁴ De arts nodigt de patiënt uit om op de schuif zijn behandelvoorkeuren aan te geven en hierin een rangorde aan te brengen. Vervolgens kunnen zij samen nagaan welke aanpassing in de medicatie mogelijk is zodat recht wordt gedaan aan de behandelvoorkeuren terwijl daarnaast ook de farmacotherapeutische overwegingen in acht worden genomen. Een fabrikant van de voorkeurenschuif is het bedrijf Scale-focus (<http://www.scale-focus.nl/>).



In 2 voorbeelden laten wij zien hoe de arts deze gesprekshulp kan inzetten om de behandeling van de oudere patiënt met multimorbiditeit te herzien.

Patiënt A, een 85-jarige weduwe in een verzorgingshuis, heeft diabetes mellitus type 2, coronairlijden, hartfalen, artrose en een ijzeregebreksanemie. Dagelijks gebruikt zij 14 medicijnen (tabel 1). Zowel haar diabetes als het hartfalen zijn goed onder controle. Slechts enkele malen per jaar heeft zij een aanval van angina pectoris. Patiënte

behandelvoorkeuren op de oude dag vooral passend te vinden als de gezondheid te wensen over laat.

Een gesprek tussen patiënt en arts om deze voorkeuren te verhelderen, kan als leidraad dienen om het bestaande medicatiepakket te herzien. In 2006 werd in de literatuur voor het eerst een model hiervoor beschreven, waarin 'time-till-benefit', levensverwachting, zorg- en behandeldoelen de criteria vormen waaraan de medicatie van de ouder wordende patiënt dient te worden getoetst.⁷

Procedure

In een gesprek om de behandelvoorkeuren te verhelderen kunnen de volgende stappen worden gezet:

- Voordat het gesprek plaatsvindt gaat de arts na aan welke van de 4 behandeldoelen de bestaande medicatie van de patiënt bijdraagt. Het doel hiervan is om de arts vooraf inzicht te geven op welke behandeldoelen de huidige medicatie gericht is.
- In het consult verheldert de arts de behandelvoorkeuren van de patiënt met behulp van de voorkeurenschuif.
- Vervolgens vraagt de arts naar de ervaringen van de patiënt met de bestaande medicatie (effect, bijwerkingen, ongemak).
- Daarna gaat de arts na in hoeverre de bestaande medicatie strookt met de prioritering van de behandeldoelen van de patiënt.
- Op grond van deze analyse kunnen voorstellen worden geformuleerd over medicatiewijzigingen. Hierbij spelen zowel de voorkeuren van patiënt als farmacotherapeutische overwegingen een rol.

Ervaringen

Patiënten lichten hun voorkeur vaak toe aan de hand van eerdere ervaringen met klachten of problemen in hun functioneren. De klachten van patiënt A en de achteruitgang van haar functionele toestand leidden ertoe dat ze helder voor ogen had waar haar prioriteiten lagen. Het gebruik van de schuif bleek een goede aanzet tot een concreet gesprek hierover en leidde tot een beter passend medicatiepakket. De voorkeuren van patiënt B werden sterk bepaald door de verslechtering van haar gezondheid en het verlies van haar zelfstandigheid. Bij beide patiënten lukte het de arts de bestaande medicatie aan te passen overeenkomstig de voorkeuren van de patiënt.

Zowel de patiënten als hun huisarts waardeerden dit gesprek positief. Naast de aanpassing van het medicatiepakket gaf het gesprek een dieper inzicht in de belevingswereld van de patiënt, waarmee het werd gezien als een uiterst nuttige investering in de relatie tussen patiënt en arts. Een periodieke medicatiebeoordeling vormt een goede aanleiding voor een dergelijk gesprek.

Artsen denken soms dat veel ouderen door hun hoge leeftijd of lage opleidingsniveau niet in staat zijn tot gedeelde besluitvorming.⁸ Uit onderzoek naar het verhelderen van patiëntvoorkeuren blijkt echter, dat patiënten het concept van prioriteren van de 4 behandeldoelen – 'levensverlenging', 'onafhankelijkheid bewaren', 'verminderen of wegnemen van pijn' en 'verminderen of wegnemen van andere symptomen' – goed begrijpen. Natuurlijk is de werkelijkheid genuanceerder dan de 4 behandeldoelen van de voorkeurenschuif weergeven, maar prioriteren tussen meer dan deze 4 doelen blijkt voor patiënten niet uitvoerbaar. Weliswaar heeft de voorkeurenschuif een goede inhoudsvaliditeit, maar de test-hertestbetrouwbaarheid blijkt matig.⁴ Of deze bevinding duidt op beperkingen van de gesprekshulp of op veranderingen in de voorkeuren van de patiënt in de tijd zal verder onderzoek moeten uitwijzen.

Richtlijn

Recent verscheen de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' die arts en apotheker een duidelijk stappenplan biedt hoe een periodieke medicatiebeoordeling moet worden aangepakt, de STRIP: Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing.⁹ In deze richtlijn wordt het belang van het verhelderen van de verwachtingen en ervaringen van de patiënt als onderdeel van de farmacotherapeutische anamnese benadrukt. In stap 1 van deze STRIP-methode wordt de patiënt onder andere gevraagd naar diens verwachtingen en ervaringen met betrekking tot de medicatie. De behandelvoorkeurenschuif zien wij als een zinvolle aanvulling op stap 1 van deze STRIP-methode.

Naast klachten van de oudere patiënt over de medicatie of een recente verslechtering van de gezondheid kan een verhoogd risico op medicatieproblemen dus – conform deze richtlijn – een aanleiding zijn om de voorkeurenschuif te gebruiken. Wel moet men beseffen dat de uitkomst van de schuif gekleurd kan zijn door de actuele stemming en het cognitief functioneren van de patiënt. Toepassing bij bijvoorbeeld depressieve en dementerende patiënten lijkt dan ook ongewenst.

Dames en heren, om tot optimale farmacotherapie bij oudere patiënten te komen is het noodzakelijk de voorkeuren van de individuele patiënt mee te wegen bij het maken van behandelkeuzes. Daarbij moeten uiteraard de farmacotherapeutische overwegingen in acht worden genomen. Aan het stappenplan van de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' zouden wij een gesprekshulp willen toevoegen, die het verhelderen van patiëntpreferenties faciliteert: de voorkeurenschuif. Deze heeft tot doel om aan de hand van 4 algemene behandeldoelen het gesprek over dergelijke voorkeuren op gang te brengen. De uitkomst biedt niet alleen een leidraad bij de herziening van het bestaande medicatiepakket van de oudere patiënt, maar met het bespreken legt de arts ook een goede basis voor toekomstige gesprekken over behandelkeuzes.

LEERPUNTEN

- Bij het maken van behandelkeuzes is het belangrijk om de wensen en verwachtingen van de oudere patiënt te verhelderen.
- De voorkeurenschuif kan patiënt en arts helpen bij het bespreken van de voor de patiënt belangrijkste behandeldoelen.
- Betekenisvolle behandeldoelen zijn 'levensverlenging', 'onafhankelijkheid bewaren', 'verminderen of wegnemen van pijn' en 'verminderen of wegnemen van andere symptomen'.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 september 2013

Literatuur

1. Richardson K, Ananou A, Lafortune L, Brayne C, Matthews FE. Variation over time in the association between polypharmacy and mortality in the older population. *Drugs Aging*. 2011;28:547-60 [Medline](#). [doi:10.2165/11592000-000000000-00000](https://doi.org/10.2165/11592000-000000000-00000)
2. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004;351:2870-4 [Medline](#). [doi:10.1056/NEJMsb042458](https://doi.org/10.1056/NEJMsb042458)
3. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition – Multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493-4 [Medline](#). [doi:10.1001/jama.2012.5265](https://doi.org/10.1001/jama.2012.5265)
4. Fried TR, Tinetti ME, Agostini J, Iannone L, Towle V. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple conditions. *Patient Educ Couns*. 2011;83:278-82 [Medline](#). [doi:10.1016/j.pec.2010.04.032](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.032)
5. Naik AD, Schulman-Green DJ, McCorkle R, Bradley EH, Bogardus ST. Will older persons and their clinicians use a shared decision-making instrument? *J Gen Intern Med*. 2005;20:640-3 [Medline](#). [doi:10.1007/s11606-005-0110-8](https://doi.org/10.1007/s11606-005-0110-8)
6. Iyer S, Naganathan V, McLachlan A, Le Couteur D. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. *Drugs Aging*. 2008;25:1021-31 [Medline](#). [doi:10.2165/0002512-200825120-00004](https://doi.org/10.2165/0002512-200825120-00004)
7. Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med*. 2006;166:605-9 [Medline](#). [doi:10.1001/archinte.166.6.605](https://doi.org/10.1001/archinte.166.6.605)
8. Schuling J, Gebben H, Veehof LJJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2012;13:56 [Medline](#). [doi:10.1186/1471-2296-13-56](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-56)
9. [Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012](#). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2012.