

‘Schrappen in medicatielijstje oudere moet altijd in overleg’

Er moet een richtlijn komen voor *deprescribing* bij ouderen, vinden Toine Egberts en Rob van Marum. Daarmee wordt het voor artsen makkelijker te schrappen in het vaak lange medicijnlijstje van ouderen. “Uiteindelijk moet het altijd een gezamenlijk besluit zijn van arts, apotheker en patiënt.”

10

Pharm weekbl 27 mei 2016:151-21

Auteur **Frans van den Houdt**

Oudere, dementerende patiënten krijgen vaak veel te veel geneesmiddelen, betoogde Luc Bonneux eerder dit jaar in het *Pharmaceutisch Weekblad*. Mee eens? “Het woordje ‘te’ is een waardeoordeel. Als we het over klinische geriatrie hebben leer ik mijn studenten altijd dat ze eerst de vraag moeten stellen: wat moet erbij, en pas daarna: wat kan eraf”, zegt Toine Egberts, ziekenhuisapotheker en hoogleraar Farmaceutische Wetenschappen in Utrecht. “Dat heeft te maken met de ook bij polyfarmacie aanwezige kans op onderbehandeling.”

“Er bestaan geen criteria die op iedereen toepasbaar zijn”, stelt Rob van Marum, klinisch geriater in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en bijzonder hoogleraar Farmacotherapie aan het VUmc. “Zo’n vraag moet je nuanceren; in welke fase van zijn leven bevindt de patiënt zich, wat is de levensverwachting, woont hij thuis of in een verpleeghuis, wat moet hij precies slikken, wat is echt nodig en wat wil hij? Artsen stapelen door de jaren heen allerlei geneesmiddelen, maar op een gegeven moment moet je daar kritisch naar kijken. Preventieve farmacotherapie is populatiegeneeskunde. We moeten in de laatste levensfase veel meer naar het individu kijken dan naar populaties. In z’n algemeenheid kun je echter stellen dat veel dementerende mensen aan

het eind van hun leven gemiddeld te veel pillen krijgen.”

Antipsychotica

Veel van wat ouderen krijgen is preventief, benadrukken Egberts en Van Marum: carbasalaatcalcium, statines, cumarines, vitamine D, calcium. “Gaat het om de verlenging van leven of de kwaliteit ervan, die vraag moet je steeds individueel wegen”, zegt Van

**WELBEVINDEN
VAN OUDEREN
WORDT DOOR
ZOVEEL MEER
BEPAALD DAN
MEDICATIE**

TOINE EGBERTS: “HET IS ZAAK IN EEN VROEG STADIUM TE OVERLEGGEN, VOORDAT DE PATIËNT GAAT DEMENTEREN.”



Foto Studio Oostrum



ROB VAN MARUM: "IK ZIE MEZELF ALS GIDS. IK LEVER RELEVANTE INFORMATIE, MAAR BEÏNVLOED DE PATIËNT ZO MIN MOGELIJK."

Marum. "Ik kom mensen tegen die zeggen dat het leven voor hen morgen afgelopen mag zijn. Anderen willen mogelijke schade in de toekomst voorkomen en weer anderen willen vooral nog een aangenaam leven, zonder tot het einde toe heel veel pillen te moeten slikken. Het welbevinden van ouderen wordt vaak niet door pillen bepaald, maar eerder door bezoek van kinderen, familieleden, een prettige woonomgeving. Er is zoveel meer dan medicatie."

Egberts: "Fascinerend is dat 40 tot 50% van de dementerenden in verpleeghuizen antipsychotica krijgt, maar niet duidelijk is of je daarmee de patiënt behandelt of er vooral

voor zorgt dat de verzorgenden het wat rustiger krijgen." Van Marum: "Antipsychotica hebben een zeer beperkt positief effect op patiënten, maar kennen wel veel ernstige bijwerkingen."

Eng

Waarom vinden artsen het zo moeilijk om medicatie te stoppen? Omdat zij opgeleid zijn om iets te doen, mensen te behandelen en beter te maken, onderstrepen beide hoogleraren. Egberts: "Artsen staan vaak in de doe-modus. Ze willen problemen oplossen, mensen beter maken en schrijven daarom pillen voor. Niks doen is voor hen een zwakgebod." Van Marum: "Iets niet doen of stoppen met medicatie vergt een andere manier van denken, waarmee je tijdens de opleiding al vertrouwd moet raken."

Ook angst speelt artsen parten, stellen Egberts en Van Marum. "Zij schrijven voor volgens de richtlijnen", zegt Van Marum. "Een op de honderd ouderen kan een beroerte krijgen, dus geef je ze allemaal carbasalaatcalcium. Maar daarmee verlaag je slechts zeer beperkt het risico. Dus als je op advies van de arts net gestopt bent met het middel en een beroerte krijgt, komt dat dan door het stoppen of door de leeftijd? Voordat je het weet word jij als arts door boze familieleden verantwoordelijk gehouden. Dan denk je wel twee keer na voordat je de medicatie stopt. Niemand blijft graag met een schuldgevoel zitten."

Egberts: "Dat is psychologisch interessant: iets gedaan hebben of iets niet gedaan hebben, zorgt voor een compleet andere beleving. Volgens de richtlijn geef je als huisarts

IK ZEG ALTIJD TEGEN COLLEGA'S: GELOVEN DOE JE MAAR IN DE KERK

Speciale affiniteit met kwetsbare, oudere patiënt

Toine Egberts is hoofd van de apotheek van het umc Utrecht en hoogleraar Klinische Farmacie bij zowel de medische faculteit als bij het departement Farmaceutische Wetenschappen van de Bètafaculteit in Utrecht. Hij studeerde in 1990 af aan de Universiteit Groningen en promoveerde in 1997 in Utrecht. Van 1997-2006 werkte hij als ziekenhuisapotheker in de Tilburgse ziekenhuizen met een speciale affiniteit voor de kwetsbare, geriatrische patiënt.

Rob van Marum is klinisch geriater in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en bijzonder hoogleraar Farmacotherapie bij ouderen bij de vakgroep Huisartsengeneeskunde en Ouderengeneeskunde van het VUmc in Amsterdam. Hij studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

iets, en accepteer je dat ook daaraan een risico is verbonden. Maar tegen de richtlijn ingaan en niets geven vinden ze eng.”

Less is more

Belangrijk is dat zorgverleners (specialist, huisarts, apotheker) op enig moment het gesprek aangaan met ouderen over hun medicatie en de voor- en nadelen van stoppen, benadrukken de hoogleraren. Oftewel: *personalised care*. “De een wil overal mee stoppen, de ander wil zich juist overal tegen indekken. Die afweging mag de patiënt zelf maken”, zegt Van Marum. “Ik zie mezelf als gids, ik lever relevante informatie, denk mee, maar beïnvloed de patiënt zo min mogelijk met mijn normen.”

Egberts: “Het is zaak in een vroeg stadium te overleggen, voordat de patiënt gaat dementeren.”

Van Marum: “Zo’n gesprek aangaan is best lastig, want zodra je tegen iemand zegt: ‘Wij moeten eens praten’, kan de paniek toeslaan. Sommigen zeggen: ‘O, jullie willen zeker van me af; ik ben niks meer waard voor de maatschappij en te duur geworden’. Maar uiteindelijk zeggen ook veel ouderen: ‘Al die medicatie wordt mij ook te veel’.”

Beide hoogleraren willen graag de discussie over *less is more* op gang brengen. Van Marum: “De meeste mensen hebben sowieso een latente afkeer van medicijnen. Als je hen uitlegt dat het risico een beroerte te krijgen door medicatie geen 10% maar 8% is, zegt een aantal: ‘Is dat alles? Nou, laat dan maar’. Vrijwel iedereen in een verpleegtehuis krijgt vitamine D en calcium. Maar kan iemand aantonen dat al die mensen daarvan beter worden, en er bijvoorbeeld minder door vallen? Het werkelijke effect van al die middelen is verdomde moeilijk vast te stellen. Toch zegt menig dokter: ‘Voor mijn gevoel werkt het, dat geloof ik echt’. Ik zeg altijd tegen mijn collega’s: geloven doe je maar in de kerk.”

Meer, meer, meer, werd gaandeweg de praktijk. Tegen de bijwerking van het ene middel krijg de patiënt weer een ander middel. Zoals protonpompremmers. Massaal voorgeschreven, maar helemaal niet zo onschuldig als vaak aangenomen, verzekeren Van Marum en Egberts, daar ze bijvoorbeeld tot ernstig nierfunctieverlies, longontstekingen, elektroly-

tstoornissen enzovoort kunnen leiden. Egberts: “Als de werking van geneesmiddelen niet langer opweegt tegen de ernstige bijwerkingen, moet je er meteen mee stoppen. Een betere reden kun je niet bedenken.” Van Marum: “Probleem is dat we wat zijn doorgeschooten in diagnostiek. We willen in principe alles weten en vervolgens behandelen. Maar waarom zou je altijd van een demente oudere willen weten waarom hij bloedarmoede heeft? Het weten moet consequenties voor de kwaliteit van leven hebben, anders dient het geen doel.”

Boeiend gegeven

Waar grote behoefte aan bestaat, onderstrepen beiden, is een richtlijn voor *deprescribing* bij ouderen. “We roepen wel makkelijk dat het allemaal minder moet, maar gezien de angst bij voorschrijvers is dat niet zomaar gerealiseerd. Met een richtlijn worden artsen meer gesteund”, stelt Van Marum.

Egberts: “Er bestaan maar een paar studies over *deprescribing*; we weten er nog weinig over. Er moet daarom nog veel onderzoek worden gedaan voordat je met een richtlijn kunt komen.”

Van Marum: “Ik denk niet dat we daarop moeten wachten. We moeten nu al nadenken over handvatten voor zorgverleners hoe om te gaan met dit vraagstuk. Je moet een balans vinden tussen noodzakelijkheid en veiligheid. Dat is een boeiend gegeven.”

Een medicatiebeoordeling is voor de apotheker een geschikt moment om te overwegen of alle medicatie van een oudere patiënt nog wel noodzakelijk is. “Schrappen in het medicatielijstje moet wel altijd in overleg gebeuren tussen apotheker, huisarts of specialist en patiënt. De signalerende rol van de apotheker is belangrijk, want hij praat vaker met de patiënt; de apotheek is soms veel laagdrempeliger dan de huisartspraktijk”, aldus Van Marum. Iemand moet nu opstaan om het initiatief te nemen voor het opstellen van *deprescribing*-handvatten. De vraag wie dat moet zijn, boeit Van Marum niet zo. “Mischien ik wel, want ik draag hiervoor ook verantwoordelijkheid. Het is een prachtige uitdaging om dit op te pakken, samen met Verenso (specialisten in ouderenzorg), Toine, huisartsen, geriateren en natuurlijk ook openbaar apothekers.” ■