

Aanpassen medicatie: voorkeur oudere patiënt telt mee

Jan Schuling, Renée Sytema en Annette J. Berendsen

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 (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 ijzerebreksanemie. Dagelijks gebruikt zij 14 medicijnen (tabel 1). Zowel haar diabetes als het hartfalen zijn goed onder controle. Slechts enkele malen per

Universitair Medisch Centrum Groningen,

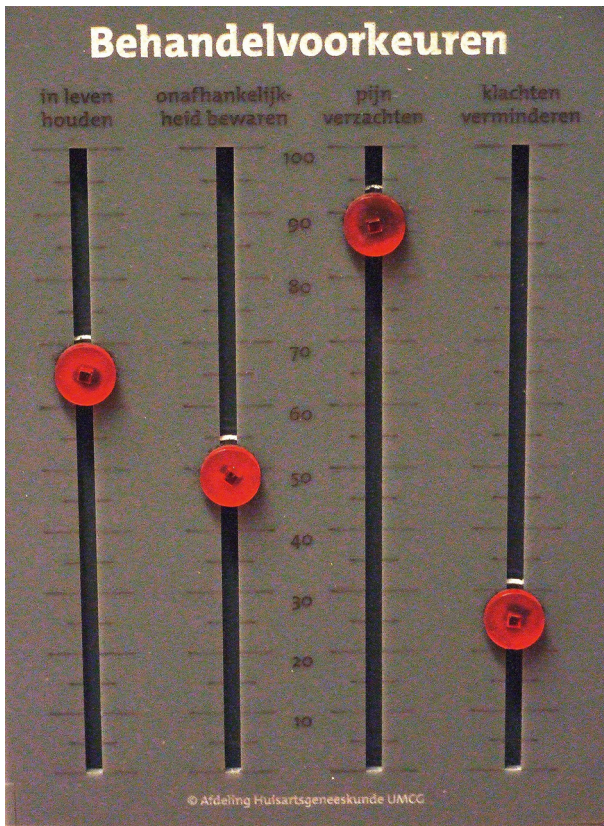
afd. Huisartsgeneeskunde, Groningen.

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

Huisartsenpraktijk Hofman en Neerken, Veendam.

Drs. R. Sytema, huisarts.

Contactpersoon: dr. J. Schuling (j.schuling@umcg.nl).



FIGUUR Foto van de voorkeurenschijf waarop de patiënt door te schuiven met de knop per schaal kan aangeven hoeveel belang hij of zij hecht aan de betreffende uitkomst. De rangorde en de onderlinge afstand samen geven globaal het 'voorkeurenprofiel' van de patiënt weer.

jaar heeft zij een aanval van angina pectoris. Patiënte consulteert regelmatig de huisarts vanwege moeheid en duizeligheid. De huisarts ziet hiervoor geen therapeutische opties en stelt patiënte voor om vanuit een andere invalshoek naar de medicatie te kijken, en na te gaan welke behandeldoelen zij zelf belangrijk vindt.

Aan de hand van de voorkeurenschijf bespreken zij welke doelen prioriteit hebben voor patiënte. Als ze de schuif ziet, plaatst ze resoluut de optie 'in leven houden' naar 0 en 'pijn verzachten' naar 90, op een schaal van 0 tot 100. De uitkomsten 'onafhankelijkheid bewaren' en 'klachten verminderen' zet ze respectievelijk op 50 en 40. Bij doorvragen geeft ze aan dat ze de laatste jaren flink aan inspanningsvermogen heeft ingeleverd en veel pijn heeft ervaren en daarom deze keuze maakt. Omdat ze zo achteruit ging, was ze al eerder over haar gezondheid gaan nadenken. De voorkeurenschijf helpt haar helder te verwoorden welke behandeldoelen ze het belangrijkste vindt. Patiënte ziet graag dat de behandeling aansluit bij

haar voorkeuren en dat daar ook in de toekomst rekening mee gehouden wordt. In overleg met patiënte besluit de huisarts om een aantal preventieve medicijnen te stoppen en de pijnmedicatie te wijzigen. Omdat patiënte eerder maagklachten kreeg toen zij NSAID's gebruikte, en omdat patiënte op dit moment geen last meer heeft van duizeligheid of orthostatische klachten, kiest de huisarts voor tramadol (tabel 1). In de volgende maanden geeft ze aan dat haar pijn goed onder controle is en dat zij tevreden is met haar mobiliteit. De contactfrequentie neemt niet duidelijk af, maar de consulten hebben meer het karakter van 'bijpraten'.

Patiënt B is een 94-jarige alleenstaande vrouw. Ze woont in een verzorgingshuis. Haar medische voorgeschiedenis vermeldt onder meer angina pectoris, atriumfibrilleren, mild hartfalen, het 'restless legs'-syndroom en chronische diarree, waarvoor bij specialistisch onderzoek geen verklaring is gevonden. Ze is altijd levenslustig en vitaal geweest, maar het laatste jaar gaat ze achteruit: ze valt, is vermoeid en heeft steeds meer zorg nodig. Ze gebruikt 11 medicijnen (tabel 2). Enkele maanden geleden is zij na een val opgenomen in het ziekenhuis vanwege meerdere contusies en hematomen. Sinds haar ontslag is ze bedlegerig. Weliswaar knapt zij iets op, maar door verzwakking en moeheid lukt het haar niet meer om van bed te komen. Ze heeft geen pijn, is niet kortademig, maar heeft

TABEL 1 Medicatie van patiënt A voor en na bespreking van haar voorkeuren.

oorspronkelijke medicatie	na aanpassing*
insuline humuline 30/70 40E 1 dd	insuline humuline 30/70 40E 1 dd
metformine 500 mg 3 dd	metformine 500 mg 3 dd
pantoprazol 20 mg 1 dd	pantoprazol 20 mg 1 dd
isosorbidedemonittraat 20 mg 2 dd	isosorbidedemonittraat 20 mg 2 dd
ferrofumaraat 200 mg 3 dd	ferrofumaraat 200 mg 3 dd
simvastatine 40 mg 1 dd	gestaakt
nitroglycerine spray z.n.	nitroglycerine spray z.n.
bumetanide 1 mg 1 dd	bumetanide 1 mg 1 dd
alendroninezuur 10 mg 1 dd	gestaakt
metoprolol 50 mg 1 dd	metoprolol 50 mg 1 dd
bisoprolol 5 mg 1 dd	gestaakt
carbasalaatcalcium 100 mg 1 dd	carbasalaatcalcium 100 mg 1 dd
diazepam 5 mg z.n. 1t	gestaakt
paracetamol 500 mg z.n. 1-2t	paracetamol 500 mg 4dd tramadol 50 mg z.n.

z.n. = zonodig

* Wijzigingen zijn weergegeven in rood.

TABEL 2 Medicatie van patiënt B voor en na bespreking van haar voorkeuren.

oorspronkelijke medicatie	na aanpassing*
isosorbidemonittraat 20 mg 2 dd	gestaakt
spironolacton 25 mg 1 dd	gestaakt
ferrofumaraat 200 mg 3 dd	gestaakt
lisinopril 10 mg 1 dd	gestaakt
domperidon 10 mg 3 dd	gestaakt
nitroglycerine spray z.n.	nitroglycerine spray z.n.
bumetanide 1 mg 1 dd	gestaakt
paracetamol 500 mg 4 dd	paracetamol 500 mg z.n.
ropinirol 2 mg a.n.	gestaakt
loperamide 2 mg 2 dd	loperamide 2 mg 2 dd
acenocoumarol 1 mg op geleide TT	acenocoumarol 1 mg op geleide TT metoclopramide 10 mg 3 dd

z.n. = zo nodig; a.n. = ante noctem

* Wijzigingen zijn weergegeven in rood.

wel last van misselijkheid. De afhankelijkheid en het niets kunnen doen vallen haar zwaar. Ook vraagt zij zich af of ze niet minder medicijnen zou kunnen gebruiken. De huisarts besluit haar te bezoeken voor een gesprek over haar wensen en voorkeuren voor therapie. Op de voorkeurenschuif plaatst zij 'onafhankelijkheid bewaren' op 90, 'klachten verminderen' op 40, 'pijn verlichten' op 25 en 'in leven houden' op 10. Patiënte kan haar prioriteiten op de schuif vlot aangeven: ze vindt de begrippen helder. Gelet op deze voorkeuren besluiten zij en de huisarts in overleg om 7 medicijnen te staken en de behandeling te richten op het verlichten van klachten. Wel wordt acenocoumarol gecontinueerd vanwege de combinatie van boezemfibrilleren en bedlegerigheid (zie tabel 2). Ook besluit patiënte dat ze niet meer naar het ziekenhuis wil bij problemen. Haar misselijkheid verbetert aanzienlijk, terwijl haar functionele toestand niet verandert.

BESCHOUWING

De aanpak van polyfarmacie is een uitdaging voor de behandelend arts. Als er meerdere behandelrichtlijnen van toepassing zijn op een patiënt is het lastig om prioriteiten te stellen. Daar bestaan geen richtlijnen voor en die zijn ook nauwelijks te verwachten, omdat de situaties van ouderen sterk variëren. Ook zijn er weinig gegevens over de voor- en nadelen van preventieve medicatie bij hoogbejaarde patiënten.

Aangezien dergelijke gegevens ontbreken is het belangrijk een benadering te kiezen waarin voorkeuren en ver-

wachtingen van de individuele patiënt centraal staan. Huisartsen geven aan zelden te weten welke voorkeuren hun patiënten hebben; bovendien weten zij niet goed hoe zij deze bespreekbaar kunnen maken. Patiënten geven zelf echter aan, dat zij bij hun behandeling betrokken wensen te worden.⁵ Interventies waarbij dit ook daadwerkelijk geschiedt, blijken de beste resultaten op te leveren.⁶ Wel geven veel patiënten aan een gesprek over 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 behandel-doelen 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

LEERPUNTEN

- Bij het maken van behandelkeuzes is het belangrijk om de wensen en verwachtingen van de oudere patiënt te verhelderen.
- De voorkeurschuif 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'.

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 voorkeurschuif weergeven, maar prioriteren tussen meer dan deze 4 doelen blijkt voor patiënten niet uitvoerbaar. Weliswaar heeft de voorkeurschuif een goede inhoudvaliditeit, 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 behandelvoorkeurschuif 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 voorkeurschuif 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 voorkeurschuif. 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.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 september 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A6491

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 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.
- 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.
- Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition – Multimorbidity. *JAMA*. 2012;307:2493-4.
- 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.

- 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.
- 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.
- 7 Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med.* 2006;166:605-9.
- 8 Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, 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.
- 9 Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2012.