Polyfarmacie bij ouderen: nemen onze 75-plussers nog te veel preventieve medicatie? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep?

Haio: HEYLEN Valerie , KUL
Promotor: VAN DEN AKKER Marjan
Praktijkopleider: LEUNIS Karin

Context: Ouderen hebben vaak te kampen met multimorbiditeit en polyfarmacie. Voorschrijven voor deze categorie patiënten is een hele uitdaging en richtlijnen bieden vaak weinig houvast. Door veranderingen in farmacodynamiek en farmacokinetiek zijn ouderen bovendien gevoeliger aan de negatieve effecten van medicatie. Door het gebruik van multiple producten neemt ook de kans op interacties tussen medicaties onderling en conflicterende medicaties toe. Bovendien blijkt dat hoe eenvoudiger het medicatieschema, hoe beter de therapietrouw van de patiënt. Door al deze factoren is er steeds meer interesse in deprescribing bij ouderen.

Onderzoeksvraag: In deze thesis probeer ik te achterhalen of het nuttig is om medicatie in het algemeen en/of specifieke klassen te verminderen of te stoppen bij ouderen. In het bijzonder richt ik mij op de statines en de benzodiazepines en aanverwante producten. Wat zijn de voor-en nadelen van deze producten bij ouderen? Kunnen/moeten deze producten gestopt worden? Wanneer kunnen/moeten ze gestopt worden? Hoe moeten we deze producten stoppen? Zijn ouderen bereid om ze te stoppen?

Methode: Eerst werd er een literatuurstudie gedaan naar deprescribing bij ouderen in het algemeen en daarna meer specifiek bij statines en benzodiazepines en aanverwante producten. Vervolgens werd er gekeken naar de situatie in de eigen praktijk. Hoeveel producten nemen onze 75-plussers in? Hoeveel statines en benzodiazepines nemen ze in? Nemen ze statines in primaire of secundaire preventie? Ten slotte werden er nog vijf interviews afgenomen bij 75-plussers met vragen over hun algemene gezondheid, communicatie met de arts, medicatieschema en bereidheid tot stop van bepaalde medicaties.

Resultaten: Polyfarmacie blijkt een onafhankelijke risicofactor te zijn voor negatieve gezondheidseffecten bij ouderen. Deprescribing in het algemeen lijkt hierdoor zeker nut te hebben in deze populatie. Bovendien blijken ouderen vaak bereid te zijn medicatie te stoppen als hun arts dit zou aanraden (zowel in de literatuur als in de eigen interviews). Statines blijven wel aanbevolen in secundaire preventie ongeacht de leeftijd. In primaire preventie zijn er weinig harde bewijzen voor het gebruik van statines bij ouderen boven 75 jaar. Benzodiazepines voor langdurig gebruik hebben enkel nadelen bij ouderen. Deze zouden dan ook altijd moeten afgebouwd en gestopt worden. In onze praktijk blijken er 104 75-plussers met een GMD waarvan 53 patiënten een statine nemen (31 in primaire preventie) en 45 patiënten een benzodiazepine of aanverwant product gebruiken. Daarentegen zijn er ook 10 patiënten die geen statine nemen ondanks het feit dat ze een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis hebben.

Conclusie: Bij ouderen zou minstens jaarlijks een gesprek over het medicatieschema moeten gebeuren. Tijdens dit gesprek moet er voldoende ruimte zijn voor de ideëën en verwachtingen van de patiënt zelf. Producten zoals benzodiazepines en aanverwante producten zouden hierbij altijd moeten afgebouwd en gestopt worden. Bij andere producten bijvoorbeeld de statines moet gekeken worden of er nog een correcte indicatie is en of de dosis correct is. Ten slotte moet nagegaan worden of er geen onderbehandeling van de patiënt is. In onze praktijk is er zeker nog werk aan de

winkel zeker wat betreft het afbouwen en stoppen van benzodiazepines en aanverwante producten.