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?

Heylen Valerie, KU Leuven

Promotor: Prof. van den Akker Marjan, KU Leuven

Praktijkopleider: Dr. Leunis Karin

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Abstract

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.
Doel: 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.
Besluit: Bij ouderen zou minstens jaarlijks een gesprek over het medicatieschema moeten gebeuren. Tijdens dit gesprek moet er voldoende ruimte zijn voor de ideeën 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.

ICPC-code: A49.02 Polyfarmacie – medicatiebeoordeling
Contact: valerie.heylen@hotmail.com

English abstract

Background: Older people often suffer from multiple conditions and are therefore at risk of polypharmacy. Prescribing for these patients can be challenging with little help from current disease specific guidelines. Older people may also be more sensitive to adverse effects of medicines due to pharmacodynamical and pharmacokinetical changes. Polypharmacy increases the risk of drug-drug and drug-disease interactions. On top of that it appears that patients' compliance improves with a more simplified drug scheme.
Objectives: In this study I try to find out whether it is useful to deprescribe medicines in general and/or specific classes of medicines. I focus on statins en benzodiazepines and related products. What are the benefits and adverse effects of these drugs in older people? Can/do we have to stop these drugs? When do we stop them? How do we stop them? Are older people willing to stop them?
Methods: First of all, I searched the existing literature for deprescribing in older people in general and with a focus on statins and benzodiazepines and related drugs. After that I studied our own practice. How many drugs do our older patients take? How many statins en benzodiazepines do they take? Do they take statins for primary or secondary prevention? Finally, five older patients were interviewed and questioned about their health in general, their communication with the doctor, the medication they take and if they would be willing to quit certain drugs.
Results: Polypharmacy seems to be an independent risk factor for negative health effects in older people. Deprescribing in this population appears to be useful. Moreover older people appear to be willing to stop drugs if recommended by their physician (literature search and own interviews). Statins remain recommended for secondary prevention in all ages. In primary prevention there is insufficient evidence for the use of statins over the age of 75 years. Benzodiazepines and related drugs for long term use in older people have no benefits and should always be stopped.
Our own practice has enrolled 104 patients over 75 years of which 53 take statins (31 for primary prevention) and 45 take benzodiazepines or related drugs. There are also 10 patients who don't take statins for secondary prevention.
Conclusion: Physicians should at least discuss the drug scheme with their older patients every year. There must be enough time to explore the ideas and expectations of the patient.
Drugs like benzodiazepines and related products should always be reduced and stopped. Other drugs should be evaluated on their indication and dose. Finally the physician should check if any medication is lacking.
In our own practice, we still have got a lot of work to be done especially on the benzodiazepines and related drugs.

Inhoudstafel

1. Inleiding 5
2. Methode 6
3. Bevindingen 7
3.1 Literatuuronderzoek 7
3.1.1 Deprescribing 7
3.1.1.1 Concept 7
3.1.1.2 Barrières en bevorderende factoren 8
3.1.2 Statines 10
3.1.2.1 Epidemiologie 10
3.1.2.2 Werking van statines 12
3.1.2.3 Ongewenste effecten van statines 13
3.1.2.4 Stoppen met statines bij ouderen? 14
3.1.3 Benzodiazepines 17
3.1.3.1 Epidemiologie 17
3.1.3.2 Werking van benzodiazepines en aanverwante producten 18
3.1.3.3 Ongewenste effecten van benzodiazepines en aanverwante producten 19
3.1.3.4 Afbouwen en stoppen van benzodiazepines en aanverwante producten? 21
3.2 Bevindingen in de eigen praktijk 21
3.3 Interviews 24
3.3.1 Algemene gezondheid 24
3.3.2 Algemene tevredenheid over medicatie en stoppen met medicatie in het algemeen 24
3.3.3 Communicatie met arts 25
3.3.4 Stoppen met statine 25
3.3.5 Stoppen met benzodiazepine of aanverwant product 25
4. Discussie 26
4.1 Hoe kan de huisarts deprescribing in het algemeen praktisch aanpakken? 26
4.2 Aanbevelingen voor de afbouw en stop van benzodiazepines en aanverwante producten 27
4.3 Aanbevelingen in verband met statinegebruik bij 75-plussers 27
4.4 Sterktes en zwaktes van deze thesis 27
5. Besluit 28
6. Referenties 28
7. Bijlagen 31
7.1 Interviews 31
7.2 Informatie en toestemmingsformulier voor de patiënt 45
7.3 Protocol Ethische commissie en goedkeuring Ethische commissie 47

1. Inleiding

Als arts wordt ons aangeleerd om voor elke patiënt de correcte behandeling in te stellen op basis van de meest recente richtlijnen.
In de praktijk blijkt dit echter vaak een illusie te zijn. Richtlijnen zijn meestal opgesteld in functie van één bepaalde aandoening. Bovendien worden patiënten met multimorbiditeit en ouderen vaak uit medicatietrials en andere studies geëxcludeerd. In de nieuwere studies worden ouderen vaak wel geïncludeerd, maar meestal gaat het hier dan enkel om robuuste ouderen en niet de meest kwetsbare ouderen. Hierdoor zijn er vaak geen of beperkte gegevens over de risico-/batenverhouding van medicatie bij ouderen.[10]

Opvallend is ook dat veel ouderen een hele waslijst aan chronische medicatie nemen. Doordat ouderen vaak aan verschillende chronische aandoeningen lijden, hebben ze een sterk verhoogd risico op polyfarmacie (minstens 5 verschillende medicaties). In de loop der jaren worden steeds meer producten toegevoegd zonder dat er ooit terug zaken gestopt worden.[10]
Artsen staan vaak onvoldoende stil bij het feit dat medicaties nochtans ook talrijke nadelen en risico's kunnen inhouden. Negatieve effecten van medicatie worden echter niet altijd als dusdanig (h)erkend, maar vaak beschouwd als een nieuwe aandoening waar weer andere medicatie voor opgestart wordt.[10]
Vooral ouderen zijn gevoelig voor deze nadelige effecten door veranderingen in de farmacokinetiek en farmacodynamiek. Daarenboven stijgt eveneens het risico op medicamenteuze interacties onderling en conflicterende medicaties (goed voor één aandoening, maar nadelig voor een andere).[8-10-15]
Bovendien blijkt uit studies dat het aantal correct ingenomen dagdosissen daalt met het aantal verschillende medicaties, het aantal dagdosissen en het aantal artsen dat de medicatie voorschrijft. Of anders gezegd: hoe eenvoudiger het medicatieschema, hoe beter de therapietrouw.[4-7] Hieruit zou je kunnen concluderen dat indien je bij ouderen een aantal medicaties schrapt, ze een betere therapietrouw aan de dag zullen leggen.
Door al bovengenoemde, gaan er steeds meer stemmen op om medicatie bij ouderen weer te verminderen ("deprescribing").[8-10-15]

In deze thesis concentreren we ons op twee zeer verschillende klassen, enerzijds de statines en anderzijds de benzodiazepines en aanverwante producten.
De reden hiervoor is dat zeer veel ouderen in België deze medicaties (mogelijk onterecht) nemen.[24-25-26-48]
Tijdens mijn verschillende stages heb ik gemerkt dat de statines meestal opgestart zijn op jongere leeftijd, maar dat de benzodiazepines daarentegen wel nog vaak op oudere leeftijd opgestart worden bijvoorbeeld tijdens een ziekenhuisopname.
Kort samengevat denk ik dat er bij ouderen vaak medicaties gestopt kunnen /moeten worden. Maar klopt dit wel? En hoe staan ouderen daar zelf tegenover? Willen ze minder medicatie nemen of zijn ze angstig als de arts voorstelt om een bepaald product te stoppen?

2. Methode

Eerst is er een literatuurstudie gebeurd naar deprescribing bij ouderen in het algemeen. Zijn er wetenschappelijke bewijzen van het nut om bij ouderen medicatie zoveel mogelijk af te bouwen?
Vervolgens heb ik me meer toegespitst op twee specifieke klassen van medicatie: de statines enerzijds en de benzodiazepines en aanverwante producten anderzijds. Wat is het werkingsmechanisme van deze producten? Wat zijn de voor-en nadelen van deze medicatie? Mag/moet deze medicatie gestopt worden bij ouderen en wanneer? Hoe stoppen we deze medicatie?
Voor deze literatuurstudie heb ik PubMed geraadpleegd met de volgende Mesh termen: (deprescribing AND elderly/statin/benzodiazepine/z drug), (statin/benzodiazepine/z drug AND benefit), (statin/benzodiazepine/z drug AND adverse effects), (statin/benzodiazepine/z drug AND elderly). Voor de cijfers van het gebruik van statines en benzodiazepines en aanverwante producten heb ik via Google betrouwbare websites gezocht bijvoorbeeld van het Federaal Kenniscentrum.
Ten slotte ben ik in de eigen praktijk gaan kijken naar het medicatiegebruik bij onze patiënten ouder dan 75 jaar. Gedurende de periode oktober-december 2016 werden de dossiers van alle 75-plussers met een GMD in onze praktijk onderzocht. Ik heb eerst een aantal meer algemene zaken bekeken: de cognitieve en sociale status, de medische voorgeschiedenis en het totaal aantal chronische medicaties. Meer specifiek heb ik ook bekeken hoeveel patiënten een statine en/of benzodiazepine of aanverwant product gebruiken. Van de statinegebruikers ben ik eveneens nagegaan of het om primaire of secundaire preventie ging. Ook heb ik nagekeken of er patiënten waren met een cardiovasculaire voorgeschiedenis zonder statine.
Tot slot werden er in februari 2017 vijf oudere patiënten geïnterviewd. Er werden vragen gesteld in verband met hun gezondheid in het algemeen, hun medicatie, de communicatie met de arts en hun bereidheid te willen stoppen met chronische medicatie in het algemeen en meer in het bijzonder een statine of een benzodiazepine of aanverwant product. Initieel was het de bedoeling om hiervoor patiënten uit de eigen praktijk te kiezen, maar aangezien er ook gepeild werd naar de communicatie met de arts leek het mij onwaarschijnlijk dat patiënten hier een eerlijk antwoord op zouden durven geven tegenover hun eigen huisarts. Daarom heb ik aan een vijftiental 75-plussers uit mijn omgeving gevraagd of ze zouden willen deelnemen aan mijn project. De vijf patiënten met het meest interessante medicatielijstje heb ik uiteindelijk geïnterviewd.
Het doel van deze interviews was niet om een representatieve populatie 75-plussers te bekomen, maar wel om de literatuurstudie kort te toetsen aan de praktijk.

3. Bevindingen

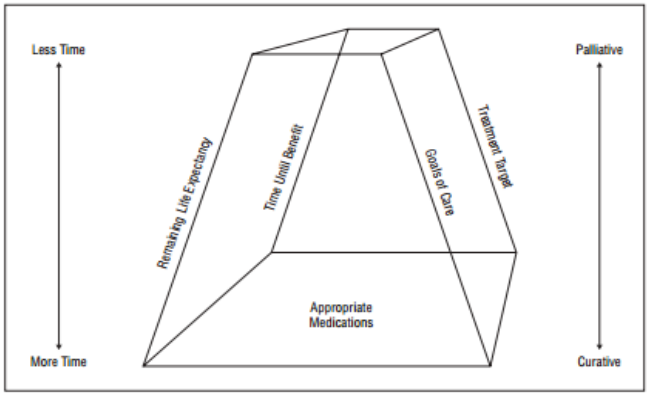
3.1 Literatuuronderzoek

3.1.1 Deprescribing

3.1.1.1 Concept

In vergelijking met jongeren nemen ouderen vaak zeer veel medicatie in. Zo zag men bijvoorbeeld in het Verenigd Koningrijk dat één vijfde van de populatie ouder was dan 60 jaar, maar wel voor 59% van de afgeleverde medicatievoorschriften verantwoordelijk was.[15] In de loop van de jaren worden er steeds meer producten toegevoegd aan het chronische medicatieschema. Daarentegen wordt er slechts zelden medicatie ook weer afgebouwd. Zo zien we dat ouderen nog steeds zeer veel preventieve medicatie nemen. Vaak nemen ze ook nog steeds dezelfde dosissen als toen de medicatie opgestart werd terwijl de richtlijnen vaak een dosisreductie voorstellen bij ouderen.[8-15]
Uit studies is eveneens gebleken dat het aantal medicaties een onafhankelijke risicofactor is voor negatieve gezondheidseffecten waaronder vallen, cognitieve achteruitgang, verminderde fysieke functie en mortaliteit.[10]

Verschillende studies hebben reeds aangetoond dat deprescribing van zowel specifieke klassen (benzodiazepines, anticholinerge medicatie,…) als deprescribing in het algemeen leidt tot minder bijwerkingen en de levenskwaliteit verhoogt.[3-10] Garfinkel et al hebben bij 64 hoogbejaarde patiënten (gemiddelde leeftijd 82.8 jaar) alle niet meteen levensnoodzakelijke medicatie gestopt (gemiddeld 4.2 producten). Slechts 2% hiervan moest uiteindelijk herstart worden. Men zag geen verschil in totale mortaliteit. Wel zou 88% van de patiënten hebben aangegeven dat hun levenskwaliteit verbeterd was na het verminderen van hun medicatie.[2]
De beperkte studies die op dit domein gebeurd zijn, geven vergelijkbare resultaten.[8-10]
Bovendien blijkt dat meer dan 90% van de ouderen bereid zou zijn minstens 1 geneesmiddel te stoppen indien hun arts hun dit zou aanraden.[10]
De vraag is dus nu: wanneer start/stop je bepaalde medicatie bij ouderen?
Uiteraard bestaan er de STOPP/START-criteria die vrij recent nog een update gekregen hebben, maar deze lijst geeft toch niet altijd een antwoord op een concreet probleem.[9-11]
Holmes et al raden aan om je bij een medicatiereview te laten leiden door de volgende zaken (zie figuur 1): Wat is de levensverwachting van de patiënt? Wat zijn de zorgdoelen? Wat is het behandelingsdoel? Wat zijn de mogelijke gunstige effecten van de medicatie en wanneer mag je deze effecten verwachten?[1] Het spreekt vanzelf dat de tijd tot het optreden van de gunstige effecten korter moet zijn dan de levensverwachting van de patiënt bv pijnstillers blijf je geven tot het levenseinde.[1-23] Van veel medicatie is echter de “time until benefit” niet exact gekend.[8] In deze gevallen baseer je je best op de waarden en voorkeuren van de patiënt.[13]



Figuur 1: model met de gepaste medicatie afhankelijk van de levensverwachting, de verwachte periode tot gunstige effecten van de medicatie, de doelstellingen wat betreft de zorg en de doelstellingen wat betreft de behandeling[1]

Bij het ondervragen van patiënten met multimorbiditeit (niet alleen ouderen) blijkt dat ze zich vaak wanhopig voelen door alle ongemakken en pijnen die zij ervaren. Velen vermelden ook de last van de talloze medicaties die ze nemen. Veel patiënten geven aan dat ze bovendien liever door één arts geholpen worden waar ze altijd terecht kunnen dan van de ene naar de andere specialist gestuurd te worden. Van deze arts verwachten ze dan een duidelijke communicatie waarbij er plaats is voor de ideeën en belevingen van de patiënt.[5-23] Een beslissing tot therapie die gezamenlijk genomen is door de patiënt en de arts wordt meestal veel beter gevolgd door de patiënt.[6]
In de literatuur blijkt dat zowel artsen als patiënten de gunstige effecten van medicatie overschatten. Bij een arts-patiëntrelatie met “shared decision making” zijn de beide partijen meestal beter geïnformeerd en wordt vaker een meer conservatieve aanpak gekozen.[3]

Indien je als arts besluit om inderdaad ouderen voor te stellen bepaalde medicaties te stoppen, hoe pak je dit dan aan?
Jansen et al beschrijven een stappenplan voor deprescribing bij ouderen. In de eerste stap wordt het medicatieschema onder de loep genomen. Deze stap gebeurt meestal bij een betekenisvolle gebeurtenis bv een ziekenhuisopname, veranderen van arts,…[3] Volgens sommige bronnen zou het medicatieschema sowieso jaarlijks moeten herbekeken worden en zelfs elke zes maanden bij patiënten die minstens vier medicaties nemen.[15]
Vervolgens kan er een gesprek plaatsvinden over het al dan niet verderzetten van de verschillende producten. Men overloopt hierbij eerst de verschillende voor-en nadelen via korte en duidelijke informatie. In een derde stap wordt er gekeken wat de ideeën en voorkeuren van de patiënt zijn en beslissen de arts en de patiënt samen om bepaalde zaken wel of niet te stoppen.[3]
Na het stoppen van medicatie moet er uiteraard opvolging gebeuren van eventuele ontwenningsverschijnselen, rebound-fenomenen of het terugkeren van de oorspronkelijke aandoening. Zo nodig moet het heropstarten van de medicatie overwogen worden.[10]

3.1.1.2 Barrières en bevorderende factoren

Artsen durven vaak niet goed het gesprek aangaan met ouderen in verband met het verminderen van medicatie. Ze denken dat ouderen hun medicatie sowieso niet zullen willen stoppen. Bovendien zijn ze bang dat patiënten een voorstel tot deprescribing zullen opvatten

als beledigend en het idee krijgen dat ze worden opgegeven door hun arts.[3-8] Artsen geven vaak ook aan onzeker te zijn over hun eigen bekwaamheid wat betreft communicatievaardigheden, kennis over de gevolgen van medicatiestop en waar ze hierover betrouwbare informatie kunnen vinden.[8-10]
Bovendien blijken artsen meer bereid te zijn om risico's te aanvaarden door niets te doen (medicatieschema ongewijzigd laten) dan door het wijzigen van medicatie.[3-10] Artsen geven ook toe minder snel geneigd te zijn medicatie te stoppen die voorgeschreven werd door een collega-specialist.[8-10-14]

Ouderen daarentegen kunnen zowel positief staan tegenover het afbouwen van medicatie als tegenover het blijven innemen van hun huidige medicatie.[3-8-10] Enerzijds hebben patiënten soms twijfels over de werkzaamheid van hun medicatie, zijn ze bang voor bijwerkingen en hebben ze een afkeer van het innemen van zoveel medicatie. Anderzijds zijn patiënten ook vaak bang voor de consequenties van medicatiestop.[8-10] Veel hangt af van de mate waarin ze hun arts vertrouwen en de manier van communicatie van de arts.[3] Vaak zijn patiënten ook gerustgesteld als ze weten dat er een opvolging zal zijn en dat de medicatie zo nodig kan herstart worden.[10]

Als arts moet je erop bedacht zijn dat het stoppen van medicatie al start op het moment dat je iets opstart. Bij het opstarten, moet er reeds een gesprek zijn waarin besproken wordt wanneer en hoe de medicatie weer zal gestopt worden.[3-13] Indien de arts zegt dat de patiënt bepaalde medicatie levenslang zal moeten gebruiken, nemen patiënten dit erg letterlijk. Dit kan problemen opleveren bij het achteraf terug proberen te stoppen.[3-13-23]

Zowel artsen als patiënten geven aan dat tijdsgebrek tijdens een consultatie een belemmerende factor voor deprescribing is.[10]

Sommige studies hebben onderzocht wat de barrières en stimulators zijn voor deprescribing van specifieke medicaties.[12-21-22]
Zo bedachten Ailabouni et al een fictieve patiënte van 83 jaar (Mrs. Smith) in een woonzorgcentrum met een hele voorgeschiedenis en een reeks chronische medicatie (waaronder simvastatine 40mg en temazepam 10mg). Daarna vroegen ze aan 10 huisartsen wat ze van deze medicatie vonden en of ze bepaalde zaken zouden willen veranderen of stoppen.[12]
De algemene trend was om meer preventieve dan medicatie voor symptoomcontrole bij deze dame te stoppen. Desondanks zouden slechts twee huisartsen de simvastatine sowieso stoppen, één arts wou de dosis reduceren naar 20mg, twee artsen wilden het bespreken met de patiënt en vier artsen zouden de medicatie sowieso ongewijzigd verderzetten. De reden die één van de artsen hiervoor gaf was dat de patiënte geen bijwerkingen leek te hebben, nog een goede cognitieve functie had en nog een redelijke levensverwachting volgens hem ondanks de multimorbiditeit. Eén van de artsen die het statine wilde stoppen, gaf aan dat statines volgens hem overgewaardeerd werden.[12]
Over Temazepam was meer eensgezindheid. Slechts twee artsen zouden dit verderzetten, drie artsen wilden de medicatie herbekijken en vier artsen zouden sowieso stoppen. Desondanks

zei één arts dat als de patiënte zelf echt niet zou willen stoppen met haar slaapmedicatie, hij het gewoon verder zou voorschrijven.[12]
Qi et al onderzochten in hun studie of ouderen (gemiddelde leeftijd 78 jaar) in Australië bereid zouden zijn hun cholesterolmedicatie te stoppen. Van de ondervraagden bleek maar liefst 95% hiertoe bereid als hun arts zou zeggen dat dit mogelijk was. Dit cijfer komt overeen met de 95% die aangaven hun arts te vertrouwen in zijn/haar informatie om al dan niet te stoppen. 94% gaf overigens toe bezorgd te zijn over de mogelijke negatieve effecten van statines. Echter bleek wel dat juist de meest kwetsbare ouderen het meest weigerachtig stonden tegenover het stoppen van hun statine.[21]
Een kanttekening die de auteurs reeds maken bij deze studie is het feit dat het hier gaat om gehospitaliseerde patiënten. In de thuissituatie zouden patiënten meer of juist minder bereid kunnen zijn om hun statines te stoppen omdat ze ofwel de noodzaak van hun medicatie minder hoog inschatten ofwel omdat ze juist het lot niet willen uitdagen door medicatie te stoppen op een moment dat ze geen klachten hebben.[21]

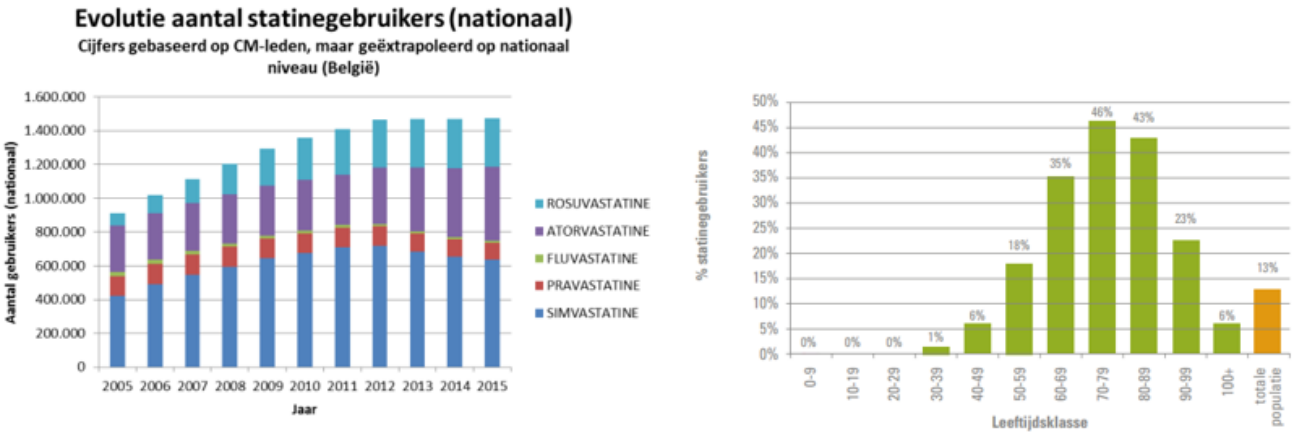
Een studie die misschien meer representatief is voor de huisartsgeneeskunde is die van Luymes et al. Hierin namen 10 huisartsen de consultaties op waarbij werd voorgesteld om statines of antihypertensiva te stoppen bij patiënten met een laag cardiovasculair risico (totaal 49 patiënten). Van de 49 patiënten werd er uiteindelijk bij 42 beslist om medicatie te stoppen. Hierin bleek ook weer de mening van de arts vaak van doorslaggevend belang te zijn.[22]
Patiënten bleken over het algemeen meer barrières en meer verschillende barrières te vermelden dan de arts. Zo uitten ze angst voor het terugkeren van hypercholesterolemie en het risico dat daarmee gepaard zou gaan.[22]
Artsen haalden als barrière vaak aan dat de patiënt een ongezonde levensstijl had en dat de specialist de medicatie noodzakelijk achtte. [22] Opvallend was ook dat artsen die de medicatie wilden verderzetten vaak een barrière aanhaalde specifiek voor die patiënt. Zo zei één van de artsen: “De oogarts beschreef reeds afwijkingen bij uw oogonderzoek ten gevolge van de hoge bloeddruk… Dat is de reden dat we ons moeten afvragen of het wel verstandig is om uw medicatie te stoppen.”[22]
De bevorderende factoren voor deprescribing kwamen dan weer wel overeen tussen patiënten en artsen bv de onzekerheid of het blijven nemen van een statine wel zin had, algemene afkeer van het nemen van (te) veel medicatie,…[22]
Interessant aan deze studie is dat er niet alleen theoretisch gefilosofeerd wordt over de mogelijke barrières en bevorderende factoren voor deprescribing. Wel moeten we vermelden dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten slechts 55,4 jaar was.[22] Voorzichtigheid is dus geboden bij het besluiten dat ouderen op dezelfde manier zou reageren op het voorstel om medicatie te stoppen.

3.1.2 Statines

3.1.2.1 Epidemiologie

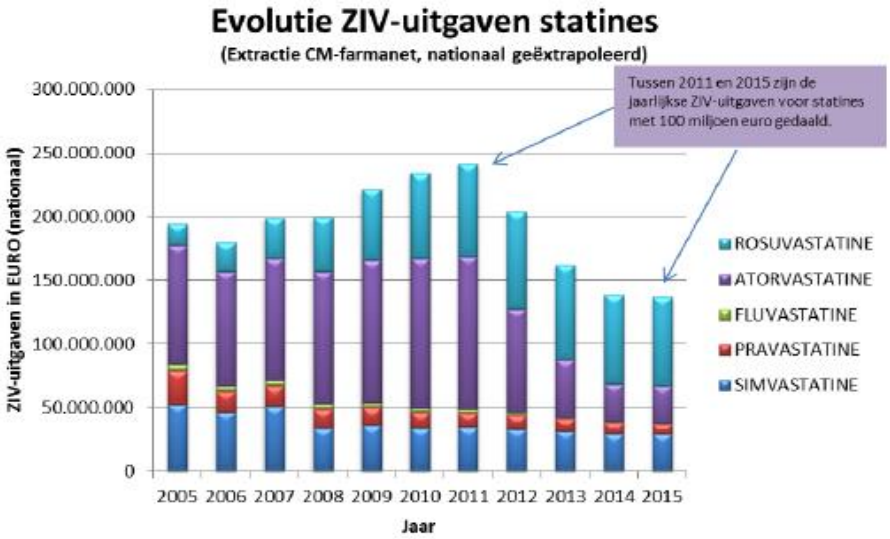
Statines zijn in België één van de meest frequent voorgeschreven medicaties. In 2005 namen 900 000 Belgen een statine.[24-26] In 2015 was dat aantal toegenomen tot meer dan 1.4 miljoen ofwel 13% van de totale populatie. We zien wel dat er sinds 2012 een stagnering van het aantal gebruikers is (zie figuur 2 links).[24]

Een rapport van de CM (christelijke mutualiteit) uit 2013 laat ook een mooie leeftijdsverdeling zien van de statinegebruikers (zie figuur 2 rechts). Hieruit blijkt dat de oudere populatie de grootste gebruikers van statines zijn. Zelfs in de categorie 90-99 jaar neemt nog 23% een statine. Tussen mannen en vrouwen blijkt er geen significant verschil te bestaan.[25]



Figuur 2 links: evolutie van het aantal statinegebruikers in België[24] rechts: percentage statinegebruikers per leeftijdscategorie[25]

Het feit dat deze klasse van medicatie zo frequent voorgeschreven wordt, zorgt natuurlijk ook voor een hoog prijskaartje. In 2009 berekende het Federaal kenniscentrum dat de kosten van statines opliepen tot meer dan 255 miljoen euro.[26] Wel merken we op dat er een groot verschil is in prijs tussen de verschillende statines.[24-26] Simvastatine en atorvastatine zijn momenteel de twee goedkoopste statines die in België op de markt zijn. Sinds het vervallen van het patent van atorvastatine in 2011 zijn de totale uitgaven voor statines dan ook aanzienlijk gedaald (zie figuur 3).[24]



Figuur 3: evolutie van de overheidsuitgaven aan statines[24]

3.1.2.2 Werking van statines

Statines inhiberen de werking van 3-hydroxy-3-methyl-glutaryl-coA reductase (HMG-CoA reductase) in de lever. Doordat ze structureel lijken op HMG-CoA gaan ze hiermee in competitie door te binden aan HMG-CoA reductase. Bovendien zorgen ze voor een kleine verandering van dit enzyme zodat het niet functioneel is. HMG-CoA reductase zet HMG-CoA in de lever om naar mevaluronzuur. Dit proces is de snelheidsbepalende stap in de productie van cholesterol.[28]

De daling van het intercellulair cholesterol brengt een cascade op gang waardoor de levercellen meer LDL-receptoren tot expressie brengen op de hepatocyten. Zodanig wordt er meer LDL- en IDL- cholesterol uit het bloed opgenomen. Het cholesterol wordt vervolgens in de lever afgebroken tot galzouten en afvalstoffen. Doordat er meer IDL-cholesterol opgenomen en afgebroken wordt, neemt ook de productie van LDL-cholesterol verder af.[28]

Statines zouden naast de daling van het LDL-cholesterol nog tal van andere cardiovasculaire en anti-inflammatoire werkingen hebben. Zo zouden ze een gunstig effect hebben op de endotheelfunctie, plaque-stabiliteit, bloedplaatjesaggregetatie,… De exacte mechanismen hierachter zijn voorlopig nog niet altijd helemaal duidelijk.[28]

In 2005 verscheen in de Lancet een grote meta-analyse over de effecten van statines met gegevens van 14 studies en meer dan 90 000 patiënten (zie figuur 4).[30]

Globaal was er in de studiegroep (behandeling met statine) een daling van het LDL-cholesterol van 1.09 mmol/l (ongeveer 42 mg/dl) na 1 jaar.[30]

Reeds na 1 jaar zag men een relatieve risicoreductie van 14% met betrekking tot een eerste episode van een majeur coronair event per mmol/l daling van het LDL-cholesterol en 23% na 5 jaar. Dit komt overeen met 1.8% en 3% minder eerste coronaire events bij patiënten zonder en met een voorgeschiedenis van ischemisch hartlijden respectievelijk.[30]

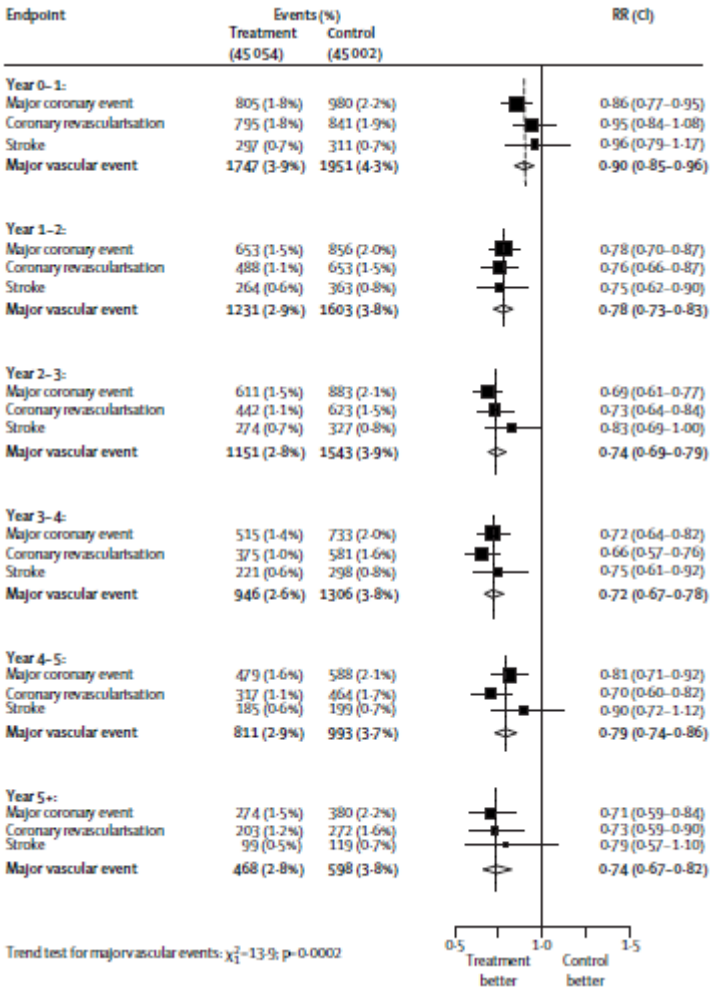
Ook in de groep ouder dan 75 jaar was er een significant verschil (relatief risico 0.82).[30]

Bij het bekijken van alle eerste majeure vasculaire events samen (majeur coronair event, coronaire revascularisatie, beroerte) zag men een relatieve risicoreductie van 10% per mmol/l daling van het LDL-cholesterol na 1 jaar en 21% na 5 jaar. Of anders gezegd 2.5% en 4.8% minder majeure vasculaire events bij patiënten zonder en met een voorgeschiedenis van ischemisch hartlijden respectievelijk. Ook hier zag men een significant verschil bij ouderen boven 75 jaar (relatief risico 0.82).[30]

Wat betreft niet-hemorragische beroertes zag men na 1 jaar geen significant verschil. Na 5 jaar zag men een relatieve risicoreductie van 19%.[30]

Wat betreft dood door ischemisch hartlijden en dood door alle oorzaken zag men een relatieve risicoreductie van 19% en 12% per mmol/l daling van het LDL-cholesterol respectievelijk. Dit vertaalt zich in 1.4% minder doden door ischemisch hartlijden bij patiënten met een voorgeschiedenis hiervan en 0.4% bij patiënten zonder voorgeschiedenis.[30]

Een aantal studies suggereerden dat statines eveneens een beschermend effect op het voorkomen van kanker zouden hebben. Een grote meta-analyse uit 2006 kon dit echter niet bevestigen.[31]



Figuur 4: effecten van statines op majeure vascualaire events per mmol/l daling van het LDL-cholesterol per jaar[30]

3.1.2.3 Ongewenste effecten van statines

Op de website van het BCFI (Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie) worden de volgende bijwerkingen van statines vermeld: spiertoxiciteit, gastro-intestinale ongemakken, (meestal) intermittende stijgingen van de transaminasen met zelden een echte hepatitis en poly-neuropathie (zelden).[50]

Een verhoogd risico op kanker werd in de grote meta-analyse uit de Lancet van 2005 die hierboven reeds beschreven werd niet weerhouden.[30]

Recent zijn er enkele studies gepubliceerd met betrekking tot het gebruik van statines en het risico op diabetes. In de JUPITER-studie zag men significant meer nieuwe diagnoses van diabetes bij gebruikers van rosuvastatine dan in de placebogroep. Volgens de WOSCOPS-studie daarentegen zou pravastatine het risico op diabetes verminderen.[32]
Begin dit jaar verscheen een meta-analyse die dit risico onderzocht en tevens bekeek of het risico op diabetes stijgt in verhouding met de daling van het LDL-cholesterol. Er werden 14 studies onderzocht. Hiervan werden 8 studies in het bijzonder bekeken waarbij een LDL-cholesterol kleiner dan 2.6 mmol/l (ongeveer 100mg/dl) of een daling van minstens 30%

bereikt werd. Het globale risico op diabetes mellitus type 2 steeg met 11%. In de groep met de intensieve LDL-daling was dit zelfs 18%. Hoe groter de daling van de LDL-waarde, hoe hoger het risico op diabetes zo bleek. De groep met een LDL-daling van 30-40% had een verhoogd risico van 13% en de groep met een LDL-daling van 40-50% had zelfs een verhoogd risico van 29%.[32]

Een ernstige bijwerking is het voorkomen van myopathie met rhabdomyolyse. Cerivastatine werd hiervoor in 2001 zelfs van de markt gehaald.[29]
Bij de overige statines vindt men echter geen significant verhoogd risico.[30] Wel denkt men dat door interacties met andere geneesmiddelen de plasmaspiegels kunnen stijgen waardoor er toch een verhoogd risico op spiertoxiciteit kan optreden. Simvastatine en atorvastatine worden gemetaboliseerd door CYP3A4 in de lever. Bijgevolg kunnen inhibitoren van dit enzyme de plasmaspiegels van het statine doen stijgen. Het gaat dan vooral om macroliden, azoolderivaten, protease-inhibitoren en pompelmoessap. Het risico op spiertoxiciteit zou voor alle statines verhoogd zijn bij het gelijktijdig toedienen van ciclosporine, fibraten en nicotinezuur.[29]
Extra voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een verhoogde voorkans op spiertoxiciteit, namelijk patiënten met nierfalen, hypothyroïdie, een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van een erfelijke spieraandoening, voorgeschiedenis van spiertoxiciteit bij een ander statine of fibraat, alcoholverslaving en ouderen boven 70 jaar.[29]
Indien patiënten klachten krijgen van ernstige pijn of zwaktegevoel van de spieren, moeten meteen de CK-waarden bepaald worden. Indien deze meer dan 5 keer de bovengrens van het normale bedragen, moet het statine meteen gestopt worden.[29]

Ouderen zouden dus gevoeliger zijn aan spiertoxiciteit en andere bijwerkingen van statines. Dit wordt onder andere veroorzaakt door een veranderde farmacokinetiek en farmacodynamiek, maar ook door het feit dat ouderen vaker medicatie nemen die interageren met statines.[19-20-29]

3.1.2.4 Stoppen met statines bij ouderen?

De richtlijn van Domus Medica is zeer duidelijk. Bij alle patiënten met een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis wordt een statine opgestart ongeacht de leeftijd. Bij hoogrisicopatiënten (risico op cardiovasculair event ≥ 10% over 10 jaar volgens de SCORE-tabel) wordt geen statine meer opgestart indien de patiënt ouder is dan 70 jaar.[16]
Voor dit laatste baseren ze zich op de PROSPER-studie die geen gunstige effecten van statines op de cardiovasculaire sterfte en slechts een beperkt effect op de morbiditeit kon aantonen bij deze laatste categorie.[16]

Deze richtlijn dateert echter reeds uit 2007. Ik ben op zoek gegaan naar meer recente literatuur om deze aanbevelingen te bevestigen of tegen te spreken.

Een meta-analyse uit 2013 toonde aan dat het gebruik van statines in primaire preventie bij ouderen (minstens 65 jaar) significant het risico op acuut myocardinfarct en cerebrovasculair event verminderen. De follow-up in deze studie was 3.5 jaar. De totale mortaliteit en de

mortaliteit door cardiovasculaire oorzaken werd echter niet beïnvloed. Bij nader bekijken van de studie bleek de gemiddelde leeftijd 73 jaar te zijn wat jonger is dan de beoogde populatie in deze thesis. Een tweede bedenking bij dit onderzoek is het feit dat de inclusiecriteria van de verschillende studies zeer uiteenlopend waren. Er was geen duidelijke consensus over de definitie van "hoog cardiovasculair risico".[18]

Volgens Alexander et al zijn er bewijzen om statines in primaire preventie te geven tot de leeftijd van 70 jaar en in secundaire preventie tot de leeftijd van minstens 80 jaar. Als streefwaarden voor secundaire preventie stellen zij een HDL-waarde > 40 mg/dl en een LDL-waarde < 100mg/dl of zelfs < 70mg/dl. Dit laatste is echter een expertopinie gebaseerd op de veronderstelde lineaire verhouding tussen LDL-cholesterol en het cardiovasculaire risico.
Verder waarschuwen ze wel dat men meer moet opletten voor bijwerkingen van statines bij ouderen en dan vooral bij vrouwen met frailty.[19]

Mangoni et al stelt dat de associatie tussen de cholesterolwaarde en het cardiovasculaire risico vermindert met de leeftijd. Volgens hen is er echter wel voldoende bewijs dat statines het cardiovasculaire risico verminderen bij ouderen onder de 80 jaar.[20] Bij personen ouder dan 80 jaar zou er op het ogenblik van de studie echter onvoldoende bewijskracht zijn om statines op te starten in primaire preventie. Mede omdat deze patiënten een verhoogd risico hebben op bijwerkingen zoals myopathie.[20]

Zijn er nog andere methoden om te bepalen of een oudere persoon baat heeft bij een statine in plaats van de leeftijd als afkapwaarde te gebruiken? En kunnen we de patiënt betrekken bij dit beslissingsproces? Een interessant artikel in dit kader is "The new Sheffield risk and benefit tables for the elderly". In dit artikel wordt een methode voorgesteld om in te schatten of een patiënt ouder dan 60 jaar baat heeft bij primaire preventie van cardiovasculaire events. Op basis van de systolische bloeddruk, de totale cholesterol, de HDL-cholesterol, de aanwezigheid van diabetes, de inname van antihypertensiva en de aanwezigheid van roken wordt een risicoscore berekend (zie figuur 5). Aan de hand van deze risicoscore kan men per leeftijd aflezen hoeveel gezonde maanden de patiënt gemiddeld kan winnen door de inname van preventieve cardiovasculaire medicatie. Als we deze figuur bekijken, zien we dat bij een man van 75 jaar (aflezen bij 76 jaar) maximaal 14 gezonde maanden te winnen zijn. Bij een vrouw is dit maximum 15.4 maanden. Interessant aan deze tabel is wel dat je op deze manier met de patiënt kunt overleggen of deze de therapie nog de moeite waard vindt of niet (zie figuur 6).[17]

Dit jaar verscheen eveneens een studie waarin voorgesteld werd om een geïndividualiseerde risicoberekening te maken bij ouderen in primaire preventie. Het risico werd berekend aan de hand van geslacht, leeftijd, rookstatus, diabetes, totaal aantal medicaties, LDL- en HDL-cholesterol, de systolische bloeddruk en de nierfunctie.[27] In de dagelijkse praktijk lijkt dit echter niet meteen een praktisch hulpmiddel omwille van de uitvoerige berekeningen die je als arts zelf nog moet maken.

Systolic Blood Pressure

mmHg	Points	mmHg	Points	mmHg	Points
106 or less	0	132 - 143	3	169 - 181	6
107 - 118	1	144 - 156	4	182 - 192	7
119 - 131	2	157 - 168	5	192 or more	8

Total Cholesterol

mmol / L	Points	mmol / L	Points	mmol / L	Points
3.6 or less	0	5.4 - 5.8	4	7.6 - 8.1	8
3.7 - 4.2	1	5.9 - 6.4	5	8.2 or more	9
4.3 - 4.7	2	6.5 - 6.9	6		
4.8 - 5.3	3	7.0 - 7.5	7		

HDL

mmol / L	Points	mmol / L	Points	mmol / L	Points
0.64 or less	5	1.08 - 1.50	3	1.94 - 2.35	1
0.65 - 1.07	4	1.51 - 1.93	2	2.36 or more	0

Diabetes

Present	Points
Yes	9
No	0

Anti-hypertensive Medication

Present	Points
Yes	7
No	0

Smoking

Present	Points
Yes	5
No	0

Figuur 5: cardiovasculaire risicoberekening bij patiënten ouder dan 60 jaar[17]

Months of Healthy-Life Time Gained On Medication in **MEN**

Score	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42
Age (Yrs)															
90	0.9	1.2	1.5	1.9	2.3	2.7	3.1	3.7	4.1	4.4	4.7	5.0	5.1	5.3	5.4
88	1.1	1.4	1.8	2.2	2.7	3.2	3.7	4.4	4.9	5.3	5.6	5.9	6.1	6.2	6.4
86	1.3	1.7	2.1	2.6	3.2	3.8	4.4	5.2	5.8	6.2	6.6	6.9	7.2	7.3	7.5
84	1.5	1.9	2.5	3.1	3.7	4.4	5.1	6.1	6.7	7.2	7.7	8.1	8.3	8.5	8.6
82	1.7	2.2	2.8	3.5	4.3	5.0	5.9	7.0	7.8	8.3	8.9	9.3	9.6	9.7	9.9
80	2.0	2.5	3.2	4.0	4.9	5.8	6.8	8.0	8.9	9.5	10.1	10.6	10.9	11.1	11.2
78	2.2	2.9	3.6	4.5	5.6	6.5	7.7	9.1	10.1	10.8	11.5	12.0	12.3	12.5	12.6
76	2.5	3.2	4.1	5.1	6.3	7.3	8.6	10.3	11.4	12.2	12.9	13.4	13.8	13.9	14.0
74	2.8	3.6	4.5	5.7	7.0	8.2	9.6	11.5	12.7	13.6	14.4	14.9	15.3	15.4	15.5
72	3.0	3.9	5.0	6.3	7.7	9.1	10.7	12.7	14.1	15.1	15.9	16.5	16.9	17.0	17.0
70	3.3	4.3	5.5	6.8	8.4	9.9	11.7	13.9	15.5	16.6	17.5	18.1	18.5	18.6	18.5
68	3.6	4.6	5.9	7.4	9.1	10.7	12.7	15.2	16.9	18.1	19.1	19.8	20.1	20.2	20.1
66	3.8	4.9	6.2	7.8	9.7	11.5	13.6	16.4	18.2	19.5	20.7	21.4	21.8	21.8	21.6
64	3.9	5.0	6.5	8.2	10.2	12.1	14.4	17.4	19.4	20.9	22.2	23.0	23.4	23.4	23.2
62	4.0	5.2	6.6	8.4	10.5	12.6	15.0	18.3	20.6	22.2	23.6	24.6	25.0	25.0	24.7
60	4.0	5.2	6.7	8.5	10.7	12.8	15.5	19.0	21.4	23.3	24.9	26.0	26.4	26.5	26.2

Months of Healthy-Life Time Gained On Medication in **WOMEN**

Score	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42
Age (Yrs)															
90	0.7	0.9	1.1	1.4	1.8	2.2	2.6	3.3	3.8	4.2	4.7	5.1	5.4	5.6	5.8
88	0.8	1.0	1.3	1.7	2.1	2.6	3.1	3.9	4.5	5.1	5.6	6.1	6.4	6.7	6.9
86	0.9	1.2	1.5	2.0	2.5	3.0	3.7	4.6	5.4	6.0	6.6	7.1	7.6	7.9	8.1
84	1.1	1.4	1.8	2.3	2.9	3.5	4.3	5.4	6.3	7.0	7.7	8.3	8.8	9.1	9.4
82	1.2	1.6	2.1	2.7	3.4	4.1	5.0	6.2	7.2	8.0	8.9	9.6	10.1	10.5	10.8
80	1.4	1.8	2.4	3.0	3.8	4.6	5.7	7.1	8.3	9.2	10.2	11.0	11.6	12.0	12.3
78	1.6	2.0	2.7	3.4	4.3	5.2	6.4	8.1	9.4	10.4	11.5	12.4	13.1	13.5	13.8
76	1.7	2.3	3.0	3.8	4.9	5.9	7.2	9.1	10.5	11.7	12.9	13.9	14.6	15.1	15.4
74	1.9	2.6	3.3	4.3	5.4	6.5	8.0	10.1	11.7	13.0	14.4	15.5	16.3	16.7	17.0
72	2.1	2.8	3.6	4.7	5.9	7.2	8.8	11.1	12.9	14.4	15.9	17.1	17.9	18.4	18.7
70	2.3	3.0	3.9	5.0	6.4	7.8	9.6	12.1	14.1	15.7	17.4	18.7	19.6	20.2	20.4
68	2.4	3.2	4.2	5.4	6.9	8.3	10.3	13.1	15.2	17.0	18.9	20.3	21.3	21.9	22.1
66	2.5	3.3	4.3	5.6	7.2	8.8	10.9	13.9	16.2	18.2	20.2	21.8	23.0	23.6	23.8
64	2.6	3.4	4.4	5.8	7.4	9.1	11.3	14.5	17.0	19.2	21.4	23.2	24.5	25.2	25.5
62	2.6	3.4	4.5	5.8	7.5	9.2	11.5	14.9	17.6	19.9	22.4	24.4	25.9	26.6	27.0
60	2.5	3.4	4.4	5.6	7.4	9.2	11.5	15.0	17.9	20.4	23.1	25.4	27.0	28.0	28.4

Figuur 6: aantal extra gezonde maanden indien primaire preventie[17]

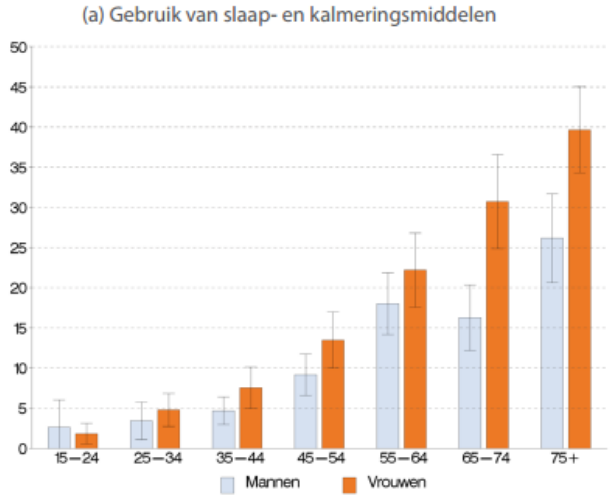
Als conclusie van deze literatuurstudie kunnen we stellen dat statines aangeraden blijven in secundaire preventie ongeacht de leeftijd. Wel moet men in deze leeftijdscategorie bedacht zijn op het frequenter voorkomen van ongewenste effecten. Statines in primaire preventie bij ouderen boven 75 jaar blijven ter discussie.

3.1.3 Benzodiazepines

3.1.3.1 Epidemiologie

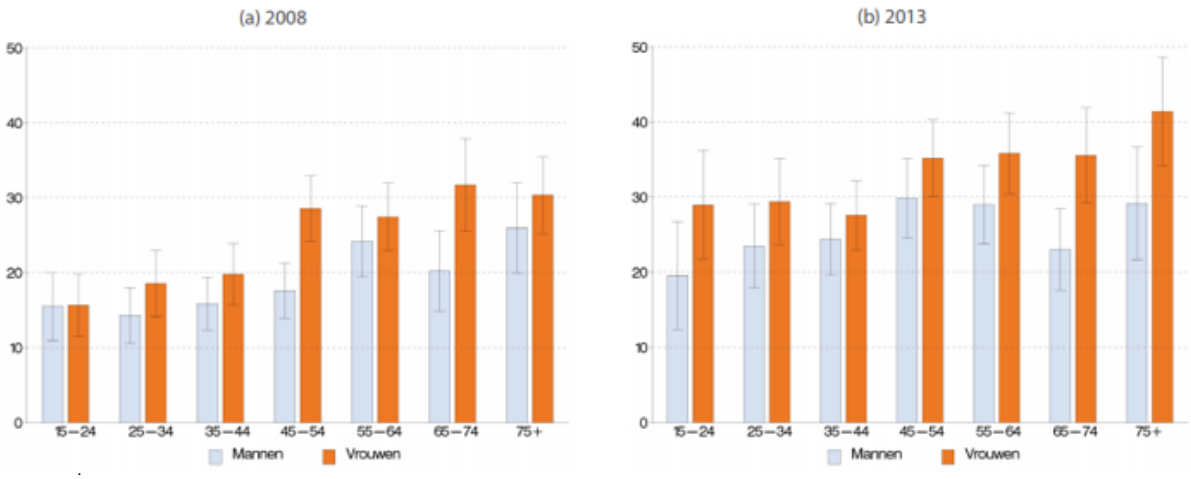
Benzodiazepines en aanverwante middelen (z-drugs bv zolpidem) zijn zeer frequent voorgeschreven medicaties in België en wereldwijd. Volgens de Folia Pharmacotherapeutica gebruiken 10% van de Belgen een benzodiazepine. In de rust-en verzorgingstehuizen zou dit cijfer zelfs oplopen tot 20-50%.[35]

Bij de bevolkingsenquête van 2013 gaf 13% van de ondervraagden aan slaap-en kalmeringsmiddelen te nemen. Vrouwen blijken deze producten vaker te gebruiken dan mannen en ook met de leeftijd neemt het percentage sterk toe. Het hoogste gebruik treffen we aan bij vrouwen van 75 jaar of ouder (41%) (zie figuur 7).[48]



Figuur 7: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in de afgelopen 2 weken slaap-en kalmeringsmiddelen heeft gebruikt, volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête België, 2013[48]

Uit diezelfde bevolkingsenquête bleek dat 30% van de ondervraagden kampte met een slaapprobleem (probleem met het inslapen, vroegtijdig wakker worden en slechte kwaliteit van slaap). Dit probleem is groter bij vrouwen dan bij mannen (33% in vergelijking met 26%) en neemt toe met de leeftijd. In vergelijking met de bevolkingsenquête uit 2008 ziet men een forse toename (zie figuur 8).[48]



Figuur 8: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met slaapproblemen, volgens de SCL-90R score (voor meer info hierover, zie bijhorend artikel), volgens leeftijd en geslacht, (a) in 2008 en (b) in 2013, Gezondheidsenquête België, 2013[48]

Slaapstoornissen blijken dus een belangrijk gezondheidsprobleem te vormen bij de 75-plussers in België. Smagula et al hebben een studie uitgevoerd naar de risicofactoren voor slaapstoornissen bij ouderen (minstens 65 jaar). Hieruit bleken een depressieve stemming, het hebben van een fysieke aandoening en behoren tot het vrouwelijk geslacht de belangrijkste risicofactoren voor een slaapstoornis. Hiernaast werden nog een heel aantal mogelijke risicofactoren genoemd met minder bewijskracht dan de eerder genoemde drie. Onder deze mogelijke risicofactoren vinden we o.a. het langdurig gebruik van benzodiazepines terug.[38]

Langdurige slapeloosheid brengt een aantal gezondheidsproblemen met zich mee. Het wordt in verband gebracht met het vaker voorkomen van ongevallen, depressie, angst, dementie, verslavingproblematiek en een verhoogde mortaliteit.[33]

3.1.3.2 Werking van benzodiazepines en aanverwante producten

Benzodiazepines (en aanverwante producten) werken in op de GABA-receptoren in het centraal zenuwstelsel en inhiberen op deze manier de neurotransmissie. Dit leidt tot een anxiolytisch, spierrelaxerend, sederend en anti-epileptisch effect.[34]
In vergelijking met placebo verkorten ze de tijd tot inslapen met 15 à 20 minuten en verlengen de totale slaapduur met 30 à 50 minuten.[34]
Na twee weken treedt er echter reeds gewenning en psychische en fysieke verslaving op. Bovendien geven ze aanleiding tot onttrekkingsverschijnselen bij plots stoppen na langdurig gebruik.[33]

Bij ouderen vinden er veranderingen plaats in het GABA-neurotransmitter systeem waardoor ouderen gevoeliger zijn aan de effecten van benzodiazepines met een groter risico op ataxie, sedatie en cognitieve achteruitgang tot gevolg.[37]

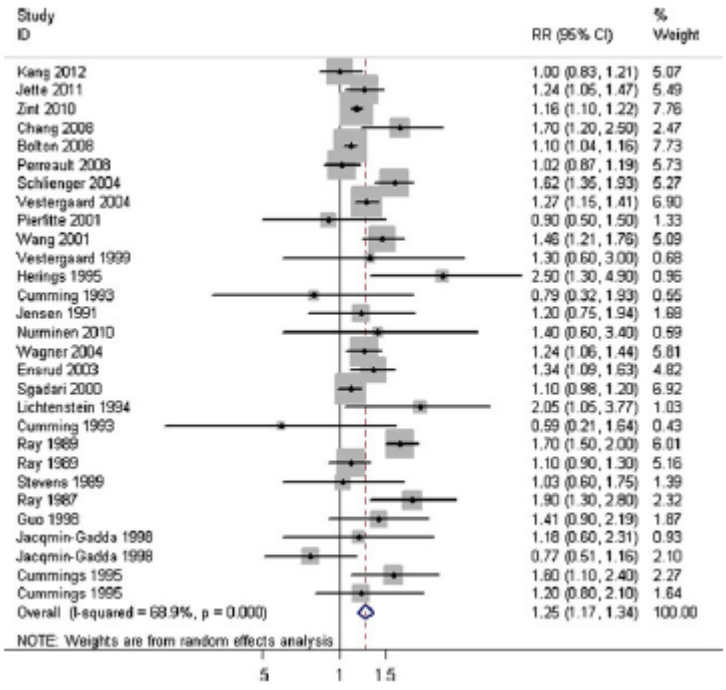
Bovendien worden de meeste benzodiazepines gemetaboliseerd via oxidatie in de lever. Aangezien de oxidatieve capaciteit van de lever daalt met de leeftijd, hebben benzodiazepines een langere halfwaardetijd bij ouderen.[37]

3.1.3.3 Ongewenste effecten van benzodiazepines en aanverwante producten

Aan de andere kant van de medaille vinden we ook allerlei nevenwerkingen en risico's verbonden aan het gebruik van benzodiazepines bij ouderen.
Als frequente bijwerkingen worden vooral sedatie overdag, delirium, ataxie, geheugenproblemen, verhoogd valrisico, toename van het aantal verkeersongevallen en rebound insomnia genoemd.[37]

Uit een meta-analyse uit 2014 bleek dat benzodiazepines (vooral de kortwerkende) geassocieerd waren met een significant verhoogd risico op fracturen (voornamelijk heupfracturen) bij ouderen (zie figuur 9).[41] Dit geeft op zich dan weer een verhoogd risico op verminderde levenskwaliteit en vroegtijdig overlijden. De reden dat vooral het aantal heupfracturen verhoogd zijn, wijten de auteurs aan het feit dat benzodiazepines het valrisico bij ouderen verhogen en dat een heupfractuur de meest voorkomende fractuur is bij ouderen na een val.[41]
Dit verhoogde valrisico bij het gebruik van benzodiazepines vinden we inderdaad terug in andere studies. Woolcott et al onderzochten in een meta-analyse de impact van negen klassen van medicatie op de valfrequentie bij ouderen. Antidepressiva bleken het sterkst geassocieerd te zijn met een verhoogd valrisico gevolgd door de antipsychotica/neuroleptica en de benzodiazepines.[46]
Park et al waren in hun systematic review dan weer niet in staat om een significant verband aan te tonen tussen benzodiazepines en een verhoogd valrisico bij ouderen. Wel bleek uit deze studie dat de aanverwante producten zoals zolpidem een significant verhoogd risico inhielden.[36]

Figuur 9:
Forrest plot: Associatie tussen gebruik van benzodiazepines en het risico op fracturen.[41]



Peron et al. toonden een associatie aan tussen het gebruik van benzodiazepines en een vermindering van de functionele toestand van ouderen. Sommige studies toonden een verslechtering aan van IADL (instrumental activities of daily living zoals telefoneren, rekeningen betalen, medicatie nemen, kleine maaltijden bereiden, huishouden doen, …), BADL (basic activities of daily living zoals zich wassen en aankleden, eten, naar het toilet gaan,…) of beide.[43]

Een meta-analyse uit 2015 toonde dan weer een associatie aan tussen langdurig benzodiazepinegebruik en het risico op dementie. Hoe hoger de dosis die genomen werd, hoe hoger het risico op dementie. Helaas bleek het stoppen van de medicatie er niet noodzakelijk voor te zorgen dat het risico op dementie terug daalde. De auteurs waarschuwen wel hun studie met enige voorzichtigheid te benaderen aangezien er slechts zes studies geïncludeerd werden. Bovendien kunnen slaapstoornissen een voorbode zijn van dementie.[39]

Charlson et al hebben via een systematic review onderzocht of er een significante associatie was tussen benzodiazepinegebruik en een verhoogde mortaliteit, maar dit hebben ze niet kunnen aantonen.[47]

De zogenaamde z-drugs blijken gelijkaardige effecten en veiligheidsprofiel te hebben als de klassieke benzodiazepines. Zo is ook zolpidem geassocieerd met een verhoogd risico op verminderd evenwicht, cognitieve achteruitgang, hoger valrisico en verhoogd risico op fracturen,… Ook hun farmacokinetiek is gelijkaardig aan die van de klassieke benzodiazepines.[37]

3.1.3.4 Afbouwen en stoppen van benzodiazepines en aanverwante producten?

Als conclusie kunnen we stellen dat het gebruik van benzodiazepines en aanverwante producten slechts beperkte voordelen biedt gedurende een korte periode en multiple nadelen en risico's met zich meebrengt zeker bij langdurig gebruik. Benzodiazepinegebruik langer dan vier weken wordt ook duidelijk vermeld als STOPP-criterium.[9]

Helaas blijkt dat zeer veel ouderen deze medicatie reeds langdurig nemen. Bijgevolg komen we tot de vraag of het haalbaar is om deze medicatie af te bouwen en te stoppen (en gestopt te laten) bij ouderen en hoe we patiënten hiervoor kunnen motiveren.

Uit een scoping review van Pollman et al bleek dat de bestaande literatuur zeer heterogeen is.[49] Vandaar dat ik me beperk tot enkele mogelijkheden die mij interessant leken.

Gould et al toonden aan de hand van een meta-analyse aan dat afbouw bij ouderen onder supervisie gecombineerd met psychotherapie significant betere resultaten oplevert op 14 dagen, 3 maanden en 12 maanden. Het numer needed to treat bedraagt slechts drie. De auteurs maken echter zelf reeds de kanttekening dat dit misschien niet haalbaar is om bij iedereen toe te passen. De studie heeft ook geen gegevens op lange termijn.[40]

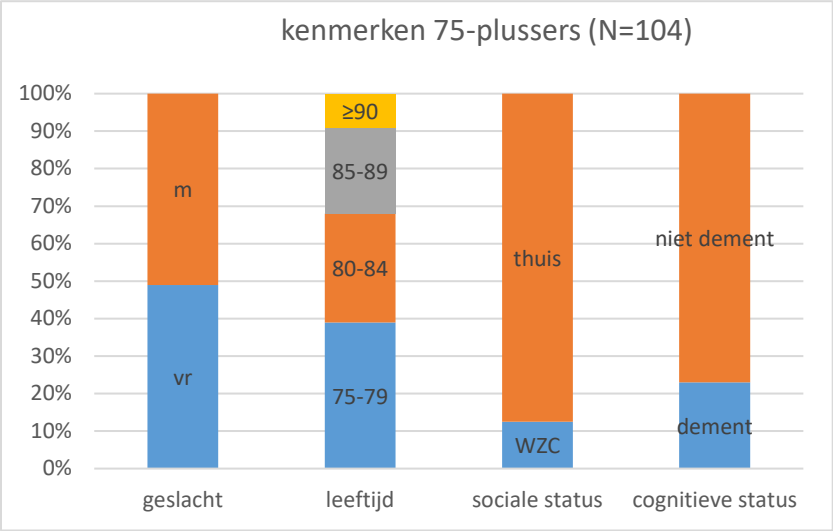
Als alternatief worden korte interventies bv een stopbrief voorgesteld. Het aantal patiënten dat na zo'n interventie effectief zijn gebruik vermindert of stopt, is weliswaar eerder beperkt (1 stop per 12 verstuurde brieven), maar aangezien de minimale moeite die het de huisarts kost, heeft deze strategie een hoge kosten-batenverhouding. Hierbij moeten we wel vermelden dat deze studie alle leeftijden includeerde.[42]

De EMPOWER-studie onderzocht het effect van een brochure bestaande uit acht pagina's waarin de risico's van benzodiazepines uitgelegd werden. Er werd eveneens een schema voorgesteld van 21 weken om deze medicatie af te bouwen en te stoppen. Deze brochure werd gemaild naar de deelnemers (65 tot 95 jaar). In de brochure werd ook gevraagd het afbouwschema te bespreken met de behandelend arts of met de apotheker. Het idee hierachter was om de patiënt eerst te informeren en hem aan te zetten om zelf het initiatief te nemen om een eventuele stop te bespreken. Na zes maanden was 27% van de interventiegroep volledig gestopt in vergelijking met 5% in de controlegroep. Bovendien namen 11% in de interventiegroep een lagere dosis dan voordien. Het numer needed to treat voor stop of dosisreductie was 3.7.[44]

Dezelfde auteurs hebben dit jaar een studie gepubliceerd waarin ze dezelfde EMPOWER-brochure gebruiken bij ouderen met een milde cognitieve stoornis (volgens de DSM-5 criteria). Er was geen significant verschil in dosisreductie of stop tussen de groep met een milde cognitieve stoornis en deze met een normale cognitie. [45]

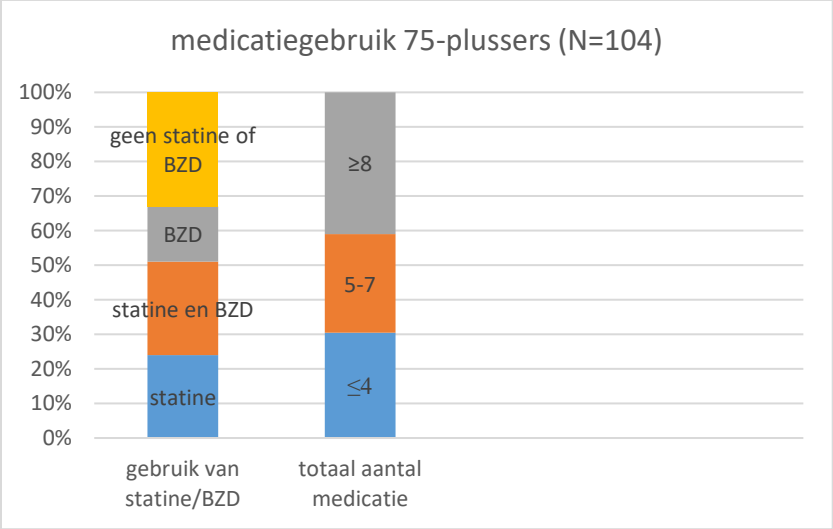
3.2 Bevindingen in de eigen praktijk

In onze praktijk zijn er 104 patiënten met een GMD die minstens 75 jaar oud zijn. Het aantal mannen en vrouwen is ongeveer gelijk. Als we de leeftijdscategorieën meer gedetailleerd opdelen, zien we dat 39% 75-79 jaar is, 29% 80-84 jaar, 23% 85-89 jaar en 9% 90 jaar of ouder is. Verder merken we op dat 12.5% in een woonzorgcentrum woont en dat 23% van onze populatie dementie heeft (zie grafiek 1).



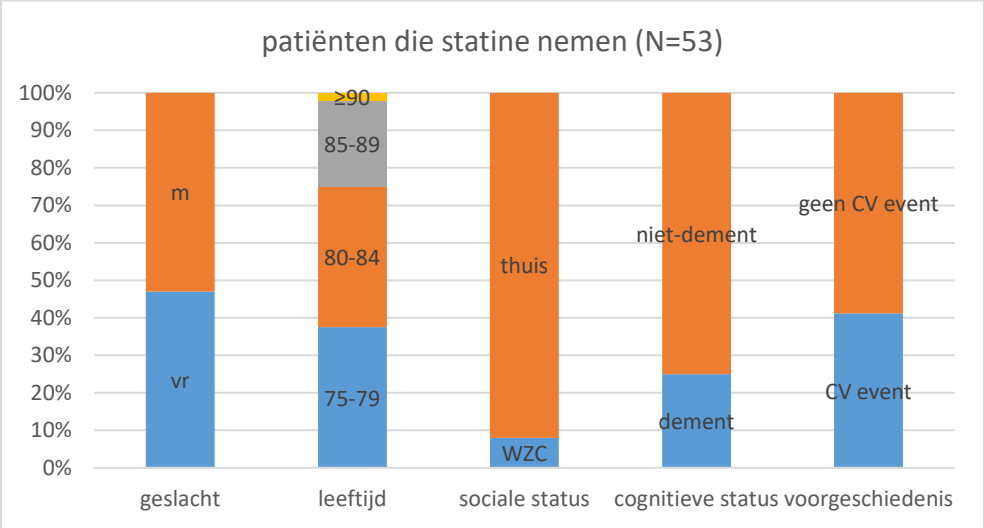
Grafiek 1: kenmerken van 75-plussers in onze praktijk. WZC = bewoners van woonzorgcentrum

Gemiddeld nemen onze 75-plussers 6.7 verschillende soorten chronische medicatie.
53 patiënten nemen een statine, 45 patiënten nemen een benzodiazepine of aanverwant product. Er zijn zelfs 7 patiënten die 2 verschillende benzodiazepines gebruiken (zie grafiek 2). Daarentegen zijn er 10 patiënten die geen statine nemen in secundaire preventie. Bij het nader bekijken van deze 10 patiënten blijken 4 patiënten ouder dan 90 jaar te zijn, 1 patiënt heeft een zeer beperkte levensverwachting omwille van een maligniteit, 1 patiënt wilt geen preventieve medicatie en 1 patiënt is dement en heeft ernstige mobiliteitsproblemen.



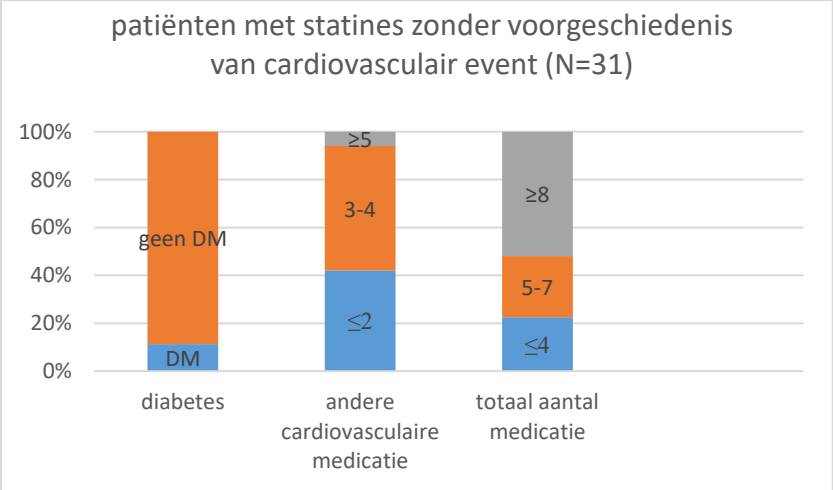
Grafiek 2: het medicatiegebruik van de 75-plussers in onze praktijk. BZD = benzodiazepines en aanverwante producten

Van de patiënten die een statine nemen, hebben slechts 22 effectief een voorgeschiedenis van een cardiovasculair event. Verder lijken de kenmerken vrijwel overeen te komen met de kenmerken in grafiek 1. Wel blijkt slechts 1 persoon ouder dan 90 jaar nog een statine te nemen (zie grafiek 3).



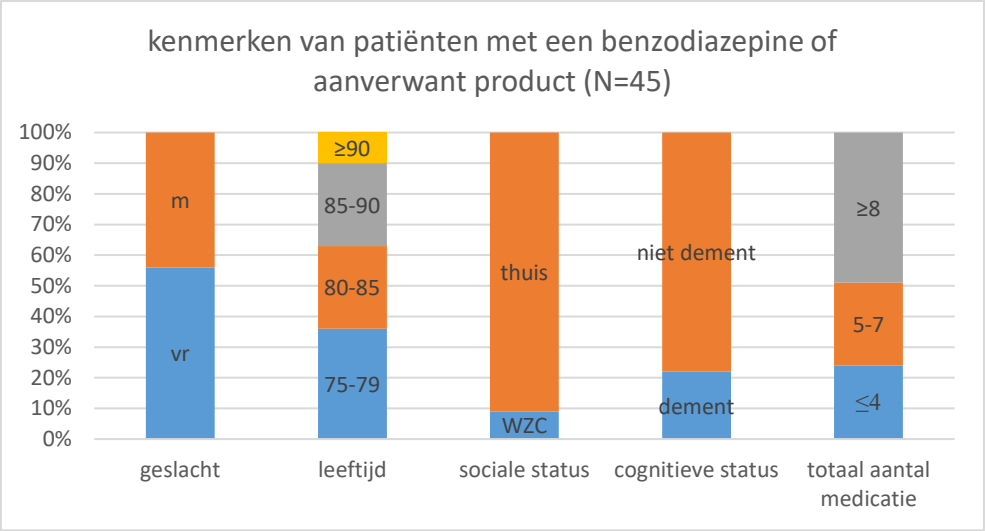
Grafiek 3: kenmerken van 75-plussers in onze praktijk die een statine gebruiken.

Bij het nader bekijken van de patiënten die een statine nemen zonder voorgeschiedenis van een cardiovasculair event, zijn we nagegaan of het bijvoorbeeld voornamelijk diabetici waren omdat dit ook een zeer belangrijke cardiovasculaire risicofactor is, maar dit bleek slechts bij 9 patiënten het geval. Wel lijkt het zo dat deze patiënten over het algemeen wel veel medicatie nemen (52% neemt minstens 8 verschillende soorten medicatie) (zie grafiek 4).



Grafiek 4: kenmerken van 75-plussers in onze praktijk die statines nemen en geen voorgeschiedenis van een cardiovasculair event hebben. DM = diabetes mellitus

Bij de patiënten die een benzodiazepine of aanverwant product gebruiken, lijken de kenmerken globaal overeen te komen met die van grafiek 1. Wel blijken 56% van de gebruikers vrouwen te zijn (zie grafiek 5).



Grafiek 5: kenmerken van 75-plussers die een benzodiazepine of aanverwant product gebruiken

3.3 Interviews

Er werden vijf 75-plussers geïnterviewd. Hierin bevroegen we hun algemene gezondheid, hun medicatieschema, hun communicatie met de arts en of ze eventueel bereid zouden zijn bepaalde medicatie te stoppen.

3.3.1 Algemene gezondheid

Van onze vijf patiënten zijn er drie die zich in het algemeen goed voelen en die tevreden zijn met hun gezondheid. Eén patiënte voelt zich niet echt ziek, maar heeft toch veel last van allerlei kwaaltjes en één patiënte zegt zich ronduit heel slecht te voelen.

Patiënt 1: *"Ik had nooit gedacht dat ik mij zo slecht kon voelen." "Wat ik vroeger op een uurtje deed, lijkt nu een hele dag te duren."*

3.3.2 Algemene tevredenheid over medicatie en stoppen met medicatie in het algemeen

Vier patiënten zeggen dat ze graag minder medicatie zouden nemen. De eerste patiënte zegt wel dat ze haar parkinsonmedicatie niet kan laten. De derde patiënt zou vooral graag Symbicort stoppen aangezien hij daar bijwerkingen van heeft, maar zonder deze inhalatietherapie heeft hij te veel last van kortademigheid. De vierde patiënte zegt dat ze zeker haar pijnmedicatie niet kan laten alhoewel ze juist deze zou willen verminderen. De vijfde patiënte zegt dat ze eigenlijk niet weet of er medicatie is die ze zou kunnen stoppen. Patiënt nummer twee is ervan overtuigd dat al zijn medicatie noodzakelijk is om gezond te blijven en vindt het ook niet erg om deze te nemen.

Patiënt 1: *"Ik voel het wanneer ik mijn parkinsonmedicatie niet genomen heb dus die kan ik niet vergeten."*

Patiënt 5: "*Dat zakje dat ik moet innemen, heeft wel een vieze smaak. Ik weet eigenlijk niet waarom ik dat nog moet nemen."*

3.3.3 Communicatie met arts

Over het algemeen zijn de bevraagde patiënten tevreden over de communicatie met de huisarts. De vierde patiënte zegt wel het gevoel te hebben dat haar huisarts eerder puur professioneel geïnteresseerd is en niet echt betrokken is en de vijfde patiënte zegt dat ze met haar huisarts meer een gezellige babbel doet dan over haar gezondheid te praten met hem.
De eerste patiënte echter is absoluut niet tevreden over haar huisarts. Ze heeft het gevoel dat ze niet ernstig genomen wordt.

Patiënt 1: *"Als ik bepaalde klachten uit, zegt hij gewoon dat "er nog wel ergere dingen zijn". En dan denk ik: "Je zou mij soms eens moeten voelen". Daarna denk ik dat het wel gewoon aan mij zal liggen, dat ik niet sterk genoeg ben. Vroeger was ik zo niet. Ik heb zelfs eens letterlijk aan mijn huisarts gevraagd "Ik zal toch niet depressief zijn, dokter?", maar dit lachte hij weg." "Ik vraag mij ook steeds af of al mijn klachten echt wel veroorzaakt worden door de parkinson."…"Ik heb het idee dat er misschien wel een behandeling mogelijk zou zijn als ze mij maar zouden geloven en zouden onderzoeken."*

3.3.4 Stoppen met statine

Van de 4 patiënten die een statine nemen, is er 1 patiënte die reeds op eigen houtje gestopt is.

Patiënt 1: *"Toen u mij vroeg voor dit interview en dat ik die cholesterolmedicatie misschien niet meer zou moeten nemen, dacht ik: Ik ga dat pilletje eens stoppen. Ik heb de indruk dat ik mij sindsdien toch iets beter voel. Ik ben minder misselijk."*
"Ik denk wel dat mijn huisarts zal zeggen dat het mijn eigen schuld dan zal zijn als ik toch een hartinfarct krijg, maar dat geloof ik eigenlijk niet."

Van de andere drie zeggen twee zeker te willen stoppen als hun huisarts dit zou aanraden. Eén patiënt zegt niet te willen stoppen omdat hij reeds een hartinfarct doorgemaakt heeft. (Bij deze patiënt is het statine volgens de Belgische richtlijn ook terecht.)

De patiënt die geen statine neemt, zegt ook geen statine te willen innemen zelfs niet als zijn huisarts dit zou voorstellen.

Patiënt 3: *"ik neem al genoeg pilletjes en moet er niet nog meer hebben. Daarbij geloof ik niet dat dat zo'n pilletje nog veel zin heeft als je al 87 jaar bent."*

3.3.5 Stoppen met benzodiazepine of aanverwant product

Slechts drie van de ondervraagde patiënten gebruikt een benzodiazepine. Hiervan zeggen twee personen dat ze niet willen stoppen uit angst dat ze dan niet meer gaan kunnen slapen. Eén patiënte zegt dat ze wel wilt proberen om te stoppen.

Patiënt 4: *"Ik heb al een aantal keer geprobeerd om mijn slaapmedicatie te stoppen, maar dan doe ik geen oog dicht."*

Patiënt 5: *"Die slaappil is voorgeschreven toen mijn man gestorven is. Ondertussen is het een gewoonte geworden. Wie weet heb ik die pil wel helemaal niet meer nodig."*

4. Discussie

Er gaan meer en meer stemmen op om bij ouderen polyfarmacie tegen te gaan. Vaak worden steeds nieuwe medicaties voorgeschreven zonder ooit iets af te bouwen of te stoppen. Met het toenemende aantal producten dat de patiënt neemt, daalt echter de therapietrouw en neemt het risico op medicamenteuze interacties toe. Polyfarmacie op zich blijkt tevens een onafhankelijke risicofactor te zijn voor negatieve gezondheidseffecten zoals vallen, maar ook mortaliteit.[10] Bij ons in de praktijk blijkt dat maar liefst 43% van de 75-plussers een benzodiazepine of aanverwant product op hun chronisch medicatielijstje heeft staan. Als we dit vergelijken met de algemene cijfers van België (zie eerder) scoren we daarmee toch bij de slechtere van de klas. Ook is er nog steeds 30% die een statine neemt in primaire preventie. Er is dus zeker nog werk aan de winkel.
Bovendien blijkt zowel uit de literatuur als uit mijn eigen (beperkte) interviews dat de meeste ouderen bereid zouden zijn om minder medicatie te nemen indien hun arts dit zou aanraden.[10]
Bijgevolg ben ik ervan overtuigd dat er inderdaad een plaats moet zijn voor deprescribing bij ouderen in de huisartsenpraktijk.

4.1 Hoe kan de huisarts deprescribing in het algemeen praktisch aanpakken?

Deprescribing start met het kritisch bekijken van het medicatieschema. Dit gebeurt in de praktijk denk ik te weinig door tijdsgebrek tijdens een gewone raadpleging van 15 minuten. Tijdsgebrek wordt ook in de literatuur zowel door patiënten als artsen als een belangrijke barrière voor deprescribing genoemd.[10] Als de patiënt zelf niets vraagt over zijn medicatie, schrijft de arts vaak gemakshalve de chronische medicatie verder voor zonder er dieper over na te denken. Persoonlijk denk ik dat hier dan ook best een apart consult voor ingepland wordt. Het voorstel van Milton et al om bij polyfarmacie elke 6 maanden het medicatieschema te evolueren lijkt mij in de praktijk misschien niet meteen haalbaar. Ik zou eerder opteren voor een jaarlijkse bespreking met de patiënt. De arts kan hier eventueel een vast tijdstip in zijn agenda voor blokkeren en zo elke week enkele patiënten zien.
De volgende vraag is welke medicatie veranderd kan/moet worden.
Belangrijk is om eerst te bespreken met de patiënt wat de behandelingsdoelen nog zijn. Gaat het hier nog om een fitte oudere die nog veel verwachtingen en toekomstplannen heeft of gaat het over een multimorbide oudere met een beperkte levensverwachting die als enige eis heeft dat hij/zij pijnvrij is?[1]
Logisch is om te beginnen kijken bij de medicatie die “moet” gestopt worden. Hiervoor kan je als arts bijvoorbeeld de STOPP/START-criteria raadplegen. Zo blijkt het langdurig gebruik van benzodiazepines gecontra-indiceerd te zijn bij alle ouderen.[9] Bijgevolg moet je als arts bij alle ouderen proberen deze medicatie af te bouwen en te stoppen.
Vervolgens kijk je naar de medicatie die mogelijk kan gestopt worden bijvoorbeeld de cardiovasculaire preventieve medicatie waarbij je de voor-en nadelen afweegt en bespreekt met de patiënt.
Van de medicatie die wel verder voorgeschreven wordt, moet vervolgens bekeken worden of de dosis nog wel aangepast is. Zo moet bepaalde medicatie aangepast worden in functie van de leeftijd, nierfunctie,…[15]

Ten slotte moet er bekeken worden of er geen medicatie ontbreekt aan het lijstje. Krijgt een patiënt die bijvoorbeeld klaagt over veel pijn wel een voldoende pijnstilling?[1]

Een bijkomende bedenking wil ik nog even maken over het aantal voorschrijvers. Uit de literatuur blijkt dat hoe meer verschillende artsen voorschrijven hoe meer kans er is op polyfarmacie en slechte therapietrouw. Vaak durft de huisarts ook minder goed medicatie te stoppen die opgestart is door een collega-specialist. Daarbij komt nog dat patiënten vaak één arts verkiezen waar ze (altijd) bij terecht kunnen en die hun ganse dossier beheert.[5-22]
Ik denk dat de huisarts dan ook ideaal geplaatst is om de totaalzorg voor de oudere patiënt op zich te nemen en hem/haar niet zomaar te verwijzen naar de specialist.

4.2 Aanbevelingen voor de afbouw en stop van benzodiazepines en aanverwante producten

De EMPOWER-brochure (uiteraard vertaald in het Nederlands) lijkt mij een zeer nuttig instrument om ouderen inzicht te doen krijgen in voor-en nadelen van benzodiazepines. Bovendien bevat deze brochure reeds een duidelijk schema voor de afbouw en stop van deze medicatie.[44-45] Je zou deze brochure kunnen opsturen enkele weken voorafgaand aan het jaarlijks bespreken van de medicatie zodanig dat je tijdens het gesprek hier al kan op inpikken. Indien deze aanpak onvoldoende blijkt, kan je eventueel overschakelen op bijkomende hulp bijvoorbeeld psychotherapie.[40]

4.3 Aanbevelingen in verband met statinegebruik bij 75-plussers

Natuurlijk zijn er weinig producten waarbij er een dergelijk zwart-wit verhaal is als bij de benzodiazepines en aanverwante producten. Over de statines bestaat al veel minder eensgezindheid in de literatuur.
Na mijn literatuurstudie zou ik statines in secundaire preventie blijven geven ongeacht de leeftijd.[16] Bij patiënten met een zeer beperkte levensverwachting primeert natuurlijk het comfort boven alles en lijkt preventie van cardiovasculaire aandoeningen mij nog weinig zin te hebben.[23]
In primaire preventie zou ik persoonlijk geen statine meer opstarten bij patiënten ouder dan 75 jaar. De reden hiervoor is dat ik uit bovengenoemde studies geen eenduidige aanwijzingen heb gevonden voor het nut van deze medicatie bij deze leeftijdscategorie, de mogelijke nevenwerkingen en om polyfarmacie in het algemeen tegen te gaan.[16-17-19-20]
Indien patiënten reeds een statine nemen, zou ik met hen bespreken dat er eigenlijk geen harde bewijzen zijn voor het gebruik van deze medicatie en hen voorstellen eventueel te stoppen. Indien ze echter liever niet stoppen, zou ik de medicatie verder voorschrijven en het thema bij de volgende jaarlijkse evaluatie nogmaals aanhalen.

4.4 Sterktes en zwaktes van deze thesis

Eén van de sterktes van deze thesis is dat het onderwerp steeds belangrijker gaat worden aangezien de vergrijzing van de bevolking. Bovendien worden er twee zeer relevante klassen van medicatie bij deze leeftijdscategorie onderzocht. Voor de eigen praktijk geldt ook dat de volledige populatie ouder dan 75 jaar in kaart is gebracht waarmee we zeker aan de slag kunnen om ons voorschrijfgedrag bij deze populatie aan te passen.

Een minder sterk punt is dan weer dat alle 75-plussers veelal over dezelfde kam geschoren worden terwijl dit uiteraard een zeer heterogene groep is van zeer robuuste tot zeer kwetsbare ouderen.

5. Besluit

Bij ouderen moet men aandachtig zijn voor het risico op polyfarmacie en de daarmee verbonden gezondheidsrisico's. Jaarlijks zou er een bespreking moeten gebeuren van het chronische medicatieschema. Hierbij moet er gekeken worden naar medicaties die absoluut gecontra-indiceerd zijn bij ouderen zoals de benzodiazepines en aanverwante producten. Vervolgens moet er gekeken worden of er voor de andere producten nog een correcte indicatie bestaat en of de dosis nog aangepast is aan de huidige omstandigheden. Tot slot wordt er nagegaan of er medicatie is die absoluut wel een indicatie heeft en toch nog niet opgestart is.
Belangrijk bij deze medicatie-evaluaties is het duidelijk bespreken met de patiënt wat zijn verwachtingen en gevoelens zijn om zo tot een gezamenlijk beleid te komen.
In onze praktijk is het zeker nuttig hier toch wat meer aandacht voor te hebben. Zeker het hoge benzodiazepinegebruik zou moeten aangepakt worden.

6. Referenties

1. Holmes H, Cox Hayley D, Alexander G, Sachs G. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. Arch Intern Med 2006;166:605-8.
2. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med 2010;170:1648-54.
3. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B et al. Too much medicine in older people? Deprescribing trough shared decision making. BMJ 2016;353:i2893.
4. Choudhry NK, Fisher MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. Arch Intern Med 2011;17:814-22.
5. Noël PH, Frueh BC, Larme AC, Pugh JA. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. Health Expect 2004;8:54-63.
6. Sandman L, Granger BB, Ekman I, Munthe C. Adherence, shared decision-making and patient autonomy. Med Health Care Phil 2012;15:115-27.
7. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther 2001;23:1296-310.
8. van Marum BJ, Koopmans RT, Bouvy M. Oud, (g)een probleem? Heeft het nog wel zin? Medicatie minderen bij kwetsbare ouderen. Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A8947.
9. Knol W, Verduijn MM, Lelie-van der Zande R, van Marum RJ, Brouwers K et al. Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen. De herziene STOPP-en START criteria. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8904.

10. Page AT, Potter K, Clifford R, Etherton-Beer C. Deprescribing in older people. Maturitas 2016;91:115–34.
11. O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015;44:213-8.
12. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. General practitioners' insight into deprescribing for the multimorbid older individual: a qualitative study. Int J Clin Pract 2016;70:261-76.
13. Todd A, Holmes HM. Recommendations to support deprescribing medications late in life. Int J Clin Pharm 2015;37:678–81.
14. Clyne B, Cooper JA, Hughes CM, Fahey T, Smith SM and on behalf of the OPTI-SCRIPT study team. Potentially inappropriate or specifically appropriate? Qualitative evaluation of general practitioners views on prescribing, polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in older people. BMC Fam Pract 2016;17:109-17.
15. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SHD. Prescribing for older people. BMJ 2008;336:606-9.
16. Richtlijn Domus Medica. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Antwerpen: Domus Medica 2007.
17. Weatherly ND, Jackson PR. The new Sheffield risk and benefit tables for the elderly. Q J Med 2011;104:3-12.
18. Savarese G, Gotto AM, Paolillo S, D'Amore C, Losco T, Musella F et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2013;62:2090-9.
19. Alexander KP, Blazing MA, Rosenson RS, Hazard E, Aronow WS, Smith SC Jr et al. Management of hyperlipidemia in older adults. J Cardiovasc Pharmacol Ther 2009;14:49-58.
20. Mangoni AA, Jackson SHD. The implications of a growing evidence base for drug use in elderly patients. Part 1. Statins for primary and secondary cardiovascular prevention. Br J Clin Pharmacol 2006;61:494–501.
21. Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson SA, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. Int J Clin Pharm 2015;37:949-57.
22. Luymes CH, van der Kleij RMJJ, Poortvliet RKE, de Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing potentially inappropriate preventive cardiovascular medication: barriers and enablers for patients and general practitioners. Ann Pharmacother 2016;50:446–54.
23. Todd A, Holmes H, Pearson S, Hughes C, Andrew I, Baker L et al. 'I don't think I'd be frightened if the statins went': a phenomenological qualitative study exploring medicines use in palliative care patients, carers and healthcare professionals. BMC Palliat Care 2016;15:13-9.
24. CM. Evolutie statinegebruik in België 2005-2015. Internet site CM 2016. Beschikbaar via: www.cm.be/binaries/Statines-bijlage_tcm375-177537.pdf. Geraadpleegd 2017 april 9.

25. Cornelis K. Evolutie statinegebruik in België 2003-2013. Internet site CM 2014. Beschikbaar via: www.cm.be/binaries/CM-257-NL-Statinegebruik_tcm375-143190.pdf. Geraadpleegd 2017 april 9.
26. Roberfroid D, Dubois C, Vrijens F, Camberlin C, Farfan MI. Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid. Health Services Research Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2010; KCE 141A. D/2010/10.273/69.
27. Stam-Slob MC, Visseren FLJ, Jukema JW, van der Graaf Y, Poulter NR, Gupta A et al. Personalized absolute benefit of statin treatment for primary or secondary prevention of vascular disease in individual elderly patients. Clin Res Cardiol 2017;106:58–68.
28. Stancu C, Sima A. Statins: mechanism of action and effects. J Cell Mol Med 2001;5:378-87.
29. BCFI. Statines en spiertoxiciteit. Folia Pharmacotherapeutica 2002;29:60-1.
30. Cholesterol Treatment Trialists' Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005;366:1267–78.
31. Bonovas S, Filioussi K, Tsavaris N, Sitaras NM. Statins and cancer risk: a literature-based meta-analysis and meta-regression analysis of 35 randomized controlled trials. J Clin Oncol 2006;24:4808-17.
32. Wang S, Cai R, Yuan Y, Varghese Z, Moorhead J, Ruan XZ. Association between reductions in low-density lipoprotein cholesterol with statin therapy and the risk of new-onset diabetes: a meta-analysis. Sci Rep 2017; DOI: 10.1038/srep39982.
33. Richtlijn Domus Medica. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Antwerpen: Domus Medica 2011.
34. NHG Standaard. Slaapproblemen en slaapmiddelen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap 2014.
35. BCFI. Aanpak slapeloosheid. Folia Pharmacotherapeutica 2009;36:37-41.
36. Park H, Satoh H, Miki A, Urushihara H, Sawada Y. Medications associated with falls in older people: systematic review of publications from a recent 5-year period. Eur J Clin Pharmacol 2015;71:1429-40.
37. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhalts KE, Gee ME, Vollmer KA et al. Review of safety and efficacy of sleep medicines in older adults. Clin Ther 2016;38:2340-72.
38. Smagula SF, Stone KL, Fabio A, Cauley J. Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. Sleep Med Rev 2016;25:21-30.
39. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y. Association between benzodiazepine use and dementia: a meta-analysis. PLoS One 2015;10:e0127836.
40. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2014;204:98-107.
41. Xing D, Ma XL, Ma JX, Wang J, Yang Y, Chen Y. Association between use of benzodiazepines and risk of fractures: a meta-analysis. Osteoporos Int 2014;25:105-20.
42. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2011;61:573-8.

43. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother 2011;9:378-91.
44. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education. The EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med 2014;174:890-8.
45. Tannenbaum C, Martin P. Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. BMC Geriatr 2017;17:37-41.
46. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. Arch Intern Med 2009;169:1952-60.
47. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, Lynskey M. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009;18:93-103.
48. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquete 2013 rapport 1: gezondheid en welzijn. Brussel 2013.
49. Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. BMC Pharmacol Toxicol 2015;16:19-30.
50. BCFI. Statines: ongewenste effecten. Internet site BCFI. Beschikbaar via: www.bcfi.be/nl/chapters/2?frag=1545. Geraadpleegd 2017 april 11.

7. Bijlagen

7.1 Interviews

Interview, vrouw 75 jaar

Ik ga u enkele vragen stellen over uw medicatiegebruik en uw bevindingen hierover. U hebt hierover reeds informatie gekregen en uw toestemming verleent voor dit interview door het "informed consent" te geven. Gaat u hier nog steeds mee akkoord?

Ja

Hoe voelt u zich in het algemeen? Voelt u zich eerder gezond of ziek?

Ik had nooit gedacht dat ik mij ooit zo slecht zou kunnen voelen. Ik kan niet veel meer door de ziekte van Parkinson. Ik voel mij de hele dag moe, heb nergens zin in …

Kan u beschrijven wat u doet op een gemiddelde dag? Hebt u veel hobby's en activiteiten buitenshuis?

Als ik 's morgens opsta, voel ik mij heel vermoeid en kan ik bijna niet vooruit. Ongeveer 1.5u na de inname van mijn medicatie gaat het iets beter. Na het middageten ben ik doodmoe en moet ik gaan rusten. Daarna gaat het terug iets beter. In de namiddag ga ik met mijn echtgenoot wandelen (4-5 km) of fietsen (tot 60km met een elektrische fiets).

Dit is iets dat ik niet begrijp en dat mij erg frustreert. Ik kan wel gaan wandelen en fietsen, maar in het huishouden kan ik bijna niks meer. Wat ik vroeger op een uurtje deed, lijkt nu een hele dag te duren. Zeker taken waarbij ik enkele minuten moet rechtstaan, zijn onmogelijk . Zo moet ik bijvoorbeeld op een stoel gaan zitten om de afwas af te drogen.

Ik help mijn echtgenoot een beetje koken, strijken en wat stof afdoen, maar stofzuigen en dweilen gaan absoluut niet omdat ik daar erg duizelig van word.

Ik vind het erg zwaar dat mijn echtgenoot nu bijna alle huishoudelijke taken op zich moet nemen terwijl hij zelf ook wat gezondheidsproblemen heeft.

Heeft u een bepaald dieet? Hoe ziet uw dagelijkse voeding eruit?

Ik eet niet veel meer. Ik heb weinig eetlust en verslik mij gemakkelijk. Ik ben toch 12kg vermagerd t.o.v. 10 jaar geleden.

Ik probeer om zo weinig mogelijk zuivelproducten te eten omdat ik gehoord heb op een info-avond van de CM over parkinson dat zuivelproducten niet goed zijn voor parkinsonpatiënten.

- Ochtend: 1 snede van zelfgebakken brood
- Voormiddag: stuk fruit
- Middag: soep – aardappelen met klein stukje vlees/vis en groenten
- Namiddag: tas thee en fruit
- Avond: boterham met bv gerookt vlees/croque

Hoeveel verschillende medicaties neemt u in? Hoeveel medicatie neemt u in totaal in?

Ik neem medicatie voor parkinson, een roos en een wit en dan nog iets voor de cholesterol

- Prolopa 250
- Prolopa 125
- Comtan 200mg
- Simvastatine 20mg

Weet u precies wat de werking is van deze verschillende medicamenten?

Ik weet welke medicatie voor de parkinson is en voor de cholesterol.

Wie schrijft uw medicatie voor? Bij welke artsen bent u in opvolging?

Ik ben in opvolging bij de huisarts en de neuroloog.

Wat vindt u van uw medicatieschema? Hebt u problemen met het stipt innemen van uw medicatie? Vergeet u soms medicatie in te nemen?

Ik voel het wanneer ik mijn parkinsonmedicatie niet genomen heb dus die kan ik niet vergeten. Voor de rest vind ik het wel vervelend dat ik zo dikwijls per dag iets moet nemen. Ik neem medicatie om 7u-10u-14u-18u-20u. Zeker als je ergens bent, vind ik het gênant om medicatie te moeten nemen dus ik probeer dit altijd zo onopvallend mogelijk te doen.

Zou u graag minder medicatie nemen? Hebt u last van bepaalde nevenwerkingen?

Ik zou zeker graag minder medicatie innemen. Door de parkinson verslik ik mij gemakkelijk en heb ik moeite met het innemen van medicatie. Ik merk wel dat ik mijn parkinsonmedicatie niet kan laten.

Ik heb veel last van constipatie sinds ik al die pillen neem, maar ik weet niet of dit door de medicatie komt of door de parkinson. Als ik veel fruit eet, gaat het wel wat beter. Daarom heb ik dit ook nog nooit tegen de dokter gezegd.

Hoe verloopt de communicatie met uw (huis)arts? Vindt u dat de arts u voldoende betrekt bij uw medicatieschema?

Ik kan mijn problemen moeilijk bespreken met mijn huisarts. Hij vraagt wel steeds hoe het met mij gaat, maar ik heb het gevoel dat dit meer een openingszin is dan dat hij werkelijk geïnteresseerd is in hoe ik mij voel. Als ik bepaalde klachten uit, zegt hij gewoon dat “er nog wel ergere dingen zijn”. En dan denk ik: “Je zou mij soms eens moeten voelen”. Daarna denk ik dat het wel gewoon aan mij zal liggen, dat ik niet sterk genoeg ben. Vroeger was ik zo niet. Ik heb zelfs eens letterlijk aan mijn huisarts gevraagd “Ik zal toch niet depressief zijn, dokter?”, maar dit lachte hij weg. Nochtans zou ik mijn problemen graag bespreken met de huisarts. Ik kan niet steeds mijn familie lastig vallen en ik zou mij ongemakkelijk voelen als ik bv naar een psychiater zou moeten gaan.

Ook bij de neuroloog heb ik een beetje hetzelfde gevoel. Als ik zeg dat ik mij niet goed voel, zegt hij “ik zie uw geboortedatum dus dat is wel logisch”. Ik ben nochtans toch nog maar 75 jaar. Andere mensen van mijn leeftijd kunnen toch nog veel meer dan ik.

Bij de neuroloog moet ik ook nooit op controle komen. Hij zegt dat ik maar een afspraak moet maken als ik zelf denk dat mijn medicatie niet meer voldoende is. Maar wanneer is dat? Ik voel mij nooit goed dus wanneer voel ik mij slecht genoeg om een nieuwe afspraak te maken? Ik zou mij rustiger voelen als ik bv sowieso elke 6-12 maanden zou moeten gaan.

Ik vraag mij ook steeds af of al mijn klachten echt wel veroorzaakt worden door de parkinson. Ik heb het gevoel dat de artsen alles op parkinson afschuiven, maar is dit wel zo? Zijn er echt geen andere onderzoeken nodig om te achterhalen dat ik niet nog iets anders heb waar iets kan aan gedaan worden?

Ik zou meer vrede nemen met mijn situatie als ik het gevoel zou hebben dat de huisarts of de neuroloog mij echt begrijpt en vooral gelooft. Ik twijfel vaak of ze mij wel geloven. Als de huisarts zou zeggen dat hij geen verdere onderzoeken kan doen om de oorzaak van bv mijn vermoeidheid te achterhalen en dat hij echt niet meer kan doen om mij te helpen, zou ik dat begrijpen. Nu heb ik echter het idee dat er misschien wel een behandeling mogelijk zou zijn als ze mij maar zouden geloven en zouden onderzoeken.

Zou je liefst een (huis)arts hebben die de verschillende behandelingsopties met de voor-en nadelen uitlegt zodat je zelf een geïnformeerde keuze kan maken of heb je liefst dat de arts zelf bepaalt wat hij/zij denkt dat het best is?

Ik zou liefst een dokter hebben die de verschillende opties met mij bespreekt, maar ik denk niet dat er veel zijn die dat doen.

Stel dat de huisarts zou zeggen dat op uw leeftijd de voordelen van cholesterolmedicatie niet meer opwegen tegen de mogelijke nadelen. Zou u bereid zijn om de medicatie dan te stoppen?

Jazeker, mijn huisarts heeft die cholesterolmedicatie een jaar geleden opgestart omdat mijn cholesterol toch "iets te hoog zou zijn geweest". Hij zei dat het maar op het randje verhoogd was, maar dat "het toch maar 1 pilletje meer was om te nemen". Toen u mij vroeg voor dit interview en dat ik die cholesterolmedicatie misschien niet meer zou moeten nemen, dacht ik "Ik ga dat pilletje eens stoppen". Ik heb de indruk dat ik mij sindsdien toch iets beter voel. Ik ben minder misselijk.

Ik denk wel dat mijn huisarts zal zeggen dat het mijn eigen schuld dan zal zijn als ik toch een hartinfarct krijg, maar dat geloof ik eigenlijk niet.

Wou u zelf nog iets toevoegen?

Neen

Bedankt voor het interview

Interview man 82 jaar

Ik ga u enkele vragen stellen over uw medicatiegebruik en uw bevindingen hierover. U hebt hierover reeds informatie gekregen en uw toestemming verleent voor dit interview door het "informed consent" te geven. Gaat u hier nog steeds mee akkoord?

Ja

Hoe voelt u zich in het algemeen? Voelt u zich eerder gezond of ziek?

Ik voel mij over het algemeen redelijk gezond. Meer dan 10 jaar geleden heb ik hartinfarct gehad waar ik nooit volledig van hersteld ben, maar ondertussen weet ik al niet meer hoe ik mij voordien voelde. Ik ben tevreden met mijn leven zoals het is.

Kan u beschrijven wat u doet op een gemiddelde dag? Hebt u veel hobby's en activiteiten buitenshuis?

Ik doe eigenlijk niet zo veel op een dag. Ik ben altijd zelfstandig bakker geweest en heb het gevoel dat ik nu mijn slaap aan het inhalen ben.

Rond 10u sta ik meestal op.

De rest van de dag zit ik af en toe op de pc of ik help wat in het huishouden (stofzuigen, afdrogen,…). In de zomer werk ik soms in tuin.

Hobby's heb ik niet. Ik rijd graag met de auto bv om mijn vrouw naar de winkel te brengen.

Sporten lukt niet omwille van de pijn in mijn knie. Vroeger fietste ik graag, maar nu voel ik mij onveilig op de fiets. Ik wordt duizelig als ik moet draaien en als er tegenliggers aankomen.

Heeft u een bepaald dieet? Hoe ziet uw dagelijkse voeding eruit?

Ik volg geen dieet. Mijn dokter heeft mij ook nooit gezegd dat ik moet diëten. Vlak na mijn hartinfarct heb ik wel zelf een dieet gevolgd, maar in de loop der jaren is dit verloren gegaan. Ik probeer wel wat verstandig te eten bv volkoren brood, yoghurt,…

- Ontbijt: een boterham met yoghurt en een tas koffie
- Voormiddag: stuk fruit
- Middag: soep – aardappelen met vlees/vis en groenten – soms dessert bv pudding of fruit
- Namiddag: koffie
- Avond: 3 boterhammen met kipfilet/kalfsgehakt/…

Hoeveel verschillende medicaties neemt u in? Hoeveel medicatie neemt u in totaal in?

Ik weet zelf niet welke medicatie ik allemaal neem. Ik neemt een bloedverdunner en nog iets voor mijn bloeddruk enzo… Mijn vrouw houdt dit in de gaten. Zij legt mijn medicatie dagelijks klaar op de keukentafel en dan neem ik alles in bij mijn ontbijt. Zij zegt ook wanneer ik een afspraak moet maken bij de dokter om nieuwe voorschriften te laten maken.

Ik denk wel dat ik mijn medicatie zelf zou kunnen regelen als mijn vrouw er niet meer zou zijn, maar ik vind het zo handiger.

Weet u precies wat de werking is van deze verschillende medicamenten?

Neen, ik weet dat ik een aantal dingen moet nemen omdat ik een hartinfarct gehad heb en dan nog iets voor mijn suiker dat ik twee keer per dag moet nemen.

- Plavix 75mg
- Inegy 10/80mg
- Emconcor 10mg ½ tablet
- Zestril 20mg ½ tablet
- Metformine 500mg 2/dag

Wie schrijft uw medicatie voor? Bij welke artsen bent u in opvolging?

Meestal schrijft de huisarts mijn medicatie voor. Verder ga ik 1/jaar op controle bij de cardioloog.

Wat vindt u van uw medicatieschema? Hebt u problemen met het stipt innemen van uw medicatie? Vergeet u soms medicatie in te nemen?

Aangezien mijn vrouw mijn medicatie dagelijks klaar legt, kan ik niet vergeten om dit in te nemen. Als ik dit zelf zou moeten regelen, zou ik mijn medicatie wel vaker vergeten, denk ik.

Ik neem wel al mijn medicatie ’s morgens. Het is handig om alles tegelijk bij mijn ontbijt in te nemen dan moet ik er de rest van de dag niet meer aan denken. Nochtans zijn er pilletjes die ik normaal ’s avonds zou moeten innemen. Het pilletje voor de suiker moet ik 2 keer per dag innemen en dat 2^{e} vergeet ik wel eens.

Zou u graag minder medicatie nemen? Hebt u last van bepaalde nevenwerkingen?

Ik denk niet dat ik last heb van bijwerkingen van mijn medicatie en ik vind het ook niet zo erg om enkele pilletjes in te nemen zolang ze ervoor zorgen dat ik gezond blijf.

Hoe verloopt de communicatie met uw (huis)arts? Vindt u dat de arts u voldoende betrekt bij uw medicatieschema?

Mijn huisarts is een prima dokter waar ik een goed contact mee heb. De cardioloog zegt niet zo veel, maar stuurt wel een verslag naar de huisarts. Dus de dag nadat ik bij de cardioloog geweest ben, ga ik langs de huisarts om te vragen wat er in het verslag stond en om uitleg te vragen als er medicatie veranderd is.

Zou je liefst een (huis)arts hebben die de verschillende behandelingsopties met de voor-en nadelen uitlegt zodat je zelf een geïnformeerde keuze kan maken of heb je liefst dat de arts zelf bepaalt wat hij/zij denkt dat het best is?

Ik denk dat mijn huisarts beter weet wat goed is voor mijn gezondheid dan ik dus ik heb liever dat hij zegt wat ik wel of niet moet nemen van medicatie.

Ik vind het wel heel belangrijk dat de huisarts eerlijk is.

Stel dat de huisarts zou zeggen dat op uw leeftijd de voordelen van cholesterolmedicatie niet meer opwegen tegen de mogelijke nadelen. Zou u bereid zijn om de medicatie dan te stoppen?

Ik denk niet dat mijn huisarts dat ooit zou zeggen, want hij houdt niet van verandering. Na mijn hartinfarct ben ik gestart met die cholesterolmedicatie dus ik denk dat het belangrijk is dat ik dat blijf innemen. Ik heb er geen last van dus waarom zou ik ermee stoppen?

Wou u zelf nog iets toevoegen?

Neen

Bedankt voor het interview

Interview man 87 jaar

Ik ga u enkele vragen stellen over uw medicatiegebruik en uw bevindingen hierover. U hebt hierover reeds informatie gekregen en uw toestemming verleent voor dit interview door het "informed consent" te geven. Gaat u hier nog steeds mee accoord?

Ja

Hoe voelt u zich in het algemeen? Voelt u zich eerder gezond of ziek?

Nu voel ik mij redelijk goed. Een jaar geleden heb ik lang in het ziekenhuis gelegen in isolatie (omwille van pneumonie) en daar ben ik maar zeer traag van hersteld. Maar nu gaat het beter dankzij mijn medicatie.

Kan u beschrijven wat u doet op een gemiddelde dag? Hebt u veel hobby's en activiteiten buitenshuis?

- ochtend: opstaan rond half 8, ontbijt en ochtendmedicatie – aerosol – kippen eten geven
- voormiddag: tijdschrift lezen/helpen in het huishouden (dweilen en stofzuigen) en helpen koken
- middageten
- namiddag: nieuws kijken – dutje doen – even naar buiten of naar winkel
- avondeten
- TV kijken
- Slapen rond 22u

Sport: in de winter kom ik weinig buiten omdat ik bang ben om "een valling op te doen". In de zomer ga ik soms een stukje wandelen of fietsen, maar dit is moeilijk met mijn knie.

Heeft u een bepaald dieet? Hoe ziet uw dagelijkse voeding eruit?

AVVZ en diabetesdieet. Toen ik in het ziekenhuis gelegen heb vorig jaar, ben ik fel vermagerd en verzwakt. Sindsdien let ik veel minder op mijn dieet. Ook de huisarts en de endocrinoloog zeggen dat ik mijn dieet niet meer zo stipt moet volgen. Dat vind ik goed, want ik snoep graag.

- Ontbijt: 3 grote boterhammen (zelf gebakken) met suikervrije confituur
- Middag: soep – aardappelen met groenten en klein stukje vlees (vlees eet ik niet graag meer) – groot bord pudding (ik eet vooral graag het dessert, maar ik moet van mijn vrouw eerst ook wat anders eten)
- Namiddag: banaan of ander stuk fruit
- Avond: 3 boterhammen met suikervrije confituur/ei
- Voor tv: yoghurt of boterham

Hoeveel verschillende medicaties neemt u in? Hoeveel medicatie neemt u in totaal in?

Ja, ik ken mijn medicatie vanbuiten.

- Pantomed 40mg 8u = maagbeschermer
- Acetylcysteïne 600mg 8u = voor de slijmen te lossen
- Symbicort turbohaler 160/4.5 mcg 1 puff 8u – 20u = voor de luchtwegen
- Montelukast 10mg 8u = voor de luchtwegen
- Oxybutinine 5mg ½ tablet 12u = voor de blaas
- Serlain 50mg ½ tablet 12u = om wat rustiger te zijn
- Zolpidem 10mg = ½ tablet om te slapen
- Desloratidine 5mg 12u = tegen de jeuk
- Tamsulosine 0.4mg 8u = voor de prostaat
- Atarax 25mg voor slapen = tegen de jeuk
- Spiriva 18mcg 12u = voor de luchtwegen
- Aerosol: Ventolin 5dr + atrovent 0.25mg 8u – 20u = voor luchtwegen
- Novorapid flexpen 12E – 9E – 9E = insuline
- Lantus 21^{E} = insuline

Weet u precies wat de werking is van deze verschillende medicamenten?

Ja, zie vraag hierboven

Wie schrijft uw medicatie voor? Bij welke artsen bent u in opvolging?

Ik ga regelmatig naar de huisarts. Verder ga ik 2/jaar naar de longarts, 2/jaar naar de endocrinoloog, 1/jaar naar de oogarts voor mijn suikerziekte en mijn rijbewijs, 2/jaar naar de dermatoloog, 1/ jaar naar de uroloog

Ik vind het vervelend dat ik zo dikwijls naar de specialist moet en zou liever hebben dat de huisarts alles regelt. Ik heb ook al tegen mijn specialisten gezegd dat ik in de winter niet kom, want als het dan gesneeuwd of gevroren heeft, durf ik met mijn auto zo ver niet te rijden.

Ik denk wel dat als de specialisten zeggen dat ik na 6 of 12 maanden moet terugkomen, dat ze daar wel een reden voor zullen hebben en ik ga hier dan ook niet tegenin door te zeggen dat ik minder wil komen.

Wat vindt u van uw medicatieschema? Hebt u problemen met het stipt innemen van uw medicatie? Vergeet u soms medicatie in te nemen?

Ik heb geen problemen met stipt innemen. Ik weet welke medicatie ik neem en ook welke dosis. Ik maak elke week mijn medicatiedoos voor de volledige week klaar en voor ik mijn medicatie neem, kijk ik nog even na of alles klopt.

Zou u graag minder medicatie nemen? Hebt u last van bepaalde nevenwerkingen?

Uiteraard zou ik graag minder medicatie nemen, maar ik denk niet dat dit mogelijk is. Vooral van de Symbicort heb ik last. Ik krijg daar schimmelinfecties van in mijn keel waardoor mijn eten (vooral warm eten) niet meer smaakt en ik minder aardappelen en vleet eet. De longarts heeft geprobeerd mij over te schakelen op een andere puffer (Serevent), maar hierdoor werd ik kort van adem.

Hoe verloopt de communicatie met uw (huis)arts? Vindt u dat de arts u voldoende betrekt bij uw medicatieschema?

Met de huisarts heb ik een goede relatie. Ik heb het gevoel dat ze mij echt zo goed mogelijk wilt helpen. Helaas is er niet altijd even veel tijd om mijn hele verhaal te kunnen doen. Ze plant een kwartier per patiënt wat op zich al niet zo heel veel is als je allerlei problemen en vragen hebt. Bovendien komen er de hele tijd telefoons tussen de consultatie.

Ook bij de specialisten heb ik een goed gevoel. Ze nemen tijd voor mij en willen mij zo goed mogelijk helpen.

Zou je liefst een (huis)arts hebben die de verschillende behandelingsopties met de voor-en nadelen uitlegt zodat je zelf een geïnformeerde keuze kan maken of heb je liefst dat de arts zelf bepaalt wat hij/zij denkt dat het best is?

Ik zou liever een arts willen die de verschillende opties uitlegt zodat ik zelf kan kiezen, maar ik denk dat de meeste artsen zelf beslissen. Als ik het gevoel heb dat zij wel echt nadenken hierover, vind ik dat ook niet zo erg.

Stel dat de arts zou zeggen dat u best ook nog een medicament voor de cholesterol zou nemen aangezien u met uw suikerziekte en uw leeftijd toch een sterk verhoogd risico hebt op een hartinfarct of herseninfarct. Zou u dan bereid zijn om dit te nemen?

Neen, ik neem al genoeg pilletjes en moet er niet nog meer hebben. Daarbij geloof ik niet dat dat zo'n pilletje nog veel zin heeft als je al 87 jaar bent.

Stel dat de arts zou voorstellen om uw slaappil te stoppen omdat dit bv een verhoogd risico geeft op vallen. Hoe zou u daarop reageren?

Dat lijkt mij onzin. Ik voel mij prima met mijn halve Zolpidem. Ik ben 's morgens ook helemaal niet moe ofzo en ik denk zeker niet dat ik ga vallen door dat pilletje. Een aantal jaar geleden ben ik een keer gevallen en toen heb ik mijn pols gebroken. Maar toen was ik gewoon gestruikeld over iets dus dat had niks te maken met mijn slaappil. Als ik mijn slaappil niet neem, lig ik uren wakker en dan ben ik 's morgens niet uitgeslapen. Volgens mij is het risico dat ik dan zou vallen, veel groter.

Wou u zelf nog iets toevoegen?

Neen

Bedankt voor het interview

Interview vrouw 79 jaar

Ik ga u enkele vragen stellen over uw medicatiegebruik en uw bevindingen hierover. U hebt hierover reeds informatie gekregen en uw toestemming verleent voor dit interview door het "informed consent" te geven. Gaat u hier nog steeds mee akkoord?

Ja

Hoe voelt u zich in het algemeen? Voelt u zich eerder gezond of ziek?

Ik voel mij niet heel goed, maar ik voel mij ook niet echt ziek. Ik heb toch veel last van ouderdomskwaaltjes: schouder, rug, knie, hoofdpijn, slecht slapen, mijn maag verdraagt niet veel meer.

Ik heb zeer veel last van pijn aan mijn knie, maar hoofdpijn hebben, vind ik het ergst.

Kan u beschrijven wat u doet op een gemiddelde dag? Hebt u veel hobby's en activiteiten buitenshuis?

Ik sta redelijk laat op (rond half 9), daarna ontbijt ik en lees ik de krant (tot half 10-10u). Daarna doe ik wat huishoudelijk werk, maar mijn man stofzuigt en dweilt omdat ik dit niet meer kan (knie). Soms kook ik 's middags (meestal mijn man). In de namiddag doe ik bv boodschappen en wat huishoudelijk werk en in de zomer werk ik wat in de tuin. 's Avonds kijk ik wat tv of ik lees een boek.

Ik fiets heel graag (20-50km met elektrische fiets). Wandelen deed ik vroeger ook heel graag, maar dit kan ik niet meer.

Af en toe ga ik weg met vriendinnen in de namiddag bv ’s middags iets eten.

Ik ga graag op vakantie vooral naar plaatsen waar je gemakkelijk kan fietsen omdat ik mij te voet nog maar moeilijk kan verplaatsen zonder rolstoel.

Heeft u een bepaald dieet? Hoe ziet uw dagelijkse voeding eruit?

Ik heb geen dieet

- Ontbijt: boterham (getoast grijs brood) met choco of confituur en glas fruitsap en tas koffie
- Voormiddag: tas koffie met klein koekje
- Middag: aardappelen + groenten + vlees en dessert(ijsje/pudding/rijstpap) of tas koffie
- Namiddag: tas koffie met klein koekje
- Avond: 2 boterhammen met plattekaas en bruine suiker of speculaas of ei
- Bij tv: pudding/yoghurt en stuk fruit (meestal appel of granaatappel)

Hoeveel verschillende medicaties neemt u in? Hoeveel medicatie neemt u in totaal in?

Ik ken mijn medicatie vanbuiten.

- Lansoprazole 30mg voor mijn maag
- Contramal 100 mg/ml 25 druppels 1/dag ’s middags tegen de pijn
- Tramadol/paracetamol 37.5/325mg ’s avonds tegen de pijn
- Celecoxib 100mg ’s morgens tegen de pijn
- Simvastatine 20mg voor de cholesterol
- Bisoprolol 2.5mg voor de bloeddruk
- Escitalopram 10mg tegen depressie
- Lormetazepam 2mg voor het slapengaan
- NC2 om mijn kraakbeen te verbeteren
- Organic Silicium 15ml om mijn kraakbeen te verbeteren

Weet u precies wat de werking is van deze verschillende medicamenten?

Ja, zie hierboven

Wie schrijft uw medicatie voor? Bij welke artsen bent u in opvolging?

Meestal schrijft mijn huisarts mijn medicatie voor. Vroeger was ik in opvolging bij de orthopedist, maar ik had niet het gevoel dat hij mij nog verder kon helpen. Vroeger ging ik ook jaarlijks naar de gynaecoloog, maar op mijn leeftijd lijkt het mij niet nuttig om nog verder op controle te gaan.

Wat vindt u van uw medicatieschema? Hebt u problemen met het stipt innemen van uw medicatie? Vergeet u soms medicatie in te nemen?

Ik vergeet geen medicatie in te nemen. Ik leg mijn pilletjes ’s avonds klaar naast mijn bord voor het ontbijt. Mijn pijnmedicatie kan ik niet vergeten omdat ik dat heel goed voel wanneer deze uitgewerkt zijn.

Zou u graag minder medicatie nemen? Hebt u last van bepaalde nevenwerkingen?

Ja, ik zou graag minder medicatie nemen omdat ik denk dat al die medicatie toch ook niet goed kan zijn voor mijn lichaam. Vooral de pijnmedicatie kan niet goed zijn, maar ik kan deze niet laten.

Door mijn pijnmedicatie heb ik gemakkelijk constipatie waarvoor ik soms Movicol neem.

Misschien heb ik ook wel meer hoofdpijn door al die medicatie, maar dat kan ik niet met zekerheid zeggen.

Hoe verloopt de communicatie met uw (huis)arts? Vindt u dat de arts u voldoende betrekt bij uw medicatieschema?

Ik heb wel het gevoel dat ik kan praten met mijn huisarts en dat hij steeds probeert om een oplossing voor mijn problemen te bedenken. Langs de andere kant heb ik ook het gevoel dat zijn interesse in mij een eerder professionele interesse is en geen echte betrokkenheid.

Ik neem al jaren dezelfde medicatie dus het is niet zo dat mijn huisarts en ik mijn medicatie nog recent besproken hebben. Hij schrijft mij gewoon de medicatie verder voor die mijn vorige huisarts reeds voorschreef zonder hier vragen over te stellen.

Zou je liefst een (huis)arts hebben die de verschillende behandelingsopties met de voor-en nadelen uitlegt zodat je zelf een geïnformeerde keuze kan maken of heb je liefst dat de arts zelf bepaalt wat hij/zij denkt dat het best is?

Ik zou liever een arts willen die mij de verschillende opties uitlegt.

Stel dat de huisarts zou zeggen dat op uw leeftijd de voordelen van cholesterolmedicatie niet meer opwegen tegen de mogelijke nadelen. Zou u bereid zijn om de medicatie dan te stoppen?

Ja, ik zou zeker mijn cholesterolmedicatie willen stoppen als mijn arts zegt dat dit niet meer nodig omdat ik graag zo min mogelijk medicatie wil nemen.

Stel dat de arts zou voorstellen om uw slaappil te stoppen omdat dit bv een verhoogd risico geeft op vallen. Hoe zou u daarop reageren?

Ik heb al een aantal keer geprobeerd om mijn slaapmedicatie te stoppen, maar dan doe ik geen oog dicht. Ik denk dus niet dat het mogelijk is om deze te stoppen.

Wou u zelf nog iets toevoegen?

Neen

Bedankt voor het interview

Interview vrouw 88 jaar

Ik ga u enkele vragen stellen over uw medicatiegebruik en uw bevindingen hierover. U hebt hierover reeds informatie gekregen en uw toestemming verleent voor dit interview door het "informed consent" te geven. Gaat u hier nog steeds mee akkoord?

Ja

Hoe voelt u zich in het algemeen? Voelt u zich eerder gezond of ziek?

Momenteel voel ik mij prima. Voor mijn leeftijd mag ik niet klagen.

Kan u beschrijven wat u doet op een gemiddelde dag? Hebt u veel hobby's en activiteiten buitenshuis?

Fysiek doe ik niet meer zo heel veel. Ik kan nog vrij goed stappen in huis met mijn rollator, maar om te poetsen ofzo is dit toch niet echt handig. Ik heb een poetsvrouw die alles doet. Verder heb ik ook iemand die voor mij naar de winkel rijdt en komt helpen koken. De thuisverpleging komt mij ook elke dag wassen.

In het weekend komen mijn kinderen mij soms halen om bv iets te gaan drinken, maar ook dit wordt steeds moeilijker omdat ik niet gemakkelijk in en uit de auto geraak.

Overdag zit ik meestal bij het raam naar buiten te kijken, naar de natuur en de vogeltjes. Verder lees ik wat in de krant of maak ik een kruiswoordpuzzel.

's Avonds kijk ik graag tv.

Heeft u een bepaald dieet? Hoe ziet uw dagelijkse voeding eruit?

Nee, ik heb geen dieet. Op mijn leeftijd lijkt het mij niet meer zinvol om nog te diëten. Ik heb suikerziekte, maar niet zo heel erg. En ik snoep graag.

Sowieso eet ik veel minder dan vroeger. Ik heb weinig honger. Dat komt door de leeftijd, denk ik en door het feit dat ik niet veel meer beweeg. Dus die paar koekjes of pralientjes die ik eet, zullen de zaak wel niet maken volgens mij. Ik kan ook echt genieten van een half glaasje porto bij de tv. Als ik daarmee stop, wilt dat zeggen dat het einde nabij is.

Hoeveel verschillende medicaties neemt u in? Hoeveel medicatie neemt u in totaal in?

Ik neem vanalles en nog wat. Ik weet zelf niet vanbuiten wat ik allemaal neem of waarom precies. De verpleegster maakt op maandag mijn pillendoos klaar voor de ganse week en dan kan ik dat gewoon zo innemen.

- alendronaat 25mg
- burinex 1mg (2/week)
- hygroton 50mg
- acetylcysteïne 600mg
- pravastatine 20mg
- metformine 500mg 2/dag
- quetiapine 25mg (3/dag)
- redomex 50mg
- lormetazepam 2.5mg

Weet u precies wat de werking is van deze verschillende medicamenten?

Neen

Wie schrijft uw medicatie voor? Bij welke artsen bent u in opvolging?

Mijn huisarts schrijft mijn medicatie voor. Hij komt altijd op huisbezoek omdat ik niet meer met de auto kan rijden.

Vroeger ging ik ook nog naar de cardioloog enzo, maar daar geraak ik niet meer en ik vind ook dat ze aan een vrouw van mijn leeftijd niet te veel meer moeten zitten prutsen.

Wat vindt u van uw medicatieschema? Hebt u problemen met het stipt innemen van uw medicatie? Vergeet u soms medicatie in te nemen?

Ik vind dat ik wel veel medicatie inneem, maar eigenlijk heb ik daar niet zo veel last van. Ik denk daar niet bij na. Ik neem ze wel altijd stipt in. Dankzij de verpleegster die ze altijd zo mooi klaarzet in mijn doos is dat niet moeilijk.

Dat zakje dat ik moet innemen, heeft wel een vieze smaak. Ik weet eigenlijk niet waarom ik dat nog moet nemen. Ik ben dat beginnen nemen toen ik een longontsteking had samen met nog een hele hoop andere pillen en dat zakje ben ik moeten blijven innemen.

Zou u graag minder medicatie nemen? Hebt u last van bepaalde nevenwerkingen?

Ik zou misschien wel graag wat minder medicatie innemen, vooral dat zakje. Bijwerkingen heb ik niet volgens mij ofwel weet ik het niet.

Hoe verloopt de communicatie met uw (huis)arts? Vindt u dat de arts u voldoende betrekt bij uw medicatieschema?

Ik ken mijn huisarts al heel lang en ik vind het altijd gezellig als hij langs komt. Ik ben ook nooit ziek dus we praten vooral over andere dingen dan over mijn gezondheid.

Aangezien ik mijn medicatie al zo lang inneem, denk ik daar ook niet meer over na. Volgens mij denkt mijn huisarts daar ook niet meer over na en schrijft hij gewoon alles terug voor.

De volgende keer dat hij komt, ga ik heb toch eens vragen voor wat ik al die medicamenten moet innemen en of er niet een paar bij zijn die ondertussen geschrapt kunnen worden.

Zou je liefst een (huis)arts hebben die de verschillende behandelingsopties met de voor-en nadelen uitlegt zodat je zelf een geïnformeerde keuze kan maken of heb je liefst dat de arts zelf bepaalt wat hij/zij denkt dat het best is?

Ik heb graag dat de huisarts eerlijk is tegen mij. Zeker op mijn leeftijd wil ik niet dat ze nog grote dingen gaan doen met mij bv een operatie of chemo wil ik niet meer als dat nodig zou zijn.

Ik zou dus willen dat de arts altijd eerlijk tegen mij zegt wat er aan de hand is en wat de voor-en nadelen zijn van de verschillende opties.

Het is mijn gezondheid dus ik beslis wat ik doe.

Stel dat de huisarts zou zeggen dat op uw leeftijd de voordelen van cholesterolmedicatie niet meer opwegen tegen de mogelijke nadelen. Zou u bereid zijn om de medicatie dan te stoppen?

Dan zou ik zeker stoppen. Ik denk dat ik trouwens nog iets neem voor de cholesterol, niet?

Volgende keer ga ik zeker mijn huisarts vragen of al mijn medicatie nog wel nodig is. Die zijn opgestart toen ik 65 ofzo was en steeds terug voorgeschreven.

Stel dat de arts zou voorstellen om uw slaappil te stoppen omdat dit bv een verhoogd risico geeft op vallen. Hoe zou u daarop reageren?

Die slaappil is voorgeschreven toen mijn man gestorven is en ik enorme slaapproblemen had. Die pil heeft mij toen wel enorm geholpen. Ondertussen is het een gewoonte geworden om die elke avond in te nemen en heb ik een beetje schrik om te gaan slapen zonder.

Ik zou het wel eens kunnen proberen om ermee stoppen of misschien eerst langzaam af te bouwen. Wie weet heb ik die pil wel helemaal niet meer nodig.

Wou u zelf nog iets toevoegen?

Neen

Bedankt voor het interview

7.2 Informatie en toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : 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?

INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PATIENT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Heylen Valerie een onderzoek naar het medicatiegebruik bij ouderen. Dit onderzoek gebeurt in de periode van maart 2016 tot april 2017 en gebeurt onder toezicht van de KU Leuven.

We willen nagaan hoeveel en welke medicatie ouderen in onze praktijk gebruiken. Er wordt vooral toegespitst op twee groepen producten. Enerzijds de cholesterolverlagende medicaties (statines) en anderzijds slaap-en kalmeermiddelen (benzodiazepines en aanverwante producten).

Er wordt een studie gedaan naar de voor-en nadelen van deze medicatie. Bovendien wordt onderzocht of er bij ouderen in het algemeen medicatie kan/moet gestopt worden en dan in het bijzonder statines of benzodiazepines en aanverwante producten.

Via een semi-gestructureerd interview willen we onderzoeken hoe patiënten staan tegenover hun medicatie in het algemeen, of ze bereid zouden zijn medicatie te stoppen en hoe hun communicatie met de arts verloopt.

Aan dit interview willen we u vragen deel te nemen.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit interview, zal de arts u informatie geven over het nut, de nevenwerkingen en de risico's van cholesterolverlagende medicatie/benzodiazepines en aanverwante producten. Hierna zal u gevraagd worden wat u vindt van uw medicatieschema, uw communicatie met de arts en u ertegenover zou staan als de arts zou voorstellen medicatie in het algemeen en statines/benzodiazepines en aanverwante producten te stoppen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Heylen Valerie

TITEL : 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?

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de KU Leuven toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren

Datum…… Handtekening …….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

"Ik, ondergetekende, ……(naam) bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

7.3 Protocol Ethische commissie en goedkeuring Ethische commissie

Protocol



	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp10945	Polyfarmacie bij ouderen: Nemen onze 80-plussers nog te veel preventieve medicatie ? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep? Student(en): Valerie Heylen Promotor: Marjan van den Akker	Gunstig advies van OBC	

Gunstig advies van OBC

2016-03-23 17:40:39

Bekijk status geschiedenis

Interview met 5-tal patiënten? Om hierover waardevol advies te leveren zullen meer interviews nodig zijn; beter is: interviews tot saturatie optreedt

Student(en): Valerie Heylen

Promotor: Marjan van den Akker (marjan.vandenakker@med.kuleuven.be - u0067887 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

Polyfarmacie bij ouderen is voor veel artsen een probleem. Medicatie wordt meestal wel correct opgestart, maar er wordt te weinig aandacht besteed aan het terug stoppen ervan. Toch moeten we er als arts voldoende bij stilstaan dat medicaties niet alleen voordelen, maar ook bijwerkingen kunnen hebben en kunnen interageren met andere medicaties of pathologieën. Vooral de oudste in onze populatie zijn hier zeer gevoelig voor. Bovendien vinden zij het vaak lastig om verschillende medicaties op verschillende tijdstippen van de dag te nemen. Ze hebben bv moeite met het inslikken van grote pillen, kunnen moeilijk onthouden welke medicatie ze op welk tijdstip moeten innemen, weten vaak niet welke medicatie voor welke indicatie is voorgeschreven enz.
Tijdens de verschillende stages gedurende de opleiding vielen twee klassen medicatie mij erg op bij deze oudere populatie: de cardiovasculaire preventieve medicatie (voornamelijk statines) en psychofarmaca (voornamelijk benzodiazepines). De preventieve medicatie was meestal op jongere leeftijd opgestart en werd nooit meer gestopt. De benzodiazepines daarentegen werden vaak nog op oudere leeftijd gestart tijdens een ziekenhuisopname. Veel ouderen klagen over slecht slapen in het ziekenhuis of zijn ' s nachts verward. Ze lopen over de gang en gaan andere kamers binnen. De verpleging vraag de arts hiervoor slaapmedicatie. Bij het ontslag staat de benzodiazepine nog op het medicatielijstje en wordt door de huisarts gewoon verder voorgeschreven.
Volgens mij nemen veel ouderen medicatie in die best gestopt zou worden. De vraag die ik mij dan wel stel, is hoe je dit het best aanbrengt bij de patiënt. Zouden ouderen graag sowieso minder medicatie nemen of zijn ze hier toch bevreesd voor?

Vraagstelling:

- Hoeveel verschillende medicaties nemen de 80-plussers in onze praktijk in?
- Hoeveel van de 80- plussers in de praktijk nemen cardiovasculaire preventieve medicatie?
- Is er nog een indicatie om deze cardiovasculaire preventieve medicatie verder te geven bij deze 80-plussers?
- Hoeveel van de 80- plussers gebruikt chronisch een benzodiazepine of andere psychofarmaca?
- Hoe staan de 80 – plussers in onze praktijk er tegenover als de arts zou voorstellen bepaalde preventieve medicatie/benzodiazepine af te bouwen?

Methodologie:

- Literatuurstudie over de zin en onzin van de verschillende cardiovasculaire preventieve medicaties bij ouderen
- Literatuurstudie over de gunstige en ongunstige effecten van benzodiazepines bij ouderen
- Literatuurstudie over de aanpak van de arts wanneer hij medicatie wilt stoppen bij een oudere patiënt
- Hoeveel patiënten in de praktijk zijn ouder dan 80 jaar? De onderzochte groep zou moeten bestaan uit 100-150 patiënten. Indien er te veel/weinig patiënten zouden zijn ouder dan 80, wordt de leeftijdsgrens voor inclusie in de studie verlegd.

- Hoeveel verschillende chronische medicaties nemen de patiënten in de onderzochte groep? Welke klassen van medicatie nemen ze in? Aan hoeveel en welke chronische aandoeningen lijden deze patiënten? Wat is hun sociale situatie? Alleenwonend? Met partner? Wonend bij familie? Wonend in woonzorgcentrum?
- Hoeveel patiënten nemen cardiovasculaire preventieve medicatie? Bv statines
- Hoeveel patiënten nemen een benzodiazepine of ander psychofarmacon? Wanneer en door wie werd het opgestart?
- Aan de hand van een interview met een vijftal patiënten peilen hoe deze patiënten zouden reageren op het voorstel van de huisarts om te stoppen met preventieve medicatie of met een benzodiazepine. Deze patiënten worden willekeurig geselecteerd uit de lijst met patiënten die preventieve medicatie/benzodiazepine nemen. Hierna wordt hun informed consent gevraagd (uitleg over het onderzoek, het doel van het interviewu, de anonimiteit van de antwoorden in de uiteindelijke paper). Risico's zijn er niet om te vermelden bij een interview.

Referenties:

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

26633_1453030038_4248_InformedConsentHeylenValerie_pdf.pdf
22121_1453030986_6895_InterviewHeylenValerie_pdf.pdf

Goedkeuring

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Polyfarmacie bij ouderen: Nemen onze 80-plussers nog te veel preventieve medicatie ? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep?" (mp10945)

BEANTWOORDEN ALLEN BEANTWOORDEN DOORSTUREN

Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>

wo 23/03/2016 17:40

Inbox

Markeren als ongelezen

Aan: Marjan van den Akker;

CC: Valerie Heylen;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Polyfarmacie bij ouderen: Nemen onze 80-plussers nog te veel preventieve medicatie ? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Polyfarmacie bij ouderen: Nemen onze 80-plussers nog te veel preventieve medicatie ? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Interview met 5-tal patiënten? Om hierover waardevol advies te leveren zullen meer interviews nodig zijn; beter is: interviews tot saturatie optreedt

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)