Exploratie van medicatielijsten bij patiënten in de laatste levensfase

Charlotte Callewaert, UGent

Promotor: Dr. Peter Pype,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Co-promotor: Dr. Fien Mertens,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotoren als de auteurs is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotoren is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Dankwoord 4

Abstract 5

Inleiding 6

Literatuurstudie 7

A. Methodologie 7

B. Resultaten 8

Patiënten in de laatste levensfase 8

De visie van huisartsen over deprescribing bij een palliatieve populatie 9

Welke medicatie is potentieel overbodig? 13

Welke interventies kunnen het stoppen van medicatie ondersteunen? 13

Veldstudie 15

A. Methodologie 15

Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen 15

Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten 15

B. Resultaten 17

Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen 17

Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten 23

Discussie 27

Bronnen 32

Bijlagen 34

Dankwoord

In dit dankwoord wil ik een aantal mensen bedanken zonder wie deze masterproef niet mogelijk was geweest. In de eerste plaats wil ik mijn promotor en copromotor Dr. Peter Pype en Dr. Fien Mertens bedanken. Hun enthousiasme voor het onderwerp van deze masterproef werkte aanstekelijk en motiveerde mij om er het beste uit te halen. Ik apprecieer de vlotte feedback die ik gekregen heb tijdens het hele proces.

Vervolgens wil de ik huisartsen bedanken die bereidwillig hebben meegewerkt aan de interviews en daarvoor een deel van hun kostbare tijd hebben opgeofferd. Hun openheid zorgde ervoor dat ik heel wat boeiende thema's kon bespreken.

Daarnaast wil ik mijn collega's Dr. Dirk Vermandere en Dr. Thomas Eeckhout bedanken voor hun inbreng en actieve medewerking aan het praktijkproject.

Tot slot wil ik mijn goede vriendin en "partner in crime" Helena Coppé bedanken voor de vlotte samenwerking tijdens dit langdurige proces. We slaagden er in efficiënt samen te werken en hebben het beste uit elkaar naar boven gehaald, dit was met niemand anders zo goed gelukt.

Abstract

Inleiding Patiënten in de laatste levensfase nemen vaak te veel medicatie. Een deel hiervan is potentieel overbodige medicatie (Potentially Inappropriate Medication, PIM) die mogelijk meer nadelen dan voordelen heeft. Het nut ervan bij palliatieve patiënten wordt betwijfeld, maar er is toch weerstand om deze medicatie te schrappen. Er werd onderzocht welke medisch-farmacologische belemmeringen huisartsen ondervinden bij het stopzetten van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase en wat hierbij hun bezorgdheden zijn. Bovendien wordt de samenwerking tussen de 1ste en 2de lijn besproken. Daarnaast werd onderzocht welke PIM's de patiënten in onze praktijk nemen. Er werd geprobeerd deze overbodige medicatie af te bouwen en beschreven welke weerstand de artsen in de praktijk ondervinden in dit proces.

Methodologie Via een *literatuurstudie* werd de visie van huisartsen over medicatie in de laatste levensfase nagegaan en wat de mogelijke criteria zijn om medicatie al dan niet als overbodig te beschouwen.

Er werd door twee Haio's een *kwalitatieve studie* uitgevoerd door middel van interviews met huisartsen, waarbij de beweegredenen en drempels van huisartsen om medicatie al dan niet aan te passen in de laatste levensfase werden bevraagd. De antwoorden van de interviews werden gepoold en door de twee interviewers samen geanalyseerd aan de hand van het programma Nvivo. In deze masterproef werd de focus gelegd op de medisch-farmacologische redenen die artsen aangeven om hun medicatiebeleid al dan niet te wijzigen, terwijl de andere onderzoeker analyseerde vanuit de focus op persoonlijke en patiëntgebonden factoren.

Voor de *kwantitatieve studie* werd in de eigen praktijk een lijst opgesteld met patiënten die beantwoorden aan de 'surprise question'. De medicatielijsten van deze patiënten werden bestudeerd en geoptimaliseerd met behulp van de STOPPFrail indicatoren. Na deze interventie werden veranderingen in de medicatielijsten geëvalueerd. De moeilijkheden en redenen om niet te stoppen werden bijgehouden.

Resultaten Voor de *kwalitatieve studie* werden interviews met 11 huisartsen geanalyseerd, hierbij kwam de samenwerking met de arts-specialist vaak aan bod als barrière. Enkele jonge huisartsen geven aan dat het soms een barrière is als medicatie vroeger werd gestart door een collega in de groepspraktijk. Vervolgens is het belemmering om medicatie te stoppen als het korte termijn effect van de medicatie niet gekend is. Vooral bij statines en bij preventie van osteoporotische fracturen is deze inschatting moeilijk. Bovendien is het een barrière dat ze zelf nog weinig tot geen merkbaar positieve effecten hebben ondervonden na het stopzetten van bepaalde medicatie. Tot slot werd geen duidelijke richtlijn voor het stoppen van medicatie specifiek bij palliatieve patiënten beschouwd als een belemmering.

Voor de *kwantitatieve studie* werden de medicatielijsten van 32 patiënten bestudeerd. In totaal namen de patiënten samen voor de interventie 124 PIM's, na de interventie komen we aan een totaal van 110 PIM's. Uiteindelijk werden 14 PIM's gestopt, dit bij 11 van de 32 patiënten. Bij 21 patiënten werd geen medicatie gestopt. Cholesterolverlagende medicatie werd door de helft van de patiënten genomen en werd uiteindelijk slechts bij 1 patiënt stopgezet. Bij deze medicatie werd in onze praktijk de grootste belemmering ondervonden, omdat door de cardiologen uit het ziekenhuis waarmee we samenwerken, wordt verwacht dat ze mogelijks op kortere termijn nuttig zou kunnen zijn.

Conclusie In dit onderzoek komt de samenwerking met arts-specialisten aan bod als een mogelijke belemmering. Het zou interessant kunnen zijn de visie van de arts-specialist te bestuderen bij verder onderzoek. Vervolgens is het gebrek aan een duidelijke richtlijn voor het stoppen van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase een mogelijke belemmering. Ook is het een barrière om medicatie te stoppen indien de artsen zelf nog weinig tot geen merkbaar positieve effecten hebben ondervonden na het stoppen van bepaalde medicatie. Een mogelijk hulpmiddel dat de afbouw van medicatie in de laatste levensfase zou kunnen bevorderen is een richtlijn, specifiek voor de afbouw van medicatie bij palliatieve patiënten, waar ook de betreffende specialisten achter staan. We kunnen hier uit meenemen naar de praktijk dat het belangrijk is om stil te staan bij de potentiële levensverwachting van je patiënten en de medicatielijst van deze patiënten. Een groot deel van de belemmeringen kunnen worden opgelost met duidelijke communicatie met patiënt en collega-artsen.

Inleiding

Als huisarts komen we veel in contact met een multimorbide populatie in de laatste levensfase, die we zo goed mogelijk proberen te begeleiden en behandelen. Deze patiënten nemen vaak meerdere soorten medicatie. Maar zijn we wel kritisch genoeg als we als arts herhalingsvoorschriften voor medicatie maken? Staan we er soms eens bij stil of het nog wel zinvol is om al deze medicatie te blijven doornemen? Heeft de patiënt er nog voordeel bij om bijvoorbeeld een statine te gebruiken en gaat hij er nadeel van ondervinden als we deze medicatie stopzetten? Zou de patiënt bijwerkingen ondervinden als hij deze medicatie blijft gebruiken? Deze vragen die we soms zelf hebben in de praktijk, hebben ertoe geleid dat we zijn gaan nadenken over hoe we dit probleem kunnen beschrijven. In deze masterproef willen we stilstaan bij de medicatie die patiënten in de laatste levensfase nog nemen en wat de mogelijke belemmeringen zijn voor huisartsen om deze medicatie stop te zetten.

Wij ervaren als huisarts-in-opleiding in de dagdagelijkse praktijk dat onze palliatieve patiënten met polypathologie vaak veel medicatie nemen. We proberen er af en toe bij stil te staan of alle medicatie nog wel nuttig is voor de patiënt. Zelf ondervinden we in de praktijk ook dat het stoppen van medicatie een bepaalde weerstand kan oproepen bij patiënten en collega's. We twijfelen er aan of statines nog wel nut hebben bij onze patiënten in de laatste levensfase, maar aarzelen ook sterk om deze te schrappen uit de medicatielijst. We worden hierbij geconfronteerd met het feit dat er veel richtlijnen bestaan voor het starten van medicatie, maar dat er weinig aandacht is in de literatuur voor het stopzetten van medicatie.

We willen er in deze masterproef graag achter komen welke weerstand artsen ondervinden bij het stopzetten van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase en wat hierbij hun bezorgdheden zijn. Is er te weinig tijd om hier aandacht aan te besteden? Zijn ze bezorgd voor de reactie van de patiënt?

We willen in de literatuurstudie bespreken wat de definitie is van een palliatieve patiënt en hoe we in de huisartsenpraktijk patiënten in de laatste levensfase snel kunnen detecteren. Daarnaast willen we bekijken welke literatuur er beschikbaar is over het stoppen van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase, om zo overbodige medicatie te kunnen opsporen. Tot slot willen we onderzoeken wat er al geweten is over de visie van huisartsen over het stoppen van medicatie bij palliatieve patiënten en welke richtlijnen huisartsen kunnen ondersteunen bij het maken van "deprescribing" beslissingen.

Bovendien willen we kijken hoe de situatie bij ons in de praktijk is. Als we alle palliatieve patiënten in onze praktijk bekijken, welke medicatie nemen zij die potentieel overbodig zijn? Kunnen we in de praktijk proberen om overbodige medicatie af te bouwen? Welke weerstand ondervinden we zelf hierbij?

We zullen in onze masterproef een antwoord vinden op deze vragen aan de hand van een literatuurstudie en een veldstudie. In deze veldstudie doen we een kwalitatieve analyse van interviews met huisartsen en een analyse van de medicatielijsten van onze palliatieve patiënten in de praktijk. Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en veldstudie formuleren we enkele aanbevelingen voor de praktijk.

Literatuurstudie

A. Methodologie

Voor het verkrijgen van de relevante artikels waarop deze literatuurstudie gebaseerd werd, is er van november 2016 tot januari 2017 gezocht in verschillende databases, waaronder Pubmed, Embase, Web Of Science en Google Advanced Scholar Search. De zoektermen die gebruikt werden, zijn onder andere: “surprise question”, “inappropriate medication”, “polypharmacy”, “end of life”, “last year of life”, “limited life expectancy”, “deprescribing”, “barriers”. Omdat het uit de titel niet altijd duidelijk bleek of de studies de situatie in eerste lijn beschrijven, werd dit niet opgegeven in de zoektermen om zeker geen relevante artikels te missen.

Een belangrijk inclusiecriteria voor de selectie van relevantie artikels is dat ze de situatie in de eerste lijn beschrijven. Er werd in de methodologie van de artikels gezocht om de selectie te maken voor eerste lijn op basis van de termen “general practice” en “primary care”. Er werden verschillende soorten artikels geïncludeerd, onder andere primaire interventiestudies, artikels met kwalitatieve onderzoeksmethodes en daarnaast werden ook enkele meta-analyses en reviews gebruikt. De taalselectie was Engels, Nederlands of Frans. De populatie die in de studies bekeken werd, zijn palliatieve patiënten. Hiervoor werd gekeken naar patiënten die beantwoorden aan de “surprise question”, patiënten met een levensbedreigende aandoening in een palliatief stadium, waaronder palliatieve kankerpatiënten, patiënten met orgaanfalen, dementerende ouderen, … .

Er waren ook enkele redenen om gevonden artikels niet op te nemen in de literatuurstudie. Niet alle gevonden artikels waren relevant, omdat soms alleen een terminale situatie werd beschreven. Artikels waarvan uit het abstract kon worden uitgemaakt dat ze de situatie in de tweede of derde lijn beschrijven, werden geëxcludeerd. Het abstract van 56 gevonden artikels werd gelezen, maar niet van alle artikels die relevant leken werd een full-text artikel gevonden. Daarna werd in Web of Science elk relevant artikel bekeken om zo recentere artikels te vinden via de citaties van de artikels. In de referentielijsten van artikels werd ook nog gezocht naar eventuele andere artikels die niet gevonden werden door de bovenstaande zoekstrategie.

In totaal werden 25 artikels in deze literatuurstudie gebruikt. De artikels werden onderverdeeld in verschillende categorieën op basis van hun onderwerp:

- selecteren van palliatieve patiënten aan de hand van onder andere de ‘surprise question’
- polyfarmacie en deprescribing richtlijnen
- weerstanden bij artsen tegenover deprescribing
- criteria voor potentieel overbodige medicatie

Per categorie werden de studies gelezen en de belangrijkste bevindingen samengevat in de resultaten van deze literatuurstudie.

B. Resultaten

Patiënten in de laatste levensfase

Wat is de definitie van de palliatieve patiënt? Hoe voorspel je als arts dat een patiënt in het laatste levensjaar is?

Volgens het KCE rapport uit 2009 is een palliatieve patiënt een persoon "die lijdt aan een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabilisatie of beheersing van deze ziekte". Het KCE pleit ervoor om de levensverwachting niet als bepalende factor te nemen om te beslissen of iemand palliatieve patiënt is, maar wel het bestaan van bepaalde behoeften. Het gaat hier om kankerpatiënten maar ook niet-kanker patiënten met een ernstige chronische aandoening (bvb hartfalen, longaandoeningen) en bijvoorbeeld dementerenden. (1) Een systematische review uit 2013 bekijkt de beschrijving die 60 RCT's gebruiken bij hun definitie van de 'palliatieve patiënt'. De conclusie is dat de RCT's geen duidelijke definitie gebruiken van wat zij als palliatieve patiënt beschouwen en dat er tussen de studies onderling grote verschillen zijn in de interpretatie van wat een 'palliatieve patiënt' is. De auteurs gebruiken de definitie van het KCE als basis en voegen er nog een andere element aan toe: een palliatieve patiënt is een patiënt die een holistische, interdisciplinaire zorg krijgt, die focust op het ondersteunen van de levenskwaliteit tijdens de laatste levensfase. (2)

Het is niet gemakkelijk om als arts te voorspellen dat een patiënt in het laatste levensjaar is. Voorspellers van mortaliteit kunnen leeftijd, geslacht, roken en significante comorbiditeiten zijn. Daarnaast kunnen ook een stijging in het aantal hospitalisaties van de patiënt, verslechtering van symptomen of achteruitgang van lever-, nier- en cardiale functie een achteruitgang van de patiënt voorspellen. Deze factoren bepalen mee de inschatting van de arts. (3)

De patiënten waarvan er wordt verwacht dat ze een verhoogd risico hebben om het komende jaar te overlijden kunnen geselecteerd worden aan de hand van de 'surprise question': "Zou u verbaasd zijn als deze patiënt het komende jaar zal overlijden?". Indien het antwoord op deze vraag "nee" is, dan kan er mogelijks gesproken worden over een palliatieve patiënt. Omdat alle patiënten recht hebben op tijdige palliatieve zorg, wordt de selectie van patiënten met een verhoogd risico om het komende jaar te overlijden ruim genoeg houden, om zo geen patiënten te missen. De 'surprise question' is niet specifiek genoeg om mortaliteit te voorspellen, maar wordt hier gebruikt als screeningsinstrument. (4) Zo zullen dus niet alle patiënten die nu aan de 'surprise question' beantwoorden binnen het jaar overleden zijn.

Een studie bij kankerpatiënten toont een goede correctheid van de overlevingsprognose als hun huisartsen de 'surprise question' gebruiken. (5) Er zijn op dit moment weinig studies in de eerste lijn uitgevoerd die de waarde van de 'surprise question' als screeningsinstrument beoordelen.

Nemen palliatieve patiënten te veel medicatie? Wat kunnen de nadelen zijn als palliatieve patiënten te veel medicatie nemen?

Een review uit 2011 van Maddison et al. toont aan dat patiënten met een gekende levensbedreigende diagnose veel preventieve medicatie nemen voor chronische ziekten, ondanks het feit dat dit potentieel overbodig is. (6) Hoewel polyfarmacie niet altijd slecht is en soms gewoon nodig is omwille van polypathologie, is het geassocieerd met een stijging van de mortaliteit bij ouderen met ernstige cognitieve beperkingen in een woonzorgcentrum. (7)

Bij patiënten met een beperkte levensverwachting wordt er tijdens het ziekteproces meer en meer een doel-gerichte zorg in plaats van een ziektegerichte zorg na te streven. (1) Hierbij kan bijvoorbeeld symptoomcontrole belangrijker worden en daarnaast een strikte controle van de bloeddruk en glycemie minder belangrijk. (3)

Medicatiegebruik moet gedurende het hele leven regelmatig geëvalueerd worden. Zeker als iemand een ernstige, levensbeperkende diagnose krijgt of wanneer er de verwachting komt dat de patiënt in de nabije toekomst zal komen te overlijden, is het extra belangrijk om de medicatielijst aan te passen aan de zorgdoelen en de levensverwachting. Bij palliatieve patiënten kunnen we namelijk verwachten dat er nog extra medicatie zal voorgeschreven worden voor controle van nieuwe palliatieve symptomen.

Polyfarmacie zorgt voor een groter risico op interacties en bijwerkingen, zeker bij mensen met een beperkte levensverwachting. Het is moeilijk om hierover gegevens te vinden in klinische studies, omdat een geriatrische populatie vaak wordt uitgesloten bij klinische testen. Daarnaast ondervinden geriatrische patiënten ook veranderingen in farmacokinetiek en farmacodynamiek, waarbij dus in klinische testen geen rekening gehouden wordt. (3)

De visie van huisartsen over deprescribing bij een palliatieve populatie

Er zijn reeds verschillende studies verschenen betreffende de visie van huisartsen over het al dan niet stopzetten van medicatie in de laatste levensfase. Er is binnen deze studies een behoorlijke heterogeniteit aan populaties. Sommige auteurs includeerden alleen de oudere populatie. Anderen spreken dan weer over patiënten binnen een palliatieve eenheid. Dit maakt het moeilijk om eenvoudige conclusies te trekken voor onze eigen doelgroep.

Visie van huisartsen op medicatiegebruik bij ouderen

Een kwalitatieve studie van Anthierens et al. bij 65 huisartsen in Aalst toont aan dat artsen erkennen dat er een probleem is betreffende polyfarmacie bij ouderen in het algemeen. Men heeft verschillende verklaringen voor dit probleem. Eerst en vooral geeft men aan dat het moeilijk is om het overzicht te bewaren over het exacte medicatieschema van de patiënt. Ze veranderen vaak zelf hun schema of krijgen medicatie voorgeschreven door andere artsen. Wanneer de communicatie tussen de verschillende voorschrijvers stroef verloopt, kan er ongepaste medicatie in het schema sluipen. (8)

Ook in de kwalitatieve studie van Ailabouni et al. over medicatie bij patiënten in een rust- en verzorgingstehuis kwamen problemen met het medicatieschema naar voor. Daar vonden huisartsen het soms moeilijk om te achterhalen wat de exacte indicatie van de voorgeschreven medicatie was. Bovendien gaven huisartsen in deze studie aan dat deprescribing bij oudere patiënten vaak niet gemakkelijk is omdat men met meerdere factoren rekening moet houden. Eerst en vooral de multimorbiditeit en de hieraan gekoppelde polyfarmacie. Daarnaast spelen ook frailty en de veranderde risico-baten verhouding een belangrijke rol. (9) Huisartsen hebben ook vaak moeilijkheden om onderscheid te maken tussen bijwerkingen van medicatie en symptomen bij medische aandoeningen. (8, 9)

Ze vinden dat ze zelf vaak niet kritisch genoeg zijn bij de opstart van nieuwe medicatie. Men zou hierbij altijd rekening moeten houden met het bestaande medicatieschema. Bovendien zou men zich bij elk herhalingsvoorschrift de vraag moeten stellen of de medicatie nog nodig is. De artsen ondervinden vaak een druk om bepaalde preventieve medicatie voor te schrijven door de huidige richtlijnen terwijl de negatieve impact van polymedicatie soms duidelijk opweegt tegen de positieve effecten van het individueel medicament. (8)

Welke factoren vinden artsen belangrijk bij het stopzetten van medicatie?

Turner et al. onderzochten, in een kwalitatieve Australische studie, de belangrijkste factoren voor huisartsen bij het stopzetten van medicatie bij patiënten in een ''long-term facility''. (10)

Er wordt veel belang gehecht aan evidentie voor het stoppen van medicatie. Men vindt dat deze voorlopig ontbreekt. Verder vinden huisartsen communicatie zeer belangrijk. Eerst en vooral vindt men het belangrijk dat er een goede communicatie is tussen de arts en de patiënten en hun verzorgers. Wanneer men er in slaagt om de redenen voor medicatiestop duidelijk uit te leggen, verloopt het proces van deprescribing vaak gemakkelijker. Het is voor artsen belangrijk dat de patiënt begrijpt waarom iets gestopt zou mogen worden en dat hij ook akkoord is met een eventuele stop. Ook de communicatie met de specialisten is een belangrijke factor voor de huisartsen. Men vindt dat dit op heden vaak nog stroef verloopt en men voelt zich vaak geïntimideerd door de 2de lijn. Ook is het teleurstellend als men opnieuw medicatie opstart die eerder door de huisarts werd gestopt. Een beter communicatie zou hier veel frustraties kunnen vermijden. (10)

Huisartsen vinden het belangrijk om te weten welke effecten men mag verwachten na een medicatiestop. Verschillende artsen geven aan toch onzeker te zijn in verband met de gevolgen en daarom soms terughoudender zijn. (10)

De structuur van de gezondheidzorg kwam ook naar boven als belangrijke factor. Als voorbeeld haalt men hier de discontinuïteit van de zorg aan. Zo is het vaak niet duidelijk wie bepaalde medicatie heeft opgestart en voor welke indicatie. Bovendien is het noodzakelijk om een patiënt goed op te volgen bij het stoppen van medicatie maar is dit soms om organisatorische redenen (tekort aan verpleging) niet mogelijk. (10)

Welke drempels ondervinden huisartsen?

Anderson et al. beschrijven, in een grote systematische review van 21 kwalitatieve studies, de drempels voor het stopzetten van onnodige medicatie bij volwassenen die lijden aan een chronische aandoening. Ze kwamen tot de conclusie dat artsen vaak beslissen om het medicatieschema niet te veranderen ondanks het feit dat ze zich bewust zijn dat medicatie schadelijke effecten kan hebben. Hier zijn verschillende verklaringen voor. Men wil vermijden dat de eigen werkbelasting toeneemt. Ook wil men geen conflict met andere zorgverleners die medicatiewijzigingen hebben doorgevoerd. Bovendien vreest men soms dat er een herval van symptomen zal optreden wanneer medicatie wordt gestopt en is men er van overtuigd dat men de patiënt geen kwaad doet wanneer men medicatie verder zet. (11)

Communicatie

Eén van de beschreven studies in de review is een Nederlandse kwalitatieve studie met focusgroep gesprekken. Huisartsen gaven aan dat ze het moeilijk vonden om een discussie aan te gaan ivm stopzetten van medicatie. Het kan de patiënt de indruk kan geven dat hij wordt opgegeven. Dit wordt bevestigd in de studie van Geijteman et al. Men vreest dat patiënten zullen denken dat ze minder goede zorg krijgen. (12, 13)

Sommige huisartsen twijfelen om de levensverwachting van de patiënt mee te delen. Anderen vinden het juist zeer nuttig om hierover in een open gesprek te praten. Dit komt de arts-patiënt relatie volgens hen ten goede. Bovendien kan men het in dit gesprek ook hebben over de therapeutische doelen. Momenteel is men te weinig op de hoogte van de persoonlijke voorkeuren van de patiënt. (12)

Problemen op vlak van communicatie kwamen ook naar boven in de studie van Todd et al. Zij bestudeerden de visie van de verschillende partijen op stopzetten van onnodige medicatie bij patiënten die naar een dagcentrum binnen een gespecialiseerde palliatieve eenheid gingen. Alle partijen (zorgverlener, patiënt, verzorger) gaven aan dat het belangrijk was om tot een gezamenlijke beslissing te komen wanneer men overweegt om onnodige medicatie stop te zetten. Sommige zorgverleners vinden de discussie hieromtrent niet eenvoudig. Men moet goed inschatten wanneer men dit doet. Omdat de zorg voor patiënten met een beperkte levensverwachting zeer complex is, vinden zorgverleners de communicatie onderling vaak frustrerend wanneer men tot een gemeenschappelijke beslissing tracht te komen.. Men heeft het dan voornamelijk over de wisselwerking tussen eerste, tweede en derde lijn. (14)

Ook de kwalitatieve studie van Schuling et al. gaf aan dat communicatie tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij oudere patiënten met multimorbiditeit zeer beperkt is. Samenwerking met de specialisten die medicatie voorschrijven, ontbreekt nog te vaak. Huisartsen durven medicatie vaak niet stoppen als het door de 2de lijn wordt voorgeschreven. Het is belangrijk dat alle artsen, zowel 1ste als 2de lijn, dezelfde boodschap brengen naar de patiënt en zijn omgeving. (12)

Tijdsgebrek

Stoppen van medicatie heeft vaak geen prioriteit. Dit komt onder andere door tijdsgebrek van de huisarts. Vaak wordt het stopzetten van medicatie pas in overweging genomen op bepaalde ijkmomenten. Dit zijn bijvoorbeeld: onvermogen van patiënten om nog langer medicatie peroraal in te nemen, het optreden van bijwerkingen, de markering van de stervensfase, enz. Ook de expliciete wens van de patiënt of één van diens naasten, kan een aanleiding vormen. (13)

Richtlijnen en evidentie

Een studie uit Nieuw-Zeeland waarin men 10 huisartsen interviewde beschrijft verschillende drempels op vlak van kennis. Zo is men niet zeker of de evidence-based richtlijnen relevant zijn bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Men is voorstander van specifieke richtlijnen voor deze patiëntenpopulatie. Bovendien blijkt dat huisartsen vaak moeilijkheden hebben met de beslissing welke medicatie men kan stoppen en wat hiervoor de ideale timing is. (9)

De Nederlandse studie van Schuling et al. bevestigt dat er nood is aan duidelijke informatie in verband met preventieve medicatie bij oudere patiënten. Voornamelijk over de risico-baten verhouding stellen artsen zich vaak vragen. (12)

Ook de artsen in de studie van Geijteman et al. benadrukken dat er nood is aan een duidelijke wetenschappelijke onderbouwing van de potentiële gevolgen van het stoppen van medicatie. Ze zijn soms bezorgd dat het tot complicaties kan leiden. (13)

Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?

Ailabouni et al. beschrijven factoren die het stopzetten van medicatie zouden kunnen vergemakkelijken. Zo kan een multidisciplinaire samenwerking en een betere communicatie tussen de verschillende hulpverleners het stopzetten van medicatie vlotter laten verlopen. Wanneer men allen dezelfde boodschap overbrengt naar de patiënt zorgt dit voor meer vertrouwen. Een adequate vergoeding voor artsen die de tijd nemen om het medicatieschema van hun patiënten onder de loep te nemen, komt ook als factor naar voor. Zoals reeds werd aangegeven bij de drempels zouden richtlijnen ivm stopzetten van medicatie artsen kunnen helpen om de stap te zetten. Educatie van huisartsen blijft enorm belangrijk. (9)

Bemben et al. beschrijven verder ook nog dat een positieve relatie tussen de patiënt en zijn zorgverleners het wijzigen van het medicatieschema vlotter kan laten verlopen. Men kan de patiënt op die manier overtuigen dat bepaalde medicatie niet langer noodzakelijk is. Wanneer de verschillende voorschrijvers dezelfde boodschap overbrengen, verhoogt dit de geloofwaardigheid voor de patiënt. (15)

Welke medicatie is potentieel overbodig?

Er zijn verschillende richtlijnen te vinden over potentieel overbodige medicatie bij mensen in de laatste levensfase. Deze aanbevelingen handelen echter elk over een specifieke doelpopulatie. Dit maakt dat een algemene conclusie over wat men als overbodige medicatie bestempelt bij patiënten uit onze eigen populatie, niet eenvoudig is.

De Beers Criteria bevatten een lijst met potentieel ongepaste medicatie bij patiënten vanaf 65 jaar met exclusie van geïnstitutionaliseerde en palliatieve patiënten. Reden voor deze exclusie is dat de risico-baten balans voor verschillende medicatie op de lijst vaak anders is bij deze patiënten. (16)

Maddison et al. merken terecht op dat deze lijst dus niet geldt voor alle patiënten met een beperkte levensverwachting. Dit is trouwens ook het geval voor de Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP) criteria. (6)

Lavan et al. beschrijven de STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy). (17) Deze criteria omvatten een lijst van potentieel ongepaste medicatie (PIM) bij fragiele ouderen met een beperkte levensverwachting. Het is een lijst van indicatoren om artsen te helpen bij het stopzetten van deze medicatie bij patiënten ouder dan 65 jaar die aan elk van volgende criteria voldoen:

1) Eindstadium van een irreversibele pathologie
2) Slechte 1-jaarsoverlevingsprognose
3) Ernstige functionele en/of cognitieve beperking
4) Symptoomcontrole is belangrijker dan preventie van ziekteprogressie

Men heeft deze criteria ontwikkeld omdat men de therapeutische doelen bij patiënten in deze populatie zou moeten herevalueren. Het gaat dan voornamelijk over medicatie die voornamelijk een preventieve werking heeft op langere termijn. Veel patiënten die beantwoorden aan bovenstaande criteria nemen nog te vaak veel preventieve medicatie die dus eigenlijk overbodig is. (17)

Welke interventies kunnen het stoppen van medicatie ondersteunen?

Het stoppen van mogelijks ongeschikte medicatie is een belangrijke, maar moeilijke taak voor artsen. Het is een complex proces dat verschillende stappen vraagt. Dat proces wordt "deprescribing" genoemd. (18) Het kan worden omschreven als het tegenovergestelde van gepast voorschrijven: overbodige medicatie afbouwen of stoppen. Deprescribing is meer dan gewoon het voorschrift voor medicatie niet vernieuwen of zeggen aan de patiënt dat hij bepaalde medicatie moet stoppen. Het is een positieve interventie, waarbij overbodige medicatie gesuperviseerd wordt stopgezet, met als doel mogelijk schadelijke effecten van polyfarmacie te verminderen en de outcome van de patiënt te verbeteren. (18) De patiënt staat in dit proces centraal en er is shared decision making nodig.

De evidentie voor deprescribing richtlijnen is beperkt. Een systematische review van Page et al. uit 2016 onderzoekt wat de haalbaarheid van deprescribing bij ouderen en wat het effect van deprescribing op de gezondheid en mortaliteit bij deze populatie is. Deze literatuurstudie toont aan dat deprescribing in gerandomiseerde studies geen directe invloed heeft op de mortaliteit bij ouderen. Toch doen niet-gerandomiseerde studies en studies via patiëntspecifieke interventies een daling van de mortaliteit vermoeden. Er werd geen stijging van ongewenste effecten of dervingsverschijnselen gezien. Bij deze systematic review werden 65-plussers onderzocht en studies die alleen palliatieve of ernstig zieke patiënten bestudeerden werden geëxcludeerd. (19)

Er werden verschillende artikels (3, 18, 20-23) gevonden die een algoritme beschrijven met een stappenplan voor deprescribing. Er kunnen in de verschillende algoritmes veel gelijkaardige stappen gevonden worden. Deze stappen bespreken en gebruiken we verder bij ons veldonderzoek.

Veldstudie

A. Methodologie

Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen

Datacollectie

Voor het kwalitatieve deel van deze masterproef hebben wij, twee huisartsen-in-opleiding, meerdere huisartsen geïnterviewd. Via de kringvoorzitters uit onze regio (Midden West-Vlaanderen en Houtland) en onze collega's contacteerden we de huisartsen via e-mail. Er werd hen hierin uitleg gegeven over het geplande onderzoek door middel van een informatiebrief (*zie bijlage*). Deze huisartsen namen op volledig vrijwillige basis deel aan het onderzoek na een geïnformeerde toestemming.

De huisartsen werden via een topiclijst *(zie bijlage)* gevraagd naar hun medicatiebeleid bij patiënten in de laatste levensfase. Er werd gepolst naar eventuele barrières die de artsen ervaren bij het afbouwen of stoppen van medicatie. De interviews werden opgenomen met een audio-recorder. Ze werden letterlijk uitgetypt waarna de opnames werden vernietigd.

Analyse

De interviews werden volgens de thematische methode geanalyseerd. Eerst werden de interviews door elke onderzoeker individueel gecodeerd. Vervolgens werden bijna twee interviews door beide onderzoeker samen met de co-promotor bediscussieerd tot een consensus bereikt werd. Hierbij werd een codeboom geconstrueerd. De overige interviews werden na individuele codering, samen door de twee interviewers bediscussieerd, waarbij de codeboom indien nodig werd aangepast. Daarna werd de inhoud onder elk van de verschillende codes nagegaan en gegroepeerd tot thema's. Nadien werd de betekenis van de resultaten binnen elk thema bediscussieerd met promotor en co-promotor. De verwerking van de interviews gebeurde op een anonieme wijze met het programma Nvivo.

Na de verwerking van de interviews beschreven beide onderzoekers verschillende thema's. De andere onderzoeker legde zich toe op de communicatie rond medicatiestop en de arts- en patiënt gebonden barrières. In deze masterproef wordt de focus gelegd op medisch-farmacologische barrières en de samenwerking tussen de 1ste en 2de lijn.

Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten

Voor het kwantitatieve deel van deze masterproef werden medicatielijsten van de patiënten in de praktijk bestudeerd.

Studiepopulatie

Om te beginnen werd door de onderzoeker een lijst opgesteld van alle patiënten in de eigen huisartsenpraktijk die als palliatief beschouwd zouden kunnen worden. De selectie gebeurde aan de hand van de module 'statistiek' in het medisch programma Care Connect. Er werd gezocht naar tachtigplussers, kankerpatiënten (zoektermen: kanker, carcinoom, onco), personen met een potentieel levensbedreigende chronische aandoening (oa. COPD,

hartfalen, nierinsufficiëntie, enz.) en dementie. Deze groep werd aangevuld met de patiënten waarbij regelmatig een huisbezoek plaatsvindt en de patiënten die in een rust- en verzorgingstehuis verblijven. Zo werd een lijst van 485 patiënten bekomen. Enkel patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) binnen de praktijk werden in rekening gebracht.

Vervolgens werd deze lijst voorgelegd aan de praktijkopleider en collega-huisarts binnen de praktijk. Zij beantwoordden onafhankelijk van elkaar per patiënt de 'surprise question'. Indien één van beide positief antwoordde, werd de patiënt geïncludeerd voor de interventie. Er was geen nood aan unanimiteit aangezien patiënten vaak beter gekend zijn door één van beide huisartsen. Op die manier werd een lijst van 68 patiënten bekomen die volgens de huisartsen aan de 'surprise question' beantwoordden.

Elke patiënt werd grondig geïnformeerd over het doel en de inhoud van de interventie. Nadien werd gevraagd een informed consent *(zie bijlage)* te tekenen. Indien de patiënt zelf wilsonbekwaam was, werd toestemming gevraagd aan de vertegenwoordiger. Daarnaast waren er enkele wilsonbekwame patiënten waarbij er geen duidelijke vertegenwoordiger was om het informed consent te ondertekenen. Een deel van de patiënten was reeds overleden vooraleer een informed consent gevraagd kon worden, bij deze patiënten werd geen interventie toegepast.

<u>Interventie</u>

In de literatuur worden verschillende algoritmes voorgesteld waarin via een stappenplan medicatie wordt afgebouwd. Deze algoritmes hebben we als basis gebruikt om zelf een stappenplan op te stellen voor onze interventie. Hieronder volgt een overzicht van alle mogelijke stappen die een deprescribing-proces zou kunnen bevatten.

- informatie geven over deprescribing: help de patiënt de voor- en nadelen verstaan
- de ICE ("Ideas Concerns & Expectations") van de patiënt bevragen en zijn zorgdoelen bespreken
- correcte huidige medicatielijst opstellen, ook "over the counter" medicatie
- bepaal voor elke medicatie de indicatie, therapietrouw, bijwerkingen, interacties
- identificeer potentieel ongeschikte medicatie
- stel prioriteiten voor de te stoppen medicatie en maak een plan, communiceer dit plan
- opvolging: monitoring en documentatie van onttrekkingsverschijnselen en symptoomcontrole
- herhaal het proces regelmatig

Deze stappen werden besproken in onze praktijk. Om het deprescribing-proces voor ons werkbaar te maken, willen we hier zelf nog enkele stappen aan toevoegen.

- bij wilsonbekwame patiënten moet er overleg gebeuren met familie of vertrouwenspersoon
- bij patiënten die zelf hun medicatiegebruik niet opvolgen, moet er duidelijke (neergeschreven) communicatie zijn met (thuis)verpleegkundigen

Om te bepalen welke medicatie potentieel ongeschikt is, werd gewerkt met de STOPPFrail tool (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy). (17) Er werd bij elke patiënt individueel gekeken welke medicatie theoretisch gezien gestopt kon worden. Hiervoor werd de voorgeschiedenis en de

huidige medicatielijst van de patiënt geraadpleegd. Voor elke patiënt werd tijdens een overleg besproken welke medicatie men dan ook effectief zou proberen afbouwen of stoppen. Van dit overleg werd een verslag gemaakt in het dossier. Bij een volgende consultatie of huisbezoek, werd dit besproken met de patiënt of, bij wilsonbekwame patiënten, met de familie. Indien één van de partijen niet akkoord was met een medicatiestop werd de reden hiervoor genoteerd.

B. Resultaten

Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen

Hieronder beschrijven we in enkele thema's de resultaten van de interviews met betrekking tot medisch-farmacologische barrières bij huisartsen om medicatie al dan niet af te bouwen. De thema's die aan bod komen zijn de ervaring van huisartsen met het afbakenen van hun palliatieve populatie door de 'surprise question', de samenwerking met collega-artsen, eigenschappen van medicatie, gebruik van richtlijnen en omgevingsfactoren.

Kenmerken geïnterviewde huisartsen

In totaal werden 11 huisartsen geïnterviewd, waarvan 4 mannen en 7 vrouwen. De leeftijd van de artsen varieerde van 28 tot 61 jaar. De artsen werkten in verschillende praktijkvormen en hadden een gedifferentieerde achtergrond wat betreft ervaring en opleiding in palliatieve zorgen. Meer details in de tabel hieronder.

HA	M/V	Leeftijd	Praktijkvorm	Specifieke opleiding palliatieve zorgen
1	M	61	Groep	Nee
2	V	55	Solo	Basisopleiding, CRA
3	V	31	Duo	Equipearts netwerk palliatieve zorg, CRA
4	V	49	Duo	Equipearts netwerk palliatieve zorg, CRA
5	V	57	Solo	Nee
6	V	28	Groep	Basisopleiding
7	V	29	Duo	Basisopleidng
8	M	59	Solo	Basisopleiding
9	M	30	Groep	Nee
10	V	35	Duo	Nee
11	M	58	Solo	Nee

Ervaring van huisartsen met het afbakenen van hun palliatieve populatie door de 'surprise question'

Wanneer we huisartsen vroegen of ze een zicht hebben op hun populatie van palliatieve patiënten die wordt afgebakend door de 'surprise question', dan kregen we hier erg uiteenlopende antwoorden op. Het aantal patiënten die de artsen als palliatief beschouwen, varieerde van één tot een tiental. Sommige artsen hadden wel een aantal patiënten die aan de 'surprise question' beantwoorden en konden hier wel voorbeelden van geven. De artsen beschreven deze patiënten vaak als een oudere of hoogbejaarde populatie, een mix tussen

thuiswonenden en rusthuispatiënten of chronische patiënten waarbij er “niet veel mis mag gaan”. Patiënten die nu wel stabiel zijn en dus niet terminaal, maar waarbij een bijkomend probleem problematisch kan zijn. Daarnaast vermeldden enkele artsen ook dat enkele van hun jongere oncologische patiënten aan de ‘surprise question’ voldoen, mensen die een palliatieve oncologische diagnose gekregen hebben. Er is ook een verschil tussen de jongere en oudere artsen. Jongere artsen gaven vaak aan een jongere patiëntenpopulatie te hebben met slechts enkele palliatieve patiënten.

> *“En welke patiënten zijn dat dan vooral?”*
> *“Vooral de oudere populatie natuurlijk. Maar een mooie mix tussen thuiswonenden, RVT-patiënten, euhm… en een paar oncologische patiënten natuurlijk ook.” (HA 11, M, 58j)*

> *“We hebben wel wat patiënten waar er niet veel mag mis gaan of het zou fataal zijn. Bijvoorbeeld nu. Ben juist bloed gaan trekken bij iemand die terminaal hart- en nierfalen heeft. Die nu momenteel nog goed functioneert thuis maar er mag daar niet veel mis gaan alleszins. Die definieer je dan misschien nog te weinig als palliatief.” (HA 7, V, 29j)*

> *“Hoh, wij zijn ook een heel jonge praktijk, dus ik denk dat ze op één hand te tellen zijn, degene waar we momenteel niet surprised over zouden zijn.” (HA 3, V, 31j)*

Enkele artsen meldden dat het voor hen gemakkelijk zou gaan om hun populatie van palliatieve patiënten af te bakenen met de ‘surprise question’, maar de meeste huisartsen vonden een jaar erg ruim gerekend en vonden het niet evident om een patiënt dan al als palliatief te beschouwen. Er was voor hen ook een groot verschil tussen “zou je verwonderd zijn als de patiënt het komende jaar zou overlijden”, zijnde dus de “surprise question” en “verwacht je dat de patiënt binnen het jaar zal overlijden”. Ze vonden dat je geen voorspelling kan doen over de levensverwachting. Enkele artsen zeiden resoluut dat ze palliatief op een kortere periode bekijken en dat de laatste maanden gemakkelijker in te schatten zijn dan het laatste jaar. Tijdens de interviews kregen we dan ook vaak verhalen over eerder terminale patiënten. Sommige oudere artsen hadden de indruk dat ze door hun ervaring gemakkelijker een patiënt als palliatief kunnen afbakenen.

> *“Dus de laatste fase van het leven is een moeilijke fase want er is geen enkele test, machientje, gelijk wat, die kan voorspellen hoe lang het nog zal duren…” (HA 10, V, 35j)*

> *“Het is een moeilijk fenomeen. Het is moeilijk om te zeggen… Ja, ook jonge oncologische patiënten. Allé bijvoorbeeld een jonge man, heeft al een testistumor gehad, acute leukemie… Oké, die ziet er nu gezond uit, maar moest hij binnen 3 maand een recidief krijgen, dan ga je niet verschieten. Tja…” (HA 10, V, 35j)*

> *“Ja, je kunt er dan al je rusthuispatiënten op zetten hé, al je dementen die in een rusthuis belanden omdat ze thuis niet meer kunnen functioneren. Maar ik zie het niet op een jaar, ik zie het iets korter, op een maand of drie tot zes.” (HA 2, V, 55j)*

Samenwerking met collega-artsen

Enkele jonge huisartsen die in een groepspraktijk werken, gaven aan dat het soms een barrière is om medicatie af te bouwen, als deze vroeger werd gestart door een collega in de groepspraktijk. De visie over het medicatiebeleid bij palliatieve patiënten is niet altijd gelijklopend en zorgt soms voor een belemmering om medicatie stop te zetten.

> *"En wat er ook zou helpen is om medicatie streng aan te pakken of om er in communicatie mee te gaan met de patiënt is te weten dat je collega's het ook doen. Dus in een groepspraktijk… En ook kijken, staan in de groep alle neuzen in dezelfde richting? Want als ik zo zaag over die cholesterolremmers en mijn collega's doen daar niks mee, ja, wie is er dan correct? Dus op dat vlak denk ik dat dat wel een belemmering is." (HA 6, V, 28j)*

Tijdens verschillende interviews kwam de soms moeilijke samenwerking met de arts-specialist aan bod als barrière voor het afbouwen van medicatie bij palliatieve patiënten. Sommige palliatieve patiënten komen na een opname naar huis met meer medicatie, waarvan een deel vaak overbodig is. Huisartsen hebben niet altijd de kennis over vak-specifieke medicatie zoals bijvoorbeeld anti-aritmica en durven deze bijgevolg ook vaak niet stoppen als deze door de arts-specialist werden gestart. Enkele huisartsen gaven aan dat bijvoorbeeld cardiologen ook vaak bij palliatieve patiënten heel streng blijven in bloeddruk- en cholesterolcontrole en twijfelen dan zelf om statines en antihypertensiva te stoppen uit schrik dat patiënten daarna toch nog een myocardinfarct zullen doormaken. De huisartsen haalden ook enkele oplossingen voor deze barrière aan. Het zou gemakkelijker zijn om in de palliatieve fase medicatie te stoppen als ze weten dat er richtlijnen zijn hiervoor waar ook de arts-specialist achter staat. Daarnaast voelen huisartsen zich gesteund om medicatie te stoppen als ze zien dat arts-specialisten, zoals bijvoorbeeld vaak geriaters, ook kritisch naar de medicatielijst kijken en ook eens durven schrappen.

> *"Medicatie die niet door ons maar door de specialist gestart is. Dat is al een, ik ga niet zeggen grote, maar toch een kleine drempel om medicatie te stoppen. … Maar wat we dan uiteindelijk zien is, patiënten die plots opgenomen worden en die dan medicatie bijkrijgen. Dat wij zeggen van 'eigenlijk is dat hier allemaal niet nodig, of, niet méér nodig. Da ga je wel zien. Omdat die ja, die zitten op een ander niveau. Die kijken op een andere manier naar die dingen. En daar zit je wel dikwijls in de clinch. Heel vaak stoppen we medicatie die in het ziekenhuis tijdens een opname gestart is." (HA 9, M, 30j)*

> *"Mijn richtlijn is vooral wat de internisten gedaan hebben in het ziekenhuis. Dus als zij een NOAC opgestart hebben, dan zal ik het heel moeilijk vinden om dat te stoppen en het ook niet doen. Euhm, zeker ook omdat ik er weinig ervaring mee heb." (HA 6, V, 28j)*

> *"Een patiënt die 80-plus was, zonder voorgeschiedenis, waarbij men toch niet aanraadt om dat nog verder te geven een statine, maar die dan toch ja een hartinfarct gedaan heeft, die dan in het ziekenhuis*

terecht gekomen is en daar waarschijnlijk wel gehoord heeft: Waarom heeft je huisarts dat gestopt? Dat had toch niet mogen gestopt zijn? Ik heb de indruk dat de cardiologen daar niet van overtuigd zijn dat dat een effect van over 10-15 jaar is en dat zij daar toch een direct effect van verwachten ook, waardoor ik dan toch af en toe twijfel." (HA 4, V, 49j)

"Het zou ook handig zijn moesten de specialisten ook eens kritisch durven kijken naar de medicatie. En dan niet alleen naar die van hun eigen vakgebied.. Geriaters zijn daar vaak het beste in. Die durven al eens zaken stoppen of veranderen." (HA 8, M, 59j)

<u>De eigenschappen van medicatie</u>

Verschillende artsen gaven aan geen antistolling te stoppen bij patiënten met VKF, omdat ze absoluut willen vermijden dat een niet-fatale trombose de levenskwaliteit van de palliatieve patiënt zou kunnen aantasten. Daarnaast beseffen ze ook dat een ernstige val net bij die kwetsbare patiënten een ernstige cerebrale bloeding zou kunnen veroorzaken. De afweging maken tussen deze pro's en contra's blijkt niet altijd gemakkelijk.

"Awel, als het mensen zijn met een VKF bijvoorbeeld, met een NOAC of Marcoumar, laten we dat vaak. Omdat we ook zoiets hebben van een trombose ofzo erbij kan niet fataal zijn maar dat kan de kwaliteit van leven nog verder doet afnemen hé, dus dat laten we wel."
(HA 7, V, 29j)

Het is voor enkele artsen een belemmering om medicatie te stoppen als ze niet weten wat het korte termijn effect van de medicatie is. Als ze verwachten dat er op korte termijn ook nog een preventief effect kan zijn, zullen ze de medicatie doorgeven. Vooral bij statines en medicatie of voedingssupplementen ter preventie van osteoporotische fracturen is deze inschatting moeilijk. Toch gaven veel huisarts aan statines in de laatste levensfase te stoppen.

"Ik heb eens een bijscholing gevolgd voor STOPP, met 2 P's, dat was 1 van de medicatie die men aanraadde om te starten, Calcium en vitamine D, bij oudere patiënten… Waardoor ik dus toch het idee heb dat dat misschien een directer effect geeft dan bijvoorbeeld een statine…Maar dus bijvoorbeeld calcium-vitamine D ga ik dus niet direct stoppen omdat ik denk dat dat dus een direct effect ook heeft." (HA 4, V, 49j)

"Statines bijvoorbeeld stop ik d' office bij alle 80-plussers en zeker in de laatste levensmaanden." (HA 11, M, 58j)

Benzodiazepines of antidepressiva worden over het algemeen niet gestopt bij palliatieve patiënten omdat dit als comfortmedicatie word gezien. Huisartsen vinden deze medicatie niet prioritair om te stoppen. Enkel sufheid is een eventuele reden om te proberen benzodiazepines af te bouwen. Ook diuretica die bijdragen aan het comfort van de patiënt worden zelden gestopt.

"Ja, en zoals bijvoorbeeld slaapmedicatie…"

"Ik denk dat ik die, omdat we die in de palliatieve situatie ook veel gebruiken, zou laten. Dat is comfortmedicatie bijna hé… Het risico lopen dat iemand meer hallucinaties zou krijgen omdat je perse minder pillen wil geven… Ik denk niet dat ik dat zou doen." (HA 3, V, 31j)

Huisartsen zullen hun beslissing om medicatie al dan niet te stoppen laten afhangen van eerdere ervaringen met het afbouwen van medicatie. Voor enkele artsen is het een barrière dat ze zelf nog weinig tot geen merkbaar positieve effecten hebben ondervonden bij hun palliatieve patiënten na het stoppen van bepaalde medicatie. Soms merken ze zelfs meer klachten of symptomen na het stoppen. Voor enkele andere artsen is het anticiperen van het effect van de medicatiestop geen probleem. Zij merkten op dat mensen vaak ook tevreden zijn met minder pillen en hebben als arts het gevoel een verschil te kunnen maken. Soms werd er een matig positief effect gemerkt. Vooral bij mensen met evenwichtsproblemen en valneiging kan het stoppen voordeel opleveren.

"Welja, de meeste mensen zijn blij dat ze een pilletje minder mogen nemen. Maar echt positieve effecten van het stoppen zelf, nee, dat niet echt. Ik merk amper dat patiënten er beter van worden. In tegendeel, ze gaan vaker terug symptomen krijgen in plaats van dat er verbetering te merken is." (HA 11, M, 58j)

"Dat is meestal niet spectaculair. Hé. Maar zeker bij mensen die veel suf zijn of de neiging hebben van veel te struikelen of te vallen, evenwichtsproblemen. Dan kun je dikwijls door medicatie te stoppen wel een matige impact hebben." (HA 9, M, 30j)

<u>Kennis en gebruik van de richtlijnen</u>

Als we vroegen naar het gebruik van richtlijnen bij het afbouwen van medicatie bij palliatieve patiënten, kregen we enkele uiteenlopende antwoorden. Een jonge arts vindt dat ze goed opgeleid is om richtlijnen te vinden en te gebruiken en heeft hier geen problemen mee. Ze heeft niet het gevoel dat ze een gebrek aan kennis heeft. Veel andere artsen vertelden daarentegen dat er geen overzicht is in alle richtlijnen die we als huisarts kunnen gebruiken, dat ze soms te complex of niet gemakkelijk toe te passen zijn. Een arts vermeldde zelf dat er geen studies zijn over het gebruikt van statines bij tachtigplussers en dat er dus geen evidentie is om verder te geven, maar ook niet om te stoppen. Als gevolg van het gebrek aan duidelijkheid is er dan ook soms te veel twijfel en word dan de beslissing gemaakt om geen medicatie te stoppen. Geen duidelijke richtlijn voor het stoppen van medicatie specifiek bij palliatieve patiënten wordt door de artsen beschouwd als een belemmering.

"En ik denk dat we als jonge arts echt goed opgeleid zijn om daar mee om te gaan, ik ben er zeker van. In het zevende jaar geneeskunde hebben we daar echt goeie lessen over gehad en ik merk wel veel terughoudendheid bij mijn collega's in de nieuwe praktijk om dingen te stoppen." (HA 6, V, 28j)

"Goh, ik vind wel gemakkelijk richtlijnen. Bijvoorbeeld die START-STOPP criteria.. Maar ik vind die nogal complex eigenlijk. Euhm… Dus moesten er eenvoudigere richtlijnen zijn die gemakkelijker zijn toe te passen, zou ik die wel gebruiken denk ik. Nu moet ik het allemaal zelf gaan opzoeken." (HA 11, M, 58j)

"Ik ben sowieso voorstander van meer richtlijnen in de palliatieve zorg, dus medicamenteus zeker ook, absoluut. Ik zou dat zeker aanmoedigen. Dus wat doen met welke medicatie…"
(HA 3, V, 31j)

Omgevingsfactoren

Enkele huisartsen vermeldden dat het een belemmering is om medicatie te stoppen als de voorgeschiedenis en de indicatie voor het opstarten van sommige medicatie niet altijd meer duidelijk is in het dossier. Het voorbeeld van acetylsalicylzuur werd genoemd. Als er een duidelijke indicatie is om dat te nemen, wordt acetylsalicylzuur niet gestopt, maar als er geen gegevens gevonden worden over waarom dit vroeger werd opgestart, is de twijfel te groot om de stap tot stoppen te zetten.

"Asaflow is vaak moeilijk om te achterhalen waarom de patiënt het ooit gekregen heeft en dat is lastig. Want dan denk je soms, waarom zou ik het stoppen. Een reden om te stoppen is bijvoorbeeld ook als er een groot valrisico zou zijn, dan zou ik het wel sneller stoppen."
(HA 6, V, 28j)

Ook een onduidelijke, slordige of onvolledige medicatielijst op huisbezoek vormt soms een belemmering.

"Het is ook zo dat mensen in de thuissituatie niet altijd een duidelijke medicatiefiche hadden. Dat zit soms in onze computer en we doen dat op huisbezoek niet altijd open. Ze hebben soms wel een overzichtje, maar dat klopt dan weer niet helemaal. In een rusthuis is het gemakkelijk hé, daar vraag je gewoon de medicatiefiche." (HA 5, V, 57j)

Daarnaast vermeldde een arts dat sommige acute medicatie soms chronisch word doorgegeven in het rusthuis en dat dit soms te laat word opgemerkt.

"Wel ja, bij acute medicatie is het uiteraard de bedoeling om die terug te stoppen wanneer de indicatie verdwenen is hé. Die geeft je niet chronisch natuurlijk… Al is het wel gevaarlijk dat het doorgenomen wordt als je het niet goed noteert. Vooral dan in rusthuizen, euh… waar medicatie vanzelf wordt voorgeschreven en je alleen maar je handtekening moet zetten om te verlengen. Dan zie ik soms dat acute medicatie wordt voort gegeven. Zelfs met bijvoorbeeld antibiotica gebeurt dit. Zijn natuurlijk pijnlijke dingen we moeten vermijden hé…" (HA 8, M, 59j)

Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten

In onze praktijk beantwoordden 68 patiënten aan de "surprise question". Daarvan waren 20 patiënten reeds overleden voor we de interventie gestart zijn, 2 patiënten zijn verhuisd en hebben nu een andere huisarts. Bij 14 patiënten werd geen informed consent bekomen omdat ze amper contact hadden met de huisarts of dement zijn zonder directe familie. De medicatielijsten van 32 patiënten werden bestudeerd. De gemiddelde leeftijd was 87,2 jaar, de jongste patiënt was 66 jaar, de oudste 98 jaar. Het betrof 8 mannen en 24 vrouwen. Van deze patiënten verbleven er 13 in een RVT, 11 waren samenwonend met partner of kinderen en 8 alleen thuiswonend. Van deze patiënten zijn er 15 met een vorm van dementie, 2 oncologische patiënten, 4 met eindstadium nierfalen en 1 met eindstadium COPD. De andere 10 patiënten werden als palliatief beschouwd omwille van ernstige frailty of multimorbiditeit.

In *tabel 1* wordt beschreven hoeveel PIM de patiënten nemen, volgens de criteria van de STOPPFrail. (17) Alle patiënten namen voor de start van de interventie potentieel ongepaste medicatie. In totaal namen de patiënten samen voor de interventie 124 PIM's, na de interventie komen we aan een totaal van 110 PIM's.

Aantal PIM	Patiënten bij voormeting N=32 (100%)	Patiënten bij nameting N=32 (100%)
0	0	2
1	2	0
2	3	6
3	11	11
4	7	6
5	3	4
6	3	1
7	2	1
8	1	1

Tabel 1

Per patiënt werd onderzocht aan de hand van het dossier en de voorgeschiedenis welke medicatie ook echt kon gestopt worden. De specifieke indicatie van de medicatie werd bij elke patiënten individueel onderzocht. Een protonpompinhibitor kan bijvoorbeeld volgens de STOPPFrail als PIM gezien worden, maar nodig zijn omwille van een recent ulcus. Na bestuderen van het dossier en de medicatielijst gezien konden 51 PIM's gestopt worden. Dit werd besproken in een praktijkoverleg waarbij de keuze werd gemaakt om deze medicatie al dan niet te proberen stoppen. Na het praktijkoverleg werd van 21 PIM's beslist dat ze effectief gestopt mochten worden. Uiteindelijk werden 14 PIM's gestopt, dit bij 11 van de 32 patiënten.

Bij 21 patiënten werd geen medicatie gestopt. Bij 7 van de 32 patiënten werd relatief snel beslist om geen medicatie te stoppen, omdat dit patiënten zijn die heel nauw door de specialist worden opgevolgd. Bij deze patiënten "durven" we geen medicatie stoppen. Twee van deze patiënten krijgen dialyse, twee andere van deze patiënten hebben eindstadium nierfalen, deze worden frequent door de nefroloog gezien. Daarnaast hadden twee patiënten recent een myocardinfarct. Bij hen werd zelfs nieuwe preventieve medicatie opgestart door de

cardioloog. Tot slot werd één patiënt frequent door de neuroloog gezien omwille van een CVA met epilepsie tot gevolg.

Bij de overige 14 patiënten werd geen medicatie gestopt omwille van volgende redenen: omdat we de verwachting hebben dat de patiënt hier niet akkoord mee zal gaan, omdat medicatie recent werd gestart door een specialist, omdat we betwijfelen dat het stoppen een positief effect teweeg zal brengen of omdat we schrik hebben dat de patiënt negatieve effecten zal ondervinden na het stoppen van bepaalde medicatie.

In *tabel 2* wordt per medicatiegroep weergegeven hoeveel patiënten de desbetreffende medicatie nemen bij de voor- en nameting. Het gaat hier over elke PIM die op de lijst staat van de STOPPfrail criteria.

Bepaalde medicatie werd door geen enkele patiënt genomen voor de start van de interventie. Dit zijn memantine, H2 recepter antagonisten, spasmolytica, theofylline, leukotrieenreceptorantagonisten, 5-alfa reductase inhibitoren, muscarine antagonisten, ACE-inhibitoren (of sartanen) voor nefroprotectie bij diabetes mellitus en systemische oestrogenen.

Antihypertensiva werd door meer dan de helft (62,5%) van de patiënten genomen. Er werd bij 1 patiënt antihypertensiva gestopt omwille van een sterk verhoogd valrisico. De reden om meestal niet af te bouwen was een blijvend hoge of stabiele bloeddruk.

Cholesterolverlagende medicatie werd door de helft van de patiënten genomen en werd uiteindelijk slechts bij 1 patiënt stopgezet. Bij alle patiënten ging het om statines. Deze bleken achteraf het grootste discussiepunt van het overleg te zijn. Volgens de STOPPFrail heeft deze medicatie op korte termijn meer risico op nevenwerkingen dan potentieel voordeel voor de patiënt. In het Formularium Ouderenzorg over cholesterolverlagende behandeling staat dan ook dat er bij personen vanaf de leeftijd van 80 jaar geen evidentie meer is voor het nut van statines. Het advies wordt hier gegeven om bij personen met een levensverwachting van 1 maand tot 1 jaar statines te stoppen. (24) De discussie gaat overwegend over het feit dat statines mogelijks ook een plaque-stabiliserend effect hebben en dat dit dan ook op kortere termijn nuttig zou kunnen zijn. Er werd contact gelegd met de cardiologen uit het ziekenhuis waarmee wij samenwerken over het stopzetten van statines bij patiënten in de laatste levensfase. Zij zijn voorstander om statines niet stop te zetten, maar te behouden in lage dosis, zelfs in primaire preventie, dit ook op basis van een recente review. (25) Dit alles samen zorgt voor een belangrijke barrière, waardoor de beslissing gemaakt werd om zo goed als geen statines stop te zetten.

Andere medicatie die door een groot deel van de patiënten werd ingenomen was benzodiazepines (40,6%), protonpompinhibitoren (40,6%), antidepressiva (21,6%).

Benzodiazepines konden slechts bij 1 van de 13 patiënten gestopt worden. Deze patiënte nam overdag alprazolam, maar dit kon omwille van progressie van het dementieproces stopgezet worden. Verder vonden we het stoppen van benzodiazepines geen grote prioriteit. We waren tijdens het overleg van mening dat dit

eventueel wel mag gestopt worden, maar willen geen patiënten belasten met slapeloosheid tijdens het proces van afbouw.

Bij antidepressiva waren we van mening dat indien de patiënt hier op dit moment goed mee is, er voorlopig geen reden tot afbouw is. Soms gaf mijn collega tijdens het overleg aan dat er vroeger al een onsuccesvolle poging tot afbouw werd gedaan. Er werden geen antidepressiva gestopt, integendeel, bij één patiënt werden antidepressiva opgestart.

Protonpompinhibitoren werden niet gestopt. Er waren 2 belangrijke redenen om ze niet te schrappen. Ten eerste werd deze medicatie behouden bij ulcera of maagbloedingen in de voorgeschiedenis. We zijn van mening dat het potentieel nuttig kan zijn om PPI's af te bouwen, maar vrezen voor een rebound-effect en de reactie van de patiënten hierop. De term in de volksmond "maagbeschermer" klinkt belangrijk en we gaan er wat van uit dat patiënten dit niet snel willen stoppen uit schrik om terug symptomen te krijgen.

De antiaggregantia (acetylsalicylzuur) werd bij één patiënt gestopt omwille van verhoogd bloedingsrisico. Het was niet bij alle patiënten uit de voorgeschiedenis duidelijk waarom deze medicatie ooit gestart werd en daarom werd de beslissing om dit stop te zetten bij de meeste patiënten niet gemaakt.

Twee van de drie patiënten die orale antidiabetica nemen hebben monotherapie met metformine. Bij de derde patiënte werd beslist om ook de duale therapie verder te zetten.

Ongeveer een vijfde van de patiënten namen calciumsupplementen (18,8%). Vaak waren dit mensen met een osteoporotische fractuur in de voorgeschiedenis. We zijn in het algemeen weigerachtig om deze calciumsupplementen stop te zetten, omdat we niet goed weten wat het kortetermijneffect hiervan nog is. Toch namen we de beslissing dat wij bij alle patiënten de inname hiervan zouden navragen en zouden stoppen bij slechte therapietrouw. Bij de helft van de patiënten werden de calciumsupplementen uiteindelijk gestopt.

Enkele patiënten namen multivitaminepreparaten zonder duidelijke indicatie en deze werden dan ook bij 2 van de 3 patiënten gestopt, in deze gevallen ging het twee keer om Befact Forte dat al lang werd genomen zonder duidelijke indicatie. Ook de voedingssupplementen werden bij 2 patiënten gestopt (Egebex).

Twee patiënten namen langdurig orale corticosteroïden. De indicatie hiervoor was polymyalgia rheumatica. Er werd niet meer geprobeerd om dit verder af te bouwen, omdat dit in het verleden reeds werd geprobeerd zonder succes. Een patiënte nam dagelijks orale NSAID's, omwille van ernstige polyartrose die onvoldoende onder controle te brengen is met paracetamol. Er is al jaren een stabiele nierfunctie en maagbescherming met PPI's, die om die reden bij deze patiënten dan ook niet werden afgebouwd.

Daarnaast was er ook enkele medicatie die we als overbodig of ongeschikt beschouwd hebben, zonder dat ze specifiek op de STOPPFrail lijst staat. Bij twee patiënten werd besproken of ze akkoord waren om Betahistine stop te zetten, maar deze patiënten zijn er van overtuigd dat ze niet zonder kunnen en dat ze meer last zullen krijgen van duizeligheid na het stoppen.

Medicatie	Aantal patiënten bij voormeting	Aantal patiënten bij nameting
Cholesterolverlagende therapie	16 (50,0%)	15 (46,9%)
Antiaggregantia	12 (37,5%)	11 (34,4%)
Neuroleptica	2 (6,3%)	2 (6,3%)
Memantine	0 (0%)	0 (0%)
PPI	13 (40,6%)	13 (40,6%)
H2-recpetorantagonisten	0 (0%)	0 (0%)
Spasmolytica	0 (0%)	0 (0%)
Theofylline	0 (0%)	0 (0%)
Leukotrieen receptor antagonisten	0 (0%)	0 (0%)
Calcium suppementen	6 (18,8%)	3 (9,4%)
Antiresorptieve medicatie voor osteoporose	3 (9,4%)	2 (6,3%)
Langetermijn orale NSAID	1 (3%)	1 (3%)
Langetermijn orale corticosteroïden	2 (6,3%)	2 (6,3%)
5-alfa reductase inhibitoren	0 (0%)	0 (0%)
Alfa-blokkers	2 (6,3%)	1 (3,1%)
Muscarine antagonisten	0 (0%)	0 (0%)
Orale antidiabetica	3 (9,4%)	3 (9,4%)
ACE-inhibitoren of sartanen bij diabetes mellitus	0 (0%)	0 (0%)
Systemische oestrogenen	0 (0%)	0 (0%)
Multivitamine supplementen	3 (9,4%)	1 (3,1%)
Voedingsupplementen	2 (6,3%)	0 (0%)
Profylactische antibiotica	2 (6,3%)	1 (3,1%)
Benzodiazepines	13 (40,6%) Eén: 9 (28,1%) Twee: 4 (12,5%)	12 (37,5%) Eén: 9 (28,1%) Twee: 3 (9,4%)
Antidepressiva	7 (21,9%)	8 (25,0%)
Antihypertensiva	20 (62,5%) Eén: 9 (28,1%) Twee: 3 (25,0%) Drie: 3 (9,4%)	19 (59,4%) Eén: 8 (25,0%) Twee: 3 (25,0%) Drie: 3 (9,4%)

Tabel 2

Discussie

Om de doelpopulatie in deze masterproef te definiëren, werd gekozen voor de 'surprise question'. De omschrijving van patiënten in de laatste levensfase die werd verkregen van de huisartsen tijdens de interviews, ligt in de lijn met de KCE omschrijving van de palliatieve patiënt. (1) De huisartsen omschreven hun patiënten die beantwoorden aan de 'surprise question' als een oudere populatie met ernstige chronische aandoening en patiënten met een palliatieve oncologische diagnose. Toch vinden huisartsen het niet altijd zo gemakkelijk om hun palliatieve populatie concreet af te bakenen aan de hand van de 'surprise question'. De meeste huisartsen vinden een jaar erg ruim gerekend om een patiënt als palliatief te beschouwen. Enkele artsen zeiden resoluut dat ze de palliatieve periode op een kortere termijn bekijken, het lijkt alsof tijdens de interviews dan ook regelmatig werd gesproken over eerder terminale patiënten. Er werden enkele jongere huisartsen geïnterviewd, deze geven aan in hun huidige praktijk minder palliatieve patiënten in hun patiëntenbestand te hebben. Waarschijnlijk hebben ze dan ook minder ervaring met het stopzetten van medicatie bij palliatieve patiënten.

In tegenstelling tot de moeilijkheden die sommige artsen in de interviews ondervinden met de 'surprise question', werd er in de eigen praktijk vlot gebruik van gemaakt. Het was wel complexer daarna ook een diagnose te benoemen waardoor de patiënt als palliatief beschouwd werd. De 'surprise question' is dan ook een eerder subjectieve vraag die deels gebaseerd is op de ervaring van de arts en niet afhankelijk is van een specifieke diagnose. Uit de literatuur blijkt dat de 'surprise question' niet specifiek genoeg is om mortaliteit te voorspellen, maar kan gebruikt worden als screeningsinstrument. (4) Er werden weinig gegevens gevonden over een correctheid van de overlevingsprognose als huisartsen de 'surprise question' gebruiken. Waarschijnlijk zijn andere, uitgebreidere methodes om een patiënt als palliatief aan de duiden correcter, maar in deze studie werd voor de 'surprise question' gekozen als snelle methode om een patiënt als palliatief aan te duiden.

In de praktijk werden 68 patiënten in de laatste levensfase geselecteerd aan de hand van de 'surprise question', de interventie werd bij 32 patiënten toegepast. Een beperking van dit onderzoek is de tijd die ontstaan is tussen het maken van de oorspronkelijke lijst en het uitvoeren van de interventie. Een deel van de patiënten was hierdoor reeds overleden voor de interventie gestart was. Opvallend is het verschil tussen het aantal mannen en vrouwen, respectievelijk 8 en 24, voor dit verschil kan geen duidelijke verklaring gevonden worden. Ongeveer de helft van de patiënten lijdt aan dementie, de andere helft heeft een levensbedreigende chronische pathologie of ernstige multimorbiditeit.

Patiënten namen vaak medicatie die in de STOPPFrail als potentieel overbodig beschouwd wordt, in totaal samen voor de interventie 124 PIM's. Na de interventie werden slechts 14 PIM's gestopt, dit bij 11 van de 32 patiënten. Medicatie waarbij weinig belemmeringen werden ondervonden om af te bouwen, waren onder andere multi-vitaminepreparaten zonder duidelijke indicatie en voedingssupplementen. Bepaalde medicatie werd door geen enkele patiënt genomen voor de start van de interventie. Het betreft hier vooral medicatie die in het algemeen weinig wordt voorgeschreven in onze praktijk. Daarnaast zijn er zelden patiënten die ACE-inhibitoren nemen enkel en alleen voor nefroprotectie, in alle gevallen werden ACE-inhibitoren in de eerste plaats gebruikt als antihypertensiva.

Zowel uit de interviews, de interventie als uit de literatuur blijkt dat huisartsen de samenwerking en communicatie met de arts-specialist een belangrijke barrière vinden voor het afbouwen van medicatie bij palliatieve patiënten. Tijdens de interviews gaven huisartsen aan dat het voor hen gemakkelijker zou zijn preventieve medicatie te stoppen als arts-specialisten dit ook zouden doen en de communicatie hierover wat vlotter zou verlopen. Ook tijdens de interventie was er een duidelijke belemmering om geen medicatie te stoppen bij patiënten die regelmatig door een arts-specialist worden opgevolgd of waarbij recent nieuwe medicatie werd gestart. Op basis van de resultaten wordt verondersteld dat verschillende oorzakelijke elementen een rol spelen. Huisartsen gaan er misschien van uit dat de specialist meer kennis heeft over zijn vakgebied en de correcte indicatie van de medicatie. Verder willen huisartsen geen conflicten veroorzaken die het vertrouwen van de patiënt in de specialist kunnen schaden. Dit blijkt ook uit de literatuurstudie. (10-12) De vraag stelt zich of de specialist op hetzelfde moment als de huisarts een patiënt als palliatief zal beschouwen en hiernaar zal handelen. Mogelijks kan het een oplossing zijn om bij een gepland controlebezoek aan de specialist als huisarts een brief te maken met de vraag naar mogelijke afbouw van medicatie. Uit de studie van Ailabouni et al. blijkt dat een betere communicatie tussen verschillende hulpverleners het stopzetten van medicatie vlotter laat verlopen en bij de patiënt voor meer vertrouwen zorgt. (9)

Tijdens de interviews gaven enkele jonge huisartsen die in een groepspraktijk werken aan dat het soms een barrière is om medicatie af te bouwen, als deze vroeger werd gestart door een collega. We vonden in de literatuur geen informatie over de invloed van het medicatiebeleid binnen een groepspraktijk als barrière. Deze belemmering kwam niet duidelijk naar voor tijdens de interventie, maar speelt misschien toch deels een rol. Het lijkt belangrijk om in een groepspraktijk een gemeenschappelijke visie te hebben en regelmatig het medicatiebeleid bij patiënten in de laatste levensfase te bespreken.

Enkele geïnterviewde huisartsen gaven aan dat het een belemmering om medicatie te stoppen als ze niet weten wat het mogelijke korte termijn effect van de medicatie is. Als ze verwachten dat er op korte termijn ook nog een preventief effect kan zijn, zullen ze de medicatie doorgeven. Tijdens de interviews kwam naar voren dat dit vooral bij statines, calciumsupplementen en medicatie ter preventie van osteoporotische fracturen moeilijk in te schatten is. Een arts vermeldde dat er geen studies zijn over het gebruikt van statines bij tachtigplussers en dat er dus geen evidentie is om verder te geven, maar ook niet om te stoppen. Als gevolg van het gebrek aan duidelijkheid is er dan ook soms te veel twijfel en wordt dan de beslissing gemaakt om geen medicatie te stoppen. Ook tijdens de interventie in de praktijk werd dit als een barrière ervaren. Vooral ook bij cholesterolverlagende medicatie, die door de helft van de patiënten werd genomen, is er onzekerheid. De cardiologen uit het ziekenhuis waarmee wordt samengewerkt zijn eerder voorstander om statines niet stop te zetten, maar te behouden in lage dosis. Hierdoor werd de beslissing gemaakt om zo goed als geen statines stop te zetten. Het zou gemakkelijker zijn om statines te stoppen als we weten dat de cardiologen een gelijkaardig beleid voeren bij patiënten in de laatste levensfase en een gemeenschappelijke richtlijn zou hierbij kunnen helpen. De studie van Schuling et al. bevestigt dat er nood is aan duidelijke informatie in verband met preventieve medicatie bij oudere patiënten. (12)

Geen duidelijke richtlijn voor het stoppen van medicatie specifiek bij palliatieve patiënten werd door de huisartsen tijdens de interviews beschouwd als een belemmering. Duidelijkere richtlijnen zouden het dus gemakkelijker kunnen maken om medicatie te stoppen. Verschillende artsen gaven tijdens de interviews aan geen antistolling te stoppen bij patiënten met VKF, omdat ze absoluut willen vermijden dat dit levenskwaliteit van de patiënt zou kunnen aantasten. In de STOPPFrail studie werden anticoagulantia voorgesteld als potentieel ongepaste medicatie, maar dit criterium werd door het expertenpanel verworpen omwille van deze reden. (17) Het lijkt alsof artsen eerder geneigd zijn in deze situatie medicatie gewoon verder te geven. Toch geven veel huisartsen ook aan preventieve medicatie in de laatste levensfase resoluut te stoppen. Een mogelijke hypothese hiervoor is dat de huisartsen hierbij dan eerder naar terminale patiënten refereren.
Ook uit de literatuur blijkt dat huisartsen voorstander zijn van specifieke richtlijnen voor een palliatieve patiëntenpopulatie en duidelijke informatie in verband met de risico-baten verhouding van preventieve medicatie bij oudere patiënten. (9, 12, 13) De STOPPFrail criteria zijn een specifieke richtlijn voor het stoppen van medicatie specifiek in de laatste levensfase, maar uit de interventie blijkt dat het gebruik van deze richtlijn alleen niet voldoende is om medicatie af te bouwen.

Uit de interviewstudie blijkt dat huisartsen hun beslissing om medicatie al dan niet te stoppen laten afhangen van eerdere ervaringen met het afbouwen van medicatie. Voor enkele artsen is het een barrière om medicatie te stoppen indien ze zelf nog weinig tot geen merkbaar positieve effecten hebben ondervonden na het stoppen van bepaalde medicatie. Dit komt ook naar voor als barrière uit de systematische review van Anderson et al. (11) Ook tijdens de interventie werd vaak besloten medicatie niet af te bouwen als er door eerdere ervaring twijfel bestond of stoppen voor een positief effect zal zorgen. Dit is in overeenstemming met wat huisartsen aangeven in de studie van Turner et al. (10) en wordt geïllustreerd met het voorbeeld van antihypertensiva. Deze werden tijdens de interventie door meer dan de helft (62,5%) van de patiënten genomen en deels omwille van deze belemmering slechts bij één patiënt gestopt. Bij de STOPPFrail criteria focussen ze dan ook specifiek op het stoppen van alpha-blokkers bij hypertensie omwille van het hoogste risico op negatieve gevolgen. (17)

Voor enkele andere artsen in de interviewstudie is het anticiperen op het effect van de medicatiestop geen probleem. Zij merken op dat mensen vaak ook tevreden zijn met minder pillen en hebben als arts het gevoel een verschil te kunnen maken. Soms werd er een matig positief effect gemerkt, vooral bij mensen met evenwichtsproblemen en valneiging lijken artsen een voordeel van medicatiestop te verwachten.

Huisartsen gaven aan tijdens de interviews dat ze benzodiazepines, antidepressiva of diuretica over het algemeen niet stoppen bij hun palliatieve patiënten omdat ze deze medicatie als comfortmedicatie zien. Dit beleid past bij de visie dat de zorg die een palliatieve patiënt nodig heeft, moet focussen op het ondersteunen van de levenskwaliteit tijdens de laatste levensfase. Het comfort en de levenskwaliteit van de palliatieve patiënt zijn belangrijk wegen mee in de beslissingen om medicatie al dan niet te stoppen. (2) Ook tijdens de interventie werden benzodiazepines slechts bij 1 van de 13 patiënten gestopt, omdat willen geen patiënten belasten met slapeloosheid tijdens het proces van afbouw. Vermoedelijk is het meer aangewezen om benzodiazepines af te bouwen nog voor een patiënt in een palliatieve levensfase komt. Hetzelfde geldt voor antidepressiva. De

STOPPFrail criteria vermelden niks over afbouw van benzodiazepines, maar halen wel het gebruik van antidepressiva aan. Specifiek bij demente patiënten verwachten ze nog mogelijke voordelen van antidepressiva, zoals pijnstillende en anxiolytische effecten. (17)

Uit de interviews komen ook enkele belemmeringen naar voor die niet duidelijk in de literatuur teruggevonden werden. Enkele huisartsen vermeldden tijdens de interviews dat het een belemmering is om medicatie te stoppen als de voorgeschiedenis en de indicatie voor het opstarten van sommige medicatie niet meer duidelijk is in het dossier. Daarnaast vormt ook een onduidelijke, slordige of onvolledige medicatielijst soms een belemmering om medicatie te stoppen. Dit wijst er op dat een goed bijgehouden medisch dossier van belang is om het stoppen van medicatie te ondersteunen.

Een andere belemmering om geen medicatie te stoppen was de verwachting die huisartsen hebben dat de patiënt hier niet akkoord mee zal gaan. Protonpompinhitoren werden omwille van deze reden niet vaak gestopt tijdens de interventie in de praktijk. Dit wordt bevestigd in de studie van Geijteman et al. Men vreest dat patiënten zullen denken dat ze minder goede zorg krijgen. (13) Het gesprek over medicatiestop toch aangaan met de patiënt, ondanks deze verwachting, lijkt de enige oplossing voor dit probleem te zijn.

Dit onderzoek is waardevol omwille van de verschillende invalshoeken waarin belemmeringen bij het stopzetten van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase worden bestudeerd. Een diverse selectie van huisartsen werd geïnterviewd. Daarnaast werden de belemmeringen onderzocht die ondervonden werden bij het toepassen van de STOPPFrail-criteria in eigen praktijk.

Toch zijn er ook enkele beperkingen aan dit onderzoek. Als huisartsen het moeilijk vinden om een patiënt als mogelijks palliatief te definiëren aan de hand van de surprise question, vragen we ons af in hoeverre de voorbeelden die ze aanhalen ook werkelijk over deze populatie gaan. Mogelijks ging het in de casussen die ze formuleerden eerder over terminale patiënten, dit werd soms ook letterlijk gezegd. Bovendien was de periode waarin de interventie in de eigen praktijk werd toegepast wat te beperkt om hier voldoende tijd in te investeren.

Uit deze bevindingen kunnen we enkele voorstellen voor verder onderzoek formuleren. We vragen ons sterk af wat is de visie van de arts-specialisten is over de afbouw van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase en hoe zij denken over de samenwerking met de huisarts. Mogelijks kunnen hier nog problemen aan het licht komen en kunnen zo gemakkelijker oplossingen gevonden worden. Daarnaast kan het interessant zijn om te onderzoeken hoe de samenwerking in een groepspraktijk een invloed heeft op de afbouw van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase. Verder kan het ook waardevol zijn om verschillende huisartsen een gelijkaardige interventie te laten toepassen in hun praktijk, deze data te analyseren en de haalbaarheid van de interventie te onderzoeken.

We kunnen hier als huisarts verschillende lessen uit meenemen naar de praktijk. Om te beginnen is het belangrijk om stil te staan bij de potentiële levensverwachting van je patiënten en de surprise question kan hierbij een hulpmiddel zijn. Vervolgens is het gewenst om eens kritisch stil te staan bij de medicatielijst van patiënten met

een beperkte levensverwachting, dit om tegemoet te komen aan de gewijzigde zorgdoelen van de patiënt. Tot slot is communicatie een cruciaal punt om medicatie uiteindelijk ook echt stop te zetten. Een groot deel van de belemmeringen die in dit onderzoek werden beschreven, kunnen worden opgelost met duidelijke communicatie met patiënt en collega-artsen. Een mogelijk hulpmiddel dat de afbouw van medicatie in de laatste levensfase zouden kunnen bevorderen is een richtlijn, specifiek voor de afbouw van medicatie bij palliatieve patiënten, waar ook de betreffende specialisten achterstaan.

Conclusie

In dit onderzoek komt de samenwerking met arts-specialisten of collega-artsen in de groepspraktijk aan bod als een mogelijke belemmering. Vervolgens is het gebrek aan een duidelijke richtlijn voor het stoppen van medicatie bij patiënten in de laatste levensfase een mogelijke belemmering. Ook is het een barrière om medicatie te stoppen indien de artsen zelf nog weinig tot geen merkbaar positieve effecten hebben ondervonden na het stoppen van bepaalde medicatie. Enkele huisartsen vermelden dat het een belemmering is om medicatie te stoppen als de voorgeschiedenis en de indicatie voor het opstarten van sommige medicatie niet meer duidelijk is in het dossier. Daarnaast kan een onduidelijke, slordige of onvolledige medicatielijst een belemmering vormen.

Bronnen

1. E. Keirse, M. Desmedt, M. Deveugele et al. Organisatie van palliatieve zorg in België. 2009.
2. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. Palliative medicine. 2013;27(3):197-208.
3. Hardy JE, Hilmer SN. Deprescribing in the last year of life. Journal of Pharmacy Practice and Research. 2011;41(2):146-51.
4. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2017;189(13):E484-e93.
5. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, Abernethy A, Rondelli R, Savorani G, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. Palliative medicine. 2014;28(7):959-64.
6. Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. Progress in palliative care. 2011;19(1):15-21.
7. Bain KT, Weschules DJ. Medication inappropriateness for older adults receiving hospice care: a pilot survey. The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists. 2007;22(11):926-34.
8. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. BMC family practice. 2010;11:65.
9. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. PloS one. 2016;11(4):e0151066.
10. Turner JP, Edwards S, Stanners M, Shakib S, Bell JS. What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals. BMJ open. 2016;6(3):e009781.
11. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ open. 2014;4(12):e006544.
12. Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC family practice. 2012;13:56.
13. Eric C.T. Geijteman MMAT, Marianne K. Dees, Bregje A.A. Huisman, Roberto S.G.M. Perez, Lia van Zuylen en Agnes van der Heide. Overbodige medicatie stoppen vlak voor overlijden. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde. 2017(12).
14. 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 palliative care. 2016;15:13.
15. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. Drugs & aging. 2013;30(10):793-807.

16. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2015;63(11):2227-46.
17. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age and ageing. 2017;46(4):600-7.
18. Duncan P, Duerden M, Payne RA. Deprescribing: A primary care perspective. European Journal of Hospital Pharmacy. 2017;24(1):37-42.
19. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. British journal of clinical pharmacology. 2016;82(3):583-623.
20. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. British journal of clinical pharmacology. 2014;78(4):738-47.
21. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA internal medicine. 2015;175(5):827-34.
22. Consider the factors that influence patients' decisions to stop taking potentially inappropriate medications when developing a deprescribing plan. Drugs and Therapy Perspectives. 2014;30(6):218-22.
23. Reeve E, Thompson W, Farrell B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. European journal of internal medicine. 2017;38:3-11.
24. Formularium Ouderenzorg. Cholesterolverlagende behandeling. 15/12/2017. URL: https://bcfi.farmaka.be/nl/formularium/370.
25. Mortensen MB, Falk E. Primary Prevention With Statins in the Elderly. J Am Coll Cardiol. 2018; 2:85-94.

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol

Titel: "Medicatie bij patiënten in de laatste levensfase – een gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek"

Het betreft een duo-masterproef van Helena Coppé en Charlotte Callewaert.

Het onderzoek zal uit volgende grote luiken bestaan:

1. **Literatuurstudie**
   Via een literatuurstudie willen we het probleem schetsen. We willen nagaan welk onderzoek er reeds gedaan is naar de visie van artsen over medicatie in de laatste levensfase.
   Daarnaast willen we uitzoeken wat de mogelijke criteria zijn om medicatie al dan niet als overbodig te beschouwen. Verder zullen we nagaan hoe we een interventie kunnen opstellen om de medicatielijsten in de praktijk te optimaliseren.

2. **Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen**
   Voor dit deel van ons onderzoek zullen wij elk 10 interviews doen met vlaamse huisartsen, die uiteraard op vrijwillige basis deelnemen aan het onderzoek. We zullen de kringvoorzitters van onze regio en de artsen van de kring contacteren via e-mail. Ze zullen informatie over het onderzoek ontvangen via een informatiebrief. Nadien kunnen ze een geïnformeerde keuze maken om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek.
   Tijdens het interview zal de focus voornamelijk liggen op de beweegredenen van huisartsen om medicatie al dan niet aan te passen in de laatste levensfase bij hun patiënten. We trachten te achterhalen wat eventuele drempels zijn om het medicatiebeleid te veranderen. Er zal audio-recording van de interviews gebeuren. De audio-recording zal vernietigd worden.
   De antwoorden van onze interviews zullen nadien gepoold en anoniem verwerkt worden aan de hand van het programma Nvivo. Ikzelf zal de 20 interviews analyseren met de focus op de medisch-farmacologische redenen die artsen aangeven om hun medicatiebeleid al dan niet te wijzigen, terwijl Helena analyseert vanuit de focus op persoonlijke en patiëntgebonden factoren.

3. **Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten**
   Wij zullen elk, in de praktijk waar wij als haio werken, een lijst opstellen met patiënten die beantwoorden aan de 'surprise question' ('Zou het u verrassen dat deze patiënt in het komende jaar overlijdt?'). Deze patiënten hebben een GMD in onze praktijk. Dit betekent dat ze akkoord gaan dat de haio en collega-artsen in de praktijk inzage hebben in het medisch dossier. Aansluitend zullen we individueel een cross-sectioneel onderzoek uitvoeren naar de medicatielijsten van deze patiënten binnen onze eigen praktijk. De medicatielijsten en de voorgeschiedenis van de patiënt zijn te raadplegen via het medisch dossier van de patiënt (CareConnect). Na dit cross-sectioneel onderzoek zal een interventie (medicatiereview via flow-chart) worden uitgewerkt om de medicatielijsten van de patiënten die binnen onze praktijk beantwoorden aan de surprise question te optimaliseren. We zullen hiervoor, aan de hand van richtlijnen en literatuur, een lijst opstellen van medicatie die mogelijks gestopt kan worden in de laatste levensfase. Op overlegmomenten in de praktijk zullen we de medicatielijsten overlopen met onze praktijkopleider en evalueren hoe de medicatielijsten, in samenspraak met de patiënt, geoptimaliseerd kunnen worden. Daarna zal een tweede cross-sectionele studie gebeuren, 9 maanden na de eerste analyse om te kijken in hoeverre de medicatielijsten veranderd zijn en welke wijzigingen er al dan niet gebeurd zijn.

Bijlage 2: Informatiebrief voor huisartsen

Titel onderzoek: "Medicatie bij patiënten in de laatste levensfase – een gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek"

Beste huisartsen,

Wij zijn studenten van de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde en zijn werkzaam als huisarts-in-opleiding. In het kader van onze thesis willen wij graag peilen naar de visie van huisartsen omtrent medicatie bij palliatieve patiënten.

Mensen met een beperkte levensverwachting nemen vaak nog preventieve medicatie. Ze hebben echter een verhoogd risico op geneesmiddeleninteracties en bijwerkingen. Wanneer men een goede palliatieve zorg als behandeldoel voorop stelt, blijkt preventieve medicatie vaak nutteloos. Toch lijkt het niet gemakkelijk om deze medicatie, die patiënten soms al jaren nemen, opnieuw te stoppen. Er moeten ook andere factoren in overweging genomen worden bij het al dan niet schrappen van medicatie.

Wij vragen ons dus af wat jullie visie is over medicatie in de laatste levensfase en wat voor jullie de mogelijke drempels zijn om medicatie al dan niet te stoppen. Wij zijn geïnteresseerd in jullie ervaringen en meningen hierover en hopen deze te kunnen bundelen in onze thesis.

We willen jullie dan ook graag uitnodigen voor een interview. Tijdens dit interview zullen we jullie vragen naar jullie visie op medicatie bij palliatieve patiënten. De verwachte duur van het interview is ongeveer drie kwartier tot één uur. In totaal zullen wij 20 huisartsen interviewen. De gegevens die via de interviews verkregen worden, zullen met respect voor uw anonimiteit verwerkt worden. De deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig. Indien jullie dit wensen, kunnen jullie na afloop van het onderzoek de masterproef inkijken.

We hopen op uw interesse voor een gesprek. Het zou ons zeer nuttige informatie opleveren voor onze masterproef. Bovendien hopen wij om met deze thesis een positieve en nuttige bijdrage te leveren over dit onderwerp.

Met vriendelijke groeten,

Helena Coppé en Charlotte Callewaert

Dit onderzoek kadert in de masterproef van onze master na master opleiding in de huisartsgeneeskunde en werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Universiteit Gent.

Onze contactgegevens:

Helena Coppé
helenacoppe@gmail.com, 0479/38.07.94.
Huisartsenpraktijk 'Zorgpunt', Koekelare

Charlotte Callewaert
callewaert_charlotte@hotmail.com, 0475/42.43.10.
Huisartsenpraktijk 'De Zilverberg', Roeselare

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent
Promotor: Dr. Peter Pype
Co-promotor: Dr. Fien Mertens

Bijlage 3: Informed consent formulier huisartsen

Titel onderzoek: "Medicatie bij patiënten in de laatste levensfase – een gemengd kwantitatief en kwalitatief onderzoek"

Verantwoordelijke onderzoekers: Helena Coppé en Charlotte Callewaert

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Pype (eindverantwoordelijke van de database, deze persoon is ook verantwoordelijke voor de bescherming van de gegevens die in de database bewaard zullen worden).

Toestemming en weigering
Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Dit zal geen invloed hebben op uw relatie met de onderzoeker. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen
Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf.

Kosten
Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid
In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en van 7 mei 2004 zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. De onderzoeker is bovendien aansprakelijk voor eventuele schade die de deelnemer oploopt en is hiervoor verzekerd.
Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn. De audio-recording van de interviews zal worden vernietigd.

Toestemmingsverklaring
Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.
Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.
Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker	Naam Deelnemer
Datum	Datum
Handtekening	Handtekening

Bijlage 4: Topiclijst interview huisartsen

Onderwerp/Topic	Voorbeeldvragen
Definitie palliatieve patiënt	Wanneer beschouwt u een patiënt als palliatief? Heeft u zicht op deze totale groep van patiënten? Over welke patiënten gaat dit? Zijn dit vooral uw RVT patiënten en chronische huisbezoeken? Zijn dit vooral geriatrische of oncologische patiënten? Ben je vertrouwd met de surprise question? Heb je zelf veel patiënten die beantwoorden aan de surprise question?
Overgang naar palliatieve situatie	Verandert uw beleid bij de overgang naar een palliatieve situatie? Zo ja, hoe? Stelt u de therapeutische doelen van de patiënt bij? Hoe staat u ten opzichte van het medicatiebeleid bij palliatieve patiënten? Als je medicatie voorschrijft voor deze populatie, welke factoren vindt je dan belangrijk? Vindt u het gemakkelijk om medicatiewijzigingen aan te brengen in de laatste levensfase?
Communicatie met patiënt en omgeving	Is er overleg met patiënt of omgeving over het veranderen van uw medicatiebeleid? Hoe communiceert u het veranderen van medicatiebeleid? Wat is de reactie die u van patiënten, familie of omgeving krijgt hierop? Wat denkt u dat de bezorgdheden van de patiënten zijn?
Persoonlijke factoren	Wat zijn voor u redenen om medicatie al dan niet te stoppen? Wat zijn uw persoonlijke gevoelens bij het aanpassen van het medicatieschema bij palliatieve patiënten?
Belemmerende en bevorderende factoren in het beslissingsproces	Welke drempels ondervindt u om de medicatie te wijzigen in de laatste levensfase? Zijn er dingen die het voor u makkelijker zouden maken om de medicatie te wijzigen?
Medisch-farmacologische motivatie om medicatie al dan niet te stoppen	Welke medicatie zou u zeker behouden? Is er medicatie die u zeker stopt? Hoe motiveert u dit? Welke medicatie twijfelt u over? Start u nieuwe medicatie? Welke strategie gebruik je om het medicatieschema aan te passen? Hoe pak je het aan? Bent u vertrouwd met de STOPP criteria? Wat zou je nuttig vinden in een richtlijn om artsen te helpen in het beslissingsproces rond het stoppen van medicatie?

Bijlage 5: Informatie voor de patiënt

Beschrijving en doel van het project.

U wordt door (één van) de huisartsen in Huisartsenpraktijk De Zilverberg opgevolgd. Ik, Dr. Charlotte Callewaert, ben huisarts in opleiding in deze praktijk. Momenteel voer ik in het kader van mijn masterproef onderzoek naar medicatielijsten van patiënten. Het is de bedoeling om na te gaan of de ingenomen medicatie al dan niet noodzakelijk is. Zo kunnen we de medicatielijsten optimaliseren.

Ik zou u hierbij vriendelijk willen vragen of u de toestemming zou willen geven om enkele gegevens uit uw dossier te mogen gebruiken voor deze wetenschappelijke analyse. Ik ben in het bijzonder geïnteresseerd in uw voorgeschiedenis en uw medicatie.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair ziekenhuis Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Pype.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met de behandelende artsen. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Mogelijks wordt uw medicatielijst geoptimaliseerd. Bovendien kunnen wij uit deze studie dingen leren die ons in de toekomst toelaten om de medicatie bij elke patiënt te verbeteren.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van wet van 7 mei 2004, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Bijlage 6: Informed consent patiënt

Mevrouw/De Heer.....

Ik stem erin toe deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek.

Ik verklaar hierbij op een begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik ben me ervan bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Ik kan me op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard, zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum:……

Dr. …….. Naam Patiënt……

(Stempel en handtekening) (Naam en handtekening)

Bijlage 7: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter PYPE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0297	11-mei-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Exploratie van de medicatielijsten bij patiënten in de laatste levensfase (MaNaMa Charlotte Callewaert)

Belgisch Registratienummer: B670201731773

* Antwoord onderzoekers via mail dr. C. Callewaert ontv. dd. 08/05/2017 op opmerkingen EC dd. 10/03/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 12/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier voor huisartsen (aangepaste versie ontv. dd. 08/05/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor patiënten (versie ontv. dd. 08/05/2017)
* Topiclijst interview huisartsen (versie ontv. dd. 08/05/2017)
* Protocol (versie ontv. dd. 08/05/2017)

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. PYPE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0297	11-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0297

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be