EXPLORATIE VAN MEDICATIELIJSTEN BIJ PATIËNTEN IN DE LAATSTE LEVENSFASE

Helena Coppé, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Peter Pype
Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Fien Mertens
Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

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 auteur 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
Methodologie 7
Resultaten 8
A. Inleiding 8
B. De visie van huisartsen op deprescribing bij een palliatieve populatie 9
C. Welke medicatie is potentieel overbodig? 13
D. Welke interventies kunnen het stoppen van medicatie ondersteunen? 14
Veldstudie 15
Methodologie 15
A. Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen 15
B. Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten 16
Resultaten 18
A. Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen 18
B. Kwantitatief onderzoek: exploratie van medicatielijsten 26
Discussie 30
Conclusie 34
Bronnen 35
Bijlagen 37

Dankwoord

Om deze masterproef tot een goed einde te kunnen brengen, kon ik rekenen op de steun van enkele belangrijke mensen. Hen wil ik dan ook bedanken.

Eerst en vooral wil ik mijn thesispartner en goede vriendin Charlotte Callewaert bedanken. Door een efficiënte samenwerking slaagden we er samen in om dit project binnen afzienbare tijd af te werken en een mooi resultaat neer te leggen.

Vervolgens verdienen ook onze promotor Dr. Peter Pype en co-promotor Dr. Fien Mertens een groot dankjewel. Zij gaven ons de nodige begeleiding en zorgden voor nuttige feedback. Hun ervaring in wetenschappelijk onderzoek heeft ons zeker geholpen.

Ook de huisartsen die een deeltje van hun vrije tijd wilden opofferen om deel te nemen aan ons onderzoek, wil ik enorm bedanken. Zonder hun eerlijke antwoorden konden wij deze masterproef niet maken.

Niet te vergeten zijn mijn familie en mijn vriend, die mij gesteund hebben doorheen dit lange traject. Jeroen wil ik bovendien ook bedanken voor het kritisch nalezen van deze masterproef.

Tot slot wil ik mijn collega's uit de praktijk bedanken. In het bijzonder mijn praktijkopleider Dr. Alexander Moeyaert. Dankzij hem kon ook de interventie tot een goed einde gebracht worden.

Abstract

Inleiding Patiënten in de laatste levensfase nemen vaak nog veel medicatie. Bepaalde medicatie zou men in deze levensfase kunnen stoppen. Het gaat dan om potentieel ongepaste medicatie (Potential Inappropriate Medication = PIM) die mogelijk meer nadelen dan voordelen heeft. Huisartsen blijven vaak medicatie voorschrijven aan patiënten die beantwoorden aan de 'surprise question'. In deze masterproef wordt onderzocht wat de arts- en patiëntgebonden drempels zijn die artsen ondervinden bij het stoppen van medicatie. Bovendien wordt in de eigen huisartsenpraktijk gekeken hoeveel potentieel ongepaste medicatie patiënten nemen. Er wordt een poging gedaan deze af te bouwen en te kijken welke drempels we ondervinden in dit proces.

Methodologie Deze scriptie maakt deel uit van een duomasterproef.
Via een literatuurstudie werd de visie van huisartsen op het stoppen van medicatie in de laatste levensfase onderzocht. Ook werden criteria gezocht om medicatie al dan niet als potentieel ongepast te beschouwen.
Door beide onderzoekers werd een kwalitatieve studie uitgevoerd door middel van interviews met huisartsen waarbij de nadruk werd gelegd op de eventuele drempels die ze ondervinden bij het al dan niet stoppen van medicatie in de laatste levensfase. De resultaten werden gepoold en vervolgens door de twee interviewers samen geanalyseerd met behulp van het programma Nvivo. In deze masterproef wordt de focus gelegd op de arts- en patiëntgebonden factoren. De andere onderzoeker focust in haar werk op de medisch-farmacologische drempels.
Voor het kwantitatief onderzoek werd een lijst opgesteld van patiënten binnen de eigen praktijk die beantwoorden aan de 'surprise question'. Bij hen werd een poging gedaan om de medicatie, die volgens de STOPPFrail-criteria potentieel ongepast is, te stoppen. De moeilijkheden en redenen om niet te stoppen werden bijgehouden.

Resultaten Voor de kwalitatieve studie werden elf West-Vlaamse huisartsen geïnterviewd. Ze vonden het allemaal moeilijk om de doelpopulatie aan de hand van de 'surprise question' af te bakenen omdat ze een jaar ruim vinden. De meeste huisartsen geven aan dat communicatie in de laatste levensfase enorm belangrijk is en dat dit veel moeilijkheden of drempels kan voorkomen. Ze ondervinden dat de meeste patiënten akkoord gaan met een medicatiestop wanneer ze een duidelijke uitleg krijgen. Angst voor complicaties en het opnieuw optreden van symptomen worden als belangrijkste drempel weerhouden. Huisartsen vrezen ook dat de patiënt een medicatiestop zal ervaren als het opgeven van hoop. Bovendien is medicatie voor sommige patiënten in de laatste levensfase een houvast waardoor ze geen stop willen.
Voor de interventie konden uiteindelijk 33 patiënten geïncludeerd worden. Bij nazicht van de medicatielijsten werden bij op één na alle patiënten potentieel ongepaste medicatie gevonden. In totaal namen de patiënten voor de interventie 126 PIM. Nadien was dit aantal gedaald tot 66. Acht patiënten namen geen enkele PIM meer na de interventie. Benzodiazepines, antidepressiva en protonpompinhibitoren werden door veel patiënten genomen en waren het moeilijkst om te stoppen. Voornamelijk uit angst, zowel bij artsen als patiënten, voor complicaties of opnieuw optreden van symptomen.

Conclusie Huisartsen erkennen dat palliatieve patiënten vaak te veel medicatie nemen. Ze ondervinden verschillende arts- en/of patiëntgebonden drempels bij het stoppen van potentieel ongepaste medicatie. Zo zijn huisartsen en patiënten vaak bang voor de gevolgen van een medicatiestop. Ze vrezen complicaties of het opnieuw optreden van symptomen. Bovendien zijn artsen vaak bang dat patiënten de indruk gaan krijgen dat de hoop wordt opgegeven. Dat de arts geen moeite meer wil doen. Praktische drempels zijn tijdsgebrek en de moeite die huisartsen in de revisie van medicatielijsten moeten steken. Toch vinden ze het een nodige taak van de huisarts.
De huisartsen ondervinden dat patiënten meestal wel akkoord gaan met een medicatiestop wanneer men een duidelijke uitleg geeft. Vermoedelijk kan een goede communicatie de meeste drempels wel voorkomen.

Inleiding

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. Deze scriptie is onderdeel van een duomasterproef. De focus in deze masterproef ligt op de arts- en patiëntgebonden factoren en drempels. In de andere masterproef wordt door Charlotte Callewaert gekeken naar de medisch-farmacologische drempels om medicatie te stoppen in de laatste levensfase.

Als huisarts-in-opleiding ervaren we in de dagdagelijkse praktijk dat onze chronische 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 dat het stoppen van medicatie soms een bepaalde weerstand kan oproepen bij patiënten en/of collega's.
We twijfelen er bijvoorbeeld aan of statines nog wel nut hebben bij 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 opstarten van medicatie, maar dat er weinig aandacht is in de literatuur voor het stopzetten van medicatie.
In deze masterproef willen we graag achterhalen 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 over de reactie van de patiënt? Daarnaast willen we kijken hoe de situatie bij ons in de praktijk is. Welke potentieel ongepaste medicatie nemen de palliatieve patiënten? Kunnen we in de praktijk proberen om overbodige medicatie af te bouwen? Welke weerstand ondervinden we hierbij?

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

Literatuurstudie

Methodologie

Tussen november 2016 en januari 2017 werd gezocht naar relevante literatuur om deze literatuurstudie op te baseren. Verschillende databases werden geraadpleegd waaronder Pubmed, Embase, Web Of Science en Google Advanced Scholar Search. Volgende zoektermen werden gebruikt: “surprise question”, “inappropriate medication”, “polypharmacy”, “end of life”, “last year of life”, “limited life expectancy”, “deprescribing”, enzovoort.

Voor deze masterproef was het belangrijk om de artikels te weerhouden die de situatie in de eerste lijn beschrijven. Dit werd niet als zoekterm gebruikt om geen relevante artikels te missen. Om de nuttige artikels te filteren, werd de methodologie van de artikels gelezen. Hierin werd gezocht naar termen als ‘’general practice “, “general practitioner” en “primary care”.

We hebben verschillende soorten artikels geïncludeerd. Onder andere primaire interventiestudies en artikels met kwalitatieve onderzoeksmethodes. Daarnaast werden ook enkele meta-analyses en reviews gebruikt. De taalselectie was Engels, Nederlands of Frans. De populatie die in de desbetreffende artikels bestudeerd werd, moest uiteraard patiënten uit de laatste levensfase bevatten. Dit zijn patiënten die beantwoorden aan de “surprise question”, patiënten met een levensbedreigende aandoening in een palliatief, maar niet terminaal stadium, waaronder palliatieve kankerpatiënten, patiënten met orgaanfalen, dementerende ouderen, enzovoort.

Er waren ook enkele redenen om bepaalde artikels niet op te nemen in de literatuurstudie. Omdat ze alleen de terminale situatie beschrijven bijvoorbeeld. Ook artikels die alleen over de tweede of derde lijn handelen, werden niet meegenomen in ons onderzoek.

Het abstract van de geselecteerde artikels werd gelezen. Helaas werd niet van alle artikels die relevant leken een full-text artikel gevonden. Nadien werd in Web of Science elk relevant artikel bekeken om via de citaties recentere artikels te vinden. In de referentielijsten van artikels werd ook nog gezocht naar eventuele andere artikels die niet gevonden werden via de bovenstaande zoekstrategie.

In totaal worden 22 artikels gebruikt in deze literatuurstudie. De artikels werden onderverdeeld in verschillende categorieën op basis van hun onderwerp:

- beschrijven van palliatieve patiënten aan de hand van de surprise question
- richtlijnen over polyfarmacie en deprescribing
- weerstanden bij artsen tegenover deprescribing
- criteria voor potentieel overbodige medicatie

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

Resultaten

A. Inleiding

Wat is de definitie van de palliatieve patiënt? Hoe voorspel je als arts dat een patiënt aan zijn laatste levensjaar toe 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 palliatief is, maar wel het bestaan van bepaalde behoeften. Het gaat hier om kankerpatiënten maar ook patiënten met een ernstige chronische aandoening (bv. hartfalen, longaandoeningen) en dementerenden. (1) Een systematische review uit 2013 bekijkt de beschrijving die 60 RCT's gebruiken voor 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 ander 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 aan zijn laatste levensjaar toe is. Voorspellers van mortaliteit kunnen leeftijd, geslacht, roken en significante comorbiditeiten zijn. Daarnaast kunnen ook een stijging van het aantal hospitalisaties, verslechtering van symptomen en 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 wordt verwacht dat ze een verhoogd risico hebben om in 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, kan er gesproken worden over een palliatieve patiënt. Omdat elke patiënt recht heeft op tijdige palliatieve zorg, wordt de selectie van patiënten met een verhoogd risico om het komende jaar te overlijden voldoende ruim gehouden, om geen patiënten te missen. De surprise question is niet specifiek genoeg om mortaliteit te voorspellen, maar wordt hier gebruikt als screeningsinstrument. (4) Zo zullen 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 indien 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 probeert men tijdens het ziekteproces meer en meer doelgerichte in plaats van ziektegerichte zorg na te streven. (1) Hierbij kan bijvoorbeeld symptoomcontrole belangrijker worden terwijl een strikte controle van de bloeddruk en glycemie minder belangrijk wordt. (3)

Medicatiegebruik moet gedurende het hele leven regelmatig geëvalueerd worden. Zeker wanneer iemand een ernstige, levensbeperkende diagnose krijgt of wanneer men verwacht dat de patiënt in de nabije toekomst zal 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. Hiermee wordt geen rekening gehouden in klinische studies. (3)

B. De visie van huisartsen op 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 bestudeerden 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 geneesmiddel. (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 eenvoudiger. 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. Vaak durft men niet op te houden met medicatie die door een specialist werd opgestart. Ook is het teleurstellend als men opnieuw medicatie opstart die eerder door de huisarts werd gestopt. Een betere 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, 11)
De structuur van de gezondheidszorg 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 verderzet. (12)

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 in verband met stopzetten van medicatie. Het kan de patiënt de indruk 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. (11, 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. (13)

Problemen op vlak van communicatie kwamen ook naar boven in de studie van Todd et al. Zij bestudeerden de visie van de verschillende partijen over het 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 de 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 tweede lijn wordt voorgeschreven. Het is belangrijk dat alle artsen, zowel eerste als tweede lijn, dezelfde boodschap brengen naar de patiënt en zijn omgeving. (13)

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. (11)

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 ivm. preventieve medicatie bij oudere patiënten. Voornamelijk over de risico-batenverhouding stellen artsen zich vaak vragen. (13)

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. (11)

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. (9)
Zoals reeds werd aangegeven bij de drempels zouden richtlijnen in verband met het 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)

C. 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-batenbalans 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). 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 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)

D. Welke interventies kunnen het stoppen van medicatie ondersteunen?

Het stoppen van potentieel 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 onderzocht wat de haalbaarheid van deprescribing bij ouderen is. Men keek ook naar het effect op de gezondheid en de mortaliteit bij deze populatie. Bij deze systematic review werden 65-plussers onderzocht. Studies die enkel palliatieve of ernstig zieke patiënten bestudeerden, werden geëxcludeerd. Deze literatuurstudie toonde aan dat deprescribing in gerandomiseerde studies geen directe invloed heeft op de mortaliteit bij ouderen. Toch doen niet-gerandomiseerde studies en studies via patiënt specifieke interventies een daling van de mortaliteit vermoeden. Er werd geen stijging van ongewenste effecten of dervingsverschijnselen gezien. (19)

Er werden verschillende artikels (3, 18, 20-23) gevonden die een algoritme beschrijven met een stappenplan voor deprescribing. Ze bevatten vaak gelijkaardige stappen. Deze worden verder besproken en gebruikt in de veldstudie.

Veldstudie

Methodologie

A. Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen

Voor het kwalitatieve deel van deze masterproef hebben wij, twee huisartsen-in-opleiding, een interviewstudie met huisartsen volbracht. Deze werden via e-mail gecontacteerd via de kringvoorzitters van de huisartsenkringen in de regio (Brugge en omgeving, Houtland, Midden West-vlaanderen, Izegem-Ingelmunster-Lendelede, Zuid West-Vlaanderen) en via collega's uit de praktijk. Er werd uitleg gegeven over het geplande onderzoek door middel van een informatiebrief (zie bijlage). De huisartsen namen op volledig vrijwillige basis deel aan het onderzoek na een geïnformeerde toestemming.

De huisartsen werden via een topiclijst (zie bijlage) bevraagd over 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.

De resultaten van de interviews werden gepoold en op anonieme wijze thematisch geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma NVivo. Beide onderzoekers codeerden de interviews eerst individueel. Vervolgens werden de coderingen van twee interviews vergeleken en besproken met een derde onderzoeker. Aan de hand van een consensus werd een codeboom opgemaakt. De overige interviews werden opnieuw individueel gecodeerd en nadien bediscussieerd tussen de twee onderzoekers. Nadien werden, aan de hand van de boomstructuur, thema's gevormd. De betekenis hiervan werd besproken met de promotor en copromoter.

Na de verwerking van de interviews binnen Nvivo bestudeerden beide interviewers verschillende thema's. In deze masterproef ligt de focus op de communicatie en de arts- en patiëntgebonden drempels bij een medicatiestop in de laatste levensfase. De medisch-farmacologische barrières worden in de andere masterproef besproken.

B. Kwantitatief onderzoek: analyse van medicatielijsten

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

Studiepopulatie

Eerst en vooral werd door de onderzoeker een lijst opgesteld met patiënten die palliatief beschouwd zouden kunnen worden. De selectie gebeurde aan de hand van de module 'statistiek' in het medisch programma Care Connect. Enkel patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) binnen de praktijk werden in rekening gebracht. 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 548 patiënten bekomen.

Vervolgens werd deze lijst voorgelegd aan de praktijkopleider en één van de twee collega-huisartsen 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 55 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 te tekenen. Indien de patiënt zelf wilsonbekwaam was, werd toestemming gevraagd aan de familie. Drie patiënten waren reeds overleden vooraleer een informed consent gevraagd kon worden. Vier anderen weigerden een deelname. In de periode van enkele maanden waarin de interventie werd voorbereid, stierven reeds 18 personen uit de studiepopulatie. Om deze redenen werd net voor de interventie een nieuwe populatie opgesteld. De patiënten die overleden waren of die niet akkoord gingen met het onderzoek, werden van de lijst gehaald. Er werden wel drie nieuwe patiënten toegevoegd die op het moment van de interventie wel beantwoordden aan de surprise question. Tijdens de interventie zelf waren er geen overlijdens. De interventie werd uiteindelijk dus bij 33 patiënten uitgevoerd.

Interventie

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.

- 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
- 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
- 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 besproken welke medicatie men ook effectief zou proberen af te bouwen of te stoppen. 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.

Resultaten

A. Kwalitatief onderzoek: interviews met huisartsen

Een totaal van elf West-Vlaamse huisartsen werd geïnterviewd. De karakteristieken van deze artsen worden weergegeven in tabel 1.

Huisarts	M/V	Leeftijd	Praktijkvorm	Specifieke opleiding palliatieve zorgen
1	M	61	Groep	Nee
2	V	55	Solo	Basisopleiding palliatieve zorgen, 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 palliatieve zorgen
7	V	29	Duo	Basisopleiding palliatieve zorgen
8	M	59	Solo	Basisopleiding palliatieve zorgen
9	M	30	Groep	Nee
10	V	35	Duo	Nee
11	M	58	Solo	Nee

Tabel 1. Karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen.

In deze masterproef worden de resultaten besproken die handelen over de persoonlijke en patiëntgebonden redenen en barrières van huisartsen om potentieel ongepaste medicatie te stoppen. De resultaten worden gebundeld in twee grote categorieën: communicatie rond medicatiestop, artsgebonden en patiëntgebonden barrières.

Communicatie over medicatiestop

Communicatie met patiënt en familie

Bij het stoppen van medicatie communiceren alle geïnterviewde artsen met de patiënt indien deze nog wilsbekwaam is. Ze vinden het belangrijk dat de patiënt begrijpt waarom bepaalde medicatie gestopt wordt. Bij wilsonbekwame patiënten gaan de meeste artsen in overleg met familie of mantelzorgers.

> *"Eerst en vooral met de patiënt zelf natuurlijk. Voor zover die niet dement is. En anders babbel ik wel eens met de familie.. Maar in eerste instantie dus met de patiënt zelf."*
> *(huisarts 8, M, 59j)*

Daarentegen geeft één van de artsen aan dat hij bij wilsonbekwame patiënten de beslissing zelf neemt en niet overlegt met familie.

> *"Bij een wilsbekwame patiënt overleg ik met de patiënt. En anders beslis ik eigenlijk zelf."*
> *(huisarts 11, M, 58 j)*

Alle geïnterviewde huisartsen proberen op een duidelijke manier aan de patiënt uit te leggen waarom ze bepaalde medicatie willen stoppen.

> *"Wel, ik leg uit waarom ik iets wil veranderen.. Afhankelijk of ik iets start of iets stop of een dosering verander. (stilte) Ik geef mijn argumenten voor de aanpassingen.. en dan luister ik naar de reacties." (huisarts 8, M, 59j)*

Eén van hen geeft aan dat het hierbij heel belangrijk is om naar de bezorgdheden van de patiënt en zijn omgeving te luisteren. Volgens hem is de belangrijkste bezorgdheid van de patiënt en zijn omgeving vaak dat de patiënt pijn gaat hebben.

> *"In de laatste levensfase zijn de mensen vooral bang van pijn te hebben, van af te zien. Ook de familie... De meeste mensen zijn niet bang om dood te gaan, ze zijn bang om af te zien. En als je dat kunt naar voor brengen: "We gaan ervoor zorgen dat je niet afziet...", dan denk ik dat je goed je werk gedaan hebt." (huisarts 1, M, 61j)*

De meeste artsen ervaren weinig problemen bij de communicatie met de patiënt of zijn omgeving. Wanneer ze een duidelijke uitleg krijgen van de arts, begrijpen de meesten waarom men medicatie wil stoppen.

> "*Als je alles goed en eenvoudig uitlegt, begrijpen de meeste mensen het wel.. En meestal gaan ze wel akkoord." (huisarts 8, M, 59j)*

Zowat alle artsen geven wel aan dat sommige mensen, zelfs na een goede uitleg, niet akkoord gaan. Wanneer dit gebeurt, stoppen ze de medicatie niet.

> "*Als ze (= patiënten) na uitleg nog steeds niet akkoord gaan, stop ik het uiteraard niet. De patiënt beslist natuurlijk zelf over wat hij wel of niet neemt hé…" (huisarts 11, M, 58j)*

Communicatie met verpleegkundigen

Bij patiënten waar thuisverpleging wordt ingeschakeld of bij personen in een rust- en verzorgingstehuis vinden de meeste artsen de samenwerking met de verpleegkundigen zeer belangrijk. Ze zijn vaak een spilfiguur in de zorg voor de patiënt.

> *"En in de RVT's met de verpleging uiteraard. maar overleg met verpleging is wel echt heel belangrijk. In het RVT of als thuisverpleging, volgen zij de patiënten veel nauwer op.. ze hebben een persoonlijker contact. Eum… En dus zijn zij een belangrijke spilfiguur tussen arts en patiënt." (huisarts 8, M, 59j)*

Artsen geven hierbij wel aan dat ze eerder hun beslissingen communiceren in plaats van echt overleg te plegen.

"Eum.. met verpleegkundigen communiceer ik wel.. Ik leg uit wat ik ga doen en waarom ik het doe. Maar echt overleggen en vragen of ze akkoord zijn.. nee dat niet. Ik vind dat die beslissing bij de arts ligt." (huisarts 11, M, 58j)

Over de samenwerking met verpleegkundigen zijn de meningen verdeeld. Enkele artsen geven aan niet te stoppen wanneer de verpleging absoluut niet akkoord gaat. Andere artsen stoppen de medicatie in dat geval toch.

"Ik communiceer wel alles duidelijk naar verpleegkundigen. Als ze daarna echt absoluut niet akkoord gaan, laat ik het voor wat het is.." (huisarts 11, M, 58j)

"Goh met verpleging gaat dat meestal wel. Maar als ze niet akkoord gaan, en ik ben zeker dat het beter is, doe ik het toch." (huisarts 8, M, 59j)

Zorgoverleg

Een paar huisartsen geeft aan dat een zorgoverleg met patiënt, familie en thuiszorg (of verpleegkundigen in een rusthuis) zeer nuttig kan zijn. Op dat moment kun je aftoetsen of alle partijen op dezelfde golflengte zitten. Het kost wel wat tijd en moeite om alle spelers op hetzelfde moment beschikbaar te krijgen.

"Overleg bijvoorbeeld met familie en verpleging en thuiszorg enzo, dat is dan weer iets heel anders. Dat kan dan wel zeer nuttig zijn. Zeker als je in die laatste fase zit en ne keer zou willen zeggen van, dat iedereen op dezelfde lijn zit van ''kijk, we gaan dat en dat stoppen, dat is niet meer nodig he''. Dat zou ik dan wel veel interessanter vinden." (huisarts 9, M, 30j)

Tijdstip

Uit de interviews blijkt dat het voor huisartsen niet altijd eenvoudig is om een goed moment te vinden om een medicatiestop aan te kaarten. Enkele huisartsen vertellen dat ze het gemakkelijker vinden wanneer patiënten zelf vragende partij zijn om minder medicatie te nemen.

"Ja, bijvoorbeeld, maar het is bijvoorbeeld heel fijn als de patiënt bij mij komt, of ik ga op huisbezoek, en zegt: "maar dokter, ik moet hier zoveel pillen nemen, kan dat niet wat minder?" En dat is natuurlijk leuk, dan kun je er voor gaan en echt wat minderen." (huisarts 6, V, 28)

Verschillende huisartsen gebruiken een acuut moment om de medicatie te bespreken. Ontslag uit het ziekenhuis wordt hier vaak als voorbeeld gegeven.

"Bijvoorbeeld als een patiënt ontslaan wordt uit het ziekenhuis. Meestal komen ze dan toch langs om te vragen welke medicamenten er juist op hun schema staan. Want vaak zijn medicamenten geswitcht naar de merknamen en dan zie je dat patiënten volledig in de war

zijn… Dat is een ideaal moment om terug te switchen naar de gekenden namen en eens te kijken of je iets kan aanpassen." (huisarts 8, M, 59j)

Andere voorbeelden die werden aangehaald zijn nierinsufficiëntie, beginnende dementie, stopzetting van chemotherapie, infectie, slikstoornissen, enz.

Naast deze acute momenten zijn er voor meerdere artsen ook vaste momenten waarop ze de medicatielijsten bekijken en bespreken. Denk bijvoorbeeld aan een multidisciplinair overleg of de maandelijkse voorschriften in een rust- en verzorgingstehuis. Ook een vroegtijdige zorgplanning wordt hier door enkele artsen aangehaald.

"Is er een vast moment waarop je het medicatieschema terug opnieuw bekijkt? Of is dat naar aanleiding van iets dat gebeurt?
**Eum, goh, het vaste stramien is een stuk ziekenhuisopname. In het rusthuis mdo's, maandelijkse voorschriften van medicatie. Om toch ne keer te kijken. Ja da zijn zo de..de vaste dingen. " (huisarts 10, V, 35j)*

Eén van de artsen probeert in de rust- en verzorgingstehuizen jaarlijks de medicatielijsten te herbekijken en eventuele wijzigingen te bespreken.

"Eum.. en in de rusthuizen neem ik mij meestal 1 keer per jaar voor om de medicatie ne keer extra kritisch te bekijken." (huisarts 11, M, 58j)

Een andere arts vertelt dat ze soms gewoon niet bij de medicatie stilstaat, bijvoorbeeld uit tijdsgebrek. Volgens haar zou het helpen als er in de rust- en verzorgingstehuizen een protocol palliatieve zorg zou bestaan met een duidelijk beleid betreffende de medicatie. Wanneer de arts hier regelmatig op gewezen wordt bij een bezoek, zou dit de revisie van medicatielijsten moeten bevorderen.

"Ik denk in rusthuizen, maar ik ben er nu juist zelf mee bezig, dat er een soort protocol is, van zodra iemand palliatief benaderd wordt, wij gaan dat ook werkelijk hebben, dat er gesuggereerd wordt van kijk toch eens naar de medicatie, zodat de frank niet alleen valt bij de huisarts, maar dat dat hem eigenlijk aangeboden wordt, dat het de moment is om daar naar te kijken." (huisarts 3, V, 31 jaar)

Het verschijnen van literatuur of het bijwonen van een bijscholing wordt ook door een arts aangehaald als aanleiding om eens kritisch over medicatie na te denken.

"Is er een bepaald moment waarop je medicatie gaat aanpassen?
** Goh.. eum..ja.. Nu bijvoorbeeld dit interview. Of als ik ne keer ergens een artikel zie passeren. Of naar een bijscholing ben geweest… Dat zijn wel momenten waarop je er eens extra over nadenkt natuurlijk." (huisarts 11, M, 58j)*

Arts gebonden barrières

Tijd en moeite

Veel artsen vinden dat het behoorlijk wat tijd en moeite vraagt om een medicatieschema te optimaliseren. En om de patiënt een correcte uitleg te geven wanneer er iets veranderd zou moeten worden. De meesten maken hier wel de kanttekening dat het bij je taak als arts hoort. Het is in de laatste levensfase vaak één van de belangrijkste taken als huisarts. Het is noodzakelijk en ook nuttig om dit goed te doen en hier dus ook de nodige tijd voor te nemen.

> "*Goh, ik denk dat tijd een zeer belangrijke factor is….En mogelijks wel een drempel… Een medicatieschema bekijken en optimaliseren vraagt veel tijd. Bij oudere patiënten die je vaak frequent ziet..euh.. is medicatie natuurlijk een belangrijk deel van het bezoek of van de consultatie. Dus het hoort er ergens wel bij maar toch vraagt het wel wat tijd en inspanning als je alles goed wil bekijken.. Als je het op punt wil stellen..*" *(huisarts 8, M, 59j)*

Jonge arts

Een paar van de jongere artsen geeft aan dat het soms moeilijk is als beginnende arts om medicatie te stoppen. Je moet eerst een vertrouwensband opbouwen met je patiënt en zijn omgeving vooraleer je kan schrappen in de medicatielijst. Zeker wanneer die werd opgesteld door een andere huisarts.

> *Ja.. pff.. begrijpen of geloven aan de andere kant denk ik ook. Van ja..ik zeg het hé.. Een medicament dat je al zo lang neemt, dat je dan in ene keer stopt. Ik ben ook een jonge arts. Als dat dan een medicament is die door de vorige huisarts ofzo die daar al 30 jaar aan de deur ging, gestart is, dan is dat voor die mensen ook al een beetje een weerstand om te gaan geloven van ''da mag hier nu in ene keer weggelaten worden''*
> *Eerst moet je de mensen leren kennen. Het heeft geen zin om patiënten kwijt te spelen door van eerste keer met de hamer los te slaan. Ne keer dat je vertrouwen hebt opgebouwd, kun je dan inderdaad gaan kijken en dat je de historie een beetje kent, kun je dan inderdaad gaan kijken ''is dat hier nog wel allemaal nodig?"." (huisarts 9, M, 30j)*

Eén van hen zegt bovendien dat autoriteit uitstralen niet gemakkelijk is als jonge arts en dat het moeilijk is om te bepalen hoever je hierin mag en vooral kán gaan.

> *Ik denk ook als jonge arts, dat je misschien nog wat onzeker bent over hoe ver mag ik gaan in mijn "schoolmeestergedrag". Mijn collega zag vandaag een pak sigaretten zitten in het hemd van een patiënt, ze heeft het er uit gevist en ze heeft gezegd: "Dat zie ik niet graag hé".En ze heeft het bijna in de vuilbak gesmeten en dat durf ik nu nog niet. En eigenlijk is het een beetje hetzelfde principe hé. Als je zegt: "oeioei, jij neemt nu toch echt wel veel Dafalgan Codeïne", ik heb nog niet het gezag over mijn patiënten om te zeggen: "jamaar, we gaan dat stoppen of je moet dat afbouwen". (huisarts 6, V, 28j)*

Gevolgen medicatiestop

De ervaringen met de gevolgen van een medicatiestop zijn behoorlijk wisselend. De meeste artsen merken weinig negatieve effecten (bijvoorbeeld het opnieuw optreden van symptomen). Ze vermelden hier wel bij dat het schrappen van medicatie meestal ook geen spectaculaire positieve effecten met zich mee brengt.

> *Als je stopt, merk je dan minder bijwerkingen? 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. Spectaculair is dat niet.. (huisarts 9, M, 30j)*

Eén van de artsen vindt juist dat patiënten wel vaker symptomen krijgen na het stoppen van medicatie.

> *"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." (huisarts 11, M, 58j)*

Uit de interviews blijkt dat de meeste artsen toch bang zijn voor het opnieuw optreden van symptomen of complicaties bij het stoppen van bepaalde medicatie. Sommigen nuanceren dit wel en geven aan dat het sterk afhankelijk is van de soort medicatie. De anticoagulantia komen vaak naar voor als voorbeeld van medicatie die artsen niet gemakkelijk durven stoppen wegens schrik voor complicaties. Ook de protonpompinhibitoren zijn een hele uitdaging voor de huisarts omwille van het reboundeffect.

> *"En dan vooral ja, de schrik dat als je iets stopt, dat er dan terug symptomen gaan optreden of dat er complicaties optreden." (huisarts 11, M, 58j)*

> *"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 e dus dat laten we wel."*
> *(huisarts 7, V, 29j)*

> *"Bijvoorbeeld, we hebben van Farmaka eens een les gehad over PPI afbouwen en ik zou dat eigenlijk eens allemaal goed moeten herbekijken. Omdat ik weet dat de patiënten eigenlijk meer klachten gaan hebben bij het afbouwen, euhm, ontzie ik mij vaak de energie die ik er moet insteken." (huisarts 6, V, 28j)*

Voor één van de huisartsen is het ook belangrijk dat er door de medicatiestop geen onverwachte wendingen optreden. Ze wil niet dat de patiënt komt te overlijden aan iets waar hij zonder medicatiestop misschien niet aan was gestorven.

Hoja, ik wil niet dat de uitkomst verandert door een op te lossen probleem. Als iemand aan zijn kanker sterft, OK, maar als iemand plots sterft aan een hartritmestoornis terwijl hij eigenlijk nog een maand te leven had in goede omstandigheden… Het is vooral de outcome die ik niet veranderd wil zien…(huisarts 3, V, 31j)

Enkele artsen geven aan vaak geen medicatie te stoppen omdat men van mening is dat wanneer een patiënt stabiel is, men liever dat evenwicht niet in gevaar brengt door een medicatiestop. Als de patiënt geen klachten heeft, verandert men op dat moment liever niets aan het schema.

"ik denk zelf vaak over medicatie als een kaartenhuisje.. Euh.. Als je er een kaartje uitneemt, dat heel het kaartenhuisje dan instort. Daarom durf ik soms niet echt te stoppen"
(huisarts 11, M, 58j)

"don't change a winning team" (huisarts 10, V, 35j)

Patiëntgebonden barrières

Gewoonte - waarde- houvast aan medicatie

Enkele artsen geven aan dat het soms moeilijk is om patiënten te overtuigen een bepaald medicament te stoppen omdat het voor hen een gewoonte geworden is, een dagelijks ritueel. Vooral wanneer mensen bepaalde medicatie al een lange periode nemen, is het niet gemakkelijk hen te overtuigen om het te schrappen.

"Maar het is soms ook een gewoonte hé, we horen dan "Ons moeder, ze had zoveel pillen en nu moet ze zoveel pillen niet meer pakken"."

*"PPI probeer ik toch ook wel een beetje te evalueren. * En vind je dat dan gemakkelijk. Neenee, heel veel weerstand van de patiënt zelf hé. Sommige - wel, de mensen die niet graag pillen nemen gaan dat gemakkelijker doen, maar bij andere mensen is er wel wat weerstand van: "Ja, ik neem dat pilletje voor mijn maag al zo lang". "*
(huisarts 4, V, 49j)

Sommige patiënten hechten ook veel waarde aan hun pillen. Al hangt dit natuurlijk sterk af van de soort medicatie. Eén van de artsen geeft aan dat medicatie voor de ziekte van Alzheimer tot dergelijke medicatie behoort.

Hoop opgeven

Sommige patiënten en hun omgeving zien het stoppen van medicatie volgens meerdere huisartsen als het opgeven van hoop. Ze denken dat hun arts medicatie stopt omdat hun situatie hopeloos is.

"Ook emotioneel kan ik mij inbeelden dat de patiënten soms zoiets hebben van "Oeioei, ze is mij hier aan het opgeven, want ik moet opeens zoveel minder nemen, dat kan toch niet." Euhm, dus echt een gevoel van wat gelatenheid misschien, ze geeft mij op." (huisarts 6, V, 28j)

"Dus, het is heel belangrijk dat je kijkt wat de verwachting is van de patiënt. Een stuk.. Blijft die nog hopen op een goede afloop.. eum.. het kan zijn dat ik al 3 maand er niet meer in geloof zelf. Maar dan is de drempel om te zeggen van ''kijk, Georges, we gaan al uw andere medicatie nu weglaten want het heeft toch geen zin'' Dan.. eum.. gaat dat bij persoon wel geweest van ''oei, het gaat echt niet goed mij. De dokter heeft er geen hoop meer in''
(huisarts 10, V, 35j)

"En behalve dat, zijn er nog andere drempels die je zelf ondervindt als je zelf overtuigd bent van "ik wil hier medicatie afbouwen of ik wil bepaalde medicatie stoppen". Zijn er nog drempels dat je ondervindt, die het moeilijk maken om..medicatie te stoppen?
**Denk dat het vooral zo van dat hoop opgeven é.. Eum.. Niet meer geloven in een goede uitkomst. Dat is zo..*
-Dat is het moeilijkste?
**Ja, dat is het moeilijkste.. "*
(huisarts 10, V, 35 jaar)

Euh, de belemmeringen zijn: ze zijn dat gewoon… Je moet ook oppassen als je begint met veel pillen af te schaffen, sommige mensen zeggen dan: "Je ziet hem geen doen meer aan mij".
(huisarts 1, M, 61j)

Hierbij bemerken ze wel dat wanneer je een duidelijke uitleg geeft aan de patiënt waarom je de medicatie stopt de meesten wel akkoord gaan. Op die manier kun je hen duidelijk maken dat het niets te maken heeft met de hoop opgeven.

"Hoh, neen, het is alleen de patiënt die je moet mee hebben, en de omgeving, dat dat niks met het opgeven van de patiënt te maken heeft. De meeste zijn daar wel vatbaar voor denk ik. "
(huisarts 3, V, 31j)

Eén van de artsen geeft hierbij zelfs aan dat ze ervaart dat mensen vaak opgelucht zijn wanneer er medicatie wordt gestopt omdat ze blij zijn dat ze minder pillen moeten nemen.

"Maar sowieso allé een pilleke minder is voor de meeste mensen al.. als je ziet hoeveel ze er nemen. Het is voor de meesten toch al een opluchting van ''het is toch al eentje minder''. "
(huisarts 9, M, 30j)

Karakteristieken van de patiënt

Oncologische patiënten vormen voor de artsen vaak een uitdaging. Enkele huisartsen geven aan dat ze het moeilijker vinden om bij deze patiënten medicatie te stoppen. Omdat het vaak over jongere patiënten gaat. Eén van hen zegt dat ze het zeer moeilijk vindt om medicatie (bv. statine) te stoppen wanneer er op oncologisch vlak nog een behandeling loopt.

"Als ik nu bij iemand morgen een gemetastaseerd pancreascarcinoom heb, hoe lang is de overlevingskans? 6 weken tot een jaar? Goed, maar als je nog in de fase zit van we gaan voor

chemo en we gaan voor behandeling, moet je dan zeggen: "Maar we gaan wel uw pillen voor de cholesterol stoppen en we gaan wel uw kalktabletten niet meer geven, want volgend jaar leef je niet meer"? Zolang ze nog in die acute behandelingsfase zijn, met het idee van ik kan nog genezen of nog stabiliseren, ja, dan houd ik dat nog." (huisarts 2, V, 55j)

B. Kwantitatief onderzoek: exploratie van medicatielijsten

Karakteristieken van de populatie

Bij een eerste meting waren er 55 patiënten die beantwoordden aan de surprise question. In de periode van enkele maanden waarin de interventie werd voorbereid, stierven hiervan reeds 21 personen. Bovendien gaven vier patiënten geen informed consent. Om deze redenen, werd net voor de interventie een nieuwe populatie opgesteld. De patiënten die overleden waren of die niet akkoord gingen met het onderzoek, werden uit de populatie gelaten. Er werden wel drie nieuwe patiënten geïncludeerd die op het moment van de interventie wel beantwoordden aan de surprise question. Tijdens de interventie zelf waren er geen overlijdens.

Uiteindelijk werden de medicatielijsten van 33 patiënten bestudeerd. De gemiddelde leeftijd was 83,1 jaar (jongste patiënt 52 jaar, oudste 98 jaar). Het betrof vijftien mannen en achttien vrouwen. Een meerderheid van zeventien patiënten verbleef in het rust- en verzorgingstehuis. Zestien personen woonden thuis. Negen van hen alleen en zeven met hun partner.

Frailty en multimorbiditeit was bij 17 van de 33 patiënten de hoofddiagnose. Bij acht personen was dit vergevorderde dementie. Eén persoon had Parkinson. Andere chronische aandoeningen waren minder frequent de hoofdreden. Er waren twee patiënten met COPD, twee met chronische nierinsufficiëntie en één persoon met gevorderd hartfalen. Er waren verschillende patiënten met kanker maar dit was 'slechts' bij twee personen de reden waarom ze palliatief beschouwd werden.

In tabel 2 wordt beschreven hoeveel PIM de patiënten nemen. Zowel bij de voor- als de nameting. Slechts één patiënt nam voor de start van de interventie geen potentieel ongepaste medicatie. De andere 32 patiënten namen minstens één PIM. Na de interventie is het aantal patiënten dat geen enkele PIM neemt toch toegenomen tot acht patiënten. Over het algemeen zien we een duidelijke daling van het aantal PIM per patiënt. Voor de interventie werd een totaal van 126 PIM geteld. Dit was nadien gedaald tot 66 PIM.

Aantal PIM	Patiënten bij voormeting N=33 (100%)	Patiënten bij nameting (N=33 (100%)
0	1 (3%)	8 (24.2%)
1	5 (15,1%)	5 (15.1%)
2	4 (12.1%)	8 (24.2%)
3	4 (12.1%)	7 (21.2%)
4	5 (15.1%)	2 (6%)
5	7 (21.2%)	2 (6%)
6	5 (15.1%)	1 (3%)
7	1 (3%)	0 (0%)
8	0 (0%)	0 (0%)
9	1 (3%)	0 (0%)

Tabel 2: aantal PIM per patiënt tijdens de voor- en nameting

Medicatie en redenen om niet te stoppen

In tabel 3 wordt per groep van potentieel ongepaste medicatie weergegeven hoeveel patiënten de desbetreffende medicatie nemen bij de voor- en nameting. De besproken groepen zijn deze die door de STOPPFrail-criteria worden benoemd als potentieel ongepast. (17)

Bepaalde medicatie werd door geen enkele patiënt genomen voor de start van de interventie. Dit zijn memantine, spasmolytica, theofylline, leukotrieenreceptorantagonisten, calcium supplementen, 5-alfa reductase inhibitoren, alfa-blokkers, muscarine antagonisten, ACE-inhibitoren of sartanen voor nefroprotectie bij diabetes mellitus, systemische oestrogenen, voedingssupplementen en profylactische antibiotica.

Antihypertensiva werd door meer dan de helft (57,6%) van de patiënten genomen. Na de interventie nam nog net iets minder dan de helft (45,5%) deze medicatie. Er zijn bovendien vijf patiënten waarbij kon afgebouwd worden van twee naar één antihypertensiva. Reden om niet (verder) af te bouwen was een bloeddruk die reeds behoorlijk hoog was. Het betreft hier alle groepen van antihypertensiva. Diuretica omwille van hartfalen werden niet in rekening gebracht.

Andere medicatie die door een groot deel van de patiënten werd ingenomen waren benzodiazepines (42.4%), protonpompinhibitoren (39.4%), antidepressiva (33,3%) en neuroleptica (27.3%),

Benzodiazepines konden slechts bij één van de veertien patiënten gestopt worden. Meestal was de arts wel akkoord met het schrappen van deze medicatie maar wou de patiënt, of familie bij dementerenden, niet stoppen. De meesten verklaarden dat ze deze medicatie al zo lang nemen. Momenteel hebben ze geen klachten. Ze zijn bang opnieuw slaapstoornissen te ontwikkelen bij een stop.

Ook bij de antidepressiva werd dezelfde reden gegeven. Bovendien gaf de arts hier wel enkele keren aan dat het hoogstwaarschijnlijk geen goed idee was om deze te stoppen bij bepaalde patiënten

omwille van ernstige depressieve gevoelens voor de start. Uiteindelijk konden ze slechts bij twee van de elf patiënten gestopt worden.

Protonpompinhibitoren konden in zes van de dertien gevallen gestopt worden. Er waren twee belangrijke redenen om ze niet te schrappen. Door de huisarts werd deze medicatie behouden omwille van ulcera of maagbloedingen in de voorgeschiedenis. Wanneer de huisarts groen licht gaf, gingen patiënten vaak niet akkoord omwille van het feit dat het een gewoonte geworden was voor hun. Omdat ze momenteel geen maaglast ondervonden en schrik hadden om terug symptomen te krijgen bij een medicatiestop.

Neuroleptica werden bij geen enkele patiënt gestopt. De voornaamste reden hiervoor was dat de huisarts vond dat er een fragiel evenwicht was bij de patiënten. Er was angst voor het optreden van symptomen (agitatie, agressie, enzovoort) bij veranderingen aan de medicatie.

Cholesterolverlagende medicatie en vitamine supplementen konden bij alle patiënten zonder problemen gestopt worden.

De antiaggregantia in primaire preventie (in elke casus acetylsalicylzuur) kon bij zes van de zeven patiënten worden gestopt. Bij de enige patiënt waarbij dit niet gelukt is, was zijn eigen familie thuisverpleging. Deze weigerden een stop uit angst voor complicaties.

Bij de orale antidiabetica werd bij iedereen getracht om een monotherapie met metformine te bekomen. Twee van de vier diabetici nam meerdere orale antidiabetica. Bij deze patiënten is het gelukt om alleen metformine te behouden.

Eén patiënt nam orale corticosteroïden. De indicatie hiervoor was polymyalgia rheumatica. Om deze reden kon dit op het moment van de interventie niet gestopt worden.

Ook orale NSAID werd slechts door één patiënt genomen. Reden hiervoor is ernstige polyartrose die onvoldoende onder controle te brengen is met paracetamol. Gezien er geen contra-indicaties waren, werd dit verder gegeven omdat de patiënt hiermee goed geholpen was.

Medicatie	Aantal patiënten bij voormeting		Aantal patiënten bij nameting	
Cholesterolverlagende therapie	8 (24.2%)		0 (0%)	
Antiaggregantia	7 (21.2%)		1 (3%)	
Neuroleptica	9 (27.3%)		9 (27.3%)	
		Eén: 8 (24,2%)		Eén: 8 (24.2%)
		Drie: 1 (3%)		Drie: 1 (3%)
Memantine	0 (0%)		0 (0%)	
Protonpompinhibitoren	13 (39.4%)		7 (21.2%)	
H2-recpetorantagonisten	1 (3%)		0 (0%)	
Spasmolytica	0 (0%)		0 (0%)	
Theofylline	0 (0%)		0 (0%)	
Leukotrieenreceptorantagonisten	0 (0%)		0 (0%)	
Calcium supplementen	0 (0%)		0 (0%)	
Antiresorptieve medicatie voor osteoporose	1 (3%)		0 (0%)	
Langetermijn orale NSAID	1 (3%)		1 (3%)	
Langetermijn orale corticosteroïden	1 (3%)		1 (3%)	
5-alfa reductase inhibitoren	0 (0%)		0 (0%)	
Alfa-blokkers	0 (0%)		0 (0%)	
Muscarine antagonisten	0 (0%)		0 (0%)	
Orale antidiabetica	4 (12.1%)		4 (12.1%)	
		Eén: 2 (6.1%)		Eén: 4 (12.1%)
		Twee: 2 (6.1%)		
ACE-inhibitoren of sartanen bij diabetes mellitus	0 (0%)		0 (0%)	
Systemische oestrogenen	0 (0%)		0 (0%)	
Multivitaminen	11		0 (0%)	
		Eén: 4 (12.1%)		
		Twee: 7 (21.2%)		
Voedingssupplementen	0 (0%)		0 (0%)	
Profylactische antibiotica	0 (0%)		0 (0%)	
Benzodiazepines	14 (42.4%)		13 (39.4%)	
		Eén: 11 (33.3%)		Eén: 10 (30.3%)
		Twee: 3 (9.1%)		Twee: 3 (9.1%)
Antidepressiva	11 (33.3%)		9 (27.3%)	
Antihypertensiva	19 (57.6%)		15 (45.5%)	
		Eén: 11 (33.3%)		Eén: 12 (36.4%)
		Twee: 8 (24.2%)		Twee: 3 (9.1%)

Tabel 3: aantal patiënten die desbetreffende medicatie nemen bij de voor- en nameting

Discussie

In deze masterproef werd onderzocht welke arts- en/of patiëntgebonden drempels huisartsen ondervinden bij het stoppen van medicatie in de laatste levensfase.

Artsgebonden barrières

Eerst en vooral moest deze levensfase omschreven worden. Er werd gekozen om de doelpopulatie te definiëren aan de hand van de 'surprise question'. Dit bleek zowel in de interviews als in de interventie goed overeen te komen met de definitie uit het KCE rapport van 2009 waarin een palliatieve patiënt omschreven wordt als een persoon "die lijdt aan een ongeneeslijke, progressieve, levensbedreigende ziekte, zonder enige mogelijkheid tot remissie, stabilisatie of beheersing van deze ziekte". (1) De geïnterviewde huisartsen gaven allemaal aan dat ze de periode van een jaar behoorlijk ruim vonden. Voor velen was het eenvoudiger in te schatten welke patiënten aan hun laatste levensmaanden toe waren.

Zowel uit de interviews, de interventie als de literatuur blijkt dat huisartsen beseffen dat hun oudere patiënten vaak te veel medicatie nemen. (8) De geïnterviewde artsen geven aan dat hun medicatiebeleid verandert naarmate het levenseinde nadert. Zoals hierboven reeds werd aangegeven, vinden ze dit een stuk gemakkelijker in de laatste maanden. Wanneer de patiënt zich in een terminaal stadium bevindt en het beleid evolueert naar comfortzorg en symptoomcontrole. Bijna alle artsen gaven aan toch enkele drempels te ondervinden bij het stopzetten of afbouwen van medicatie.

Alle huisartsen die werden geïnterviewd, vinden communicatie over een eventuele medicatiestop zeer belangrijk. Enkele van hen merken op dat de meeste patiënten akkoord gaan wanneer men duidelijk uitlegt waarom men iets wil stoppen. Dit bevestigt de bevindingen uit de literatuur. (10) Ook bij de interventie gingen de patiënten meestal akkoord na een duidelijke uitleg van de arts. Zowel de geïnterviewde artsen als de huisartsen uit de interventie stoppen de medicatie niet indien de patiënt niet akkoord gaat. Bij demente patiënten wordt gecommuniceerd met de familie en de verpleegkundigen. De meeste artsen stoppen niet wanneer de familie niet akkoord gaat. Het beleid wanneer verpleegkundigen geen goedkeuring geven, is wisselend. Enkele artsen stoppen dan niet, één huisarts gaf aan toch te stoppen.

Uit de interviews blijkt dat de timing om medicatie te herbekijken verschillend is van arts tot arts. Acute momenten (bv. ziekenhuisopname, nierinsufficiëntie, onvermogen om perorale medicatie te nemen, enzovoort) vormen voor verschillende huisartsen het ideale moment om de medicatie opnieuw te

evalueren. Sommige artsen halen aan dat het eenvoudiger is wanneer de vraag vanuit de patiënt of familie zelf komt. Ook in de literatuur wordt beschreven dat het stopzetten voornamelijk in overweging genomen wordt op vaste ijkmomenten of bij een expliciete wens van de patiënt. (11) Enkele artsen geven verder ook nog aan de medicatie opnieuw te evalueren op bepaalde 'standaardmomenten'. Voorbeelden hiervan zijn multidisciplinaire overlegmomenten en maandelijkse voorschriften van medicatie. Eén arts gaf ook aan de medicatie in rust- en verzorgingstehuizen jaarlijks te evalueren.
Dit topic was niet aan de orde in de interventie. Hier werden alle medicatielijsten van de doelpopulatie op een vastgelegd moment bekeken en geëvalueerd. Enkele artsen uit de kwalitatieve studie gaven aan dat dit vermoedelijk veel tijdsintensiever was dan de lijsten systematisch één voor één te bekijken of vaste ijkmomenten te gebruiken.

Enkele keren beslisten de huisartsen in de kwantitatieve studie om bepaalde medicatie die volgens de STOPPFrail-criteria potentieel ongepast is, toch niet te stoppen omdat ze een duidelijke indicatie zagen voor de desbetreffende medicatie. Voorbeelden hiervan zijn protonpompinhibitoren ter maagprotectie bij een voorgeschiedenis van gastro-intestinale ulcera of orale corticosteroïden bij polymyalgia rheumatica. De STOPPFrail-criteria ondersteunen deze redenering uiteindelijk wel. Per medicatiegroep wordt besproken wanneer ze potentieel ongepast zijn. Een apart criterium om te stoppen is de medicatie waar geen duidelijke indicatie voor te weerhouden valt. (17) De voorbeelden hierboven behoren wel tot de PIM-medicatie maar de genoemde redenen vormen een indicatie om ze toch door te geven.

Uit de literatuurstudie kan men concluderen dat tijd een belangrijke rol speelt bij het afbouwen van medicatie. (11) Ook de geïnterviewde artsen bevestigden dit. De meesten van hen vonden dat het herbekijken en aanpassen van medicatielijsten behoorlijk wat tijd in beslag neemt. Velen van hen merken wel op dat dit bij je taak als huisarts hoort en dat het zeker in de laatste levensfase een erg nuttig en nodig onderdeel is van je contact met de patiënt. De interventie kan dit inderdaad bevestigen. Het was een zeer tijdsintensief project om elke medicatielijst kritisch te bekijken en een poging te doen om de potentieel ongepaste medicatie te stoppen. Wanneer blijkt dat je er uiteindelijk in slaagt om toch veel medicatie stop te zetten, is het inderdaad een nuttige tijdsbesteding.

Arts- én patiëntgebonden barrières

De interventie toonde aan dat er zowel bij de artsen als bij de patiënten angst is voor het opnieuw optreden van symptomen of van complicaties bij het stoppen van medicatie. In de interventie ging dit voornamelijk over benzodiazepines, antidepressiva en protonpompinhibitoren. Deze medicatie werd door een grote groep van patiënten genomen (benzodiazepines 42.4%, protonpompinhibitoren 39.4%, antidepressiva 33,3% en neuroleptica 27.3%). Het vroeg enorm veel overtuigingskracht om deze

groepen te stoppen en vaak lukte dit ook niet omdat de patiënt en/of familie niet akkoord ging. Ook uit de interviews komt angst voor symptomen of complicaties als belangrijke drempel naar voor. Wanneer patiënten stabiel zijn, wil men vaak niets aan het medicatieschema veranderen. Sommige artsen gaven wel aan dat dit sterk afhankelijk was van de soort medicatie. Net zoals ook uit de interventie bleek. Ook hier kwamen de psychofarmaca en de protonpompinhibitoren als moeilijke medicatie naar voren. In de interviews werd ook verschillende keren aangehaald dat men moeilijkheden ondervond met stollingsmedicatie. Dit in tegenstelling tot de interventie, waar met antistolling weinig problemen waren. Vermoedelijk is dit te verklaren door de onzekerheden die artsen hebben in verband met de te verwachten gevolgen van een medicatiestop bij deze soort medicatie. In de interventie werden de richtlijnen volgens de STOPPFrail-criteria gebruikt waarin wordt aangegeven wanneer stollingsmedicatie gestopt kan worden. (17) Gebruik van goede richtlijnen betreffende medicatie in de laatste levensfase zou de onzekerheid bij de huisarts dus mogelijk kunnen wegnemen. Dit bevestigt wat uit de literatuurstudie naar voren kwam. Verschillende artsen geven daarin aan onzeker te zijn over de gevolgen van een medicatiestop en zijn daarom terughoudender. (10)

Patiëntgebonden barrières

Een andere belangrijke reden die uit de interventie naar voor kwam om niet te stoppen was de houvast die bepaalde patiënten hebben aan hun medicatie. Ze zijn de medicatie zodanig gewoon en wensen die daarom niet te stoppen. Het is een deel van hun dagelijkse routine. Ook in de interviews werd dit als drempel vermeld. Over dit topic werd tijdens de literatuurstudie niets gevonden. Het zou kunnen dat huisartsen dit denken zonder dat de patiënt er effectief zo over denkt. Of dat het een reden is van de patiënt om de medicatie niet te willen stoppen maar dat deze dit niet zo benoemt. Ook in de interventie werd dit niet letterlijk als reden gegeven om niet te stoppen.

Enkele geïnterviewde artsen gaven aan medicatiestop niet ter sprake te brengen bij bepaalde patiënten uit schrik dat ze dit gingen aanvoelen als het opgeven van de hoop. Dit werd niet als drempel weerhouden in de interventie maar kwam wel naar voor in de literatuurstudie. Men denkt dat patiënten zullen vinden dat ze minder goede zorg krijgen. (11, 13) Aangezien dit niet als drempel werd weerhouden in de interventie, zou het kunnen dat dit een perceptie is van de arts zonder dat de patiënt hier na een goede uitleg ook effectief zo over denkt. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt dit effectief als het opgeven van alle hoop ervaart maar dit niet communiceert naar de huisarts.

Beperkingen van het onderzoek

Zowel het kwalitatief als het kwantitatief onderzoek hebben zoals elk onderzoek enkele beperkingen. Zo is het mogelijk dat niet alle huisartsen de oproep tot deelname via e-mail hebben ontvangen of

gelezen. Het uiteindelijke aantal geïnterviewde huisartsen lag lager dan verwacht. De onderzoekers hadden weinig ervaring met het interviewen van artsen. Het is dus mogelijk dat men minder gedetailleerde informatie verkregen heeft. Ook het kwantitatief onderzoek bevat enkele beperkingen. Vooral de haalbaarheid om dergelijke interventie uit te voeren in de dagelijkse praktijk kan in vraag worden gesteld. Het onderzoek werd namelijk uitgevoerd door een huisarts-in-opleiding die de interventie voornamelijk buiten de werkuren heeft verricht. Vermoedelijk is het in de praktijk, zoals ook door enkele geïnterviewde artsen werd aangehaald, zeer tijdsintensief om de oefening op hetzelfde moment te maken voor alle patiënten binnen de populatie. In deze interventie slaagde men er in om veel PIM te stoppen. Het is mogelijk dat dit niet volledig representatief is voor andere praktijken. Vermoedelijk kan men in de ene praktijk meer medicatie afschaffen dan in een andere.

Aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk

Uit dit onderzoek kunnen we verschillende elementen meenemen naar de dagdagelijkse praktijk. Zo is het belangrijk om stil te staan bij de medicatielijsten van patiënten. Zeker bij die van de palliatieve populatie. De surprise question kan een hulpmiddel zijn om deze levensfase af te bakenen. Elke huisarts kan best zelf beslissen wanneer men de medicatielijsten opnieuw evalueert, zolang dit regelmatig op een systematische manier gebeurt. Het goed bijhouden van een juiste medicatielijst is hierbij cruciaal. Bij de desbetreffende patiënten is het belangrijk om vervolgens kritisch naar de medicatie te kijken om de potentieel ongepaste medicatie te detecteren. Een duidelijke richtlijn die beschrijft welke medicatie bij palliatieve patiënten gestopt kan worden zou hier een groot hulpmiddel kunnen zijn. Men heeft nood aan een beschrijving per medicatiegroep, voor alle medicatie, van het tijdstip waarop gestopt kan worden, de beste manier om af te bouwen en de indicaties om de medicatie eventueel toch te behouden.

Wanneer men heeft beslist welke medicatie men kan stoppen, is het belangrijk om op een duidelijke, eenvoudige manier uit te leggen aan de patiënt en/of zijn familie waarom men de medicatie wil schrappen. Het is hierbij belangrijk om te luisteren naar de ideeën, de bezorgdheden en de vragen van de patiënt en zijn omgeving. Bij patiënten waar verpleegkundigen worden ingeschakeld, is het belangrijk om ook met hen te overleggen en te bespreken hoe men een medicatiestop wil aanpakken. Een goede communicatie is volgens mij de sleutel naar een optimale medicatielijst. De drempels die worden aangehaald, kunnen hierdoor vaak vermeden worden.

Conclusie

Huisartsen erkennen dat palliatieve patiënten vaak te veel medicatie nemen. Ze ondervinden verschillende arts- en/of patiëntgebonden drempels bij het stoppen van potentieel ongepaste medicatie. Zo zijn huisartsen en patiënten vaak bang voor de gevolgen van een medicatiestop. Ze vrezen complicaties of het opnieuw optreden van symptomen. Bovendien zijn artsen vaak bang dat patiënten de indruk zullen krijgen dat de hoop wordt opgegeven. Dat de arts geen moeite meer wil doen. Praktische drempels zijn tijdsgebrek en de moeite die huisartsen in de revisie van medicatielijsten moeten steken. Toch vinden ze het een nodige taak van de huisarts.

Overleg en duidelijkheid zijn sleutelwoorden bij dit onderwerp en kunnen heel wat problemen voorkomen. De rode draad van deze belangrijke issue focust zich op het correct en voldoende communiceren met de patiënt. Als dit vlot verloopt, is een medicatiestop bij patiënten minder snel een moeilijk gegeven.

Bronnen

1. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al. Organisatie van palliatieve zorg in België. Internet site van het Federeaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg 2009. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/organisatie-van-palliatieve-zorg-in-belgië. Geraadpleegd december 2016.
2. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, Thoonsen B, Vermandere M, Warmenhoven F, 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. Geijteman E, Dees MK, Huisman B, Perez R, Van Zuylen L, Van der Heide A. Overbodige medicatie stoppen vlak voor overlijden. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 2017, 161: D1084.

12. 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.
13. 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.
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.

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 persoonlijke en patiëntgebonden factoren die artsen aangeven om hun medicatiebeleid al dan niet te wijzigen, terwijl Charlotte analyseert vanuit de focus op medisch-farmacologische 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.

<u>Onze contactgegevens</u>:

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 interviews 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 Zorgpunt Koekelare opgevolgd. Ik, Dr. H. Coppé, 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 formulier 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 Commité

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**
	2017/0328	23-mei-17	Zie "CC"

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

Belgisch Registratienummer: B670201731830

* Antwoord onderzoekers via mail dr. H. Coppé dd. 05/05/2017 (ontv. 08/05/2017) op opmerkingen EC dd. 16/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 08/05/2017) dd. 26/04/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier voor huisartsen (versie ontv. dd. 08/05/2017)
* Topiclijst interview huisartsen (versie ontv. dd. 08/05/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt (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 15/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/05/2018, 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 15/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/05/2018, 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**
	2017/0328	23-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0328

- *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