Medicamenteuze behandeling bij patiënten met dementie in een RVT – Barrières voor de huisarts bij de afbouw van medicatie

Rebecca Van den Brande, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Fien Mertens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2019 – 2020

1 Abstract

Onderzoeksvraag: Polyfarmacie is een wijdverspreid probleem, mede door een toename in de levensverwachting en een toename in chronische aandoeningen. Er is dan ook steeds meer aandacht voor het afbouwen van mogelijks overbodige medicatie. Toch is dit voor veel artsen nog geen routine. In deze masterproef kijken we heel specifiek naar hoe de huisarts de medicamenteuze behandeling van een patiënt met dementie in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) aanpakt, met name de afbouw van medicatie. Hierbij werd getracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen: Welke barrières ondervindt de huisarts bij afbouw van medicatie? In welke mate zijn deze problemen uniek voor een patiënt met dementie in een rusthuis? Welke oplossingen zijn voor de huisarts zelf het belangrijkst?

Methode: Voor deze thesis werd op 3 manieren onderzoek gedaan. Allereerst werd een literatuurstudie verricht waarbij op zoek gegaan werd naar reeds gekende barrières bij het afbouwen van medicatie. Op basis van deze literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld met 24 stellingen rond het onderwerp. Deze vragenlijst werd via de Huisartsenkring regio Mortsel, Huisartsenkring Pallieterland en via de Vereniging van Wijkgezondheidscentra naar ongeveer 400 huisartsen gestuurd. 41 artsen vulden de vragenlijst in (+/- 10%). De resultaten van de vragenlijst werden geanalyseerd met IBM SPSS Statistics 25. Ten slotte werd er ook 9 interviews afgenomen, dit om dieper in te gaan op de ervaringen van de huisarts bij afbouw van medicatie bij deze patiëntenpopulatie. De basis voor deze interviews was een topic-lijst, opgesteld na het literatuuronderzoek. De opnames van deze interviews werden letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd met het programma ‘Nvivo 12’, dit deels samen met een collega-HAIO. Interessante quotes konden op deze manier opgespoord worden.

Resultaten: Via de in de methodologie vooropgestelde onderzoekstypes konden de mogelijke obstakels bij de huisartsen bij deze specifieke patiëntenpopulatie geïdentificeerd worden. Ze werden ruw onderverdeeld in drie groepen: een gebrek aan kennis of ervaring, tijdgebrek en een gebrek aan communicatie of overdracht van informatie. Een gebrek aan kennis gaf bij deze patiëntenpopulatie voornamelijk aanleiding tot angst voor het veroorzaken van een exacerbatie of ontwenningsverschijnselen, mede door het ontbreken van een specifieke richtlijn. Ook onvoldoende alertheid voor het probleem is een struikelblok bij deze populatie. Tijdgebrek kan bij deze patiënten vooral een probleem vormen omwille van hun cognitieve problemen (waardoor communicatie met de patiënt zelf vaak moeilijk is) en het grote aantal zorgverleners, wat overleg praktisch moeilijk maakt. Het kan ook leiden tot een verminderde toegang tot niet – medicamenteuze maatregelen. Ten slotte geeft gebrekkige communicatie bij deze groep, opnieuw door hun cognitieve problemen, ook vaak problemen bij afbouw, maar ook de setting en het ontbreken van een globaal medisch dossier dat door alle zorgverleners kan gebruikt worden, maakt afbouw moeilijk.

Conclusie: Het gaat hier om een multifactorieel probleem en oplossingen moeten dus op verschillende niveau’s gezocht worden. Bovendien hebben gebrekkige kennis, tijdgebrek en gebrekkige communicatie ook invloed op elkaar. Oplossingen moeten gezocht worden in het verbeteren en verduidelijken van richtlijnen, het aansporen van het organiseren van multidisciplinaire overleggen, het toepassen van technologie (onder andere voor het gemakkelijk delen van informatie en gemakkelijke toegang tot richtlijnen) en het verbeteren van toegang tot niet – medicamenteuze maatregelen.

2 Voorwoord

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) 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, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) 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.

Deze masterproef schrijven was zeker geen gemakkelijke opdracht en zou niet gelukt zijn zonder hulp. Daarom wil ik enkel mensen willen bedanken.

Allereerst mijn promoter, Prof. Dr. Peter Pype en mijn co-promotor, dr. Fien Mertens voor hun tijd en feedback gedurende het hele proces van het schrijven van deze thesis.

Vervolgens zou ik graag mijn mede-HAIO Anneleen Boel bedanken, met wie ik samen aan het kwalitatieve deel van deze thesis heb gewerkt. Verder zou ik ook mijn vrienden en familieleden bedanken die mij hebben geholpen bij het nalezen van deze thesis, in het bijzonder Kaat Vielfont en Jonas Vereycken.

Ten slotte wil ik de huisartsen bedanken die wilden deelnemen aan deze thesis voor hun medewerking, zeker de artsen die een uur van hun tijd konden sparen voor een interview.

Inhoud

1 Abstract 1

2 Voorwoord 2

3 Inleiding 4

4 Methodologie 5

5 Literatuurstudie 7

6 Resultaten 16

7 Discussie 36

8 Conclusie 43

9 Bibliografie 44

10 Bijlagen 46

3 Inleiding

Door de stijgende levensverwachting zet de vergrijzing zich verder. Deze vergrijzing brengt ook een toename van het aantal patiënten met dementie met zich mee. Een ander direct gevolg van vergrijzing is de toename van multimorbiditeit en bijhorende polyfarmacie. In combinatie met leeftijdsgerelateerde veranderingen in farmacodynamiek en –kinetiek leidt dit tot meer bijwerkingen en geneesmiddelinteracties. De huisarts is vaak de voornaamste zorgverlener van deze patiënten en moet een balans vinden tussen enerzijds het behouden van noodzakelijke medicatie en anderzijds het afbouwen van overbodige (mogelijks schadelijke) medicatie. Hoewel het voorschrijven van potentially inappropriate medications (PIM's) de laatste tijd steeds meer aandacht krijgt en er reeds enkele richtlijnen voor handen zijn, blijft dit in de praktijk nog steeds een moeilijk gegeven.

De mogelijke factoren die artsen tegenhouden om af te bouwen werden reeds deels onderzocht in de literatuur, dit in verschillende landen, bij verschillende artsen (specialisten en huisarts) en voor verschillende patiëntenpopulaties. In deze masterproef kijken we heel specifiek naar hoe de huisarts de medicamenteuze behandeling van een dementerende patiënt in een Rust- en verzorgingstehuis (RVT) aanpakt, met name de afbouw van medicatie. Hierbij werd getracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

1. Welke barrières ondervindt de huisarts bij afbouw van medicatie?
2. In welke mate zijn deze problemen uniek voor een patiënt met dementie in een rusthuis?
3. Welke oplossingen zijn voor de huisarts zelf het belangrijkst?

Op deze manier kunnen mogelijke verbeterpunten opgespoord worden met als doel in de toekomst op deze factoren in te werken en de medicamenteuze behandeling van deze patiënten te optimaliseren.

4 Methodologie

4.1 Literatuuronderzoek

Als voorbereiding op het opstellen van de vragenlijst alsook het opstellen van een topic-lijst voor de interviews werd in de literatuur op zoek gegaan naar reeds gekende barrières bij het afbouwen. Tevens werd de omvang van het probleem van polyfarmacie bij dementie in beeld gebracht. Er werd hiervoor gebruikt gemaakt van PubMeb en Google Scholar. Er werd geen limiet ingesteld voor het publicatiejaar. Als zoektermen voor het vinden van gekende barrières werden onder andere 'deprescribing' AND 'barriers' gebruikt. De resultaten werden gesorteerd op relevantie. Via deze weg en de sneeuwbalmethode werden 15 relevante artikels gekozen, waarvan 5 gebruikt werden in de literatuurstudie. Artikels rond dementie en polyfarmacie werden gevonden met de zoektermen 'polypharmacy', 'dementia' 'epidemiology', 'prevalence' en 'definition' in verschillende combinaties. Uit de gevonden resultaten werden uiteindelijk 9 artikels gebruikt voor de literatuurstudie. Ten slotte werd er ook op zoek gegaan naar artikels over de bestaande richtlijnen rondom afbouw. De zoektermen 'guidelines' en 'deprescribing' werden gebruikt. 3 artikels die via deze weg gevonden werden, werden gebruikt in de literatuurstudie.

4.2 Vragenlijst

Aan de hand van de informatie uit de literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld om te peilen naar de meningen van de huisartsen rondom afbouw van medicatie bij patiënten met dementie in een rusthuis. Deze vragenlijst bestaat, naast enkele vragen rond de karakteristieken van de arts (naam, geslacht, leeftijd, aantal jaren actief als arts, werkgebied, CRA-arts en type-praktijk), uit 24 stellingen rond het onderwerp van deze thesis. Artsen werden gevraagd om aan de hand van een Likert-schaal (helemaal akkoord, akkoord, neutraal, niet akkoord, helemaal niet akkoord) aan te geven in welke mate ze akkoord waren met de stellingen. 3 stellingen peilen naar de interesse en kennis van de arts rond het onderwerp. Vervolgens werd er met 5 stellingen de verschillen in aanpak bij afbouw tussen demente en niet-demente patiënten onderzocht. Aan de hand van 7 stellingen werd daarna getoetst welke barrières voor de ondervraagde artsen het belangrijkst waren bij het afbouwen. Ten slotte werden er met de laatste 9 stellingen mogelijke oplossingen rond het probleem voorgelegd. Naast deze vragenlijst werd ook een informatiebrief en een toestemmingsformulier opgesteld (zie bijlage).

Deze vragenlijst werd samen met de informatiebrief en het toestemmingsformulier via Google Forms in een online enquête gegoten zodat deze gemakkelijker kon gedeeld worden. De vragenlijst werd via verschillende wachtkringen gedeeld waaronder Huisartsenkring Regio Mortsel (142 artsen) en Huisartsenkring Pallieterland & omgeving (100 artsen). Verder werd via collega-HAIO's de enquête ook verspreid in hun praktijken in de provincies Oost- en West-Vlaanderen. HAIO's zelf werden echter geëxcludeerd, dit om een overwicht van jonge artsen te vermijden. Ten slotte werd via de Vereniging van Wijkgezondheidscentra de vragenlijst ook doorgegeven aan alle wijkgezondheidscentra in Vlaanderen (+/- 150 artsen). Via Huisartsenkring Pallieterland en omgeving werd een reminder gestuurd, naar de andere artsen omwille van tijdgebrek niet. 41 artsen vulden de vragenlijst in (+/- 10%). Voor alle artsen werd een informed consent verkregen. De resultaten werden vervolgens verwerkt met IBM SPSS Statistics 25.

4.3 Interviews

Aan de hand van interviews werd dieper ingegaan op de ervaringen en meningen van huisartsen rond afbouw van medicatie bij deze groep van patiënten. Een topic-lijst werd opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek (zie bijlage). De topics konden in verschillende categorieën worden opgedeeld: artskarakteristieken, patiëntkarakteristieken, andere zorgverleners en mantelzorgers en organisatorische problemen. 21 van de huisartsen die de vragenlijst hadden ingevuld, gaven aan bereid te zijn om geïnterviewd te worden. Uiteindelijk werden 9 artsen gekozen voor een interview. Er werd getracht om op basis van de artskarakteristieken een zo divers mogelijke groep te kiezen. Omwille van praktische overwegingen behoorden alle ondervraagde artsen tot de Huisartsenkring Pallieterland & omgeving of Huisartsenkring regio Mortsel. 8 van de ondervraagde artsen die hadden aangegeven via de vragenlijst bereid te zijn tot een interview werden telefonisch gecontacteerd, 1 arts werd rechtstreeks telefonisch gecontacteerd.

De duur van de interviews lag tussen 25 en 44 minuten. Deze interviews werden opgenomen met een voice recorder en vervolgens met ‘Otranscribe’ letterlijk uitgetypt. Vervolgens werden deze interviews afgedrukt en werden codes manueel toegebracht aan interessante quotes. Deze codes werden met het softwareprogramma ‘Nvivo 12’ in een codeboom ondergebracht. Zo konden de quotes ondergebracht worden in de verschillende categorieën. Voor de eerste 3 interviews (1/3 van het totaal) deed mijn collega-HAIO Anneleen Boel hetzelfde. De bekomen codebomen werden vervolgens vergeleken en samengevoegd. Met de bekomen codeboom konden de overige interviews geanalyseerd worden.

5 Literatuurstudie

5.1 Polyfarmacie

5.1.1 Definitie

Er bestaat geen universele definitie voor polyfarmacie. Meestal gaat men uit van 5 geneesmiddelen of meer per dag. Deze definitie zegt echter niet of deze geneesmiddelen al dan niet zinvol zijn. De duur van medicamenteuze behandeling verschilt ook van studie tot studie. (1) In andere gevallen kijkt men daarom eerder naar de geschiktheid van het product, m.a.w. of er een duidelijke evidence-based indicatie is voor het geneesmiddel, maar deze aanpak wordt veel minder vaak toegepast.(1)(2) Polyfarmacie wordt door de WHO gedefinieerd als 'het gelijktijdig toedienen van meerdere geneesmiddelen of een excessief aantal geneesmiddelen.' (3) Het gebrek aan een duidelijke definitie maakt het voor zorgverleners moeilijk om beslissingen te maken rond medicatie. (1)

5.1.2 Prevalentie

De prevalentie van polyfarmacie kent de laatste jaren een significante stijging, met in het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld een verdubbeling in de laatste 20 jaar. (4) In een studie over polyfarmacie in België werd over een periode van 15 jaar via Intego (Integrated Computerized Network), een Vlaams huisartsenregistratienetwerk uitgaande van de KU Leuven, een prevalentie van 22,7% voor multimorbiditeit en 20% voor polyfarmacie vastgesteld. Zowel multimorbiditeit als polyfarmacie waren sterk gerelateerd aan hoge leeftijd. (5) Verschillen in definities en registratie van het probleem maken een internationale vergelijking moeilijk, maar het blijft een wereldwijd probleem. Een studie uit Zweden toonde een prevalentie van 11% in de eerste lijn. In rurale gebieden in China bleek 6% van de bevolking 5 of meer geneesmiddelen te nemen. In Brazilië toonde een studie in de eerste lijn aan dat twee derde van de 60-plussers vier of meer geneesmiddelen inneemt. (6)

5.1.3 Oorzaken

Polyfarmacie is sterk geassocieerd met toenemende leeftijd. Door de vergrijzing van de bevolking verwacht men dus ook een toename in polyfarmacie. (4)(6) Tegen het jaar 2050 zullen ongeveer 1,5 miljard mensen een leeftijd hebben boven de 65 jaar. Dat is bijna een verdriedubbeling van het aantal 65–plussers in 2010. (3) Uit een studie in 2000 bleek ongeveer 21,9% van de Belgische bevolking ouder dan 60. (7) In de ontwikkelde landen neemt ook het aantal inwoners ouder dan 80 toe. In 2014 was 5,4% van de Belgische bevolking ouder dan 80. Er wordt verwacht dat dit cijfer zal stijgen tot 6,6% in 2030. (5)

De vergrijzing gaat verder ook gepaard met een accumulatie van meerdere chronische aandoeningen in de tijd. (4) In een Britse studie uit 2015 voorspelt men dat 1 op 12 personen ouder zal zijn dan 80 in het jaar 2039 en ongeveer een kwart van de Britse bevolking 2 of meer chronische aandoeningen zal hebben. (6) Bij multimorbiditeit (2 of meer chronische aandoeningen bij één patiënt) zijn vaak meerdere geneesmiddelen nodig. (8) Multimorbiditeit heeft een grote impact op de keuze van de geneesmiddelen, de frequentie en de dosis van inname. Het verhoogt daarom het risico op polyfarmacie en geneesmiddel-geassocieerde problemen bij oudere patiënten. (5)

Polyfarmacie wordt vaker vastgesteld bij vrouwen, patiënten met een lagere socio-economische status en patiënten in een RVT. (4)(6) Het type aandoening waarvoor medicatie wordt voorgeschreven heeft ook invloed op het aantal voorgeschreven geneesmiddelen. Het hoogste aantal werd gezien bij cardiovasculaire aandoeningen. (6) Een andere belangrijke factor is de tendens om preventieve medicatie voor te schrijven bij asymptomatische patiënten om in de toekomst morbiditeit en mortaliteit te doen dalen. (4)

Richtlijnen spelen een grote rol bij het voorschrijfgedrag van de arts bij chronische aandoeningen. Deze richtlijnen focussen zich echter vaak op de behandeling van één chronische aandoening in plaats van een holistische aanpak. Het strikt volgen van deze richtlijnen bij multimorbiditeit zou kunnen leiden tot polyfarmacie.

Ten slotte heeft ook hospitalisatie een effect op het aantal geneesmiddelen. Een Australische studie zag een stijging van gemiddeld 6.6 geneesmiddelen naar 7.7 geneesmiddelen bij oudere patiënten na een acute opname. (6) Initiatieven vanuit de overheid zetten dan ook meer in op thuiszorg om zo de oudere bevolking langer thuis te houden. Deze shift naar thuiszorg geeft een belangrijke rol aan de huisarts. (5)

5.1.4 Gevolgen

De toename van de bejaarde populatie, samen met een toename van chronische aandoeningen en polyfarmacie, kan voor deze generatie een groot gezondheidsprobleem vormen. De laatste jaren krijgt het ongeoorloofd voorschrijven van geneesmiddelen daarom steeds meer aandacht, zeker bij ouderen. Polyfarmacie is geassocieerd met meerdere negatieve gevolgen. Meerdere studies hebben een associatie kunnen aantonen tussen polyfarmacie en exponentiële kosten, een gedaalde levenskwaliteit, een verhoogde mortaliteit en morbiditeit, een hogere risico op nevenwerkingen en een verhoogd gebruik van gezondheidszorginstellingen. (2) (3) (8) (9)

Zo resulteert een langdurige blootstelling aan polyfarmacie vaak in een vicieuze cirkel waarbij de behandeling van chronische aandoeningen leidt tot polyfarmacie, hetgeen weer leidt tot nieuwe co-morbiditeiten waarvoor nieuwe medicatie moet worden opgestart. Het innemen van meerdere geneesmiddelen verhoogt het risico op nevenwerkingen met verslechtering van de gezondheid van deze patiënten tot gevolg, dit onder andere door een verhoogd risico op vallen, een toename van het aantal hospitalisaties en een verhoogde mortaliteit.(3) Anderzijds kan polyfarmacie ook leiden tot een verminderde therapietrouw, met een suboptimale behandeling tot gevolg. Patiëntveiligheid en kwaliteitsvolle gezondheidszorg vallen onder de belangrijkste uitdagingen voor de gezondheidszorg.

Bijwerkingen en de ziekenhuisopnames die daaraan verbonden zijn, komen frequent voor bij oudere patiënten. Dit brengt heel wat kosten met zich mee. Tot 10% van ziekenhuisopnames zijn het gevolg van problemen met medicatie. Twee derde van deze opnames zou kunnen vermeden worden door beter voor te schrijven. Het risico op bijwerkingen stijgt met het aantal geneesmiddelen dat iemand neemt. Polyfarmacie neemt toe aangezien mensen steeds langer leven met chronische aandoeningen. De huisarts is voornamelijk verantwoordelijk voor het voorschrijven van deze chronische medicatie. (4) Het voorschrijven van de juiste medicatie, het evenwicht vinden tussen de voor- en nadelen van medicatie en het volgen van richtlijnen wordt steeds moeilijker door het stijgende aantal chronische aandoeningen.

Bij oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie is het evenwicht nog fragieler, onder andere door leeftijdsgerelateerde problemen zoals achteruitgang van de nier- en leverfunctie, toename van de sensitiviteit van receptoren en verminderde homeostatische reserves. (5)

5.2 Dementie

5.2.1 Definitie

Dementie is een onomkeerbare neurodegeneratieve aandoening gekarakteriseerd door geheugenproblemen, taalproblemen, psychosociale moeilijkheden en psychiatrische veranderingen die allen een impact hebben op het dagelijkse leven. (2)(7) Paranoïde wanen, hallucinaties, angsten en agressiviteit zijn mogelijke symptomen. (7)

De WHO beschrijft dementie als een chronische en progressieve neurologische aandoening. Het is een aandoening die de hogere corticale functies aantast zoals het geheugen, inzicht, taal en oordeel. Deze veranderingen gaan vaak gepaard met verlies van emotionele controle, decorum en motivatie. Bij mensen die dementie ontwikkelen voor de leeftijd van 65 jaar spreekt men over early onset dementie. De oorzaken van dementie zijn nog niet volledig uitgeklaard, maar het resulteert altijd in structurele en chemische veranderingen in de hersenen, die leiden tot het verlies van neuronen en krimpen van de hersenen. (10)

5.2.2 Prevalentie

Dementie is een groeiend probleem bij de ouder wordende bevolking en heeft een enorme invloed op de gezondheidszorg. (7) In de literatuur lijkt de prevalentie van dementie te variëren, afhankelijk van de selectie van de studiepopulatie. Over het algemeen is de prevalentie van dementie gecorreleerd met leeftijd en schommelt deze tussen 5 en 10% bij mensen ouder dan 65 jaar. In de leeftijdsgroep van 65 tot 69 jaar wordt de prevalentie op 2% geschat, op 8% bij mensen tussen de 75 en 79 jaar en tot 16% bij personen ouder dan 80 jaar. (7)

Vrouwen blijken iets vaker aan dementie te lijden dan mannen. Dit kan deels verklaard worden door een hogere levensverwachting bij vrouwen. (7)

Het aantal mensen met dementie wereldwijd wordt geschat op 44 miljoen. Men verwacht dat dit aantal de komende 20 jaar bijna zal verdubbelen. Jaarlijks krijgen gemiddeld 7,7 miljoen mensen de diagnose dementie. (10)

5.2.3 Oorzaken en risicofactoren

Dementie is een klinisch syndroom dat meerdere oorzaken kan hebben. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak en zorgt voor dementie bij 75% van de gevallen. Amyloid plaques vormen zich in de hersenen en verstoren de normale werking van de hersencellen. Een andere vorm is vasculaire dementie waarbij de bloedtoevoer naar de hersenen verminderd is door vasculaire aantasting. Lewy Body dementie is de derde meest voorkomende oorzaak en is verantwoordelijk voor 10% van de gevallen. Het is geassocieerd met de ziekte van Parkinson. Zeldzamere types zijn frontotemporale dementie, dementie geassocieerd met andere chronische aandoeningen zoals Huntington, multiple sclerose, Creutzfeldt-Jacob en HIV en mengvormen van dementie. (10)

Risicofactoren voor het ontwikkelen van dementie zijn onder andere toenemende leeftijd, het vrouwelijk geslacht (hoewel vasculaire dementie vaker voorkomt bij mannen), genetische predispositie, Down syndroom, vasculaire risicofactoren zoals hypertensie en diabetes mellitus alsook levensstijlfactoren zoals roken, overmatig alcoholgebruik, sociaal isolement en een laag opleidingsniveau. (10)

5.2.4 Polyfarmacie en dementie

Patiënten met dementie hebben vaak ook te kampen met andere chronische aandoeningen zoals diabetes, COPD, hartfalen, etc. Over het algemeen zien we dat deze patiënten tussen de 5 en 10 geneesmiddelen gebruiken. Deze polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen zoals geheugenverlies en het verminderen van cognitieve functies, hetgeen ook een invloed kan hebben op het communiceren van mogelijke bijwerkingen. Bovendien hebben deze patiënten een beperkte levensverwachting, wat een invloed kan hebben op de risico-batenanalyse van bepaalde producten. (2)

5.3 Afbouwen

5.3.1 Definitie

Afbouw van medicatie betekent het verwijderen van overbodige medicatie of het verminderen van de dosis onder begeleiding van een arts, met als doel polyfarmacie te beperken en outcome te verbeteren. (4) De afbouw van medicatie is dus meer dan enkel het stoppen van medicatie. Het veilig voorschrijven van medicatie houdt in dat de medicatielijst regelmatig opnieuw bekeken moet worden, zodat noodzakelijke medicatie kan gestart of behouden worden en medicatie waarvan de potentiële voordelen niet opwegen tegen de nadelen gestopt kunnen worden. Het gaat om een gepland en stapsgewijs proces waarbij het type geneesmiddel wordt gedefinieerd, een doel voorop wordt gesteld en de dosis wordt gereduceerd of eventueel vervangen wordt door een geschikter geneesmiddel. Het afbouwen van medicatie kan leiden tot minder bijwerkingen, minder fouten bij medicatietoediening en minder interacties. Dit heeft een daling van de morbiditeit en een toename van de levenskwaliteit als gevolg, samen met nog andere gezondheidsvoordelen. Het stoppen of verminderen van medicatie vraagt echter enige voorzichtigheid. Er moet een evenwicht gezocht worden tussen de voordelen van medicatieafbouw zoals het verminderen van medische fouten en het verminderen van bijwerkingen van deze medicatie, en de nadelen zoals het mogelijks toenemen van angst bij de patiënt alsook het verliezen van het klinische nut van de medicatie. (9) Zoals eerder besproken brengt polyfarmacie heel wat negatieve gevolgen met zich mee (zie 3.1.4.) Het beperken van het aantal geneesmiddelen is dus een relevant onderwerp. Ondanks de gekende voordelen van het afbouwen van medicatie, blijft 1 op 5 voorgeschreven geneesmiddelen mogelijks overbodig. (4)

5.3.2 Rol van de huisarts

De huisarts is voor de meeste patiënten het eerste contactpunt in de gezondheidszorg. De behandeling van chronische aandoeningen en dus het voorschrijven van medicatie voor deze aandoeningen gebeurt meestal in deze setting. Ondanks de voordelen die gepaard gaan met afbouw van medicatie, blijft het een moeilijke taak voor artsen. (9)

De huisarts voelt zich vaak verantwoordelijk voor de algemene gezondheid en levenskwaliteit van de patiënt. Dit betekent dat de huisarts een coördinerende rol heeft bij de behandeling van de patiënt.

Hierbij hoort ook het verminderen van de dosis en het aantal overbodige geneesmiddelen. Dit kan erg belastend zijn bovenop het dagdagelijkse werk van de huisarts. (11)

5.3.3 Tools en richtlijnen

Er bestaan verschillende hulpmiddelen die helpen bij het afbouwen van medicatie.

Screening tools of criteria helpen bij het onderscheid maken tussen overbodige en noodzakelijke medicatie. Voorbeelden hiervan zijn de Beers criteria, STOPP/START criteria, Improved Prescribing in the Elderly Tool, McLeod criteria, Medication Inappropriateness Index, Fit for the Aged Criteria en de PRICUS list. De Beers criteria en STOPP/START criteria zijn het meest wijdverspreid en meest gebruikt van deze hulpmiddelen. (12)

In 1991 publiceerden Mark Beers en zijn collega's een lijst van geneesmiddelen die als overbodig werden geclassificeerd bij oudere patiënten. Sindsdien is deze lijst al meerdere malen herzien en geüpdatet. De meest recente versie dateert van januari 2019. Hoewel deze criteria gezien worden als de hoeksteen van de optimalisatie van medicatiebeleid bij ouderen, worden ze ook vaak bekritiseerd. Dit onder andere omdat ze moeilijk toepasbaar zijn buiten de Verenigde Staten, ze een aantal veel voorkomende PIM's niet aanpakken, omdat ze het probleem van underprescribing niet aanpakken en omdat ze niet praktijkgericht zijn. (13)

STOPP (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) en START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) zijn evidence-based criteria ontwikkeld in Ierland volgens de Delphi methode met de hulp van 18 experts in geriatrische farmacotherapie van het Verenigd Koninkrijk en Ierland. STOPP bestaat uit 65 criteria die onderzoekers en zorgverleners helpen bij het identificeren van Potentially Inappropriate Medications (PIM). De START criteria zijn 22 criteria die helpen bij het opsporen van het ontbreken van noodzakelijke medicatie. (14)

Verder kunnen ook risicoschalen en voorspellingsmodellen die het risico op een bijwerking voorspellen op basis van de leeftijd, het aantal geneesmiddelen, nierfunctie en co-morbiditeiten helpen bij afbouw van medicatie.

Ten slotte bestaan er ook richtlijnen rond de afbouw van specifieke geneesmiddelen of klassen van geneesmiddelen die een situatie beschrijven waarbij het geneesmiddel overbodig is of niet veilig gebruikt kan worden. Hiervan worden er steeds meer ontwikkeld, maar hun nut moet nog geëvalueerd worden. (12)

5.3.4 Barrières bij afbouw van medicatie

In de praktijk zien we dat het beslissingsproces rond afbouw van medicatie erg verschilt tussen artsen. Wat een arts aanzet tot afbouw en wat hem tegenhoudt, is in de literatuur al uitgebreid onderzocht. (4)(9)(11)(15)(16)(17)

5.3.4.1 Persoonlijke factoren bij artsen

Mogelijke problemen bij het afbouwen kunnen gevonden worden bij de arts zelf. Een beperkt inzicht of beperkte alertheid voor het probleem wordt vernoemd als een mogelijk obstakel. Hoewel het onder artsen bijvoorbeeld

over het algemeen goed geweten is dat het langdurig gebruik van benzodiazepines niet wordt aangeraden, ziet men toch dat dit in de praktijk nog steeds gebeurt. (15) Een andere mogelijke reden waarom een arts, ondanks de wetenschap dat bepaalde geneesmiddelen overbodig zijn, toch niet beslist om deze af te bouwen, is onzekerheid. Deze onzekerheid heeft verschillende oorzaken. (11) Angst voor negatieve gevolgen wordt vaak vermeld, zowel gevolgen voor de arts (angst voor invloed op de therapeutische relatie met de patiënt, voor een toename in werkbelasting of voor conflicten met andere zorgverleners), voor de patiënt (ontwenningsverschijnselen, verergeren van een chronisch probleem, verhoogd risico op een event) als gevolgen voor andere zorgverleners (meer werk en bezorgdheden rond veiligheid). (15) (16)

De reactie van de omgeving op achteruitgang bij een patiënt na het stoppen van medicatie speelt ook een rol. (17) Artsen vrezen repercussies als door het afbouwen van medicatie een patiënt achteruit gaat. Schade aan hun reputatie (gezien worden als 'slechte dokter') en schuldgevoelens waren mogelijke gevolgen die artsen vreesden. Over het algemeen hadden artsen meer schrik van de gevolgen van het afbouwen van medicatie dan van de gevolgen verbonden aan het starten van medicatie. (11)(16)

De patiënt zou het stoppen van medicatie ook kunnen zien als opgeven, wat de arts tegenhoudt om dit daadwerkelijk te doen. Het behouden van status quo voor stabiele patiënten met multimorbiditeit wordt vaak ook gezien als het beste beleid. (17)

Verder kan gebrekkige kennis rond het onderwerp of een gebrek aan vertrouwen in het eigen kunnen van de arts een struikelblok zijn bij het afbouwen. Artsen vermelden moeite te hebben bij het afwegen van de voor- en nadelen van bepaalde geneesmiddelen, het herkennen van bijwerkingen en het identificeren van indicaties. (11)(15) Niet weten hoe een geneesmiddel veilig kan worden afgebouwd of dat het überhaupt kán worden afgebouwd is mogelijks ook een reden om te blijven voorschrijven. (11) (17)

5.3.4.2 Factoren gerelateerd aan de patiënt en zijn omgeving

Uit een survey in Australië bleek dat > 90% van patiënten bereid was om 1 of meer geneesmiddelen af te bouwen als hun arts dat mogelijk achtte. (4) Toch kunnen patiënten soms veel weerstand bieden als de arts medicatie wil afbouwen. Patiënten vinden het soms ook moeilijk om een geneesmiddel te stoppen dat ze al lang nemen. (11)(15) Mogelijke redenen waarom een patiënt zijn medicatie niet wil of kan stopzetten is onenigheid over het nut van het geneesmiddel (bijvoorbeeld preventieve medicatie op hoge leeftijd), angst voor ontwenningsverschijnselen bij stopzetten of onduidelijkheid rond hoe de patiënt dit best doet. (4)

Het afbouwen van medicatie kan ook moeilijker verlopen bij bepaalde patiënten door patiëntkarakteristieken zoals cognitieve achteruitgang, opleidingsniveau en leeftijd. Deze factoren kunnen een invloed hebben op de mogelijkheid van de patiënt om hun problemen met de medicatie, zoals bijwerkingen, uit te leggen. Zeker oudere patiënten in rust- en verzorgingstehuizen kunnen soms moeilijk de mogelijke gevaren rond hun medicatie begrijpen. (4)

Verder kan het ook zijn dat patiënten de bijwerkingen van geneesmiddelen niet vermelden omdat ze deze eerder toeschrijven aan ouder worden. Andere patiënten zijn meer geneigd hun bijwerkingen aan de specialist te melden,

eerder dan aan hun huisarts. Artsen gaven ook aan dat de multimorbiditeit bij deze patiënten een uitdaging vormde bij het voorschrijven. Hoge leeftijd en fragiliteit dragen daarbovenop ook bij aan een verminderende levensverwachting, waardoor het nut van bepaalde (preventieve) geneesmiddelen minder duidelijk wordt. (9) (17)

5.3.4.3 Factoren gerelateerd aan andere zorgverleners

De behandeling van chronische aandoeningen en de problemen van polyfarmacie gebeuren na ontslag uit het ziekenhuis voornamelijk in de eerste lijn. De huisarts speelt hierbij een belangrijke rol. De transitie van eerste naar tweede lijn gaat echter vaak gepaard met miscommunicatie en onduidelijkheid rond de rol en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners, ook rond afbouw van medicatie. (16) Verder zorgt een slechte communicatie tussen de verschillende zorgverleners voor onzekerheid omtrent welke medicatie patiënten namen en waarom ze deze namen. Het overzicht en globaal management van de medicatie gaat zo verloren. (11)(16)

Ook het veranderen van huisarts geeft vaak moeilijkheden bij de afbouw van medicatie. De medicatielijst van de patiënt wordt vaak wel overgedragen, maar de reden waarom een geneesmiddel werd opgestart, gaat verloren. (11)

Een andere factor is de terughoudendheid om medicatie te veranderen die door een specialist of collega is opgestart. Dit omwille van de angst een collega, zowel specialisten als andere huisartsen, te beledigen. Artsen die een overbodig geneesmiddel opmerkten in de medicatielijst van een patiënt waren minder geneigd dit te stoppen als deze patiënt werd opgevolgd door een specialist. Ook omgekeerd werd er soms minder informatie doorgegeven: als een patiënt van het ziekenhuis naar de eerste lijn werd overgedragen, zag men dat er minder informatie werd overgebracht omwille van de angst om de huisarts te beledigen. (17)

Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de zorg van patiënten in een rustoord. Huisartsen halen hun informatie vaak bij de verpleegkundigen eerder dan bij de patiënt zelf. Shared-decision making tussen de huisarts en de patiënt kan zo in gedrang komen. Bovendien zouden verpleegkundigen druk kunnen uitoefenen op de huisartsen om bepaalde medicatie voor te schrijven, in het bijzonder medicatie met een sederend effect. (11)

Ten slotte geven huisartsen aan dat zij de hulp van apothekers graag aannemen bij de aanpak van polyfarmacie en ook apothekers zijn bereid een grotere rol op zich te nemen bij het management van multimorbiditeiten. Recente reviews in de literatuur toonden dat interventies door apothekers een positieve impact hadden op voorschrijfgedrag. Toch blijkt dat de waarde die artsen hechten aan de adviezen van de apotheker erg varieert en afhangt van de relatie tussen arts en apotheker. (11)

5.3.4.4 Factoren gerelateerd aan organisatie

Artsen zien ook praktische moeilijkheden bij het afbouwen van medicatie. Onder andere tijdgebrek werd door huisartsen vaak aangegeven als een barrière bij het afbouwen van medicatie. Artsen hebben niet de tijd om alle bezorgdheden van de patiënt aan te pakken, wat tot suboptimale zorg leidt. (11) In een drukke praktijk is de afbouw van medicatie vaak geen prioriteit. (16)

Het gebrek aan compensatie voor de complexe zorg van een oudere patiënt met meerdere morbiditeiten maakt het moeilijk voor sommige huisartsen om de juiste zorg toe te dienen. (11) Een specifieke vergoeding voor het afbouwen van medicatie kan het extra duwtje in de rug betekenen. (16)

Verder vormt een gebrek aan evidentie rond afbouw van medicatie, zeker bij oudere patiënten, ook een struikelblok. Studies hierrond zijn vaak onvoldoende om een uitspraak te kunnen doen over het effect van polyfarmacie bij oudere patiënten. Er is ook onduidelijkheid over het effect van preventieve medicatie bij bejaarde patiënten. (16) Anderzijds is er een overvloed aan specifieke richtlijnen per aandoening, wat een gestructureerde aanpak van het medicamenteus beleid van een patiënt moeilijk maakt. Het ontmoedigt de arts om deze richtlijnen in de praktijk toe te passen. Bovendien is er toenemend bewijs dat het toepassen van deze erg specifieke richtlijnen leidt tot slechtere resultaten bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Artsen moeten dus beslissingen maken zonder veel begeleiding. (14) Ook in de opleiding wordt er vaak te weinig onderscheid gemaakt tussen oudere patiënten en de algemene bevolking. Daarom zijn artsen vaak onvoldoende in staat om op een goede manier overbodige medicatie af te bouwen. (11)

Een ander probleem bij de afbouw van medicatie is slechte documentatie. Vaak worden veranderingen aan de behandeling niet genoteerd of doorgegeven. Doordat meerdere artsen medicatie voorschrijven, is een duidelijk medicatie-overzicht moeilijk terug te vinden. Vaak moeten meerdere bronnen (apotheker, patiënt zelf, familie, huisarts) geraadpleegd worden om een overzicht van de medicatie te krijgen. Welke bron dan de meest accurate lijst heeft, valt moeilijk te achterhalen. Gebrekkige interprofessionele communicatie en slechte overdracht van veranderingen van de medicatie bemoeilijkt op deze manier de afbouw van medicatie. De motivatie van de arts om bepaalde medicatie voor te schrijven, wordt bovendien niet overgedragen aan andere artsen. (11)

5.3.5 Hulpmiddelen bij het afbouwen

Huisartsen gaven aan nood te hebben aan hulpmiddelen die hen zouden helpen bij het afbouwen van medicatie. Op organisatorisch niveau zou er bijvoorbeeld een vergoeding kunnen voorzien worden voor een systematisch nazicht van de medicatielijst. Technologie werd ook aangehaald als mogelijk hulpmiddel, eventueel door middel van een pop-up die de arts alert maakt voor polyfarmacie. (16)

Zoals eerder aangegeven vormt tijdgebrek een obstakel bij het bekijken van de medicatielijst. Hierdoor worden overbodige geneesmiddelen vaak gecontinueerd. Een mogelijk hulpmiddel bij dit probleem is het inschakelen van apothekers. Een multidisciplinaire aanpak bij patiënten met multimorbiditeit werd door vele huisartsen gezien als noodzakelijk om de beste zorg te kunnen toedienen. (17)

Apothekers hebben niet altijd toegang tot de klinische gegevens van de patiënt, wat het voorschrijven of afbouwen van medicatie kan bemoeilijken. In een RVT is dit minder vaak een probleem dan bij patiënten die nog thuis wonen. Duidelijke communicatie tussen de huisarts en apotheker is dan ook noodzakelijk voor optimale zorg, hetgeen in de praktijk niet altijd mogelijk is. (17)

Het is ook duidelijk dat goede communicatie tussen huisartsen en specialisten noodzakelijk is voor optimale zorg bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Multidisciplinaire overleggen waar een duidelijk zorgplan wordt

opgesteld voor patiënten kunnen de zorg voor deze patiënten verbeteren. Bidirectionele communicatie kan het voorschrijven van overbodige medicatie verminderen. (11)

Huisartsen ervaren verder vaak onzekerheid rond het toepassen van specifieke richtlijnen bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Een specifieke opleiding rond de zorg voor patiënten met multimorbiditeit zou deze onzekerheid kunnen wegnemen. Inzicht in het probleem kan door positieve ervaringen verbeterd worden. (17)

Sommige huisartsen gaven tevens aan dat ze het moeilijk vonden om bepaalde geneesmiddelen die gestart waren door specialisten te stoppen, zelf als ze het nut van het geneesmiddel in twijfel trokken. Het was vaak ook moeilijker om patiënten te overtuigen om met deze medicatie te stoppen, omdat zij specialisten als meer ervaren of beter geïnformeerd zagen. (11) Het is daarom belangrijk dat de opleiding voor de huisarts zich toespitst op patiëntgerichte zorg voor oudere patiënten met multiple morbiditeiten. Verder zijn er klinische tools nodig om de huisarts te helpen in het toedienen van adequate zorg aan deze patiënten. (11)

6 Resultaten

6.1 Analyse van de vragenlijst

6.1.1 Karakteristieken van de ondervraagde huisartsen

In totaal werd de vragenlijst door 41 huisartsen in Vlaanderen ingevuld. Vrouwelijke artsen vulden de vragenlijst iets vaker in dan hun mannelijke collega's met respectievelijk 27 ingevulde vragenlijsten versus 14 ingevulde vragenlijsten. Evenveel jonge (21) als oudere artsen (20) vulden de vragenlijst in. 26 artsen zijn actief in een groepspraktijk, 10 artsen in een duo-praktijk en 5 artsen in een solo-praktijk. Van de ondervraagde artsen zijn er 24 artsen actief in een landelijk gebied en 17 in een stedelijk gebied. Zeven van de ondervraagde artsen werkten als CRA-arts.

			Ik werk als CRA - arts		
			Ja	Nee	Totaal
Geslacht	Mannelijke artsen	Aantal	4	10	14
		% van totaal	9,8%	24,4%	34,1%
	Vrouwelijke artsen	Aantal	3	24	27
		% van totaal	7,3%	58,5%	65,9%
Totaal		Aantal	7	34	41
		% van totaal	17,1%	82,9%	100,0%

			Type praktijk			
			Duo - praktijk	Groepspraktijk	Solo - praktijk	Totaal
Geslacht	Mannelijke artsen	Aantal	3	7	4	14
		% van totaal	7,3%	17,1%	9,8%	34,1%
	Vrouwelijke artsen	Aantal	7	19	1	27
		% van totaal	17,1%	46,3%	2,4%	65,9%
Totaal		Aantal	10	26	5	41
		% van totaal	24,4%	63,4%	12,2%	100,0%

6.1.2 Algemeen

6.1.2.1 Opstelling vragenlijst

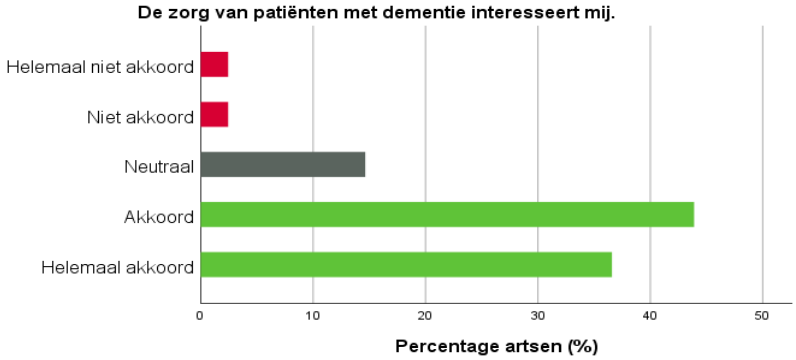
Aan de hand van 24 stellingen werd getoetst naar de gewoonten rond afbouw bij deze huisartsen. De eerste 3 stellingen peilen naar de interesse en kennis van de ondervraagde arts in het onderwerp van deze thesis, meer bepaald naar hun interesse in de zorg voor patiënten met dementie, of afbouw voor hen een prioriteit is en naar hun kennis van de bestaande richtlijnen omtrent afbouw van medicatie.

De volgende 5 stellingen zijn gericht op het verschil tussen de demente en niet-demente patiënt bij afbouw van medicatie. Ten slotte tracht deze vragenlijst aan de hand van 16 stellingen de grootste obstakels en mogelijke hulpmiddelen te achterhalen.

6.1.2.2 Significantie-test

Door middel van de Chi-kwadraat-test werd bij alle stellingen getoetst of er een significant verschil kon gevonden worden tussen de antwoorden van de artsen afhankelijk van geslacht, leeftijd, type praktijk van de ondervraagde arts en of de arts al dan niet CRA-arts is. De Chi-kwadraat-test wordt gebruikt voor het vergelijken van 2 of meer ongepaarde groepen voor een categorische variabele. In dit geval werden de antwoorden op de stellingen – dewelke bevraagd werden aan de hand van een Likert-schaal, een ordinale variabele – vergeleken tussen de mannelijke en vrouwelijke artsen (2 groepen), tussen de artsen in de verschillende leeftijdscategorieën (5 groepen), tussen artsen in een solo-, duo- of groepspraktijk (3 groepen) en tussen de CRA- en niet-CRA-artsen (2 groepen). De voorwaarde voor het gebruik van een Chi-kwadraat-test is dat van de verwachte frequenties in 80% van de gevallen groter moet zijn dan 5 en geen enkele verwachte frequentie kleiner mag zijn dan 1. Gezien het kleine aantal ondervraagde artsen (n=41) kon aan deze voorwaarden niet voldaan worden. Daarom werd gebruik gemaakt van de tweezijdige Fisher's Exact test.

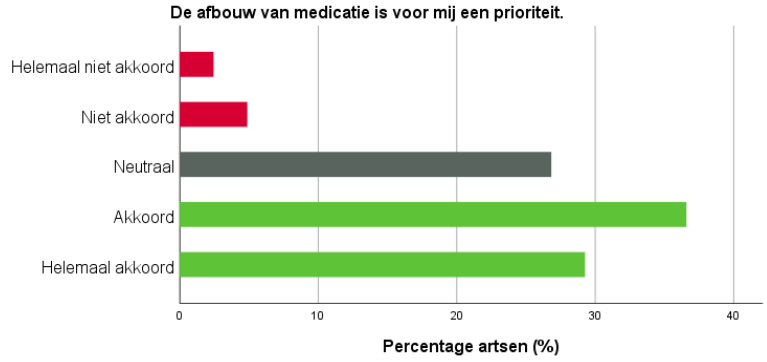
6.1.2.3 Interesse in patiënten met dementie



Het merendeel van de ondervraagde artsen (80,5%) gaven aan dat zij **geïnteresseerd waren in de zorg van patiënten met dementie** (15 artsen gaven aan helemaal akkoord te zijn met deze stelling, 18 artsen gaven aan dat zij akkoord waren).

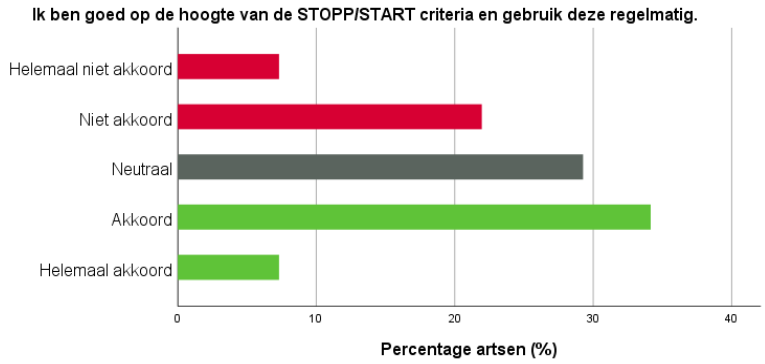
Van de overige 7 artsen antwoordden slechts 2 artsen (5%) dat zij niet akkoord waren met deze stelling (1 niet akkoord en 1 helemaal niet akkoord). Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

6.1.2.4 Afbouw van medicatie als prioriteit



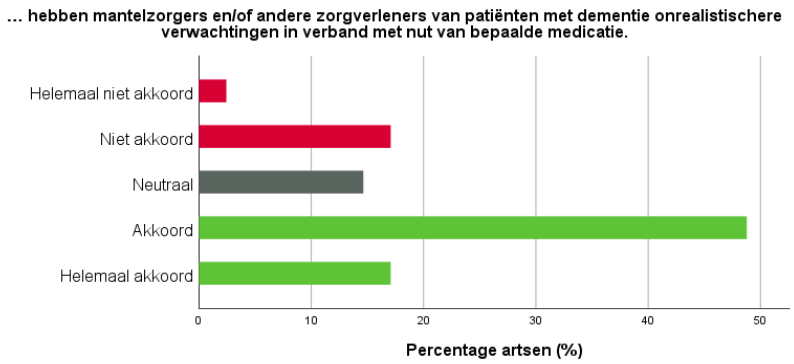
Voor 65,9% van de ondervraagde artsen bleek het **afbouwen van medicatie een prioriteit** (12 artsen gaven aan helemaal akkoord te gaan met deze stelling, 15 gaven aan akkoord te zijn). Van de 41 artsen gaven 3 artsen (7,3%) het omgekeerde aan. 2 artsen gaven aan niet akkoord te zijn, 1 arts was helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

6.1.2.5 Kennis rond richtlijnen

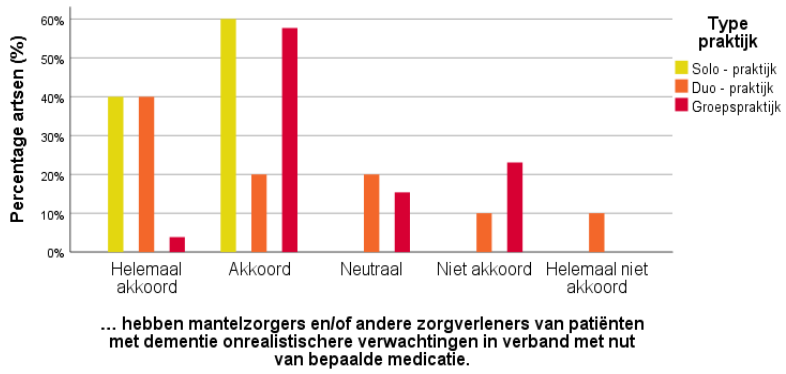


17 artsen (41,4%) vonden dat zij **goed op de hoogte waren van de guidelines rond afbouw van medicatie** en pasten deze ook toe in de praktijk. 3 artsen waren helemaal akkoord met de stelling, 14 akkoord, 12 artsen (29,2%) bleken niet vertrouwd met deze guidelines. 9 artsen waren niet akkoord, 3 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

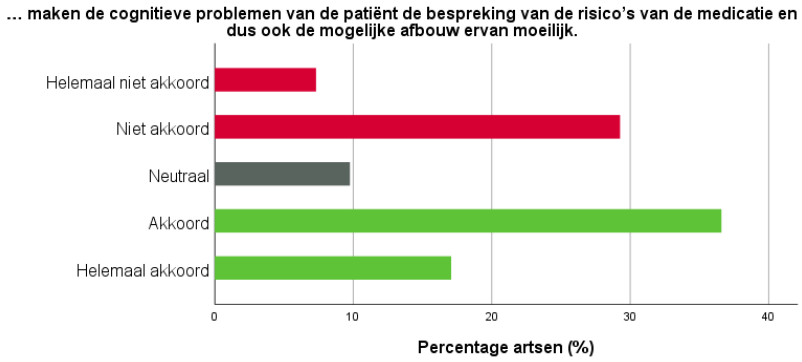
6.1.3 Stelling: In vergelijking met een niet-dementerende patiënt (in gelijkaardige gezondheidstoestand)…



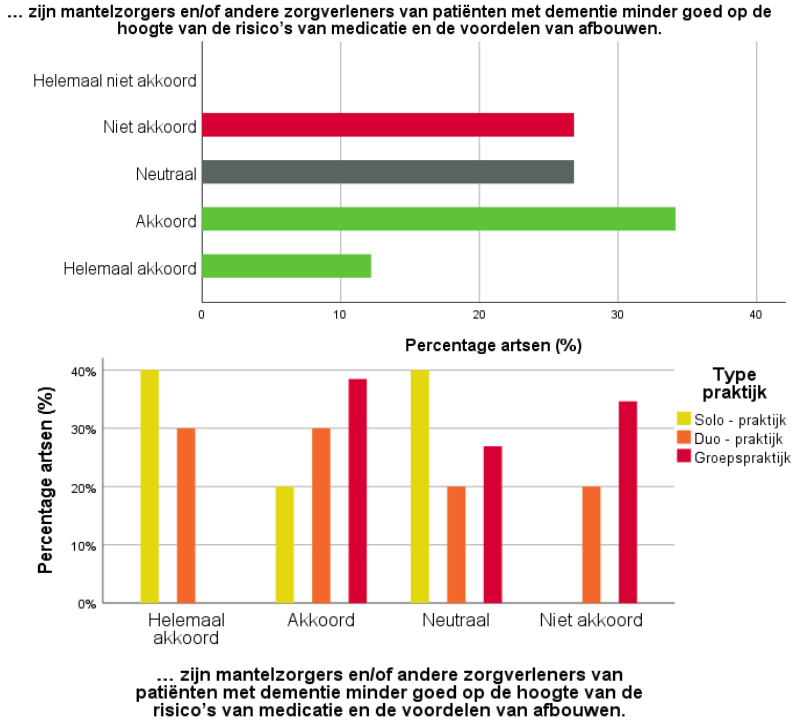
Bij het vergelijken van een demente patiënt met een niet-demente patiënt vonden de ondervraagde artsen vooral dat **de onrealistische verwachtingen van mantelzorgers of andere zorgverleners** zorgden voor moeilijkheden bij het afbouwen.



27 van de ondervraagde artsen gaven aan akkoord te zijn met deze stelling (65,9%), waarvan 7 artsen volledig akkoord waren. 8 artsen gaven aan niet akkoord te zijn met deze stelling, waarvan 1 arts helemaal niet akkoord was. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd of het al dan niet zijn van CRA-arts. Op basis van het type praktijk werd wel een significant verschil opgemerkt met de Fisher's exact test (P = 0,024). Artsen in een solopraktijk gingen vaker akkoord met deze stelling dan artsen in een duo- of groepspraktijk.

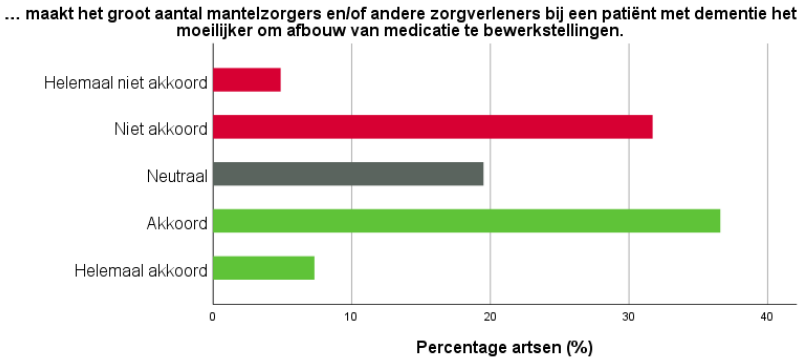


Het merendeel van de ondervraagde artsen vond **de cognitieve problemen van een demente patiënt** ook een belemmerende factor bij het afbouwen van medicatie. Van de ondervraagde artsen gingen 22 artsen akkoord met deze stelling (53,7%), waarvan 7 helemaal akkoord. 15 artsen gingen niet akkoord (36,6%), waarvan 3 artsen helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

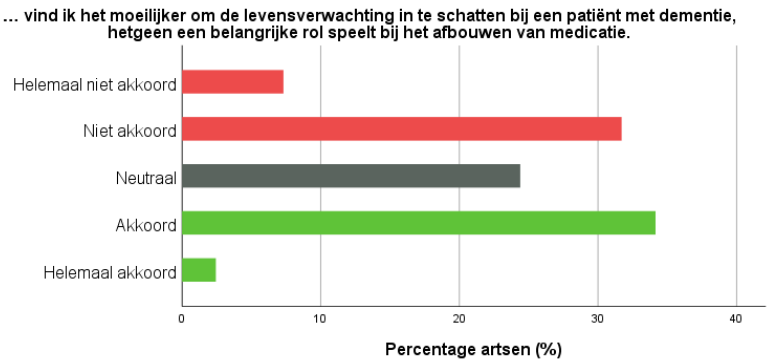


De (soms gebrekkige) **kennis rond de risico's van medicatie bij mantelzorgers en andere zorgverleners** werd door de ondervraagde artsen minder eenduidig als struikelblok gezien. 19 artsen gaven aan akkoord te zijn met deze stelling (46,3%), waarvan 5 artsen volledig akkoord waren. 11 artsen waren niet akkoord met deze stelling (26,8%), geen enkele arts was helemaal niet akkoord.

Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd of het al dan niet zijn van CRA-arts. Op basis van het type praktijk werd wel een significant verschil opgemerkt met de Fisher's exact test (P = 0,033). Artsen in een duo- of groepspraktijk gingen vaker niet akkoord met deze stelling dan artsen in een solopraktijk.

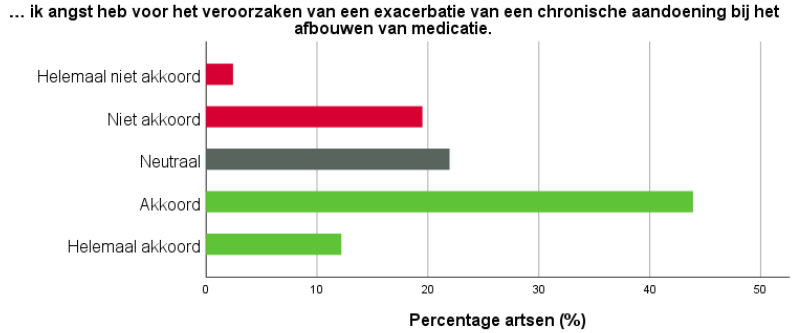


Ook over het effect op afbouw van **het groot aantal mantelzorgers bij demente patiënten** waren de meningen verdeeld. 18 artsen gaven in de vragenlijst aan akkoord te zijn met deze stelling (43,9%), waarvan 3 artsen helemaal akkoord waren met deze stelling. 15 artsen gaven aan niet akkoord te zijn met deze stelling (36,6%), waarvan 2 artsen helemaal niet akkoord waren met deze stelling. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



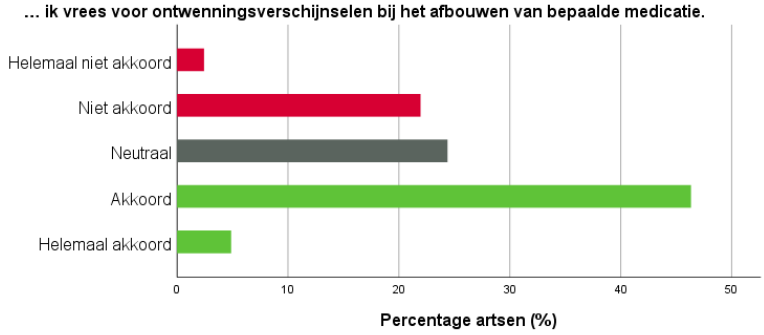
Ten slotte bleek het **inschatten van de levensverwachting bij een demente patiënt** voor een (beperkte) meerderheid van de ondervraagde artsen geen obstakel bij het afbouwen van medicatie. Van de ondervraagde artsen gingen maar 15 artsen akkoord met deze stelling (36,6%), waarvan 1 arts volledig akkoord. 16 artsen antwoordden niet akkoord (39%), waarvan 3 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

6.1.4 Stelling: Het afbouwen van medicatie bij patiënten met dementie is moeilijk omdat…

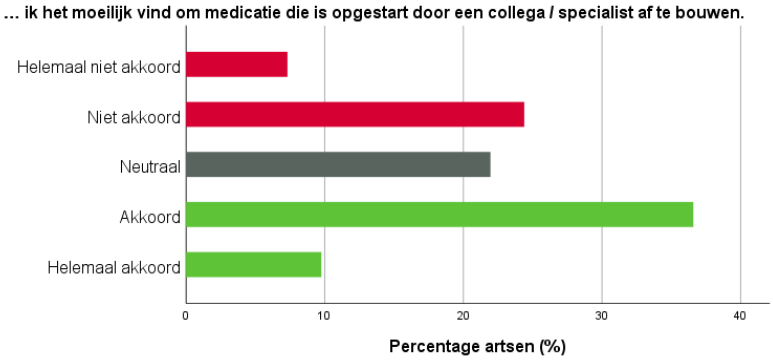


Bij het bevragen van de moeilijkheden bij het afbouwen kwam **de angst voor het veroorzaken van een exacerbatie van een chronische aandoening** als grootste moeilijkheid naar boven. 23 van de ondervraagde artsen gingen akkoord met deze stelling (56,1%), waarvan 5 artsen

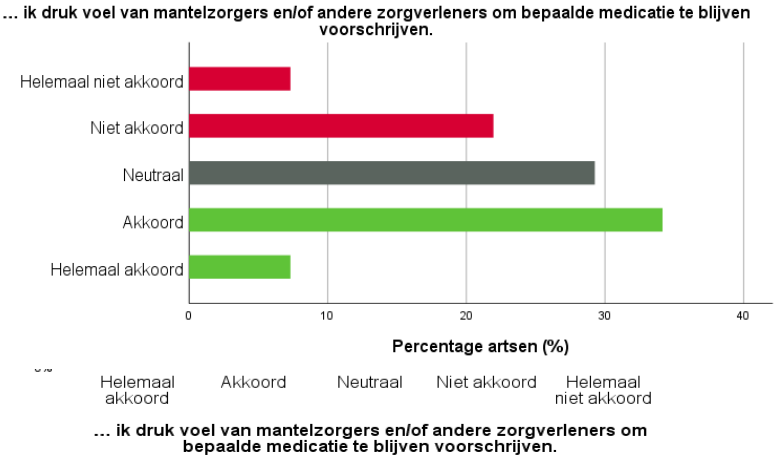
volledig akkoord waren. 9 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (21,9%), waarvan 1 arts helemaal niet akkoord was. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



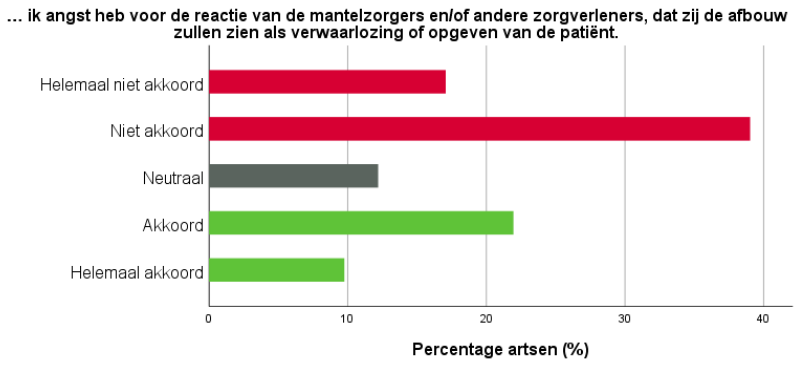
Angst voor ontwenningsverschijnselen bij het afbouwen was voor de meeste artsen ook een reden om het niet te doen. 21 artsen gingen akkoord met deze stelling (51,2%), waarvan 2 artsen helemaal akkoord waren. 10 artsen gingen niet akkoord (24,4%), waarvan 1 arts helemaal niet akkoord was. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



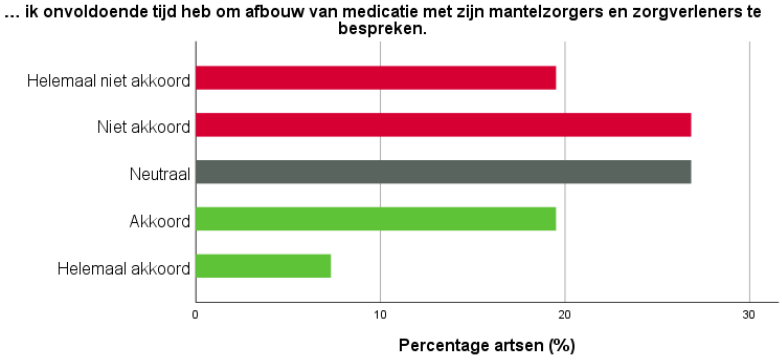
Ook **medicatie die opgestart is door een collega-huisarts of specialist**, is voor een groot deel van de artsen een mogelijk obstakel bij het afbouwen van medicatie, doch hier waren de meningen eerder verdeeld. 19 artsen gingen akkoord met deze stelling (46,3%), waarvan 4 helemaal akkoord. 13 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (31,7%), waarvan 3 artsen helemaal akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



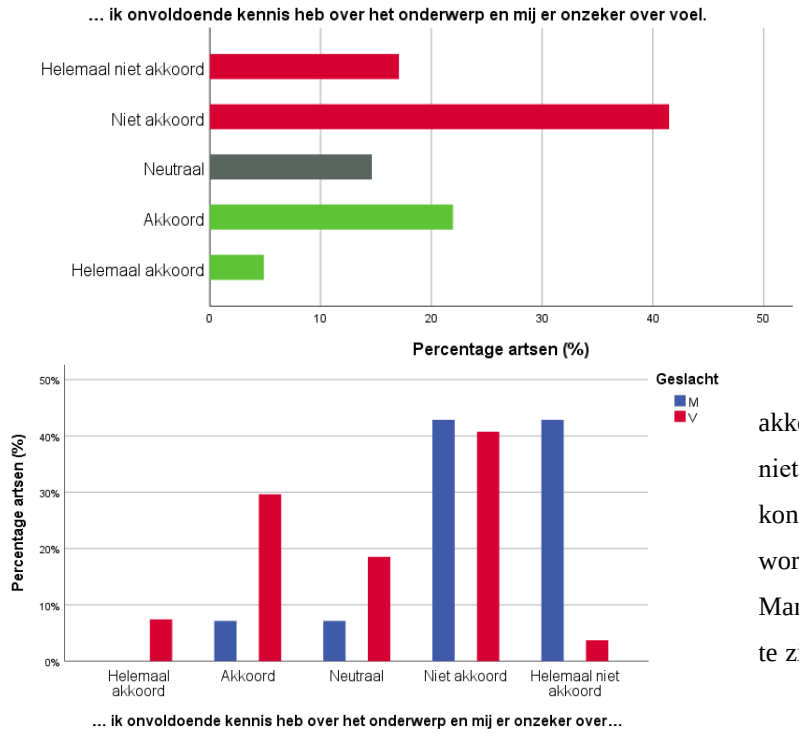
Iets minder dan de helft van de ondervraagde artsen ervaart **druk van mantelzorgers of andere zorgverleners om medicatie te blijven voorschrijven.** 17 artsen gingen (41,5%) akkoord met deze stelling (3 artsen gingen helemaal akkoord en 14 artsen gingen akkoord). 12 artsen (29,3%) gingen niet akkoord met deze stelling (3 helemaal niet akkoord, 9 akkoord). Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts. Er kon wel een significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht (P=0,037) aan de hand van de Fisher's Exact test.



De reactie van mantelzorgers of andere zorgverleners houdt huisartsen dan weer niet tegen om medicatie af te bouwen. 13 artsen gingen akkoord met deze stelling (31,7%) waarvan 4 artsen helemaal akkoord waren. 23 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (56,1%), waarvan 7 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



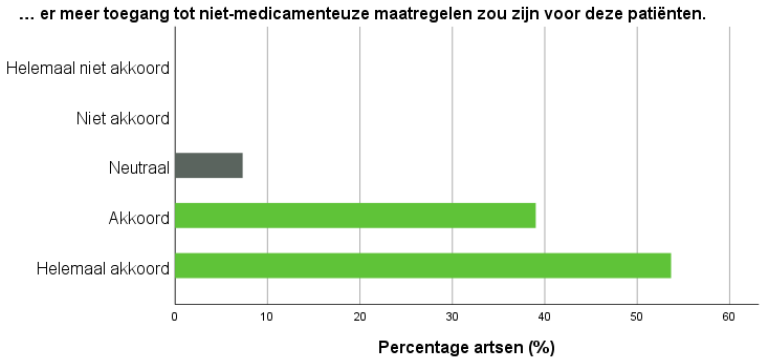
Slechts een klein deel van de ondervraagde artsen vond dat ze **onvoldoende tijd hebben om afbouw van medicatie met mantelzorgers en zorgverleners te bespreken.** 11 artsen gingen akkoord met deze stelling (26,8%), waarvan 3 artsen helemaal akkoord. 19 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (46,3%), waarvan 8 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



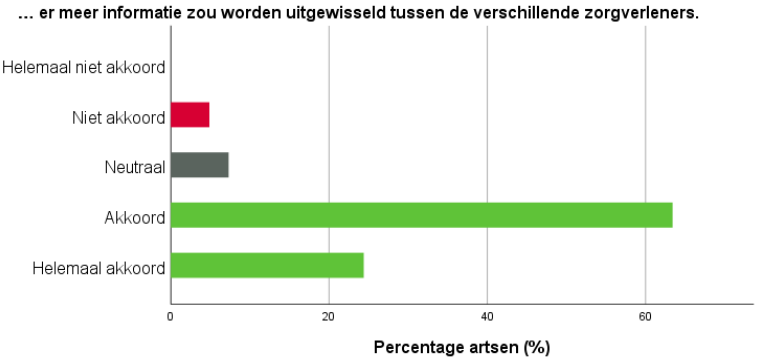
Ten slotte bleek dat **onvoldoende kennis of onzekerheid rond het onderwerp** artsen voor het merendeel niet tegenhoudt om medicatie af te bouwen. 11 artsen gingen akkoord met deze stelling (26,8%) waarvan 2 artsen helemaal akkoord waren. 24 van de ondervraagde artsen waren niet akkoord (58,5%), waarvan 7 helemaal niet akkoord. Met de Fisher Exact's test kon een significant verschil aangetoond worden op basis van geslacht (P=0,015). Mannelijke artsen gaven vaker akkoord te zijn met deze stelling dan vrouwelijke

artsen. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van leeftijd, het type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

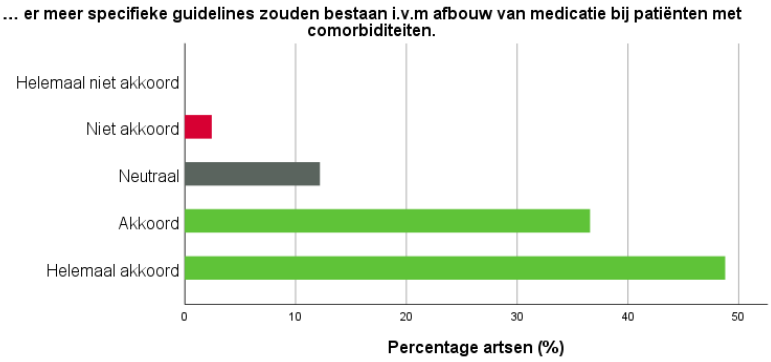
6.2 Stelling: Het afbouwen van medicatie bij patiënten met dementie zou vlotter verlopen als…



Uit de vragenlijst bleek dat **een betere toegang tot niet-medicamenteuze maatregelen** het belangrijkste hulpmiddel zou zijn voor het afbouwen van medicatie bij patiënten met dementie. 38 artsen gingen akkoord met deze stelling (92,7%), waarvan 22 helemaal akkoord waren. Geen enkele arts ging niet akkoord met deze stelling (0 %). Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

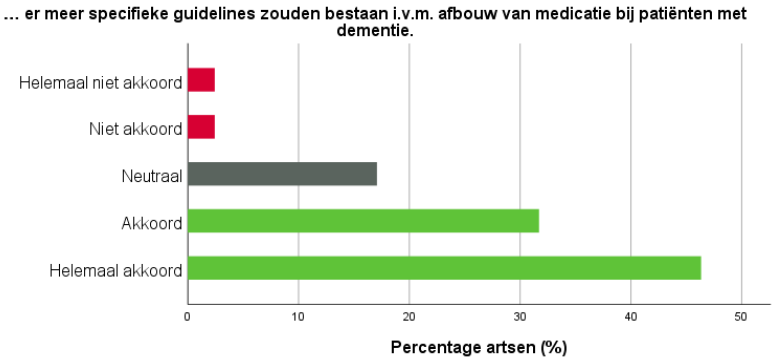


Een betere uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgverleners van een demente patiënt zou ook voor het overgrote merendeel van de ondervraagde artsen het afbouwproces kunnen vergemakkelijken. 36 artsen gingen akkoord met deze stelling (87,8%), waarvan 10 helemaal akkoord waren. Slechts 2 artsen gingen niet akkoord (4,9%) met deze stelling, waarvan 0 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

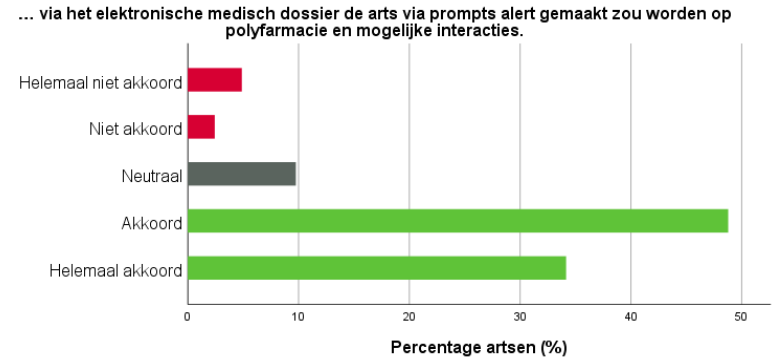


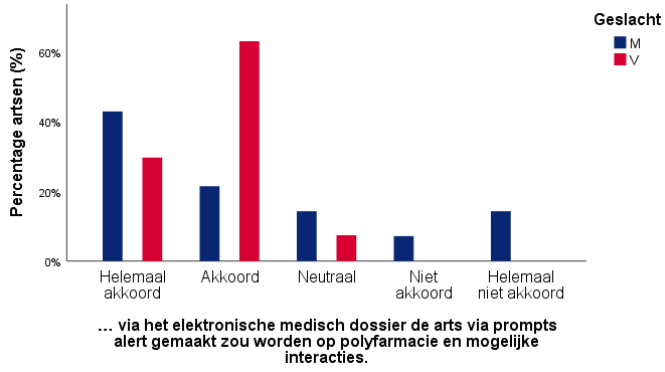
Kijken we naar de richtlijnen rond medicatie-afbouw, gaf een grote meerderheid van de ondervraagde artsen aan dat **specifieke richtlijnen rond de afbouw van medicatie bij patiënten met co-morbiditeiten** hen zou kunnen helpen bij de afbouw van medicatie. 35 artsen gingen akkoord met deze stelling (85,4%), waarvan 20 helemaal akkoord waren.

1 arts ging niet akkoord (2,4%), 0 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

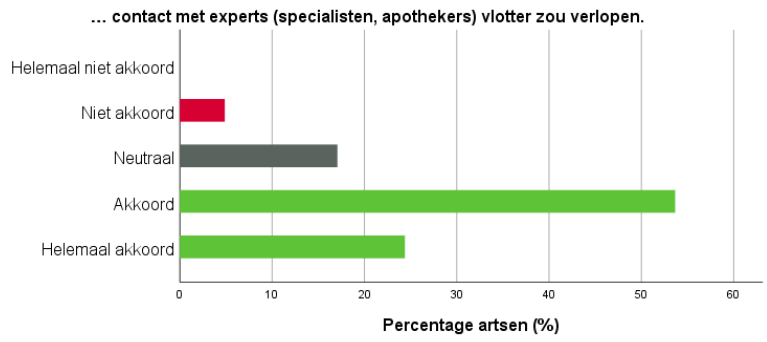


Ook **specifieke richtlijnen rond afbouw bij patiënten met dementie** leken de ondervraagde artsen te missen. 32 artsen gingen akkoord met deze stelling (78%), waarvan 19 artsen helemaal akkoord waren. Slechts 2 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (4,9%), waarvan 1 arts helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

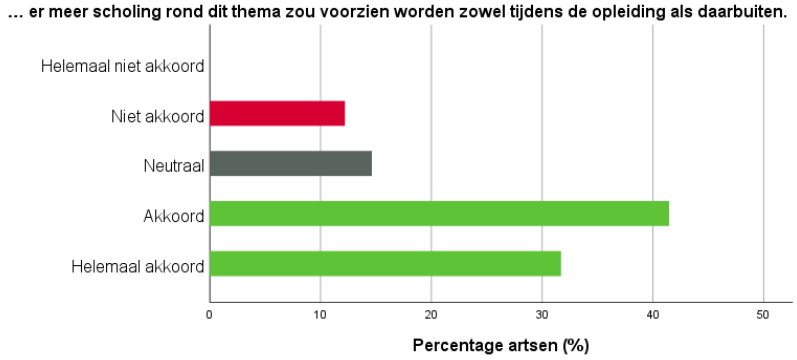




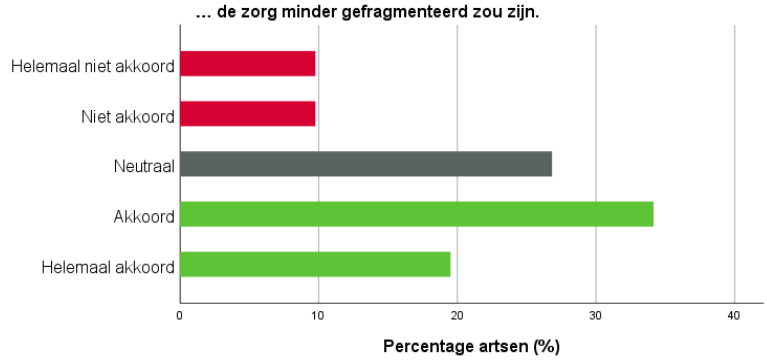
Technologie kan ook een rol spelen bij het afbouwen van medicatie. De meeste artsen zouden het wel nuttig vinden moesten zij via hun elektronisch programma alert gemaakt worden op polyfarmacie of een mogelijke interactie. 34 artsen gingen akkoord met deze stelling, waarvan 14 helemaal akkoord. Slechts 3 artsen gingen niet akkoord (7,3%), waarvan 2 helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts. Er kon wel een significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht (P=0,023) aan de hand van de Fisher's Exact test. Vrouwelijke artsen gaven vaker aan akkoord te zijn met deze stelling dan mannelijke artsen.



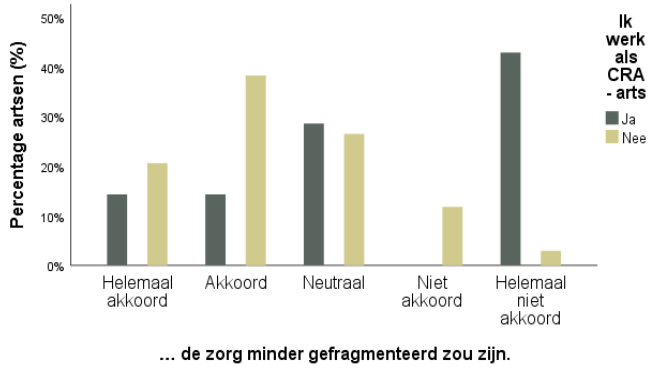
Ondervraagde artsen lijken ook **contact met experts** te missen. 32 artsen gingen akkoord met deze stelling (78,0%), waarvan 10 artsen helemaal akkoord waren. Slechts 2 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (4,9%), geen enkele arts was helemaal niet akkoord. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



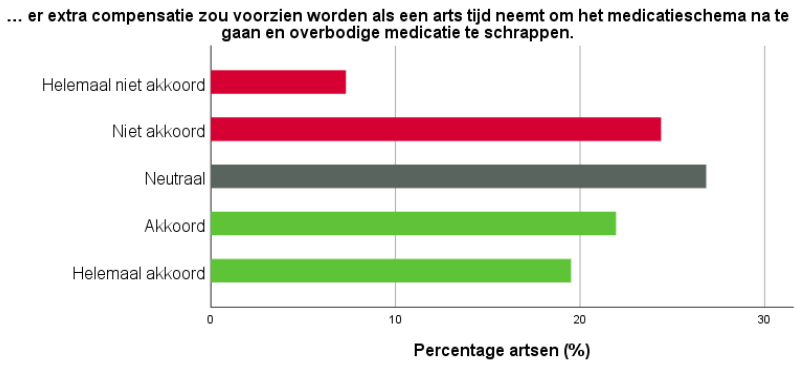
Scholing rond het onderwerp zou artsen ook kunnen helpen bij het afbouwen van medicatie. 30 artsen gingen akkoord met deze stelling (73,2%), waarvan 13 artsen helemaal akkoord waren. 5 artsen gingen niet akkoord (12,2%), waarvan geen enkele arts helemaal niet akkoord was. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.



Een kleine meerderheid van de ondervraagde artsen ervaart de **fragmentatie van de zorg** als een probleem bij het afbouwen. 22 artsen gingen akkoord met deze stelling (53,7%), waarvan 8 helemaal akkoord waren. 8 artsen gingen niet akkoord, waarvan 4 helemaal niet akkoord.



Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd of type praktijk. Er kon wel een significant verschil worden aangetoond op basis van het al dan niet zijn van CRA-arts (P=0,046) aan de hand van de Fisher's Exact test. CRA-artsen gingen vaker niet akkoord met deze stelling in tegenstelling tot niet-CRA-artsen.



Ten slotte was er minder eenduidigheid over **het nut van een vergoeding voor het afbouwen van medicatie** bij de ondervraagde artsen.

17 artsen gingen akkoord met deze stelling (41,5%), waarvan 8 artsen helemaal akkoord waren. 13 artsen gingen niet akkoord met deze stelling (31,7%), waarvan 3 helemaal niet akkoord waren. Er kon geen significant verschil worden aangetoond op basis van geslacht, leeftijd, type praktijk of het al dan niet zijn van CRA-arts.

6.3 Analyse van de interviews

6.3.1 Karakteristieken van de geïnterviewde artsen

Arts	*Geslacht*	*Leeftijd*	*Praktijk*	*Gebied*	*CRA*
HA1	Vrouw	53 jaar	Groepspraktijk	Landelijk	Nee
HA2	Vrouw	46 jaar	Groepspraktijk	Landelijk	Nee
HA3	Man	42 jaar	Groepspraktijk	Landelijk	Nee
HA4	Vrouw	28 jaar	Groepspraktijk	Stedelijk	Nee
HA5	Vrouw	34 jaar	Groepspraktijk	Stedelijk	Nee
HA6	Man	60 jaar	Solopraktijk	Landelijk	Ja
HA7	Vrouw	57 jaar	Groepspraktijk	Stedelijk	Nee
HA8	Man	62 jaar	Solopraktijk	Stedelijk	Ja
HA9	Man	27 jaar	Groepspraktijk	Stedelijk	Nee

6.3.2 Resultaten

6.3.2.1 Visie op afbouw

Het merendeel van de geïnterviewde artsen vindt de afbouw van overbodige medicatie belangrijk. De meeste zeggen de medicatielijst regelmatig onder de loep te nemen, maar geven wel aan dat hier soms enige systematiek in ontbreekt.

"Ik probeer elke keer - maar dat doe ik niet alleen bij demente bejaarden - als ik in een rust- en verzorgingstehuis kom, toch de lijst met medicatie er eens bij te nemen. Wat misschien beter is, is om het nog eens wat explicieter te overlopen, om te kijken of het nog echt nodig is, waarom houden we het etc. Maar ik probeer de lijst er wel elke keer bij te nemen" (HA1, V, 53j)

Een acute verandering in gezondheid van de patiënt is vaak ook een reden om de medicatielijst eens te bekijken, maar een uitgebreid nazicht van de medicatielijst neemt ook wel wat tijd in beslag. Ook bij de eerste contacten met een nieuwe patiënte wordt de medicatielijst bekeken. Voor andere artsen wordt het rusthuis mee betrokken in het medicamenteuze beleid.

6.3.3 Invloed arts-karakteristieken op afbouw van medicatie

6.3.3.1 Onvoldoende kennis of ervaring

Artsen geven te kennen dat een gebrek aan kennis of ervaring hen mogelijk tegenhoudt bij het afbouwen. Voor sommige artsen hangt dit voornamelijk af van het soort medicatie.

"Als je er niet zo vertrouwd mee bent, of niet zoveel gebruikt, ja, dan soms remt je dat om te stoppen omdat je niet helemaal goed weet wat er gaat gebeuren." (HA1, V, 53j)

Jonge artsen gaven dan weer aan dat een gebrek aan ervaring met geriatrische patiënten het soms moeilijker maakt om af te bouwen. Een gebrek aan ervaring bij het afbouwen van medicatie maakt ook dat het mogelijks meer tijd kost om een medicatielijst na te kijken, wat een rem kan zijn bij afbouw. Bovendien is het soms niet duidelijk hoe een geneesmiddel kan worden afgebouwd.

"Dus vooral omdat ik dat niet vaak doe, bij mij misschien meer omdat ik daar nog niet zoveel ervaring mee heb en omdat dat voor mij wel wat tijd inneemt."
(HA4, V, 28j)

Andere artsen vonden dan weer dat het de verantwoordelijkheid van een arts is om na te gaan wat het beste is voor de patiënt.

HA5: "Dus ik denk niet dat onvoldoende kennis over medicament mij tegenhoudt om af te bouwen, nee, dan is het gewoon uw taak als arts om u te gaan informeren en te proberen daar een oplossing voor te vinden." (HA5, V, 34j)

6.3.3.2 Angst voor gevolgen van afbouw

Sommige artsen bouwen niet af omdat ze angst hebben voor de gevolgen, zowel voor de gezondheid van de patiënt als angst voor de reactie van de patiënt of omgeving. Het mogelijks verergeren van een chronische aandoening bij het stoppen van medicatie werd een paar keer vermeld. Bij een stabiele patiënt wordt liever de status quo behouden dan het risico te lopen dat de patiënt achteruitgaat, ook al is een geneesmiddel mogelijks overbodig.

"Dus in die zin denk ik dat het altijd wel beter zou kunnen en dat dat dus ook wel een barrière is. Soms denk je: 'het gaat nu redelijk, laten we het zo houden' - wat niet altijd een goede redenering is, maar wat je soms wel hebt." (HA1, V, 53j)

Soms wil een arts niet het gevoel geven aan de patiënt dat er wordt opgegeven, waardoor medicatie die mogelijk overbodig is, niet wordt afgebouwd.

6.3.3.3 Alert blijven

Sommige artsen gaven aan dat zij soms niet afbouwen omdat ze er gewoon niet aan denken. Meer alert zijn voor het probleem, eventueel met een reminder of incentive, zou hen kunnen helpen.

6.3.4 Invloed van patiëntkarakteristieken op afbouw van medicatie

6.3.4.1 Fysieke gezondheid

De fysieke gezondheid speelt een rol bij de afbouw van medicatie. Meerdere artsen vermelden dat een **verminderde levensverwachting en levenskwaliteit** bij een demente patiënt invloed heeft op het voorschrijfgedrag.

"De verminderde levenskwaliteit heeft toch een invloed op het beslissen van 'Hoeveel pilletjes gaan ze nemen?'" (HA7, V, 57j)

De **biologische leeftijd** van een patiënt is bij de behandeling voor één arts echter belangrijker dan de werkelijke leeftijd.

Het aantal co–morbiditeiten speelt ook een rol bij het voorschrijven, deels omdat dit het risico op polyfarmacie verhoogt.

"Als mensen meer morbiditeiten hebben en meer medicatie nemen, is dat altijd wel moeilijker omdat er misschien ook sommige dingen of meerdere dingen worden gegeven. Of als ze weer een nieuw probleem hebben, alles met elkaar wel te maken heeft, als in 'als je dat afbouwt, gaan er misschien andere problemen komen'."(HA4, V, 28j)

Een **verandering in het eetpatroon en slikproblemen** geven ook soms aanleiding om de medicatielijst te bekijken. In het rustoord is er meer controle over hoeveel en hoe vaak patiënten eten. Patiënten eten daardoor bijvoorbeeld minder en vermageren wat een invloed kan hebben op de noodzaak voor medicatie zoals insuline. Ook een verminderde zout- of vochtinname kan invloed hebben op medicatie.

"Veel mensen merken ook in het verloop van het leven dat het moeilijker wordt om die medicatie in te slikken, zeker bij mensen met dementie. Moeilijker om die in te slikken, om die te verwerken, dat ze zich makkelijker verslikken in medicatie, de moeilijkheid van het innemen komt er ook meer en meer bij. Dat is vaak ook een reden dat mensen zeggen van 'dit heeft geen zin meer' - de kans op een slikpneumonie wordt groter dan dat de

meerwaarde van de medicatie er is. Dus als ze zien dat het moeilijker wordt, is dat zeker ook een extra motivatie."(HA5, V, 34j)

Tenslotte is **een plotse achteruitgang** bij een demente patiënt vaak ook een trigger om de medicatie aan te passen.

6.3.4.2 Mentale gezondheid

De cognitieve problemen bij een patiënt met dementie kunnen op verschillende manieren invloed hebben op de medicatie van de patiënt. **Communicatie met een demente patiënt** verloopt vaak moeilijker, waardoor het moeilijk is om in te schatten wat de patiënt zelf wil.

Bij een demente patiënt is er ook **minder aansporing om af te bouwen vanuit de patiënt zelf**, terwijl niet–demente patiënten meer bewust bezig zijn met hun medicatie.

HA7: "Wel, dat is ooit opgestart en ja, in het rusthuis blijft het dan gegeven en daar is er minder ook een vraag vanuit de patiënt zelf van 'heb ik het nog wel nodig?' en dus is het onze taak, denk ik, om dat dan te bewaken. En dat mag misschien toch wel soms wat beter."(HA7, V, 57j)

Anderzijds is het voor veel artsen vaak gemakkelijker om geneesmiddelen af te bouwen bij demente patiënten. Artsen ondervinden bij niet–demente patiënten vaker weerstand bij het afbouwen van medicatie. Een mogelijke reden hiervoor is **angst bij de patiënt zelf**.

"Dat gaat dan toch wel vlotter vaak dan bij mensen in een vroeger stadium of mensen zonder dementie, ja, die vaak meer bezwaren opwerpen tegen de afbouw van medicatie - als je denkt aan slaapmedicatie, bij iemand met dementie die gaat zelf niet meer protesteren als je aan de slaappillen wil komen, terwijl bij mensen thuis, die zijn vaak heel ongerust en bang, die zeggen van 'dat gaat niet gaan, dan slaap ik helemaal niet meer', zij willen dat niet horen. Dus bij dementie, denk ik, is dat vaak iets gemakkelijker, om die stap te zetten."(HA3, M, 42j)

Een niet–demente patiënt heeft mee het **beslissingsrecht bij afbouw**, terwijl bij een demente de arts eerder zelfstandig kan werken, wat het makkelijker maakt om af te bouwen.

Veranderingen in gedrag door dementie kunnen het ook moeilijk maken om zaken te veranderen.

"Want sommige dementen worden wel echt achterdochtig en dat is het soms heel moeilijk om nieuwe dingen te introduceren."(HA2, V, 46j)

Onrust bij dementie kan dan weer aanleiding geven tot het opstarten van medicatie.

6.3.4.3 Medicatie bij patiënten met dementie

Het type geneesmiddel heeft ook een invloed op de afbouw ervan, zeker bij demente patiënten. Zo is het voor de meeste geïnterviewde artsen gemakkelijker om **preventieve medicatie** af te bouwen bij patiënten met dementie dan bij patiënten zonder dementie.

"Als je iets neemt dat heel belangrijk is omdat het problemen binnen 10 jaar kan vermijden, dat in het kader van preventieve zaken belangrijk is, gaat dat bij een dementerende rusthuispatiënt minder essentieel worden, denk ik."(HA7, V, 57j)

Ook is er veel aandacht voor **nevenwerkingen van medicatie** bij deze groep patiënten. **Sederende medicatie** is iets waar artsen over het algemeen alert voor zijn.

"Dat je naar sederende medicatie toe, dat die angst verandert, dat die patronen veranderen, dat die reactiepatronen veranderen en dat je natuurlijk ook met een deel dingen als anxiolytica die sommigen al langer nemen, dat je daar dan op den duur eerder wat omgekeerde effect krijgt, dat je dan niet moet zeggen van 'we zullen nog iets anders bijgeven', maar dan eerder het medicament stoppen en zien wat het effect daarvan is voordat we iets anders starten."(HA6, M, 60j)

6.3.5 Invloed van andere zorgverleners op afbouw van medicatie

6.3.5.1 Verpleegkundigen

De verpleegkundige wordt in het rusthuis vaak betrokken bij de zorg van een demente patiënt. De meeste artsen zullen bij een bezoek aan een demente patiënt eerst eens toetsen bij de verpleegkundige. Ook bij de afbouw van medicatie is het voor vele artsen nuttig om met de verpleegkundige in overleg te gaan.

Verpleegkundigen kunnen voor sommige artsen ook wel enige invloed uitoefenen op het medicatiebeleid. Vooral voor het starten van medicatie bij onrust of verwardheid ervaren artsen vaak druk van de verpleegkundigen. Een mogelijke verklaring is een beperkte draagkracht bij de verpleegkundigen en zorgkundigen of dat zij de risico's van bepaalde geneesmiddelen onderschatten.

"Vooral bij verwardheid, bij onrust, is heel vaak vraag. Het is heel erg afhankelijk van rusthuis tot rusthuis, ik denk dat het eerder samenhangt met de draagkracht van de verpleging en het verzorgend personeel, maar er is gemakkelijk vraag naar opstart."(HA5, V, 34j)

Anderzijds zou een goede relatie en goede communicatie tussen de arts en verpleeg- en zorgkundigen in het rusthuis het beleid rond afbouw kunnen vergemakkelijken.

"Het is natuurlijk een groot voordeel hoe dat we hier werken, dat is dat we met een relatief klein rusthuis werken waar dat we de verpleging en de verzorgenden nogal goed kennen, wat ook al heel wat jaren zo is, wat dat denk ik wel wat voordelen geeft, dat uiteraard."(HA3, M, 46j)

Vraag van de verpleegkundige uit om af te bouwen, ervaren de artsen minder. Mogelijks komt dit door een hiërarchie-verhaal tussen arts en verpleegkundige. Wel is er vaak een positieve reactie op het reduceren van het aantal geneesmiddelen

6.3.5.2 Collega-arts

De **specialist** wordt minder frequent betrokken bij de afbouw van medicatie bij patiënten met dementie. De huisartsen zullen contact opnemen bij specifieke gevallen of bij twijfel over medicatie, maar over het algemeen is er bij de meeste artsen geen routinematig overleg. Bij patiënten met dementie in het rustoord is dit voor sommige artsen sowieso minder belangrijk, omdat zij zelden in contact komen met de 2de lijn. Bij deze patiënten is er soms wel overleg, maar dan vooral met de geriater rond medicatie of dementie-gerelateerde problemen zoals gedragsproblemen.

"Weinig, eigenlijk heel weinig, zo mensen, ja die gaan ook niet meer naar de 2de lijn tenzij dat er heel acute moeilijk te verzorgen complicaties zouden zijn, maar bijvoorbeeld, ja, de cardioloog of een neuroloog, in die fase, zijn die eigenlijk niet meer echt betrokken. Eventueel wat bijvoorbeeld wel, ooit al wel eens zeldzaam is gebeurd, dat is bijvoorbeeld in het kader van gedragsproblemen, ja, toch eens een advies van een neuroloog bijvoorbeeld. Maar dat zijn toch eerder uitzonderingen." *(HA3, M, 42j)*

Dat de medicatie opgestart werd door een specialist, is voor de meeste van de geïnterviewde artsen geen probleem om iets af te bouwen. Het is voor hen belangrijker om naar de algemene situatie van de patiënt te kijken.

"Je moet het zien in het kader, nee, die specialist kent soms de mensen niet zo goed, soms is het al, dat ik dat vroeger al eens geprobeerd heb en weet dat dat niet gaat bij deze mensen. Nee, daar heb ik geen probleem mee."(HA8, M, 62j)

Vaak wordt er bij twijfel ook overlegd met de **collega's in de praktijk.**

6.3.5.3 Apotheker

Hoewel de apotheker zeker een rol speelt bij het medicamenteuze beleid van een patiënt, worden deze zelden betrokken bij deze groep patiënten. Overleg met een apotheker lijkt de meeste artsen wel nuttig, maar moet praktisch haalbaar zijn. Bij één van de artsen gebeurde reeds zo'n overleg met de apotheker met succes, maar het nut van deze samenwerking is sterk afhankelijk van de visie en werkwijze van de apotheker.

"[We hebben geluk] dat we met een apotheker werken die wel vertrouwen en waarvan dat we weten dat die goed werkt, en dat die ook evidence based werkt en dat die signaleert als er problemen zich voordoen, maar dat is natuurlijk niet overal zo, dus dat zou wel het risico kunnen inhouden dat er medicatie maar wordt verlengd waar dat er eigenlijk misschien niet zo'n goede indicatie meer voor is."(HA3, M, 42j)

6.3.6 Invloed van de mantelzorgers op afbouw van medicatie

De betrokkenheid van de mantelzorgers bij het medicatiebeleid is erg wisselend voor de verschillende artsen. Sommige artsen bouwen enkel af na overleg met de omgeving, andere doen dit eerder op zelfstandige basis. De mantelzorgers kunnen zowel een positieve als negatieve invloed uitoefenen op de afbouw van medicatie. Soms komt de vraag vanuit de omgeving om weinig medicatie te geven.

"Daar heb je ook weer de twee soorten in, je hebt er die dat zeggen 'moet ons moeder of ons vader al die pillen wel blijven nemen' en dan moet je soms uitleggen dat het echt wel nodig is, waarvoor die dienen en zo. Anderen moet je inderdaad ook overtuigen om dat het echt niet nuttig is of zelfs niet zo opportuun meer is om die te blijven nemen, omwille van nevenwerkingen, veranderde situaties, veranderde, ja, lichamelijke dingen of mentale dingen…"(HA2, V, 46j)

Een mogelijke reden hiervoor is het financiële aspect. Ook de verminderde levensverwachting en levenskwaliteit bij patiënten met dementie is soms voor mantelzorgers een reden om medicatie te willen verminderen. Anderzijds zijn er mantelzorgers die zich erg verzetten tegen het afbouwen van medicatie. Dit komt mogelijks door bezorgdheid rond de gevolgen van het afbouwen van deze medicatie of het gevoel dat de patiënt wordt opgegeven door de arts.

"Het gekke is soms dat mensen het gevoel hebben, van het wordt opgegeven. Je geeft op, je laat de patiënt eigenlijk gaan, terwijl je natuurlijk niet doodgaat van een statine te stoppen, maar dat geeft zowel soms het gevoel aan mensen."(HA5, M, 42j)

Het is op dat moment belangrijk dat de arts een duidelijke uitleg geeft rond de afbouw en deze stapsgewijs aanpakt.

"Maar ja, de mantelzorgers, daar is het ook belangrijk om heel open over de voor - en nadelen van medicatie te spreken, van sufheid en kwaliteit van leven en zo, en dat je dat heel open bespreekt. Dan merk je wel dat mensen er wel begrip voor hebben en je kan dan ook duidelijke afspraken maken […] Dat wordt, naar mijn weten, altijd wel geapprecieerd."(HA6, M, 60j)

6.3.7 Invloed van organisatorische zaken op afbouw van medicatie

6.3.7.1 Tijdgebrek

Voor sommige artsen is tijdgebrek een belangrijke belemmerende factor bij het afbouwen. Dit kan zijn omdat de arts onvoldoende tijd heeft om de medicatielijst in detail te kunnen bekijken.

"Als je zegt van 'nu ga ik die medicatieschema's eens onder de loep nemen, ja, zelf als je dat, gewoon maar eens bekijkt, moet je dat wel in zijn geheel bekijken, 'moet dat nog, moet dat nog' - daar steek je weer extra tijd in en dat moet af en toe, maar als het druk is, dan neem je daar de tijd niet voor. En als het altijd druk is, ja, dan op de duur heb je het een hele tijd niet gedaan."(HA2, V, 46j)

Tijd om een overleg te plannen rond medicatie-afbouw is voor sommige artsen ook niet praktisch haalbaar.

Tijdgebrek bij het verzorgend personeel kan ook invloed hebben op het medicamenteuze beleid.

Toch merkten veel artsen op dat zij tijd maken om de medicatie af te bouwen en dat dit geen excuus mag zijn om het niet te doen.

HA8: De tijd die je hebt, is de tijd die je zelf daarvoor neemt, hé. Er is niemand die een tijd oplegt. Dus als dat wat meer tijd vraagt, dat zal dat zo zijn, hé. Maar ik vind niet...Allee, bij mij wordt er ook niet een bepaalde tijd van bovenuit opgelegd, ik bepaal dat zelf hé. (HA8, M, 62j)

6.3.7.2 Technologie

Technologie speelt voor de geïnterviewde artsen momenteel nog geen grote rol bij het afbouwen. Sommige artsen gebruiken wel een module die aangeeft wanneer er interacties zijn tussen de verschillende geneesmiddelen, maar dit met wisselend succes. Of technologie een grote hulp zou kunnen betekenen bij afbouwen, wordt in twijfel getrokken door de geïnterviewde artsen.

"Ik denk niet dat het makkelijker is voor een computer om te beslissen wat er kan afgebouwd worden. Behalve dan als het zelf linken kan maken met diagnoses enzovoort maar dan moet alles er perfect in staan."
(HA9, M, 27j)

De automatisering van het voorschrijven van chronische medicatie in rusthuizen is soms ook een drempel om medicatie af te bouwen, omdat artsen minder met hun neus op de feiten worden gedrukt.

"Herhaalmedicatie, dat gaat eigenlijk ook een soort semi-automatisch. Dat is misschien niet zo ideaal, de apotheker maakt gewoon een soort lijst van medicatie die nodig is en dat wordt eigenlijk automatisch verlengd, eigenlijk zelf zonder dat we dat zien. (HA3, V, 34j)

Waar technologie eventueel wel een hulp zou zijn voor de artsen is in de vorm van een goed onderhouden globaal dossier dat hetzelfde is in de praktijk en in het rusthuis. Ook een module die aangeeft hoe een geneesmiddel veilig kan worden afgebouwd, leek een nuttige toevoeging.

"Het medisch dossier, in sommige rusthuizen is het al, dat wij het als arts ook elektronisch invoeren, maar in de meeste rusthuizen is het gewoon een papieren dossier en heeft de verpleging een verzorgdossier op de computer. Maar dat is dus ook helemaal niet gelinkt aan CareConnect, niet via eHealth, want dat zou eigenlijk gemakkelijk zijn."(HA5, V, 34j)

6.3.7.3 Vergoeding

In de literatuur wordt vermeld dat een extra vergoeding voor de arts voor het afbouwen van medicatie hem zou kunnen aansporen om dit vaker te doen, maar daar gaan de meeste van de geïnterviewde artsen niet mee akkoord Voor hen hoort dit tot de zorg van de patiënt en hoeft dit niet apart vergoed te worden.

HA7: "Persoonlijk vind ik dat dat hoort tot uw taak en dat dat binnen het nomenclatuurnummer gerust kan behoren bij onze normale huisbezoeken die we doen. Als je voor elke mini-act een aparte nummer gaat hebben... Ik vind dat eigenlijk behorend tot de consultatie. Ik heb dat niet nodig. Ik vind eigenlijk dat dat een plicht is om u daar, allee, dat mag geen reden zijn om dat niet te doen." (HA7, V, 56j)

Voor één van de artsen zou een vergoeding voor een overleg rond afbouw van medicatie wel gepast zijn.

"Het is niet zo dat ik vind dat dat overleg sowieso moet gebeuren, maar ik denk dat heel de organisatie wat moet veranderen en daar zit denk ik ook een vergoeding voor overleg bij."(HA1, V, 53j)

Een andere arts leek het dan weer nuttiger moest de vergoeding voor andere doeleinden gebruikt worden.

"Als dat een beetje gestimuleerd wordt, ik denk dat ze ons meer kunnen stimuleren door meer geld in apothekers te steken - dat zij daar meer tijd in kunnen steken bijvoorbeeld of dat ze beter geld kunnen steken in duidelijke richtlijnen dan in huisartsen daar extra voor te betalen om dat te doen."(HA4, V, 57j)

6.3.7.4 Richtlijnen en opleiding

Slechts een minderheid van de geïnterviewde artsen maakt gebruik van de richtlijnen rond afbouw. Bij de afbouw van medicatie gaan zij dan eerder af op ervaring, hetzij omdat ze niet vertrouwd zijn met de richtlijnen, hetzij omdat ze deze richtlijnen niet nuttig vinden.

"Ik ben niet zo een guideline-liefhebber. Dat is iets nieuwer, dat is erbij gekomen. Het is zelden...Maar ik weet, soms, ik weet, ik ben op de hoogte van die guidelines en ik weet dat ze bestaan. Als ik zou twijfelen, zou ik er wel eens naar kijken voor te zien wat er eigenlijk is. Maar dat heeft in mijn praktijk..dat staat niet vooraan." (HA8, M, 62j)

De artsen die wel gebruik maken van richtlijnen vermelden voornamelijk de START/STOPP–criteria. Ook BCFI en EBM-Practicenet werden vermeld als bron. Voor sommige artsen zijn richtlijnen een goede houvast bij het afbouwen, als ze in de praktijk goed toe te passen zijn. Anderzijds zijn ze vaak niet concreet genoeg en moeilijk toe te passen op een specifieke situatie.

"De guidelines die ik gevonden heb, waren steeds niet genoeg van toepassing op mijn patiënt. Ze zijn meestal wat flou en geven veel ruimte voor speling."(HA9, M, 28j)

Enkele artsen waarschuwen ook voor het gevaar van te veel richtlijnen. Hierdoor kan de arts soms moeilijk bijbenen. Opleiding rond het onderwerp zou de huisarts hierin kunnen begeleiden.

"Ik vind soms het gevaar van te veel guidelines, ik vind een guideline nuttig als naslagwerk om op terug te grijpen als je zelf niet voortkan in een situatie of als je het gevoel hebt van 'ik ben hier niet genoeg in onderlegd, ik wil mij daar in bijscholen', maar ik vind dat ook dat een overaanbod aan guidelines, dat dat geen meerwaarde biedt, niet als een meerwaarde in de praktijk. […] Maar dus een nieuwe guideline, voor mij mag er een nieuwe guideline komen, maar dan moeten ze ze misschien ook goed verspreiden of kenbaar maken, dat hij ook tot bij de huisartsen geraakt natuurlijk."(HA5, V, 34j)

6.3.7.5 Niet – medicamenteuze maatregelen

Niet–medicamenteuze maatregelen zijn bij patiënten met dementie erg belangrijk, voornamelijk bij gedragsproblemen en onrust. De meeste artsen zien dat de toegang hiertoe erg verschilt van rustoord tot rustoord. Soms kan het door de hoge werkdruk moeilijk zijn voor het verzorgend personeel om dit optimaal te doen.

"Je ziet ook wel hier dat het eigenlijk nog veel beter zou kunnen, bijvoorbeeld ook 's nachts is de bezetting heel laag en als er daar 's nacht mensen wakker zijn en dolen, of roepen, ja, dan is er eigenlijk weinig mogelijkheid om daar mee bezig te zijn - en ik denk dat dat in andere rustoorden waarschijnlijk nog erger kan zijn." (HA3, M, 42j)

Toch is het voor de arts soms moeilijk om dit aan te kaarten in het rustoord.

"Je zit op zo'n afdeling met personeel van verschillende opleidingsniveaus en om die allemaal ergens op één lijn te krijgen, dat is niet altijd even simpel. Mensen hebben ook wel soms moeilijk om kritiek te aanvaarden rond hun handelen." (HA6, M, 60j)

6.3.7.6 Setting

Als een patiënt met dementie in thuissetting vergeleken werd met een patiënt met dementie in het rustoord, gaven de meeste artsen aan dat het makkelijker was om af te bouwen bij een patiënt in het rustoord. Dit voornamelijk omdat de patiënt vaak beter omringd werd en door medisch geschoold personeel kon worden opgevolgd.

"Mensen kunnen het goed in het oog houden en kunnen het ook aangeven als het niet gaat om het af te bouwen bijvoorbeeld of het wel gaat. Nu dat vind ik in een rusthuisomgeving gemakkelijker, als dat in een thuissetting is dat moeilijker omdat dan de directe familie, de mantelzorgers, dat eigenlijk moeten interpreteren - en dat is een stuk moeilijker. (HA3, M, 42j)

Eén van de artsen vond het in het rustoord juist moeilijker omdat door het automatisch herhalen van chronische medicatie je meer alert moet zijn.

6.3.7.7 Communicatie met 2de lijn

Tenslotte kunnen er ook fouten gebeuren in de medicatie omdat er onvoldoende informatie wordt overgedragen. Het is ook soms praktisch moeilijk haalbaar om contact op de te nemen met de 2de lijn en de juiste informatie te verkrijgen.

"Het is moeilijker en moeilijker soms om iemand in een ziekenhuis te bereiken, gewoon door het feit dat er veel tussenstadia zijn van secretariaten en zo, maar uiteindelijk als je iemand rechtstreeks aan de lijn hebt gehad, is dat vaak wel waardevoller dan dat je het soms zelf helemaal zit uit te zoeken."(HA5, V, 34j)

7 Discussie

Factoren die het afbouwgedrag bij artsen beïnvloeden werden reeds in de literatuur uitgebreid onderzocht. (9)(11)(15)(16)(17) Veel van de barrières die in de literatuur naar voor kwamen, werden door ondervraagde artsen ook vermeld. Toch zijn er barrières die in de literatuur aan bod komen, maar voor de ondervraagde artsen minder belemmerend waren en vice versa. Mogelijke verklaringen voor deze verschillen kunnen gevonden worden in de kenmerken van de onderzochte patiëntpopulatie en de setting. Bij de analyse van de resultaten konden de verschillende barrières bij de ondervraagde huisartsen ruwweg onderverdeeld worden in 3 categorieën:

1. Gebrekkige kennis en ervaring
2. Tijdgebrek
3. Gebrekkige communicatie of overdracht van informatie

Op basis van deze 3 categorieën zullen we in deze discussie antwoord geven op de onderzoeksvragen, namelijk welke barrières zijn voor de ondervraagde artsen het voornaamst (en hoe verschilt dit met wat in de literatuur staat), wat is de invloed van de onderzochte patiëntenpopulatie op deze barrières en welke oplossingen zien de ondervraagde artsen als nuttig in de toekomst (en hoe verschilt dit met de literatuur)?

7.1 Gebrekkige kennis en ervaring

In de literatuur kwam naar voor dat artsen het afbouwen soms laten door een gebrekkige kennis rond het onderwerp. Artsen hadden moeite om de voor– en nadelen van de medicatie alsook de bijwerkingen en indicaties van deze geneesmiddelen te identificeren. (11)(15) Toch is dit voor ondervraagde artsen in deze thesis minder vaak een reden om een geneesmiddel niet af te bouwen, zoals bleek uit de vragenlijst. In de interviews kan een mogelijke verklaring gevonden worden. Hier gaven veel artsen aan dat ze inderdaad soms enige kennis rond het onderwerp misten, maar dat dit voor hen geen reden is om een geneesmiddel niet af te bouwen. Het verantwoordelijkheidsgevoel bij deze artsen woog dus zwaarder door dan hun gebrek aan kennis. Waarom het afbouwen van medicatie dan toch soms niet gebeurde, heeft verschillende redenen. Angst voor gevolgen van het afbouwen en te weinig alertheid voor het probleem spelen een belangrijke rol. In de literatuur werd angst voor gevolgen vermeld, zowel op medisch vlak als op sociaal vlak (met de patiënt zelf of andere zorgverleners)(11)(16)(15). In deze thesis zien we toch vooral angst rond gevolgen op medisch vlak zoals exacerbaties of ontwenningsverschijnselen, minder rond de reactie van de patiënt of zijn omgeving. De ondervraagde artsen maken zich ook minder zorgen over de reactie van andere zorgverleners. Artsen in deze thesis vinden het bijvoorbeeld vaak niet moeilijk om een geneesmiddel gestart door een specialist af te bouwen, wat in de literatuur wel vaak vermeld werd. (17) Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de kenmerken van de onderzochte patiëntenpopulatie. Bij deze fragiele patiënten primeert voor de ondervraagde artsen het comfort. Zij komen sowieso al minder in aanraking met de 2de lijn. Artsen hebben minder moeite om preventieve medicatie bij deze patiënten af te bouwen juist omdat deze geneesmiddelen minder nuttig zijn bij deze patiëntengroep gezien hun verminderde levensverwachting. Er is bij deze groep ook minder weerstand bij het afbouwen omwille van hun cognitieve problemen. Anderzijds hebben patiënten met dementie in een rustoord vaak verschillende

chronische aandoeningen en dus een hogere kans op polyfarmacie. Het toepassen van de richtlijnen rond afbouwen is vaak moeilijk bij deze patiënten. De status quo wordt liever behouden dan een geneesmiddel te proberen afbouwen zonder dat hiervoor een specifieke houvast voor bestaat. In de interviews kwam ook meermaals de nood voor alertheid voor het probleem naar boven. Artsen geven aan dat zij op de hoogte zijn van de voordelen van afbouwen, maar dat dit vaak aan hun aandacht ontsnapt, dit door tijdgebrek of een gebrek aan routine. Er is vanuit de demente patiënt zelf ook minder vraag om medicatie af te bouwen.

Niet alleen bij de huisarts, maar ook bij andere zorgverleners kan een gebrek aan kennis problemen geven bij het afbouwen. In de literatuur gaven artsen aan dat verpleegkundigen en mantelzorgers soms druk zetten om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven. (11) Dit kwam ook in deze thesis naar boven. Een belangrijk obstakel voor de ondervraagde artsen in de vragenlijst waren de onrealistische verwachtingen van mantelzorgers en andere zorgverleners van bepaalde geneesmiddelen. Zeker bij deze patiëntenpopulatie waarbij slechts weinig beterschap kan verwacht worden. Ook gaf een groot deel van de artsen aan dat deze groep door hun gebrekkige kennis rond de risico's van bepaalde geneesmiddelen druk zet op de arts om te blijven voorschrijven. (11) Bij patiënten met dementie in een rustoord was dit voornamelijk het geval om sederende medicatie voor te schrijven bij onrust. Anderzijds geeft de setting van het rustoord en de medische kennis van de verpleegkundigen een voordeel bij het afbouwen. Patiënten worden beter opgevolgd en ontwenningsverschijnselen worden sneller herkent.

Voor deze populatie zou het afbouwen dus voornamelijk beter verlopen moesten artsen een betere houvast hebben bij het afbouwen en moesten ze van tijd tot tijd alert gemaakt worden voor het probleem. Een specifieke richtlijn en betere opleiding rond het probleem werd in de literatuur aangehaald als mogelijke oplossing. (17) Ook in de vragenlijst en interviews kwam dit naar voren als mogelijke oplossing, al waarschuwden sommige artsen ook voor een teveel aan richtlijnen waardoor artsen door de bomen het bos niet meer zien. Goede toelichting en verspreiding van één duidelijke richtlijn rond afbouw werd als mogelijke oplossing naar voor geschoven.

Technologie zou ook een hulp kunnen zijn. (16) Dit kan helpen de arts alert te maken voor het probleem, maar zou tevens kunnen helpen bij een gebrek aan kennis. In de vragenlijst gaf een merendeel van de artsen aan dat een pop-up hen alert zou kunnen maken op interacties of polyfarmacie. In de interviews gaven artsen aan dat technologie hen zou kunnen helpen bij het veilig afbouwen van geneesmiddelen. Toch pleiten artsen niet voor een volledige automatisering omwille van de vrees voor fouten. Enkele artsen gaven aan dat dit nu al soms voor problemen zorgt bij het afbouwen. Zo worden voorschriften in de Vlaamse rusthuizen vaak vernieuwd zonder tussenkomst van de arts. In welke mate dit een probleem is buiten Vlaanderen, is niet duidelijk aangezien dit probleem niet vermeld werd in de onderzochte literatuur.

7.2 Tijdgebrek

Tijdgebrek kwam in de literatuurstudie frequent naar voor als hindernis bij het afbouwen. Hier ging het voornamelijk specifiek over tijd om geneesmiddelen af te bouwen. (11)(16) Ook in de interviews bleek dit voor sommige artsen een reden om geneesmiddelen te behouden. Artsen gaven aan niet altijd de tijd te hebben om de medicatielijst in detail te bekijken. Hier speelt ook een gebrek aan kennis een rol. Tijdens de interviews werd echter duidelijk dat tijdgebrek ook op een breder niveau voor problemen kan zorgen bij het afbouwen. Wat minder

in de literatuur aan bod kwam was dat er niet alleen tijdgebrek is voor de arts bij het afbouwen zelf (11)(16), maar dat er tevens tijd ontbreekt voor overleg. Enkele artsen gaven aan dat een multidisciplinair overleg rond medicatie met bijvoorbeeld een apotheker hen mogelijk zou kunnen helpen bij het afbouwen van overbodig medicatie, maar dat dit omwille van tijdgebrek praktisch niet haalbaar is. Overleg met andere zorgverleners, mantelzorgers of de patiënt zelf wordt soms ook achterwege gelaten door tijdgebrek. Zeker bij deze patiëntenpopulatie kan dit voor problemen zorgen. Bij de demente patiënt in het rustoord is het bespreken van de medicatie met de patiënt zelf vaak niet meer mogelijk. Besluit de arts een geneesmiddel af te bouwen, zal hij of zij dit dus eerder met de mantelzorgers en andere zorgverleners bespreken. Dit kan veel extra tijd en moeite vergen, mede door het grote aantal zorgverleners bij deze patiënten. Sommige mantelzorgers kunnen zich erg verzetten tegen de afbouw van medicatie, enerzijds omdat ze zich zorgen maken over de mogelijke gevolgen, anderzijds omdat ze het gevoel krijgen dat de patiënt wordt opgegeven door de arts. Het kan dan heel wat tijd vergen om de voordelen van afbouw aan de mantelzorgers te communiceren.

Verder kan tijdgebrek bij het verzorgend personeel ertoe leiden dat er druk wordt gezet op de arts om medicatie voor te schrijven. Voornamelijk bij onrust kan de arts aangespoord worden om sederende medicatie voor te schrijven. Tijdgebrek kan een invloed hebben op de toegang tot niet-medicamenteuze maatregelen, wat bij deze groep patiënten vaak een betere oplossing is. Anderzijds gaven meerdere artsen ook aan dat het belangrijk is om tijd te maken om de medicatielijst te bekijken. Hier komt weer alertheid voor het probleem als een belangrijk gegeven naar voren.

Voor deze patiëntenpopulatie moeten we tijdgebrek dus breder zien dan enkel tijd voor de afbouw van medicatie. Gezien de complexe zorg bij deze patiënten zijn ook bij afbouw van medicatie vaak meer personen betrokken, wat meer tijd kost. Meer dan bij de gemiddelde patiëntenpopulatie moet er bij deze populatie meer tijd en aandacht besteed worden aan afbouw. Sensibilisering rond het onderwerp zou voor sommige artsen mogelijks een duwtje in de rug kunnen betekenen. Dit kan, zoals eerder gezegd, door de kennis rond het onderwerp bij artsen te vergroten aan de hand van een duidelijke richtlijn of opleiding rond het probleem. Door meer ervaring te krijgen in het afbouwen van medicatie zal dit ook vlotter verlopen en minder tijd in beslag nemen.

De oplossing die in de vragenlijst naar voren kwam als het meest waardevol, was de toegang tot niet-medicamenteuze maatregelen. Dit kwam in de literatuur ook naar boven, (16), maar zeker bij een patiënt met dementie is dit een meerwaarde. Ook in de interviews was dit voor artsen een belangrijke tool in de aanpak van gedragsproblemen en onrust. De toegang tot deze maatregelen is echter sterk afhankelijk van rustoord tot rustoord. De hoge werkdruk bij het rusthuispersoneel zorgt er in sommige gevallen voor dat er eerder naar een gemakkelijkere en snellere oplossing zoals medicatie gegrepen wordt, deels door tijdgebrek, deels door een gebrek aan kennis. Voldoende goed geschoold personeel zou de toegang tot niet-medicamenteuze maatregelen kunnen verbeteren en zo de noodzaak tot medicatie kunnen verminderen.

Ten slotte werd in de literatuur beschreven dat een vergoeding artsen mogelijk zou kunnen aanzetten om meer tijd te nemen voor het afbouwen van medicatie.(16) Dit werd door de meeste ondervraagde artsen echter niet gezien als oplossing, tenzij deze vergoeding voor het organiseren van een overleg zou worden voorzien.

Ook zien artsen baat bij bijvoorbeeld een vergoeding voor de apotheker voor de monitoring van medicatie om zo de werkdruk van de arts te kunnen verminderen.

7.3 Gebrekkige communicatie of overdracht van informatie

Als laatste categorie wordt een gebrek aan duidelijke communicatie besproken. Het gaat hier niet alleen om communicatie tussen de verschillende zorgverleners, maar ook communicatie met mantelzorgers en, indien mogelijk, de patiënt zelf. Een vaak aangehaald probleem in de literatuur de gebrekkige communicatie tussen eerste en tweede lijn. (11)(16) Een globaal overzicht gaat zo vaak verloren. Dit kwam ook bij de ondervraagde artsen naar boven. Artsen gaven aan dat er fouten gebeuren bij medicatie na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname omdat niet altijd duidelijk gecommuniceerd wordt waarom een geneesmiddel is gestart of gestopt. Anderzijds is een ziekenhuisopname voor veel artsen bij deze patiëntenpopulatie ook een reden om de medicatielijst nog eens onder de loep te nemen. Artsen gaven ook aan dat een vlot contact met specialisten en andere experts het gemakkelijker maakt om medicatie af te bouwen. Zeker bij specifieke problemen bij deze populatie kan het voor de huisarts nuttig zijn om een specialist te contacteren, mede door het ontbreken van specifieke richtlijnen.

In de literatuur werd ook een goede relatie met de verpleegkundige benadrukt, zeker bij patiënten in een rustoord. (11) Het kan handig zijn omdat zij dagelijks de patiënt kunnen opvolgen en mogelijke veranderingen bij de patiënt sneller opmerken. Voor medicatie kan dit betekenen dat zij sneller nevenwerkingen of ontwenningsverschijnselen opmerken bij het afbouwen. Bij deze populatie benadrukten artsen het belang van een goede communicatie met de verpleegkundige, mede omdat deze patiënten het zelf moeilijk kunnen aangeven. Goede communicatie kan er ook voor zorgen dat een verpleegkundige begrijpt waarom een arts liever geen medicatie start, ondanks een expliciete vraag hiernaar.

Ten slotte kan een gebrekkige communicatie met de patiënt zelf of zijn mantelzorgers afbouw van medicatie bemoeilijken. Enerzijds zou het kunnen dat de patiënt of zijn mantelzorger zich erg verzet tegen de afbouw van medicatie omdat hij de voor- en nadelen van dit geneesmiddel niet goed begrijpt. Anderzijds kan het zijn dat de arts angst heeft voor de reactie van de patiënt of zijn omgeving en daarom een gesprek rond afbouw niet durft aangaan.(11)(15) Bij de demente patiënt is communicatie met de patiënt echter vaak niet mogelijk. Duidelijke communicatie naar de mantelzorgers toe is daarom erg belangrijk. Voor de ondervraagde artsen kan dit erg wisselend verlopen en veel tijd vragen. Toch geven de meeste van de geïnterviewde artsen aan dat afbouw meestal aanvaard wordt indien de arts een duidelijke uitleg hierrond geeft.

Aan de basis van deze communicatieproblemen bij deze patiënten ligt dus voornamelijk de complexiteit van de zorg en de vele zorgverleners die hierbij betrokken zijn. De huisarts kan hier als coördinator optreden, maar dit neemt opnieuw veel tijd in beslag. Een multidisciplinair overleg zou een optie kunnen zijn om met alle zorgverleners duidelijk te overleggen (17), maar dit is voor veel van de ondervraagde artsen praktisch niet haalbaar. Zoals eerder vermeld zou een vergoeding voor zo'n overleg voor enkele artsen dan wel aangewezen zijn. Een andere mogelijke oplossing is het inschakelen van de apotheker. Deze zou mee de medicatielijst kunnen monitoren en de werklast van de arts kunnen verminderen. In de literatuur werd reeds aangetoond dat interventies

door apothekers een positieve impact hebben op het voorschrijfgedrag (11). Apothekers speelden voor sommige artsen met succes al een rol bij het medicatiebeleid van de patiënt.

De uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgverleners kan zeker beter. Een globaal dossier dat door alle zorgverleners gemakkelijk toegankelijk is, zou het gemakkelijker kunnen maken om informatie te delen en het risico op fouten verminderen. (11) Bij deze patiëntenpopulatie hadden artsen vooral graag gezien dat er één globaal dossier bestaat tussen de huisartsenpraktijk en het rustoord. Zo krijgt de arts een beter zicht op de dagelijkse veranderingen bij de patiënt en diens medicatie.

7.4 Toekomstperspectief

Willen we in de toekomst invloed hebben op het voorschrijfgedrag van de artsen bij deze patiëntenpopulatie, moeten we dus voornamelijk invloed uitoefenen op deze 3 categorieën. Een **specifieke richtlijn** rond afbouw van medicatie bij deze populatie zou de afbouw in de toekomst kunnen faciliteren, maar deze moet gepaard gaan met een duidelijke toelichting en goed toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Dit zou ook kunnen helpen bij het **gebrek aan alertheid** voor het probleem, wat voor vele artsen een reden is om hier geen tijd aan te besteden. Zowel voor het gebrek aan kennis als het gebrek aan alertheid kan **technologie** een oplossing bieden, maar vooral **een globaal medisch dossier** zou de complexe zorg van deze patiënten kunnen vergemakkelijken. Ook **multidisciplinaire overleggen** kunnen helpen, maar zijn vaak tijdrovend. Een **vergoeding** voor zo'n overleg zou de artsen kunnen stimuleren om deze overleggen te plannen, maar zou tevens kunnen gebruikt worden om de taken van de arts te delegeren, bijvoorbeeld door samenwerking met apothekers of verpleegkundigen. Apothekers zouden zich op deze manier meer kunnen toespitsen op het monitoren van de medicatielijst, terwijl dit voor verpleegkundigen een stimulans zou kunnen zijn om meer aandacht te geven aan **niet–medicamenteuze maatregelen**.

7.5 Zwaktes en sterktes van deze thesis

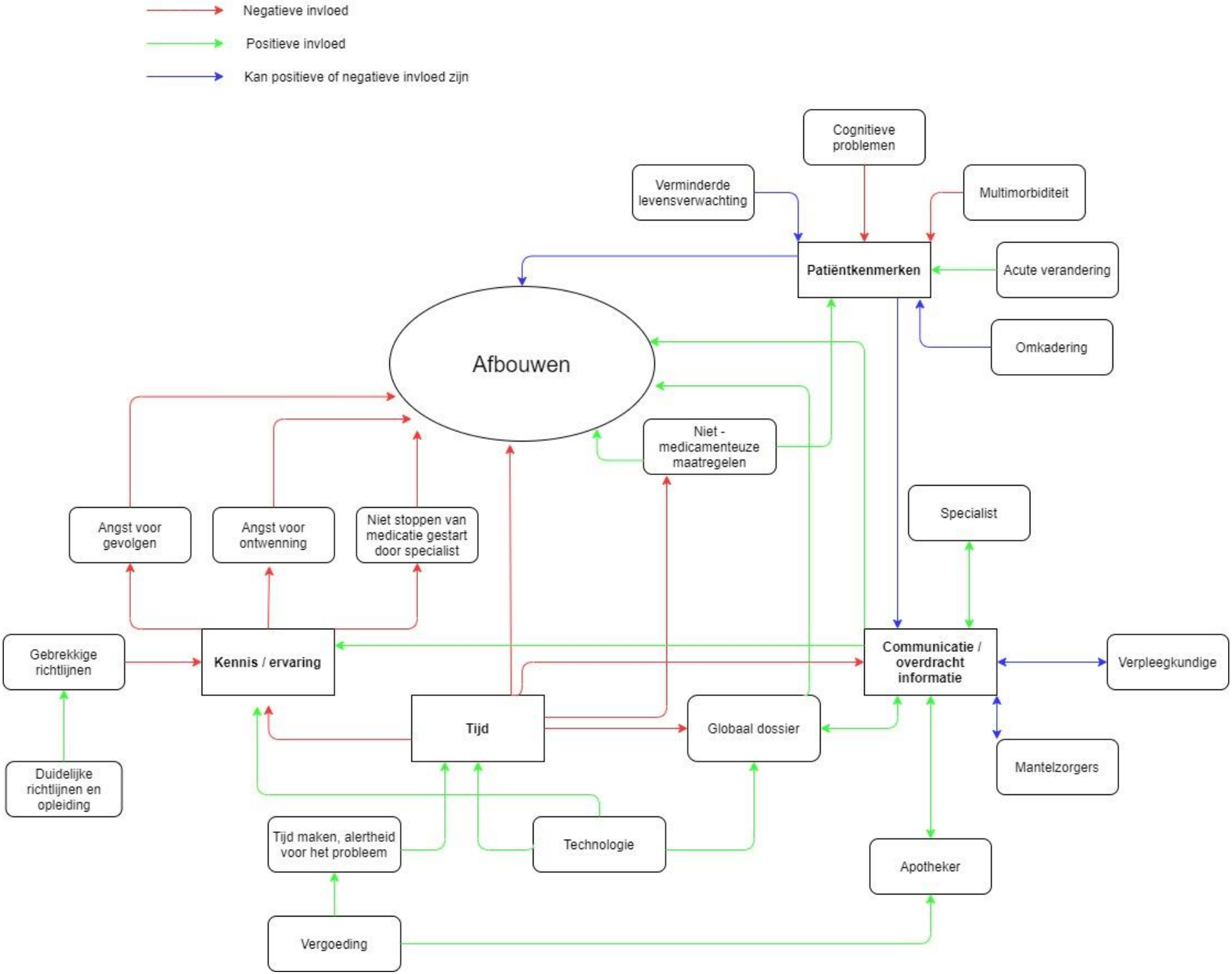
De voornaamste sterkte van deze thesis is dat de barrières rond afbouw op verschillende manieren werden onderzocht, namelijk met behulp van zowel een literatuurstudie, als een vragenlijst en interviews. De afbouw van medicatie krijgt de laatste jaren ook steeds meer aandacht en is dus een relevant onderwerp. Hoewel rond dit onderwerp al redelijk wat onderzoek gedaan is, was er over de specifieke doelgroep van deze thesis (namelijk de demente patiënt in het rustoord) weinig informatie te vinden. Bij slechts een beperkt aantal studies waren ook Belgische artsen betrokken.

De grootste zwakte van deze studie was de beperkte respons. Slechts 41 artsen vulden de vragenlijst in, ondanks wijde verspreiding via verschillende huisartsenkringen. Hierdoor is het moeilijk de resultaten te extrapoleren naar alle huisartsen in België. De kans dat statisch significante verschillen die opgespoord werden in deze thesis op toeval berusten is ook groter.

Voor de interviews werd getracht zo'n divers mogelijke groep van artsen te selecteren. Zo werd een goede verdeling qua geslacht, leeftijd, type praktijk en gebied bekomen. Ook 2 CRA-artsen werden geïnterviewd. Een

minpunt is mogelijk wel dat alle artsen actief waren in provincie Antwerpen. Het is mogelijk dat huisartsen in andere provincies de meningen van hun Antwerpse collega's niet delen.

Ten slotte werden door tijdgebrek de vragenlijst en interviews tegelijk uitgevoerd. Zowel de vragenlijst als de topic-lijst voor de interviews werden opgesteld aan de hand van de literatuurstudie. Tijdens de interviews kwamen af en toe barrières naar voren die niet of in mindere mate in de literatuur naar voren kwamen. Het had interessant kunnen zijn om deze 'nieuwe' barrières aan de Belgische huisartsen voor te leggen. Anderzijds had er dieper kunnen ingegaan zijn op resultaten van de vragenlijst tijdens de interviews, moesten de resultaten toen al gekend geweest zijn.


Negatieve invloed
Positieve invloed
Kan positieve of negatieve invloed zijn
Cognitieve problemen
Verminderde levensverwachting
Multimorbiditeit
Patiëntkenmerken
Acute verandering
Omkadering
Afbouwen
Niet - medicamenteuze maatregelen
Angst voor gevolgen
Angst voor ontwenning
Niet stoppen van medicatie gestart door specialist
Specialist
Gebrekkige richtlijnen
Kennis / ervaring
Communicatie / overdracht informatie
Verpleegkundige
Tijd
Globaal dossier
Mantelzorgers
Duidelijke richtlijnen en opleiding
Tijd maken, alertheid voor het probleem
Technologie
Apotheker
Vergoeding

8 Conclusie

Het belang van het afbouwen van overbodige medicatie wordt de laatste jaren steeds duidelijker. De vergrijzing van de bevolking en toename van het aantal morbiditeiten per persoon dragen hiertoe bij. Toch wordt dit in de praktijk niet altijd gedaan. In deze thesis werd specifiek gekeken naar demente patiënten in een rustoord, een groep patiënten waar polyfarmacie vaak een probleem is. Wat hield huisartsen tegen om, zeker bij een populatie die hier veel baat bij zou hebben, de medicatielijst grondig aan te pakken?

Uit de literatuurstudie, de vragenlijst en de interviews blijkt dat het hier om een multifactorieel probleem gaat. Gebrekkige kennis, tijdgebrek en gebrekkige communicatie dragen allemaal bij tot het probleem. Bovendien hebben deze factoren ook invloed op elkaar. Het is een bijna vicieuze cirkel waarbij tijdgebrek leidt tot een gebrekkige kennis rond het onderwerp en tot suboptimale communicatie met andere zorgverleners en mantelzorgers. Gebrekkige kennis en communicatie zorgen er dan weer voor dat de arts meer tijd moet steken in het afbouwen, dit onder ander door tijd te steken in het zoeken van de juiste richtlijnen of de juiste indicaties van geneesmiddelen, maar ook tijd in het contacteren van experts en overleg met andere zorgverleners.

Voor deze specifieke patiëntenpopulatie zien we deels dezelfde problemen bij het afbouwen als bij andere groepen, zoals tijdgebrek, maar er zijn toch ook enkele specifieke problemen bij deze patiënten. Door de cognitieve problemen van de patiënt is communicatie met de patiënt vaak niet mogelijk, waardoor de arts zelf een inschatting moet maken. Dit kan worden opgevangen door te overleggen met de omgeving (mantelzorgers en andere zorgverleners), maar door deze diversiteit aan meningen kan het soms moeilijk zijn een beslissing te maken. Verder zijn de bestaande richtlijnen voor deze groep vaak niet toepasbaar. De arts moet terugvallen op zijn eigen ervaring en dit kan voor sommige artsen beperkend zijn.

Oplossingen moeten dus gezocht worden op verschillende niveaus. De arts moet zelf zijn verantwoordelijkheid nemen en alert zijn voor het probleem, maar kan hierbij ondersteund worden door bijvoorbeeld duidelijke en praktische richtlijnen en opleiding. Technologie kan in de toekomst het proces minder tijdrovend maken onder andere door de toegang tot informatie te vergemakkelijken en vlotte communicatie te bewerkstelligen. Een vergoeding voor het afbouwen van medicatie zou stimulerend kunnen werken voor sommige artsen, al lijkt het nuttiger om deze vergoeding te voorzien voor overleg of voor andere zorgverleners zoals apothekers.

9 Bibliografie

1. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy ? A systematic review of definitions. 2017;1–10.

2. Parsons C. Polypharmacy and inappropriate medication use in patients with dementia: an underresearched problem. Ther Adv Drug Saf. 2017;8(1):31–46.

3. Park HY, Park JW, Song HJ, Sohn HS, Kwon JW. The association between polypharmacy and dementia: A nested case-control study based on a 12-year longitudinal cohort database in South Korea. PLoS One. 2017;12(1):1–17.

4. Duncan P, Duerden M, Payne RA. Deprescribing: A primary care perspective. Eur J Hosp Pharm . 2017;24(1):37–42.

5. Wauters M, Elseviers M, Vaes B, Degryse J, Dalleur O, Vander Stichele R, et al. Polypharmacy in a Belgian cohort of community-dwelling oldest old (80+). Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med [Internet]. 2016;71(3):158–66. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/17843286.2016.1148298

6. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. 2016;16(5):465–9.

7. De Deyn PP, Goeman J, Vervaet A, Dourcy-Belle-Rose B, Van Dam D, Geerts E. Prevalence and incidence of dementia among 75-80-year-old community-dwelling elderly in different districts of Antwerp, Belgium: The Antwerp Cognition (ANCOG) Study. Clin Neurol Neurosurg [Internet]. 2011;113(9):736–45. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2011.07.030

8. Van Den Akker M, Vaes B, Goderis G, Van Pottelbergh G, De Burghgraeve T, Henrard S. Trends in multimorbidity and polypharmacy in the Flemish-Belgian population between 2000 and 2015. PLoS One. 2019;14(2):1–12.

9. Ní Chróinín D, Ní Chróinín C, Beveridge A. Factors influencing deprescribing habits among geriatricians. Age Ageing. 2015;44(4):704–8.

10. Dening T, Mb S, Standard N. Dementia : definitions and types. 2015;37–42.

11. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and enablers of deprescribing: A general practitioner perspective. PLoS One. 2016;11(4):1–20.

12. Scott I, Anderson K, Freeman C. Review of structured guides for deprescribing. Eur J Hosp Pharm . 2017;24(1):51–7.

13. Mlis BHBSP, Pharm IS, Has DMPA, Hayden J, Mpsi SB, Mpsi DOSM, et al. Application of the STOPP / START criteria : a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults , and evidence of clinical , humanistic and economic impact. 2013;(iv):360–72.

14. Medicine G, Medicine G, Ireland N. STOPP / START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people : version 2. 2015;(October 2014):213–8.

15. 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).

16. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: Primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice. Ann Fam Med. 2017;15(4):341–6.

17. Cullinan S, Hansen CR, Byrne S, Mahony DO, Kearney P, Sahm L. Challenges of deprescribing in the multimorbid patient. 2017;43–6.

10 Bijlagen

10.1 Informatiebrief en toestemmingsformulier

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Medicamenteuze behandeling bij patiënten met dementie in een RVT – Barrières voor de huisarts bij de afbouw van medicatie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal als huisarts een vragenlijst ontvangen, vermoedelijk via uw wachtkring of LOK-groep. De dienst Huisartsgeneeskunde (Universiteit Gent) voert een onderzoek uit naar het medicamenteus beleid bij patiënten met dementie (Alzheimer's dementie, vasculaire dementie, Parkinson's dementie en fronto-temporale dementie) in een RVT (rust – en verzorgingstehuis).

Patiënten met dementie hebben vaak te kampen met andere chronische aandoeningen zoals diabetes, COPD, hartfalen, etc. Over het algemeen zien we dat deze patiënten gemiddeld tussen de 5 en 10 geneesmiddelen per dag krijgen. Deze polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen zoals geheugenverlies en het verminderen van cognitieve functies, hetgeen ook een invloed kan hebben op het communiceren van mogelijke bijwerkingen. Bovendien hebben deze patiënten een beperkte levensverwachting, wat een invloed kan hebben op de risico-batenanalyse van bepaalde producten.

In deze masterproef trachten we te achterhalen hoe de huisarts de medicamenteuze behandeling van een dementerende patiënt in een RVT aanpakt, met bijzondere aandacht voor afbouw van overbodige medicatie en hoe deze verschilt met een niet-dementerende patiënt. Welke barrières ondervindt de huisarts bij afbouw van medicatie bij een patiënt met dementie? In welke mate verschillen deze van afbouw bij niet-dementerende patiënten? Welke hulpmiddelen kunnen voor de huisarts het proces (van afbouw van overbodige medicatie) vergemakkelijken?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De betekenis van de resultaten van deze vragenlijst wordt nadien getoetst aan de hand van interviews. Hiervoor kan u, indien u hiervoor interesse heeft, in de toekomst gecontacteerd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de

Universiteit Gent. De studie wordt 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 van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Pype (promotor) en dr. Fien Mertens (co-promotor).

1. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts.

2. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van polyfarmacie en pijn bij patiënten met dementie.

3. KOSTEN

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

4. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij is er terugkoppeling mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. Dr. Peter Pype. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Katya Van Driessche, dpo@uzgent.be *of* privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan

enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

1. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Vragenlijst

Karakteristieken arts

Leeftijd: Geslacht: M/V *(*)*

Actief als arts sinds: Voornamelijk actief in een landelijk/stedelijk *(*)* gebied

CRA – arts: Ja/Nee *(*)*

(*) Schrappen wat niet past

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Algemeen					
De zorg van patiënten met dementie interesseert mij.					
Ik ben goed op de hoogte van de STOPP/START criteria en gebruik deze regelmatig.					
De afbouw van medicatie is voor mij een prioriteit.					
In vergelijking met een niet-dementerende patiënt (in gelijkaardige gezondheidstoestand)…					
… vind ik het moeilijker om de levensverwachting in te schatten bij een patiënt met dementie, hetgeen een belangrijke rol speelt bij het afbouwen van medicatie.					
… maken de cognitieve problemen van de patiënt de bespreking van de risico's van de medicatie en dus ook de mogelijke afbouw ervan moeilijk.					
… maakt het groot aantal mantelzorgers en/of andere zorgverleners bij een patiënt met dementie het moeilijker om afbouw van medicatie te bewerkstellingen.					
… hebben mantelzorgers en/of andere zorgverleners van patiënten met dementie onrealistischere verwachtingen in verband met nut van bepaalde medicatie.					
… zijn mantelzorgers en/of andere zorgverleners van patiënten met dementie minder goed op de hoogte van de risico's van medicatie en de voordelen van afbouwen.					
Het afbouwen van medicatie bij patiënten met dementie is moeilijk omdat…					
… ik onvoldoende kennis heb over het onderwerp en mij er onzeker over voel.					
… ik angst heb voor de reactie van de mantelzorgers en/of andere zorgverleners, dat zij de afbouw zullen zien als verwaarlozing of opgeven van de patiënt.					

… ik het moeilijk vind om medicatie die is opgestart door een collega / specialist af te bouwen.					
… ik angst heb voor het veroorzaken van een exacerbatie van een chronische aandoening bij het afbouwen van medicatie.					
… ik vrees voor ontwenningsverschijnselen bij het afbouwen van bepaalde medicatie.					
… ik onvoldoende tijd heb om afbouw van medicatie met zijn mantelzorgers en zorgverleners te bespreken.					
… ik druk voel van mantelzorgers en/of andere zorgverleners om bepaalde medicatie te blijven voorschrijven.					
Het afbouwen van medicatie bij patiënten met dementie zou vlotter verlopen als…					
… er extra compensatie zou voorzien worden als een arts tijd neemt om het medicatieschema na te gaan en overbodige medicatie te schrappen.					
… via het elektronische medisch dossier de arts via prompts alert gemaakt zou worden op polyfarmacie en mogelijke interacties.					
… de zorg minder gefragmenteerd zou zijn.					
… er meer informatie zou worden uitgewisseld tussen de verschillende zorgverleners.					
… contact met experts (specialisten, apothekers) vlotter zou verlopen.					
… er meer specifieke guidelines zouden bestaan i.v.m. afbouw van medicatie bij patiënten met dementie.					
… er meer specifieke guidelines zouden bestaan i.v.m afbouw van medicatie bij patiënten met comorbiditeiten.					
… er meer toegang tot niet-medicamenteuze maatregelen zou zijn voor deze patiënten.					
… er meer scholing rond dit thema zou voorzien worden zowel tijdens de opleiding als daarbuiten.					

10.2 Topiclijst interview

Mijn thesis gaat over polyfarmacie en eventuele afbouw van medicatie bij patiënten met dementie in een rustoord.

1. Demografische kenmerken van huisarts: leeftijd, type praktijk, landelijk/stedelijk gebied, ervaring, extra opleiding
2. Werkt u vaak met patiënten met dementie in een rustoord? Zo ja, is dit omwille van specifieke interesse hierin?
3. Hoe pakt u de zorg aan van zo'n patiënt? Wat houdt deze zorg dan specifiek in? Hoe organiseert u deze zorg?
4. Is afbouwen van medicatie voor u een prioriteit bij deze patiënten?
    a. Zo nee, wat vindt u dan wel belangrijk bij de zorg?
    b. Zo ja, hoe pakt u dit dan aan?
        i. Systematisch, maandelijks nakijken of eerder spontaan?
            1. Waarom op deze manier?
            2. Andere zorgverleners hierbij betrokken? Mantelzorgers?
                a. Is er motivatie vanuit het rustoord om dit te doen?
            3. Hoe frequent doet u dit in de praktijk?
            4. Bezorgdheden rondom afbouw?
5. Wat maakt afbouw moeilijk/makkelijk in deze setting?
6. Merkt u een verschil tussen patiënten met dementie en zonder dementie?
    a. Zo ja, waarom dit verschil?
7. Bij deze patiënt (dement en in een rustoord): welke factoren zijn belangrijk om in het achterhoofd te houden?
8. Verschillende barrières en facilitators
    a. Patiëntgerelateerd
        i. Wat maakt het moeilijk bij een patiënt met dementie om medicatie af te bouwen?
            1. Cognitieve problemen
            2. Verminderde levensverwachting, Quality of life
            3. Veel zorgverleners en mantelzorgers ('teveel koks in de keuken')
            4. Onrealistische verwachtingen van medicatie
            5. Vaak conflicten met mantelzorgers/zorgverleners
            6. Communiceren risico's moeilijk / onvoldoende op de hoogte
    b. Artsgerelateerd
        i. Wat vindt u zelf moeilijk aan afbouw?
            1. Kennis van arts: gelooft u dat u voldoende kennis heeft rond dit onderwerp?
                a. Ingewikkeld onderwerp? Voldoende in de hand?
                b. Nood aan betere opleiding of guidelines? Welke guidelines vindt u dat er nodig zijn?
                c. Guidelines: nuttig of verwarrend?
                d. Guidelines voor afbouw of juist guidelines voor multimorbiditeiten
            2. Angst voor reactie van patiënten of mantelzorgers, die dit misschien zien als opgeven?
                a. Persoonlijke ervaringen hiermee?
                b. Druk om bepaalde medicatie voor te schrijven?
            3. Angst voor verergeren van chronische aandoening?
                a. Heeft u het gevoel dat er meer problemen zijn bij het afbouwen van onnodige medicatie dan bij het behouden van onnodige medicatie? Voorbeeld?
            4. Afbouwen van medicatie die collega heeft opgebouwd?
                a. Verwacht u dat dit problemen in de professionele relatie zal brengen of eerder kennisgerelateerd?
                b. Gelooft u dat beter communicatie een oplossing kan bieden?
                c. Is de zorg naar uw mening te gefragmenteerd voor goede begeleiding van afbouw? Nut multidisciplinaire aanpak?
    c. Organisatorisch
        i. Wat maakt afbouw van medicatie bij deze patiënten moeilijk te regelen?
            1. Tijd
            2. Geld: Gelooft u dat een extra nomenclatuurnummer met vergoeding de afbouw ten goede zou komen?
            3. Technologie: ziet u in de toekomst een voordeel van technologie ikv afbouw vb. computersysteem dat notificatie geeft?
            4. Te weinig focus op niet-medicamenteuze maatregelen: Wat specifiek zou goed zijn voor deze patiënten?