

Wijzigen of stoppen van medicatie bij ouderen*

De recent verschenen module 'Minderen en stoppen van medicatie' (2020), als aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, is mede aanleiding voor het tot stand komen van dit artikel. Veel geneesmiddelen zijn niet uitgebreid getest bij ouderen. Dit maakt dat (noodgedwongen) veel off-label wordt voorgeschreven. Het Expertisecentrum voor Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor) voorziet in aanvullende informatie over het (beter) voorschrijven bij ouderen. Een periodieke herbeoordeling van medicatie bij ouderen is echter dringend gewenst. Het lijkt nodig om – indien mogelijk – medicatie bij ouderen na samenspraak met de zorgverlener te wijzigen (minderen) of te stoppen. Toch zijn er diverse kanttekeningen te plaatsen bij het uitvoeren van de module Minderen en stoppen van medicatie. De reden hiervan is dat er diverse afhankelijke variabelen zijn die in de onderzoeksopzet niet zijn of kunnen worden meegenomen.

Er is kennis nodig van de gerontofarmacologie en geriatrische syndromen om een verantwoord medicatie-stopbeleid uit te voeren. De wensen van de patiënt dienen in het medicatie-stopproces centraal te staan.

Onderzoek wijst uit dat de geneesmiddelenkosten dalen, maar dat is geen garantie voor kosteneffectiviteit van de interventie. Gegevens over kosteneffectiviteit van medicatie-stopbeleid zijn niet in Nederland beschikbaar.

* Dit is een bewerking van het gelijknamige artikel in PiL (2021;11(1):16-23).

Koos Brouwers, Jon Brouwers, Eric van Roon, Cornelis van der Hoof

Prof. dr. J.R.B.J. Brouwers, ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, afdeling Farmacotherapie-Epidemiologie en -Economie, Rijksuniversiteit Groningen

Drs. J.M.M. Brouwers, apothekhoudend huisarts, Huisartsenpraktijk Bakkeveen

Prof. dr. E.N. van Roon, ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, afdeling Farmacotherapie-Epidemiologie en -Economie, Rijksuniversiteit Groningen; afdeling Ziekenhuisapothek, Medisch Centrum Leeuwarden; lid Expertisecentrum Pharmacotherapie bij ouderen (www.ephor.nl)

Dr. C. van der Hoof, klinisch geriater, afdeling Geriatrie, Ziekenhuis Tjongerschans, Heerenveen

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel

- hebt u kennis van belemmerende en bevorderende factoren voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling bij ouderen, waarbij minderen en stoppen van medicatie centraal staan
- kent u de belangrijkste geriatrische syndromen en de daarmee samenhangende mogelijkheden voor stoppen (of starten) van medicatie
- hebt u kennis van de belangrijkste wetenschappelijke reviews naar het effect van saneren van medicatie bij ouderen
- weet u waarom de interventie STOP-medicatie om zorgvuldige communicatieve vaardigheden vraagt

Inleiding

Het verbeteren van geneesmiddelengebruik bij ouderen kent veel dimensies. Ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen, waarvoor ze meerdere soorten medicijnen gebruiken. Wanneer een patiënt gedurende langere tijd vijf of meer medicijnen gebruikt, noemen we dat polyfarmacie. Bij ouderen met polyfarmacie liggen er specifieke problemen op de loer:

- medicijnen die elkaar tegenwerken;
- verminderde uitscheiding van een geneesmiddel door verminderde nierfunctie;
- verhoogde gevoeligheid voor bijwerkingen en interacties;
- therapieontrouw door bijvoorbeeld geheugenverlies.

Hinder van bijwerkingen, of de angst dat deze verergeren, is de meest voorkomende reden om een medicijn te stoppen. In de praktijk zijn er vaak meerdere voorschrijvers, ook dat brengt risico's met zich mee. Daarnaast worden vaak geen stoprecepten geschreven, waardoor de huisarts niet (tijdig) op de hoogte is van aanpassingen in de medicatie, met potentiële risico's als gevolg. Het stoppen van medicatie is bijgevolg een belangrijk thema, maar nooit een doel op zichzelf.

Zorgverleners worden in toenemende mate geacht zich te conformeren aan (aandoeningspecifieke) behandelrichtlijnen, zorgpaden en andere adviezen of eisen via hun beroepsvereniging, de inspectie (IGJ) en zorgverzekeraars.

Behandelrichtlijnen waarin geneesmiddelen worden geadviseerd, dienen evidencebased te zijn. Dit staat op gespannen voet met de aanwezigheid van multimorbiditeit bij ouderen en de beschikbare informatie over geneesmiddelen bij ouderen. Van slechts circa 60% van de geregistreerde geneesmiddelen in Nederland is er specifiek onderzoek bij ouderen beschikbaar.^{1,2} Dit hangt mede samen met de beperkte eisen die er aan registratieonderzoek binnen de EU worden gesteld. Wel gelden er eisen dat geneesmiddelen die (vrijwel) uitsluitend door ouderen worden gebruikt (bijvoorbeeld middelen bij Alzheimer) uitgebreid in de doelgroep zijn getest. Voor veel andere geneesmiddelen is soms de eis dat een beperkt aantal ouderen in registratiestudies wordt geïncludeerd. Gevolg hiervan is dat de bewijskracht op relevante klinische eindpunten beperkt of afwezig is en gegevens over bijwerkingen onvolledig zijn.³

Nog een beperking is, dat de term 'ouderen' is gerelateerd aan 'leeftijd', terwijl de individuele verschillen betreffende kwetsbaarheid bij ouderen op basis van leeftijd heel groot kunnen zijn. Met dit gegeven wordt in klinisch onderzoek vaak geen of onvoldoende rekening

Tabel 1 Websites met relevante informatie over het onderwerp starten/stoppen met medicatie of optimaliseren van therapie bij ouderen.

bron/land	webversie	
Nederland Groningen- UMCG	www.OPTool.nl	
Nederland Utrecht UMCU	www.ephor.nl Ephor app in de appstore (gratis te downloaden)	
Nederland Rijksoverheid	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/01/31/eindrapport-vervolg-onderzoek-medicatieveiligheid	
Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Poly- farmacie bij ouderen	https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-02/2021-02-02%20%20Eindversie%20MDR%20Polyfarmacie.pdf	
kennisdocument gericht op STOP voor patiënt	https://www.nhg.org/actueel/nieuws/nieuwe-module-bij-mdr-polyfarmacie-bij-ouderen-minderen-en-stoppen-van-medicatie	
STOP-START-NL	https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen-zie-module-Minderen-en-stoppen-van-medicatie	
toets voorschrijven	www.voorschrijftoets.nl	
info voor patiënten	www.thuisarts.nl	

gehouden. Een bijkomend probleem is dat bij geriatri-sche patiënten symptomen soms worden gemaskeerd, omgekeerd of zelfs achterwege blijven. Dit maakt instellen of beoordelen van de werking of bijwerking van geneesmiddelen moeilijk.^{4,5}

Gelukkig is er in Nederland ook een aantal initiatieven die het beoordelen van geneesmiddelgerelateerde problemen bij ouderen inzichtelijk en gemakkelijker maken (zie tabel 1).

- Door het *Hospital Admissions Related To Medication* (HARM-)onderzoek is duidelijk geworden dat geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames vooral bij ouderen optreden en dat focus op 'risicovolle'

geneesmiddelen tot verbetering van de medicatieveiligheid kan leiden.

- Op basis van de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen zijn door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in 2012 modules voor 'medicatiebeoordeling' ontwikkeld. Daaruit zijn in de recent vernieuwde modules 'Medicatiebeoordeling' en 'Minderen en stoppen van medicatie' de handvatten ontwikkeld voor dit complexe proces. Aanvankelijk werden de Amerikaanse Beers-criteria en de *Medication Appropriateness Index* (MAI-score) als referentiekader gebruikt, maar al snel werd duidelijk dat deze voor de Nederlandse situatie niet erg bruikbaar zijn. De MAI-score is vanwege de enorme tijdsbelasting eigenlijk alleen voor onderzoeksdoeleinden geschikt.^{6,7} In Nederland is een gestructureerde manier van medicatiebeoordeling uitgewerkt in de *Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing* (STRIP) method.⁸ Daarnaast is als expliciet instrument om ongewenst medicatiegebruik op te sporen gekozen voor een aangepaste versie van de in Ierland ontwikkelde STOPP-START-criteria. De meest recente versie is STOP-START-NL.
- Ook door onderwijs in goed voorschrijven in de geneeskunde- en farmacieopleiding wordt voortgang geboekt.⁹ Door *Good Prescribing Practice* van nieuwe medicatie bij ouderen is de kans op problemen later immers kleiner. Invullen van de voorschrijftoets in de module 'Goed voorschrijven' geeft de zorgverlener inzicht in zijn huidige vaardigheden met betrekking tot 'goed voorschrijven'.⁹
- Tot slot: wereldwijd zijn er vele initiatieven die tot doel hebben medicatiegebruik bij ouderen te beheersen, te verminderen of te stoppen. In dit overzicht wordt het thema 'minderen en stoppen van medicatie bij ouderen' besproken om voorschrijvers inclusief *physician assistants* of verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en apothekers te helpen bij het rationaliseren van farmacotherapie. Aanvullingen en kanttekeningen op de in december 2020 verschenen module 'Minderen en stoppen van medicatie' spelen in dit artikel een centrale rol.

Geriatrische syndromen

Voor de medicamenteuze behandeling van ouderen is kennis van de belangrijkste geriatrische syndromen noodzakelijk. We maken daarbij onderscheid tussen acute en chronische geriatrische syndromen. De in tabel 2 genoemde geriatrische syndromen kunnen op zichzelf medicamenteuze behandeling nodig maken.

Tabel 2 Acute en chronische geriatrische syndromen.¹⁰

syndroom	acuut (A) chronisch (C)	effect toevoegen Rx	effect Rx stop
duizeligheid	A/C	–	+
incontinentie	C	+/-	+
vallen	A	–	+
delier	A	+/- ^a	+
ondervoeding	C	–	–
syncope	A	+	+
sarcopenie	C	–	–
osteoporose	C	+	+
dehydratie	A/C	+	+
dysfagie	A/C	–	–
loopstoornis	C	–	–
dementie	C	+/-	+/- ^b
depressie	C	+/-	+/-
decubitus	C	–	–
slaapstoornis	C	+	+
jeuk	C	+/-	+
bloedarmoede	C	+	+

Rx = voorschrijven van een geneesmiddel tegen het genoemde syndroom; Rx stop = stoppen geneesmiddel dat het genoemde syndroom ook als bijwerking heeft; (–) = geen of negatief effect op syndroom na toevoegen of stoppen relevant Rx; (+) = positief effect op syndroom (= verbetering) na toevoegen of stoppen relevant Rx.

^a werking haloperidol steeds meer omstreden; ^b alleen bij pseudodementie door vitamine B₁₂-tekort of bijvoorbeeld door anticholinergica.

Een deel van die syndromen kan echter ontstaan door onjuist geneesmiddelgebruik of als bijwerking van geneesmiddelen.

Bij instellen van een beleid om medicatie te minderen of te stoppen moet worden meegewogen of de indicatie in de lijst van geriatrische syndromen voorkomt.

Bij instellen of stoppen van medicatie bij ouderen dient ook de mate van kwetsbaarheid (*frailty*) meegewogen te worden. Hoe hoger de 'kwetsbaarheidsindex', hoe terughoudender we moeten zijn met het voorschrijven van (nieuwe) geneesmiddelen en in het bijzonder mid-

delen die een preventief doel hebben. Bij toenemende kwetsbaarheid is juist een analyse of medicatie gestopt kan worden, gewenst.

Algemene overwegingen bij het stoppen van medicatie

Stoppen of minderen van medicatie is algemeen aanvaard in de volgende omstandigheden:

- bij optreden van ongewenste (ernstige) bijwerkingen;
- bij onvoldoende klinisch effect.

Ook de mate van kwetsbaarheid, die toeneemt bij hogere leeftijd, kan een contra-indicatie zijn voor bepaalde geneesmiddelen. Het meest bekende voorbeeld is de groep geneesmiddelen met een anticholinerge werking of bijwerking. In de jongere populatie kunnen de anticholinerge bijwerkingen als hinderlijk worden gekwalificeerd, maar in de kwetsbare populatie kunnen de anticholinerge effecten grotere risico's geven. Vooral het combineren van meerdere geneesmiddelen met een anticholinerg effect kan ernstige schade toebrengen. Programma's om de *anticholinergic drug burden index* bij kwetsbare ouderen te verminderen lijken succesvol.¹¹ Stoppen van een geneesmiddel kan ook mogelijk of nodig zijn na een chirurgische ingreep, omdat de ziekte of het probleem is opgelost: bijvoorbeeld pijnstillers na totale heupvervanging, maagzuurremmers na verwijderen van het zuurvormende deel van de maag, of na staken van medicatie die het maagslijmvlies irriteert.¹² Bij oudere patiënten met kanker zijn inmiddels ook 'stop-medicatie'-programma's ontwikkeld die beogen de kwaliteit van leven te verbeteren.¹³

De module 'Minderen en stoppen van medicatie' is ontwikkeld als onderdeel van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen met deelnemers uit de KNMP, SIR-Leiden en NHG. In dit artikel wordt deze verder aangeduid als de module.¹⁴

De module geeft als reden voor stoppen: medicatie waarvoor naar de mening van de patiënt of diens vertegenwoordiger en/of behandelaar onvoldoende indicatie (meer) bestaat of waarvan de balans tussen effectiviteit en veiligheid negatief is geworden.

Het kan nodig zijn een bestaand middel te stoppen en te vervangen door een middel waarvoor meer bewijs is voor de oudere populatie en waarmee de kans op geneesmiddelgerelateerde problemen geringer is. Het Expertisecentrum voor Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor) heeft om die reden instrumenten ontwikkeld om binnen een farmacotherapeutische groep geneesmiddelen te selecteren die als voorkeurspreparaat

gebruikt kunnen worden bij kwetsbare ouderen.^{14,15} Voor circa 120 geneesmiddelen is die informatie beschikbaar via de Ephor app of www.ephor.nl.

De te nemen voorzorgen bij het instellen van een medicamenteuze therapie zijn ook van toepassing bij het stoppen van een geneesmiddel. Bij instellen kan het zes-stappen (*sixstep*) schema gehanteerd worden.¹⁶ Stoppen is als het ware een omgekeerde uitvoering van het 'sixstep'-schema, waarbij de vraag centraal staat: Is het geneesmiddel (nog) nodig of zelfs schadelijk? Als het stoppen van een geneesmiddel bij ouderen nodig is vanwege bijwerkingen, is acceptatie daarvan bij de meeste ouderen geen punt van discussie.

In het kader van de implementatie van programma's om het stoppen van medicatie bij ouderen te bevorderen, spelen strategie en communicatie een zeer belangrijke rol. De patiënt kan immers al snel denken: Ik heb nergens last van dus waarom moet ik stoppen met mijn pillen? De patiënt kan ook denken dat bezuinigingen een rol spelen. Het speciale programma EMPOWER is ontwikkeld om de (sociale) vaardigheden te ondersteunen die nodig zijn voor dit type interventies en maakt het mogelijk om samen met de patiënt in een digitale omgeving aan het zorgplan te werken.¹³ Ook publieksacties om *deprescribing** te ondersteunen kunnen daarbij helpen.¹⁷ Vanuit het 'belang' van de zorgverleners zijn er ook barrières zoals geen tijd of 'minder geneesmiddelen = minder receptregels' (dus inkomsten) voor de apotheekhoudenden.

Wil een programma voor *deprescribing* dus voldoende succesvol zijn, dan

- moet de communicatie op orde zijn;
- dienen de incentives voor zorgverleners geborgd te zijn.

Wat kunnen we verwachten van minderen of stoppen van medicatie?

Onderzoeken naar de effecten van minderen en stoppen van medicatie bij ouderen zijn zeer heterogeen wat betreft methodologie en uitkomstmaten. In de gevonden onderzoeken zijn de groepen vaak klein en is de methodologische kwaliteit erg wisselend. Meestal wordt één eindpunt gekozen, dat op voorhand niet tot een (gewenst) resultaat zal kunnen leiden. Bijvoorbeeld: mortaliteitsreductie of ziekenhuisopnames worden

* In de internationale literatuur wordt de term 'deprescribing' gebruikt. Die term geeft het minderen – meestal van de dosering – of stoppen van medicatie weer. In dit artikel is vanwege de leesbaarheid het woord 'stop' meestal gebruikt in de betekenis van het Engelse woord *deprescribing*.

als eindpunt gebruikt, terwijl logischerwijs niet te verwachten is dat dit eindpunt door elke interventie gericht op staken of 'verminderen' beïnvloed zal worden. Kortom, er treedt effectverdunding op met als gevolg falende uitkomsten van de *trials*.

Een van de eerste cohortonderzoeken, uit 2010, naar stoppen van medicatie gaf een optimistisch beeld: bij 81% van de deelnemers kon de medicatie die als ongewenst werd aangemerkt gestopt worden.¹⁸ Een zo hoge score kon in latere onderzoeken niet worden bereikt, waarbij we aantekenen dat de nadruk in dit onderzoek lag op stoppen van medicatie en niet op het welbevinden van de patiënt.

Een recent onderzoek naar stoppen van medicatie met als specifieke doelgroep 'kwetsbare ouderen' en de *Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy* (STOPPFrail-) criteria liet geen verschil zien in klinisch relevante eindpunten zoals: valfrequentie, ziekenhuis(her)opname en mortaliteit.¹⁹

Er zijn enkele meta-analyses gepubliceerd waarin de focus lag op de effecten van minderen van medicatie, maar waarin zodanig veelsoortige interventies (zoals educatie, aanpassingen van zorgsysteem, medicatiebeoordeling door apothekers, etc.) en studiedesigns zijn geïnccludeerd dat het niet mogelijk is daaruit specifieke effecten van specifieke interventies te destilleren. Deze meta-analyses zijn samengevat in de module 'Minderen en stoppen van medicatie', hieronder citeren we hieruit.¹⁴

Systematische reviews met meta-analyse

In een systematische review en meta-analyse van 132 onderzoeken zijn de effecten geanalyseerd van minderen en stoppen van medicatie bij oudere patiënten, ongeacht setting, mortaliteit en gezondheidsuitkomsten.²⁰ Het betrof onderzoeken gericht op aanpassing van een specifiek geneesmiddel en onderzoeken gericht op aanpassing van polyfarmacie. Zowel gerandomiseerde als niet-gerandomiseerde onderzoeken werden meegenomen. In niet-gerandomiseerde onderzoeken nam de mortaliteit significant af in de interventiegroep (OR 0,32; 95%BI: 0,17-0,60), in gerandomiseerde onderzoeken werd deze afname niet gevonden (OR 0,82; 95%BI 0,61-1,11). Subgroepanalyses lieten geen effect zien van educatiegerichte interventies, maar wel van patiëntgerichte interventies. In de onderzoeken gericht op reductie van polyfarmacie werd geen verschil gezien tussen groepen voor incidentie van onttrekkingsverschijnselen, incidentie van bijwerkingen, cognitief functioneren, het aantal vallen of de kwaliteit van leven.

In een volgende systematische review en meta-analyse zijn de resultaten beschreven van 41 gerandomiseerde onderzoeken naar de gezondheidsuitkomsten van minderen en stoppen van medicatie in verpleeghuizen.²¹

De onderzochte uitkomsten waren mortaliteit, vallen en ziekenhuisopname. Een breed spectrum van interventies werd onderzocht, zowel gericht op polyfarmacie als op individuele geneesmiddelen. Over het geheel genomen werden geen effecten gevonden op de genoemde uitkomstmaten. Alleen in subgroepanalyses met medicatiereviews gericht op 'deprescribing'-interventies werd een positief effect gevonden van medicatiebeoordeling bij polyfarmacie op mortaliteit (OR 0,74; 95%BI 0,65-0,84) en vallen (OR 0,76; 95%BI 0,62-0,93).

Systematische reviews zonder meta-analyse

Er zijn enkele systematische reviews zonder meta-analyse gepubliceerd van onderzoeken naar medicatie in de eerste lijn,²²⁻²⁴ in de tweede lijn,²⁵ en binnen diverse sectoren.²⁶ De geïnccludeerde eerstelijnsstudies betreffen vrijwel allemaal minderen en stoppen van een specifiek geneesmiddel of geneesmiddelengroep en zijn sterk heterogeen. De reviews geven aan dat minderen en stoppen van specifieke medicatie een grote kans van slagen heeft (dat wil zeggen: geen herstart van de medicatie binnen de onderzoekstermijn), waarbij er tussen geneesmiddelengroepen wel verschillen lijken te bestaan. Zo geven Dills et al. aan dat met name cardiovasculaire medicatie het vaakst met succes kan worden vermindert of gestopt, terwijl dit voor psychofarmaca en protonpompremmers moeilijker lijkt te zijn.²³ De tweedelijnsstudies zijn gering in aantal, maar suggereren dat minderen en stoppen van medicatie ook in de tweede lijn verantwoord kan gebeuren.

Een van de systematische reviews analyseerde 22 'deprescribing'-onderzoeken (waarvan 12 RCT's) met als uitkomstmaat therapietrouw in de eerste lijn.²⁴ In 13 onderzoeken (waarvan 5 RCT's) werd verbetering van de therapietrouw geconstateerd na minderen en stoppen van medicatie. De auteurs concluderen echter dat er, gezien de sterk wisselende uitkomsten, onvoldoende bewijs is dat 'deprescribing'-interventies leiden tot een betere therapietrouw. Van de 22 onderzoeken beschreven er vijf ook zelfgerapporteerde kwaliteit van leven, maar deze uitkomst verbeterde in slechts één onderzoek. In de geïnccludeerde onderzoeken werd geen effect gevonden op mortaliteit, aantal bezoeken aan de SEH of aantal huisartscontacten.

Stoppen van medicatie is op zichzelf nooit het ultieme doel, uiteindelijk zou je willen dat de patiënt er 'beter' van wordt. De ontwikkelde instrumenten voor het

Conclusies uit de module 'Minderen en stoppen van medicatie'

- Onderzoeken naar de effecten van minderen en stoppen van medicatie zijn zeer heterogeen. In de gevonden onderzoeken zijn de groepen vaak klein en de methodologische kwaliteit is erg wisselend. Hierdoor is het niet mogelijk om duidelijke conclusies te trekken.
- De kans op positieve effecten van minderen en stoppen van medicatie lijkt gering wanneer dit gebeurt zonder dat concrete klachten de aanleiding zijn, of wanneer het gebeurt bij een klinisch probleem waarvoor medicatie slechts een van de vele mogelijke verklaringen is (met name bij de zogeheten *geriatric giants*).
- Er zijn aanwijzingen dat minderen en stoppen van medicatie kan leiden tot minder farmacotherapeutische problemen.
- Er zijn aanwijzingen dat minderen en stoppen van medicatie niet leidt tot een toename van gezondheidsproblemen in de eerste maanden erna.
- De effecten op langere termijn (6 tot 12 maanden) van minderen en stoppen van medicatie op gezondheidsuitkomsten zijn onbekend.
- Er zijn aanwijzingen dat minderen en stoppen van medicatie, ongeacht de setting waarin het gebeurt, kan leiden tot lagere directe geneesmiddelenkosten.

optimaliseren van farmacotherapie zullen in STOP-programma's een belangrijke rol moeten krijgen. Als voorbeeld van dergelijke programma's kunnen worden genoemd *Outcome Prioritization Tools* (OPT) en *Goal Attainment Scaling* (GAS).²⁷⁻²⁹ De Nederlandse *DREAMeR-study* is een mooi voorbeeld waarin stoppen van medicatie vooral aan de orde kwam als ouderen specifiek de wens hadden om minder pillen te gebruiken of om specifieke gezondheidsklachten te verminderen.²⁹ Het doel van dit onderzoek was te bepalen of een medicatiebeoordeling de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten zou verbeteren. Tijdens de studie is gekeken of een medicatiebeoordeling in QALY's kan worden uitgedrukt en bepaalde de apotheker in overleg met de patiënt een aantal doelen. Aan de hand van de GAS-uitkomstmaten werd bepaald of dit doel ook was gehaald. Dit promotieonderzoek van Sanne Verdoorn liet zien dat een medicatiebeoordeling waarbij de wensen van de patiënt centraal staan, winst opleverde voor de patiënt én de maatschappij.

Uit haar onderzoek bleek dat 90% van de ondervraagde patiënten in staat was om samen met de apotheker een persoonlijk doel op te stellen, zoals minder pijn, minder pillen en meer mobiliteit. Ruim de helft van de patiënten was in staat ook daadwerkelijk verbetering op deze doelen te bereiken. Uit dit onderzoek blijkt ook dat slechts een minderheid van de medicatieproblemen bij ouderen binnen de apotheek ontdekt kan worden met de huidige checklists en computersoftware, omdat deze minder toegespitst zijn op de oudere medicijngebruiker. Op basis van de conclusies uit de module 'Minderen en stoppen van medicatie' (zie het kader 'Conclusies uit de module "Minderen en stoppen van medicatie"') dient men geen te hoge verwachtingen te hebben wat betreft gezondheidswinst, na uitvoering van de stop-medicatiemodule.

De oude module 'Medicatiebeoordeling' uit de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen bleek in de praktijk niet te voldoen. De criteria waren niet specifiek genoeg om kwetsbare patiënten te selecteren en zijn daarom in deze nieuwe module herzien. De patiëntengroep die nu in aanmerking komt voor een medicatiebeoordeling is beter toegespitst op die patiënten bij wie uit onderzoek meer effect blijkt van een medicatiebeoordeling. De nieuwe module 'Medicatiebeoordeling' stelt dat een medicatiebeoordeling vooral gewenst is bij patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie-gerelateerde problemen. De huisarts of de apotheker bepaalt de hoogte van dit risico; een medicatiebeoordeling is niet voor alle ouderen met polyfarmacie noodzakelijk.

De module 'Minderen en stoppen van medicatie' bestaat (vooralsnog) uit tien kennisdocumenten, die zorgverleners hulp bieden bij de overwegingen om medicatie te minderen of te stoppen (zie tabel 3). Voorts wordt aangegeven hoe medicijnen gestopt of afgebouwd kunnen worden. Deze bespreken we niet verder in detail aangezien het in alle gevallen somatische medicatie betreft, geïnteresseerde lezers kunnen dit vinden in een vergelijkbaar artikel in *PiL*.³⁰

Psychofarmaca worden in de module 'Minderen en stoppen van medicatie' niet beschreven. Voor een aantal hiervan blijkt het afbouwen en stoppen soms erg lastig. Psychofarmaca kunnen bovendien als onderhoudsmedicatie geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld stemmingsstabilisatoren bij een bipolaire stoornis of antipsychotica bij schizofrenie. Op oudere leeftijd is wel vaak een lagere dosis nodig om dezelfde spiegel of hetzelfde effect te bereiken. Het afbouwen van antidepressiva is een onderwerp waar veel discussie over is en dat buiten dit

Tabel 3 Kennisdocumenten tien geneesmiddelgroepen uit de NHG-module 'Minderen en stoppen van medicatie'.

alfablokkers en 5-alfareductaseremmers
anticoagulantia
bisfosfonaten
bloeddrukverlagende middelen
bloedglucoseverlagende middelen
calcium en vitamine D
protonpompremmers
statines
trombocytenaggregatieremmers
urologische spasmolytica

artikel valt. Over het afbouwen van benzodiazepines is recent een overzichtsartikel in *Psyfar* verschenen.³³

Tot slot

- Stoppen van medicatie door de zorgverlener mag geen doel op zichzelf zijn, maar uitsluitend worden uitgevoerd met kennisoverdracht naar en toestemming van de patiënt (*shared decision-making*).
- Voor de patiëntengroep die in de laatste levensfase zit (85-plus) en die een hoge mate van kwetsbaarheid heeft, is een STOP-traject het meest gewenst.³¹ Ook de STOPFrail geeft goede indicaties voor de doelgroep ouderen. Minder pillen hoeven gebruiken kan ook emotioneel bij de ouderen meer welbevinden betekenen.
- In de module 'Minderen en stoppen van medicatie' is gekozen voor een geneesmiddelgroepgerichte benadering. Dat is verdedigbaar, omdat de meeste literatuur op dat niveau beschikbaar is. Het toevoegen van een benadering vanuit geriatrische syndromen zou echter van meerwaarde kunnen zijn.
- De rolverdeling tussen apotheker en arts zal bij het uitvoeren van stop-programma's nader uitgewerkt moeten worden. Zo is de aanbeveling een voorbereidende rol voor de apotheker (analyse + voorstel) en uitvoering (goedkeuring) door de arts.
- Het is wenselijk dat bij stoppen van medicatie een stop-recept wordt gegenereerd met de reden van stoppen. Opnieuw voorschrijven van een eerder gestopt middel (bijvoorbeeld buiten de normale diensturen) is immers een veelvoorkomend probleem. In de richtlijn Medicatieoverdracht worden hierover goede afspraken voorgesteld. Notities over

stop-medicatie in het elektronisch patiëntendossier kunnen behulpzaam zijn.³² Het is van belang dat het proces systematisch wordt aangepakt en dat alle betrokken partijen worden geïnformeerd. Tevens is het een goed moment om met de patiënt te controleren of het betreffende patiëntendossier wel openstaat voor inzage door andere zorgverleners.

- Gezondheidswinst door gerichte aandacht voor stoppen/minderen van medicatie, in termen van mortaliteitsreductie en minder ziekenhuisopnames is nog onvoldoende aangetoond. Dit maakt de motivatie voor het uitvoeren van dit soort tijdrovende programma's lastig. Invoering van een stop-programma als onderdeel van een periodieke medicatiebeoordeling ligt meer voor de hand.
- Kosteneffectiviteitsstudies voor stop-programma's zijn moeilijk uitvoerbaar en om die reden nog niet gepubliceerd. Kostenminimalisatie, dat wil zeggen besparingen op geneesmiddelkosten, is in de studies wel aantoonbaar.
- Uitvoering van stop-programma's zonder afspraken met zorgverzekeraars over incentives zal belemmerend werken.

Dankwoord

Dr. Sanne Bakker-Verdoorn, openbaar apotheker (SIR-Stevenhof Leiden) heeft input geleverd voor een eerdere versie van dit artikel, waarvoor dank.

Relevante *Psyfar* artikelen

Zitman FG, Oude Voshaar RC, Kan CC. Stoppen met chronisch gebruik van benzodiazepinen. *Psyfar* 2006;1(4):9-16.

Barmentlo-Andringa KM. Het stoppen van benzodiazepines bij ouderen. *Psyfar* 2021;16(2):9-14.

Literatuur

- Turner JP, Martin P, Zhang YZ, et al. Patients beliefs and attitudes towards deprescribing: Can deprescribing success be predicted? *Res Social Adm Pharm* 2020;16(4):599-604.
- NHG Module Minderen en stoppen van medicatie. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/polyfarmacie-bij-ouderen>.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyfar.nl.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.

Switchen van en naar depotantipsychotica – een update

Depotantipsychotica worden in de psychiatrische praktijk vaak ingezet bij patiënten bij wie sprake is van problemen met therapietrouw. In dit artikel wordt stilgestaan bij veelgestelde vragen rondom de instelling op depotantipsychotica, zoals vragen over dosisequivalentie, de wijze van switchen tussen oraal en depot, en de invloed van de toedienplek. Door meer inzicht in deze onderwerpen te krijgen kan de instelling op depotantipsychotica veiliger en effectiever plaatsvinden.

Dit artikel is een update van het artikel 'Switchen van en naar depotantipsychotica', dat in december 2012 in *Psyfar* gepubliceerd is.

Arne Risselada

Dr. A.J. Risselada, ziekenhuisapotheker-epidemioloog-klinisch farmacoloog, Wilhelmina Ziekenhuis, Assen

Leerdoelen

Na bestudering van dit artikel

- weet u hoe u equivalente doseringen van depotantipsychotica kunt berekenen
- weet u dat 'one dose fits all' niet altijd geldt bij paliperidon en aripiprazol
- weet u hoe u de overschakeling van orale antipsychotica naar depotantipsychotica, of vice versa, zou kunnen uitvoeren

Inleiding

Het switchen tussen orale antipsychotica en depotantipsychotica en het gebruik van depotantipsychotica geven in de praktijk vaak aanleiding tot vragen als: 'wat zijn equivalente doseringen; hoe lang moet het orale middel nog gebruikt worden; hoe switch je tussen depots; welke invloed heeft de toedienplek?' In dit artikel zullen handvatten aangereikt worden voor het vaststellen van de juiste switchstrategie voor de in Nederland gebruikte depotantipsychotica, en zal stilgestaan worden bij vragen die regelmatig rondom het gebruik van depotantipsychotica gesteld worden.

Sinds de publicatie van het vorige artikel in *Psyfar* over het switchen van en naar depotantipsychotica (2012) is het depot flufenazinedecanoaat uit de handel gehaald, is er een drie- en zesmaandelijks depot voor paliperidon-palmitaat geïntroduceerd en is aripiprazol in depotvorm beschikbaar gekomen.¹ Het depot van broomperidol-decanoaat is ten tijde van het schrijven van dit artikel niet leverbaar en wordt vooralsnog pas eind 2022 weer verwacht. Penfluridol en fluspirileen vallen buiten het bestek van dit artikel, omdat hierbij geen sprake is van switchen tussen toedienvormen; penfluridol is alleen oraal beschikbaar en fluspirileen alleen als injectievloeistof.