

Medicatieoptimalisatie bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten: succesvol aanpassen van medicatie is mogelijk

Audrey A.M. Blenke ^{a*}, Rob J. van Marum ^{bc},
Annemieke M.A. Vermeulen Windsant-van den Tweel ^a,
Walter A.J.J. Hermens ^a en Hieronymus J. Derijks ^{cd}

^a Afdeling apotheek, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch.

^b Afdeling geriatrie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch.

^c Afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde,
Amsterdam UMC locatie VUmc.

^d Afdeling apotheek, Radboudumc, Nijmegen.

* Correspondentie: a.blenke@zanob.nl.

De auteurs danken de specialisten ouderengeneeskunde van Van Neynsel die hebben bijgedragen aan deze studie: Lieke Ausems, Wilma Albers, Sandy Beeks, Janneke Bressers, Ceciel Coffeng, Nicole van de Geer, Jacobien Erbrink, Amadea Gloudemans, Marianne van der Sluijs, Milou van Son, Vivian Verhoef en Raymond van de Walle.

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Blenke AA, van Marum RJ, Vermeulen Windsant-van den Tweel AM, Hermens WA, Derijks HJ. Deprescribing in newly admitted psychogeriatric nursing facility patients. *Consult Pharm.* 2018 Jun 1;33(6):331-338. doi: 10.4140/TCP.n.2018.331.

Citeer als: Blenke AAM, van Marum RJ, Vermeulen Windsant-van den Tweel AMA, Hermens WAJJ, Derijks HJ. Medicatieoptimalisatie bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten: succesvol aanpassen van medicatie is mogelijk. *Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek.* 2019;4:a1697.

Kernpunten

- Succesvol aanpassen van medicatie is mogelijk bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten met een beperkte levensverwachting.
- Een belangrijke succesfactor voor staken of dosisverlaging van zowel symptomatische als preventieve geneesmiddelen, betreft de samenwerking tussen apothekers en verpleeghuisartsen.
- Slechts 10 geneesmiddelgroepen waren betrokken bij meer dan 50% van de adviezen voor staken of dosisverlaging. Mogelijk kunnen medicatiebeoordelingen efficiënter worden uitgevoerd door te focussen op deze geneesmiddelgroepen.

ABSTRACT

Deprescribing in newly admitted psychogeriatric nursing facility patients

OBJECTIVE

To determine whether advised changes as a result of structured medication reviews in psychogeriatric patients were implemented and implemented changes were maintained.

DESIGN

We performed a prospective cohort study in three nursing homes in The Netherlands.

METHODS

After admission, newly admitted psychogeriatric residents were subjected to a structured medication review – performed by a pharmacist and physician – resulting in a treatment plan, which was approved by the patient's legal representative and effectuated. Main outcome measures were the percentage of advised changes approved (= approval rate) and the percentage of implemented medication changes still present 90 days after approval (= 90-day implementation rate).

RESULTS

A total of 45 patients were included who used a total number of 333 drugs (mean ± SD = 7.4 ± 3.3 drugs). Changes were advised for 159 medications used by 42 patients. Of these changes 150 were approved (approval rate = 94.3%). Finally, 105 were implemented and 89 were still implemented after 90 days (90-day implementation rate = 84.8%). Overall, 59.7% of the advised changes concerned deprescribing, 22.6% concerned an adjustment of a drug (dose, pharmaceutical form, administration time, frequency of dosing or a combination) and 11.9% concerned starting a drug. The proportion of advised changes implemented was similar for symptom-modifying and risk-modifying drugs, namely, almost 85%. Overall, 55.3% of the recommended changes to deprescribe or reduce dose concerned 10 drug groups.

CONCLUSION

Medication could be successfully deprescribed from psychogeriatric patients after structured medication reviews, performed by pharmacists and nursing home physicians. More than 50% of the advised changes to deprescribe or reduce dose involved 10 drug groups, which raises the question whether the structured medication review can be performed more efficiently by focusing on the most common problems.

Inleiding

Polyfarmacie komt veel voor bij verpleeghuisbewoners. In een Europese studie werd polyfarmacie, gedefinieerd als het gebruik van 5 tot 9 geneesmiddelen, waargenomen bij de helft van de bewoners. Bovenmatige polyfarmacie, gedefinieerd als gelijktijdig gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen, werd waargenomen bij bijna een kwart van de bewoners [1]. In veel situaties is polyfarmacie niet rationeel. Bij geneesmiddelen die ooit zijn gestart met een juiste indicatie kan de balans tussen effectiviteit en veiligheid na verloop van tijd negatief veranderen, onder andere als gevolg van veranderde farmacokinetiek of farmacodynamiek en toegenomen comorbiditeit. Ook kan de behandeling niet meer wenselijk zijn, bijvoorbeeld wanneer een patiënt cardiovasculaire preventieve medicatie gebruikt in het eindstadium van dementie [2,3]. Een systematische review van 43 studies suggereert dat 43% van de verpleeghuisbewoners potentieel ongeschikte medicatie gebruikt, waarbij de geschatte prevalentie tussen 1990 en 2014 toenam van 30,3%, in studies uitgevoerd in de periode 1990-1999, naar 49,8% in studies uitgevoerd na 2005 [4]. Een onderzoek uitgevoerd bij Amerikaanse verpleeghuisbewoners met dementie, toont dat 37,5% van de bewoners ten minste één geneesmiddel gebruikten dat als ‘ongeschikt’ werd beschouwd. Cholinesteraseremmers (15,8%) en lipidenverlagende middelen (12,1%) waren de meest voorgeschreven ongeschikte geneesmiddelen en 28% van de bewoners nam dagelijks antipsychotica [5].

Om ervoor te zorgen dat verpleeghuispatiënten de juiste geneesmiddelen krijgen, is het van belang om bij opname medicatiebeoordelingen uit te voeren, waarbij aandacht is voor ‘deprescribing’ – gedefinieerd als het stoppen van ongeschikte medicatie, begeleid door een zorgverlener, met het doel om polyfarmacie te managen en de uitkomsten te verbeteren [6] – van ongeschikte medicatie en het voorschrijven van ontbrekende medicatie, vooral voor behandeling van symptomen.

In de literatuur zijn slechts enkele studies beschreven waarin het effect van het doorvoeren van medicatiewijzigingen is onderzocht. Dit is echter nooit onderzocht in een psychogeriatrische verpleeghuispopulatie, een kwetsbare groep patiënten waarbij aanpassing en afwijking van richtlijnen, zoals het stoppen van preventief werkende geneesmiddelen, noodzakelijk kan zijn. Daarom hebben wij een studie uitgevoerd bij psychogeriatrische patiënten om te onderzoeken of geadviseerde medicatiewijzigingen, als resultaat van een systematische beoordeling van de medicatie, werden geïmplementeerd en geïmplementeerde wijzigingen werden gehandhaafd. Daarnaast onderzochten we welke factoren de mate van succes beïnvloedden.

Methoden

Onderzoeksdesign en -populatie

Er werd een prospectieve cohortstudie uitgevoerd in drie verpleeghuizen in de omgeving van ‘s-Hertogenbosch

(in totaal 229 psychogeriatrische bedden). De verpleeghuizen waren onderdeel van dezelfde organisatie. Geïnccludeerd werden patiënten ≥ 65 jaar die tussen maart 2014 en juli 2015 werden opgenomen op een psychogeriatrische afdeling. Patiënten waarbij door de specialist ouderengeneeskunde verwacht werd dat een follow-upperiode van 90 dagen niet zou worden gehaald (bijvoorbeeld levensverwachting < 90 dagen of een geplande verhuizing of overplaatsing naar een ander verpleeghuis) werden geëxcludeerd.

Deze studie werd beschouwd als een onderzoek in het kader van kwaliteitsverbetering.

Interventie

Patiënteninclusie vond plaats op de dag van opname. Medicatie werd beoordeeld met behulp van de STRIP-methode (*systematic tool to reduce inappropriate prescribing*), conform de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Dit is een impliciete screeningstool op basis van vijf stappen. Als expliciete screeningstool worden hierbij de STOPP- en START-criteria aanbevolen [7,8]. De STOPP- en START-criteria bieden hulp bij het opsporen van respectievelijk potentieel ongeschikte en ontbrekende geneesmiddelen bij oudere patiënten op basis van *evidence based*-richtlijnen.

De specialist ouderengeneeskunde (hierna: arts) verzamelde gegevens zoals de medische voorgeschiedenis, het medicatieoverzicht van de apotheek inclusief allergieën en overgevoeligheden, gegevens van lichamelijk onderzoek (bloeddruk, pols, gewicht) en laboratoriumwaarden van de afgelopen 12 maanden (nierfunctie, leverfunctie, et cetera). Binnen 28 dagen na opname stelde de arts een farmacotherapeutische anamnese op met behulp van verzamelde gegevens van de patiënt en informatie die na overleg met de patiënt en / of de wettelijke vertegenwoordiger / verzorger van de patiënt werd verkregen. Zorgen, verwachtingen, ervaringen, wensen en vragen van de patiënt of verzorger met betrekking tot de gebruikte geneesmiddelen werden geëvalueerd (stap 1). Binnen 42 dagen na opname voerden de apotheker en de arts afzonderlijk een farmacotherapeutische analyse uit op basis van de farmacotherapeutische anamnese (stap 2). Farmacotherapiegerelateerde problemen zoals over- en onderbehandeling, ontbreken van effectieve farmacotherapie, potentiële bijwerkingen, klinisch relevante contra-indicaties en interacties, onjuiste doseringen en problemen bij gebruik werden geïdentificeerd. De apotheker en de arts bespraken hun analyse en maakten voor de vastgestelde problemen een concept farmacotherapeutisch behandelplan (FBP) inclusief behandeldoelen en prioritering van de te nemen acties (stap 3). De arts besprak het FBP met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt en legde de achtergrond van de voorgestelde wijzigingen uit. Nadat de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt het FBP had goedgekeurd (stap 4), werden de wijzigingen

Tabel 1 Percentages van geadviseerde, geïmplementeerde en gecontinueerde medicatiewijzigingen

	Aantal geadviseerde wijzigingen	Aantal goedgekeurde wijzigingen *	Percentage goed-gekeurd †	Aantal geïmplementeerde wijzigingen ‡	Aantal geïmplementeerde en gecontinueerde wijzigingen na 90 dagen §	Percentage geïmplementeerd en gecontinueerd na 90 dagen
	n (%)	n (%)	%	n (%)	n (%)	%
TOTALEN	159	150	94,3	105	89	84,8
ANATOMISCH THERAPEUTISCH CHEMISCH CLASSIFICATIE (ATC) ¶						
• N: zenuwstelsel	50 (31,4)	47 (31,3)	94	30 (28,6)	24 (27)	80
• C: cardiovasculair systeem	43 (27)	42 (28)	97,7	24 (22,9)	20 (22,5)	83,3
• A: spijsverteringsstelsel en metabolisme	29 (18,2)	26 (17,3)	89,7	21 (20)	21 (23,6)	100
• B: bloed en bloedvormende organen	16 (10,1)	16 (10,7)	100	12 (11,4)	8 (9)	66,7
• R: ademhalingssysteem	8 (5)	7 (4,7)	87,5	6 (5,7)	6 (6,7)	100
• D: dermatica	6 (3,8)	5 (3,3)	83,3	5 (4,8)	3 (3,4)	60
• M: bewegingsapparaat	4 (2,5)	4 (2,7)	100	4 (3,8)	4 (4,5)	100
• H: systemische hormonale preparaten, met uitzondering van insuline en geslachtshormonen	1 (0,6)	1 (0,7)	100	1 (1)	1 (1,1)	100
• S: zintuigstelsel	1 (0,6)	1 (0,7)	100	1 (1)	1 (1,1)	100
• V: overige	1 (0,6)	1 (0,7)	100	1 (1)	1 (1,1)	100
TYPE ADVIES						
• stoppen geneesmiddel	95 (59,7)	89 (59,3)	93,7	62 (59)	54 (60,7)	87,1
• geneesmiddel wijzigen **	36 (22,6)	33 (22)	91,7	22 (20,9)	18 (20,2)	81,8
• starten geneesmiddel	19 (11,9)	19 (12,7)	100	12 (11,4)	9 (10,1)	75
• starten en stoppen geneesmiddel	5 (3,1)	5 (3,3)	100	5 (4,8)	4 (4,5)	80
• metingen ††	4 (2,5)	4 (2,7)	100	4 (3,8)	4 (4,5)	100
TYPE GENEESMIDDEL						
• symptomatisch	85 (53,5)	76 (50,7)	89,4	53 (50,5)	45 (50,6)	84,9
• preventief	73 (45,9)	73 (48,7)	100	51 (48,6)	43 (48,3)	84,3
• niet van toepassing	1 (0,6)	1 (0,6)	100	1 (1,0)	1 (1,1)	100

* Adviezen van een apotheker en/of een verpleeghuisarts, goedgekeurd door de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt.

† Aantal goedgekeurde wijzigingen / aantal geadviseerde wijzigingen x 100%.

‡ Wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen.

§ Wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen en nog aanwezig na 90 dagen.

|| Aantal wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen en nog aanwezig na 90 dagen / aantal wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen x 100%.

¶ ATC-classes G, J, L en P bevatten geen adviezen.

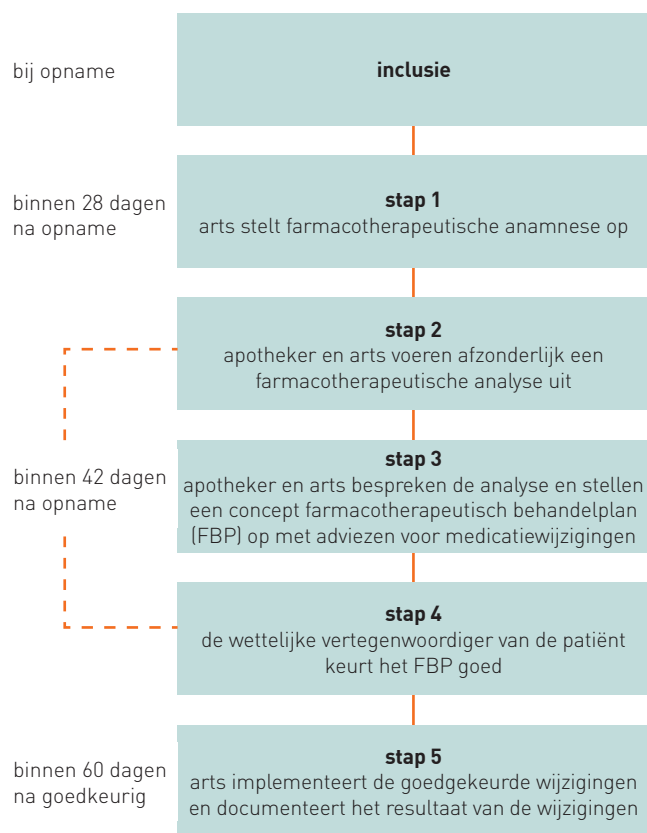
** Wijzigingen van dosis, farmaceutische vorm, toedientijd, substitutie, doseerfrequentie of een combinatie van wijzigingen.

†† Bijvoorbeeld laboratoriumbepalingen.

achtereenvolgens, echter uiterlijk binnen 60 dagen na goedkeuring van het FBP, door de arts geïmplementeerd.

Tijdens de follow-up (stap 5) werden alle patiënten gecontroleerd op verandering van symptomen, bijwerkingen

en relevante laboratorium- en diagnostische meetwaarden. Indien de verantwoordelijke arts dit nodig achtte, werd het geneesmiddel (opnieuw) gestart, gestopt of gewijzigd. De veranderingen en redenen werden geregistreerd door de

Figuur 1 Stroomschema van het beoordelingsproces

arts in het dossier van de patiënt. Figuur 1 illustreert het stroomschema van het beoordelingsproces.

Uitkomst

Een medicatiewijziging moest plaatsvinden binnen 60 dagen nadat het FBP was goedgekeurd door de vertegenwoordiger van de patiënt (= geïmplementeerde medicatiewijziging). Wijzigingen gemaakt tussen moment van opname en opstellen van het FBP, werden niet meegenomen in het onderzoek. De primaire uitkomstmaat van de studie was het percentage geïmplementeerde medicatiewijzigingen 90 dagen na de goedkeuring van het FBP (= aantal wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen en nog aanwezig na 90 dagen / wijzigingen die zijn geïmplementeerd binnen 0 tot 60 dagen * 100%).

De secundaire uitkomstmaat van de studie was het percentage geadviseerde medicatiewijzigingen dat werd goedgekeurd door de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (= goedkeuringspercentage) en werd als volgt berekend:
percentage goedgekeurd = aantal goedgekeurde wijzigingen / aantal geadviseerde wijzigingen * 100%.

Zowel de primaire als de secundaire uitkomsten werden gestratificeerd naar type geneesmiddel (volgens de WHO

Anatomic Therapeutic Chemical (ATC)-classificatie), type advies en of het een symptomatisch of preventief geneesmiddel betrof. Preventieve geneesmiddelen werden gedefinieerd als geneesmiddelen die het oogmerk hebben de ziekte op lange termijn te voorkomen (bijvoorbeeld acetylsalicylzuur, statines, antihypertensiva, bisfosfonaten, calcium en vitamine D). Symptomatische geneesmiddelen werden gedefinieerd als geneesmiddelen die symptomen als gevolg van een ziekte beogen te voorkomen (bijvoorbeeld pijnstillers, laxantia, anti-refluxmiddelen, antidepressiva, hypnotica en anxiolytica) [9,10].

We onderzochten ook voor welke geneesmiddelgroepen de meeste adviezen voor deprescribing en dosisverlaging werden gegeven. Ten slotte analyseerden we waarom een geadviseerde medicatiewijziging niet werd goedgekeurd, waarom goedgekeurde wijzigingen niet werden geïmplementeerd en waarom geïmplementeerde medicatiewijzigingen op de lange termijn niet werden gehandhaafd. Statistische evaluatie werd uitgevoerd met behulp van SPSS-versie 24.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Resultaten

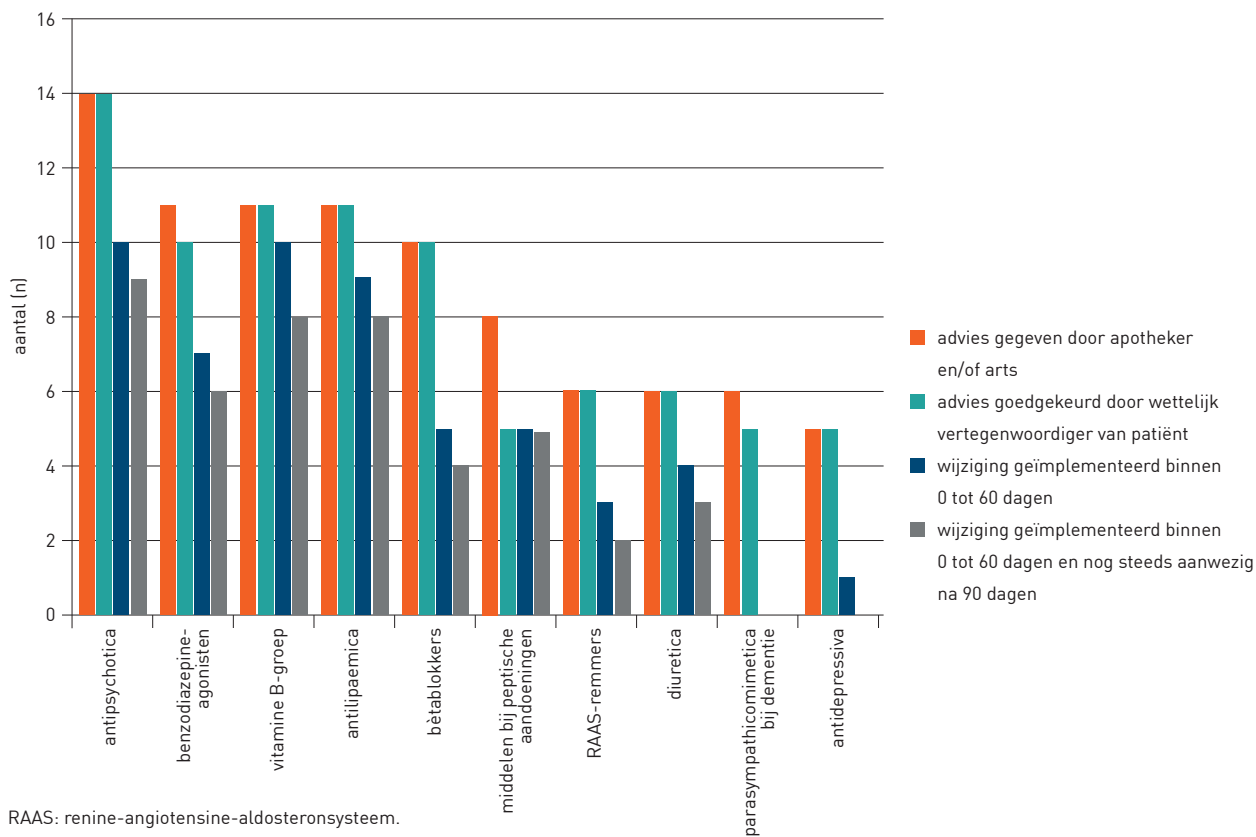
We evalueerden 58 nieuwe patiënten die tussen maart 2014 en juli 2015 werden opgenomen; 13 patiënten vielen uit omdat zij overleden ($n = 5$), verhuisden naar een ander verpleeghuis ($n = 3$) of niet volgens studieprotocol werden opgevolgd door de arts ($n = 5$). Van de overgebleven 45 geïncludeerde patiënten (gemiddelde leeftijd \pm standaarddeviatie [SD] = $82,8 \pm 7$ jaar), waren 12 man (26,7%). Aan het onderzoek namen 12 artsen en vier (ziekenhuis)apothekers deel.

De 45 patiënten gebruikten een totaal van 333 geneesmiddelen (gemiddelde \pm SD = $7,4 \pm 3,3$ geneesmiddelen). Bij 42 patiënten en voor in totaal 159 geneesmiddelen (47,7%) werd een advies gegeven (gemiddelde \pm SD van het aantal geadviseerde medicatiewijzigingen = $3,5 \pm 2,1$).

Tabel 1 beschrijft de belangrijkste resultaten van deze studie. De wettelijke vertegenwoordigers van de patiënten keurden 150 van deze wijzigingen goed (goedkeuringspercentage = 94,3%). Van deze goedgekeurde medicatiewijzigingen werden 105 geïmplementeerd en 89 van deze wijzigingen waren na follow-up van 90 dagen nog aanwezig (percentage geïmplementeerd na 90 dagen = 84,8%).

Negen adviezen (zes patiënten) werden niet goedgekeurd door de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënten, waaronder zeven aanbevelingen om medicatie te stoppen of de dosis ervan te verlagen. Bij vijf geadviseerde wijzigingen (twee patiënten) was de wettelijke vertegenwoordiger emotioneel gezien er nog niet klaar voor om het geneesmiddel te stoppen. De belangrijkste reden voor het niet implementeren van een goedgekeurde wijziging ($n = 45$, 30,0%), was dat uit nieuwe informatie alsnog bleek dat het geneesmiddel geïndiceerd was. Of dat de wijziging niet langer nodig was, omdat bijvoorbeeld een andere geïmplementeerde wijziging reeds voldoende effectief

Figuur 2 Top 10 geneesmiddelgroepen met meest voorkomende adviezen en geïmplementeerde wijzigingen voor deprescribing en dosisverlaging



bleek. Dit betrof 32 wijzigingen waarbij stoppen of een dosisverlaging was geadviseerd. Zestien geïmplementeerde wijzigingen werden niet gecontinueerd – waarvan negen betrekking hadden op stoppen of dosisverlaging – voornamelijk omdat symptomen terugkwamen of verergerden na het stoppen of de dosisverlaging. In totaal bestond 59,7% van de geadviseerde wijzigingen uit het stoppen van geneesmiddelen (percentage geïmplementeerd en gecontinueerd na 90 dagen = 87,1%), 22,6% uit het aanpassen van het geneesmiddel (dosis, farmaceutische vorm, toedientijd, farmacotherapeutische substitutie, doseerfrequentie of een combinatie hiervan; percentage geïmplementeerd en gecontinueerd na 90 dagen = 81,8%) en slechts 11,9% betrof het starten van medicatie (percentage geïmplementeerd en gecontinueerd na 90 dagen = 75%). Het percentage geadviseerde wijzigingen dat werd geïmplementeerd was vergelijkbaar voor symptomatische en preventieve geneesmiddelen, namelijk bijna 85% (tabel 1).

Stratificeren van de geadviseerde en geïmplementeerde wijzigingen naar ATC-klasse toonde aan dat de meeste adviezen werden gegeven bij geneesmiddelen die werkzaam zijn op het zenuwstelsel, het cardiovasculaire systeem en het maagdarmkanaal en metabolisme (tabel 1). Van

de adviezen voor deprescribing en dosisverlaging had 55,3% betrekking op 10 geneesmiddelgroepen, waarvan de belangrijkste zijn: antipsychotica (n = 14, 8,8%), benzodiazepineagonisten (n = 11, 6,9%), vitamine B-groep (n = 11, 6,9%), antilipaemica (n = 11, 6,9%) en bètablokkers (n = 10, 6,3%) (figuur 2).

Beschouwing

Ons onderzoek toont aan dat, overleg tussen apothekers, artsen en wettelijke vertegenwoordigers van patiënten opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis, leidde tot het goedkeuren van het merendeel van de geadviseerde medicatiewijzigingen (goedkeuringspercentage = 94,3%), en het implementeren en continueren van medicatiewijzigingen (percentage geïmplementeerd en gecontinueerd na 90 dagen = 84,8%). Dit ondanks de aanvankelijke weerstand en angst om wijzigingen door te voeren. In totaal had 55,3% van de adviezen voor deprescribing en dosisverlaging betrekking op 10 geneesmiddelgroepen. In de literatuur zien we dat 62 tot 97% van de adviezen, gebaseerd op een medicatiebeoordeling, geïmplementeerd en gehandhaafd worden op de lange termijn [9,11-13]. In de onderzoeken van Dalleur et al. en Ros et al. [11,12]

was het percentage geïmplementeerde en gecontinueerde wijzigingen gedurende de follow-upperiode lager (62-63%) dan in de onderzoeken van Potter et al. [9], Garfinkel et al. [13] en ons onderzoek (respectievelijk 81,4%, 97% en 84,8%). De mogelijke reden is dat in de studies van Dalleur et al. en Ros et al. de arts die de geadviseerde wijzigingen moest opvolgen, niet altijd betrokken was bij de uitvoer van de medicatiebeoordeling.

In de studie van Dalleur et al. was er ook geen aanvullend overleg met de patiënt, diens verzorger of wettelijke vertegenwoordiger. Het hebben van overeenstemming met alle relevante belanghebbenden is mogelijk een belangrijke factor voor het succesvol uitvoeren van deprescribing en het verlagen van doseringen.

Het hoge succespercentage in ons onderzoek kan mogelijk ook verklaard worden door de onderzochte populatie. Psychogeriatrische patiënten in een verpleeghuis hebben een beperkte levensverwachting (over het algemeen minder dan 1 jaar) en worden nauwlettend begeleid door geschoolde specialisten ouderengeneeskunde. Deze factoren kunnen drempelverlagend werken voor het implementeren en continueren van wijzigingen.

In de door ons onderzochte populatie zou men verwachten dat de focus van de behandeling ligt op het verlichten van symptomen in plaats van op bijvoorbeeld de preventie van cardiovasculair risico's. Algemeen wordt aangenomen dat preventieve geneesmiddelen gemakkelijker te stoppen zijn dan symptomatische geneesmiddelen [9,10]. Bovendien kan het lastig zijn om symptomatische geneesmiddelen te stoppen bij patiënten met cognitieve stoornissen, omdat zij niet in staat zijn om het effect hiervan te benoemen [9]. We vonden echter geen verschil tussen preventieve en symptomatisch werkende geneesmiddelen wat betreft het aantal geïmplementeerde en gecontinueerde wijzigingen. Specialisten ouderengeneeskunde zijn met name gefocust op het stoppen van onnodige psychotrope geneesmiddelen. In ons onderzoek werden veel symptomatische geneesmiddelen gestopt omdat ze niet langer noodzakelijk werden geacht.

Ons onderzoek had enkele beperkingen. De follow-

upperiode was kort en daarom is onbekend of veranderingen op de lange termijn zijn voortgezet. We verwachten echter op basis van de resultaten van de studies van Potter et al. en Garfinkel et al., met follow-upperiodes van respectievelijk 12 en 19 maanden, dat de geïmplementeerde wijzigingen op de lange termijn gecontinueerd blijven [9,13]. We kozen voor een relatief korte follow-upperiode vanwege de relatief korte levensverwachting van de onderzoekspopulatie na opname (gemiddeld 365 dagen).

Een sterk punt van ons onderzoek is dat we het effect van medicatiewijzigingen, op basis van een medicatiebeoordeling onderzochten bij een populatie waarbij dit niet eerder is onderzocht. Een andere sterk punt is dat verschillende artsen en apothekers betrokken waren. Dit resulteerde in verschillende benaderingen van deprescribing en het verlagen van doseringen, en is hiermee een afspiegeling van de dagelijkse medische praktijk.

Conclusie

Het implementeren van medicatiewijzigingen op basis van een medicatiebeoordeling is niet eenvoudig, maar wij tonen met dit onderzoek aan dat succesvolle deprescribing en het wijzigen of starten van geneesmiddelen bij psychogeriatrische patiënten, na het uitvoeren van een gestructureerde medicatiebeoordeling, mogelijk is. De gecombineerde inspanning van apothekers en specialisten ouderengeneeskunde kan resulteren in succesvolle deprescribing van zowel symptomatische als preventieve geneesmiddelen. Het bereiken van overeenstemming met alle relevante belanghebbenden (bijvoorbeeld de wettelijke vertegenwoordiger/ verzorger van de patiënt) voordat medicatiewijzigingen worden doorgevoerd, lijkt een belangrijke factor te zijn voor dit succes. Slechts 10 geneesmiddelgroepen waren betrokken bij meer dan 50% van de adviezen voor deprescribing of dosisverlaging. Mogelijk kunnen gestructureerde medicatiebeoordelingen efficiënter worden uitgevoerd door te focussen op de meest voorkomende problemen. ■

Zie voor literatuurreferenties: npfo.nl.



Zelf een interessante casus publiceren in het NPFO?
Neem contact op met de NPFO-redactie via npfo@npfo.nl