



Waarom volgen ouderen het deprescribing-advies van hun huisarts niet op?

Referentie

Zechmann S, Trueb C, Valeri F, et al. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: an explorative study from Switzerland. *BMC Fam Pract* 2019;20:64. DOI:10.1186/s12875-019-0953-4

Duiding

Ellen Van Leeuwen, Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen; Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent en Thierry Christiaens, Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen, UGent

Minerva besprak eerder al een systematische review die aantoonde dat het stoppen van geneesmiddelen bij ouderen met polyfarmacie (deprescribing) haalbaar is zonder een toename van de mortaliteit (1,2). Studies tonen ook aan dat de overgrote meerderheid van de ouderen met polyfarmacie open staat voor het stoppen van geneesmiddelen wanneer hun arts dit zou voorstellen (3).

Waarom ouderen het advies van hun huisarts om een geneesmiddel te stoppen niet altijd volgen, was het onderwerp van een recente Zwitserse observationele studie (4). Ze bestond zowel uit een kwalitatief als een kwantitatief luik en werd uitgevoerd in de context van een dubbelblinde cluster-gerandomiseerde studie, die het langetermijneffect van een deprescribing-algoritme versus usual care onderzocht in de huisartspraktijk. Op basis van gezamenlijke besluitvorming (shared decision-making) tussen oudere patiënten (≥ 60 jaar) met polyfarmacie (≥ 5 geneesmiddelen per dag) en hun huisarts werd afgesproken om bepaalde medicatie te stoppen (wegens onjuiste indicatie, ongunstige risico-batenbalans), in dosis te verlagen, te vervangen door een beter alternatief of ongewijzigd te laten.

Van de 87 patiënten waren er 22 (25,3%) die minstens één deprescribing-advies van hun huisarts niet opvolgden. Bij 19 van deze 22 ouderen (gemiddelde leeftijd 76,9 jaar (SD 10,0) en gemiddeld gebruik van 8,9 (SD 2,6) geneesmiddelen) kon men semigestructureerde telefonische interviews afnemen. Van de 68 voorstellen om medicatie aan te passen werden er 34 (50%) niet gevolgd. Het ging vooral om geneesmiddelen met een symptomatisch effect (geneesmiddelen voor maagzuurgerelateerde afwijkingen (n=8), analgetica (n=4), anti-inflammatoire middelen (n=4) en psychofarmaca (n=6)) en in mindere mate om vitaminen en mineralen (n=5), geneesmiddelen voor COPD (n=2), antitrombotica (n=2), diuretica (n=2) en antidiabetica (n=1). De semigestructureerde interviews werden door de onderzoekers op een correcte manier ontwikkeld en uitgevoerd (5). **Recall bias** is wel mogelijk omdat de interviews 13 maanden na het eerste consult zijn afgenomen om de blinding van de cluster-gerandomiseerde RCT te kunnen behouden. Ook de **contentanalyse** werd door meerdere onderzoekers op een correcte manier uitgevoerd (5).

Uit de interviews bleek dat de meeste ouderen een groot vertrouwen hadden in hun huisarts (18/19) en reeds voor de studie betrokken waren in het proces van gezamenlijke besluitvorming over medicatie (17/19). De helft (9/19) van de patiënten had een medicatieschema ontvangen en de andere helft was geïnteresseerd om er een te krijgen. Hieruit blijkt dus dat een goede vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts en het actief betrekken van de patiënt in de besluitvorming niet noodzakelijk betekent dat de patiënt het deprescribing-advies van de arts altijd zal volgen. Mogelijk kan dit vertrouwen ook verklaren waarom patiënten het nut van de medicatie niet in vraag stelden en dit niet benoemden als motivator om te stoppen, in tegenstelling tot wat blijkt uit de literatuur (3).

Bijna de helft had problemen met het innemen van de hoeveelheid geneesmiddelen ('drug burden'). Slechts 1 van de 19 patiënten voelde zich 'afgeschreven' na het voorstel om medicatie te wijzigen. Deze vaststelling gaat in tegen wat verwacht werd vanuit de literatuur en ook benoemd wordt als een belangrijke drempel bij artsen voor deprescribing (3,7).

Dé redenen waarom deprescribing niet lukte, zijn in 2 thema's te bundelen: inertie of conservatisme en gefragmenteerde medische zorg.

'Inertie' verwijst naar de moeilijkheid om een voorgestelde verandering te implementeren. Veel patiënten (15/19) waren er immers van overtuigd dat het geneesmiddel effectief en noodzakelijk was. Deprescribing voelde bij 6/19 aan alsof men hen een werkzaam geneesmiddel ontnam. Dit strookt met het feit dat men de geneesmiddelen met een symptomatisch effect het minst wenste te wijzigen. De afwezigheid van symptomen valt makkelijker te rijmen met de boodschap dat de behandeling succesvol is en het geneesmiddel dus (nog) belangrijk is dan met de boodschap dat het geneesmiddel niet meer nodig is. De angst voor recidieflachten en onttrekkingsymptomen wordt ook door artsen benoemd als een belangrijke drempel voor deprescribing (7).

'Gefragmenteerde medische zorg' met verschillende voorschrijvers was voor 6/19 patiënten een reden om de adviezen niet te volgen. Deze link zouden we kunnen verklaren met het feit dat de patiënt er zich oncomfortabel bij voelt om geneesmiddelen te stoppen vanwege 'loyaliteit' met de verschillende voorschrijvers. Dat ook huisartsen weigerachtig staan om een behandeling te stoppen die werd opgestart door een collega was bekend, maar bij patiënten was deze drempel nog niet beschreven (3,7). Een centrale, coördinerende rol voor de huisarts, een goede communicatie tussen de huisarts en de specialisten en de patiënt meer inzicht geven in zijn behandeling (*patiënt-empowerment*) door het geven van een medicatielijst zou hierbij kunnen helpen.

Besluit

Dit observationeel onderzoek toont aan dat inertie en gefragmenteerde medische zorg de grootste barrières zijn voor deprescribing bij ouderen. De bezorgdheid van de huisarts over het gevoel van 'afgeschreven' te zijn van de patiënt zou een actief gesprek over de vermindering van polyfarmacie niet mogen verhinderen.

Voor de praktijk

Deze studie onderstreept dat huisartsen een centrale rol hebben bij het stoppen van geneesmiddelen. Shared decision-making met de patiënt, mantelzorger en/of familie, het benadrukken van het therapeutische doel van deprescribing, het bespreken van een gebrek aan voordelen en de mogelijke risico's bij medicatiegebruik, aanbieden van voldoende opvolgmogelijkheden en het coördineren van de zorg bij verschillende voorschrijvers zijn hierbij cruciaal (8).

Referenties

1. Chevalier P. Deprescribing: haalbaarheid en effect op gezondheid. *Minerva* 2017;16(3):65-8.
2. Page AT, Clifford RM, Potter K, et al. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82:583-623. DOI: 10.1111/bcp.12975
3. Reeve E, To J, Hendrix I, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging* 2013;30:793-807. DOI: 10.1007/s40266-013-0106-8
4. Zechmann S, Trueb C, Valeri F, et al. Barriers and enablers for deprescribing among older, multimorbid patients with polypharmacy: an explorative study from Switzerland. *BMC Fam Pract* 2019;20:64. DOI:10.1186/s12875-019-0953-4
5. Hasler S, Senn O, Rosemann T, Neuner-Jehle S. Effect of a patient-centered drug review on polypharmacy in primary care patients: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:380. DOI: 10.1186/s13063-015-0915-7
6. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
7. 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:e006544. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006544
8. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175:827-34. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.0324