

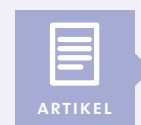
‘Zegt u het maar, u bent de dokter’; patiënten op langdurige psychiatrische verblijfsafdelingen over hun medicatie

N.E.D.M. FRANKOWSKI, K.P. GROOTENS, C.A. VAN DER STELT, A. NOORT, R.J. VAN MARUM

- ACHTERGROND** Hoewel patiënten centraal horen te staan in de zorg, is het bij ouderen met chronische psychiatrische aandoeningen de vraag of behandelaars voldoende op de hoogte zijn van de visie van patiënten.
- DOEL** Inzicht krijgen in de mening en kennis van de oudere, langdurig opgenomen psychiatrische patiënt over diens medicatiebeleid en gezondheidsprioriteiten.
- METHODE** Bewoners van een psychiatrische verblijfsafdeling voor ouderen werden geïnterviewd over parate kennis van hun huidige medicatie, gezondheidsprioriteiten en voorkeuren in medicatiewijzigingen. Ook werd de Patient's Attitude Towards Deprescribing (PATD) afgenomen. De voorkeuren voor medicatiewijzigingen werden vergeleken met die van de betrokken behandelaars.
- RESULTATEN** 47 patiënten (mediane leeftijd 67 jaar, mediaan 11 medicijnen) werden geïnterviewd. Hun parate kennis was gemiddeld 37%. Bijna 64% vond alle medicijnen noodzakelijk en 77% stond open voor minder medicatie wanneer de arts zei dat dit mogelijk was. Voorkeuren voor vermindering van medicatie kwamen bij circa 80% van de patiënten niet overeen met die van voorschrijvers.
- CONCLUSIE** Patiënten staan grotendeels open om medicijnen te verminderen, maar wachten het oordeel van hun arts af. Ze hebben weinig kennis over hun medicatiegebruik. Voorkeuren van patiënt en behandelaar komen vaak niet overeen. Een gesprek met patiënten over de behoefte aan educatie en behandelvoorkeuren zou onderdeel moeten worden van de periodieke medicatiereviews met het doel medicatie te minderen en patiënt centrale zorg te leveren.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 527-535

TREFWOORDEN gezamenlijke besluitvorming, medicatiereview, medicatie minderen, ouderenpsychiatrie, polyfarmacie



ARTIKEL



In een tijd waarin de patiënt centraal staat in de zorg en gedeelde besluitvorming de norm is, willen wij nagaan hoe dit gesteld is bij de relatief onderbelichte groep oudere patiënten met ernstige, chronische psychiatrische aandoeningen. Zijn we als behandelaars voldoende op de hoogte van de visie die de patiënt heeft op zijn medicatiegebruik en het voorschrijven van minder medicatie?

De oudere psychiatrische patiënt heeft een slechtere lichamelijke gezondheid en veroudert fysiologisch sneller (multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie 2012; de Hert e.a. 2011). Depressie, gebrek aan ziektebesef en -inzicht en

beperkingen in executieve functies kunnen een extra risico geven op verminderde therapietrouw (Arlt e.a. 2008). Polyfarmacie en irrationele combinaties komen veelvuldig voor bij verblijfspatiënten in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en lijken onvermijdelijk door complexe symptomenbeelden (Sterrenburg-van de Nieuwegiessen e.a. 2000).

Niettemin hebben zij minder het gevoel betrokken te worden bij besluitvorming over medicatie (de las Cuevas & Peñate 2014; Zink e.a. 2010). Polyfarmacie is potentieel onveilig bij ouderen. Patiënten ouder dan 65 jaar hebben

een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddelgerelateerde opnames ten opzichte van jongere patiënten en 10-40% van de ouderen blijkt minimaal één niet adequate combinatie medicijnen te hebben (van den Bemt & Egberts 2006; multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie 2012; Vermeulen e.a. 2012).

Volgens de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen dient jaarlijks een medicatiereview plaats te vinden door de arts en apotheker met het doel farmacotherapie te optimaliseren en medicatiegebruik veiliger te maken (multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie 2012). In verblijfsinstellingen is het (voor zover ons bekend) niet gebruikelijk dat patiënten hier zelf actief aan deelnemen. Inmiddels bestaat in de moderne zorg steeds meer aandacht voor 'medicatie minderen' (*deprescribing*), het verminderen van ongewenste medicatie om polyfarmacie veiliger en patiëntvriendelijker te maken. De wensen van de patiënt horen hierin centraal te staan (Vermeulen e.a. 2012).

Tot op heden zijn drie onderzoeken verricht naar de visie van patiënten op medicatie minderen, alle in niet-psychiatrische ouderenpopulaties. Daarin komt naar voren dat 78-98% van de patiënten openstaat voor vermindering van medicatie, en dat patiënten de noodzaak inzien om dit onder begeleiding van een arts te doen (Reeve e.a. 2013a; Galazzi e.a. 2016; van Marum e.a. 2016). Er bestaat weinig overeenstemming tussen patiënten en artsen wat betreft voorkeuren in medicatiewijzigingen en patiënten hebben weinig parate kennis over medicatie (van Marum e.a. 2016).

Patiënten beschouwen 'verbetering fysieke functie', 'effectieve behandeling van ziekte' en 'behoud van huidig activiteitsniveau' als belangrijke gezondheidsprioriteiten (Akishita e.a. 2012). Onder oudere patiënten in de langdurige verblijfspsychiatrie is tot op heden geen onderzoek verricht naar hun visie op farmacotherapie en hun prioriteiten.

In deze studie richten wij ons daarom op de volgende vragen: Welke wensen hebben psychiatrische patiënten in langdurige verblijfsinstellingen en hun behandelaars wat betreft medicatie minderen en in hoeverre komen deze overeen? Hoeveel kennis hebben patiënten over hun gebruikte medicatie? Wat zijn hun gezondheidsprioriteiten?

METHODE

Deelnemers

Wij verrichtten een observationele beschrijvende studie waarbij deelnemers werden geïnterviewd.

De deelnemers waren patiënten die tussen 1 april 2016 en 1 juli 2016 verbleven op de verblijfsafdeling Ouderenpsy-

AUTEURS

NATHALIE FRANKOWSKI, aios psychiatrie, GGz Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

KOEN GROOTENS, psychiater-klinisch farmacoloog, opleider, GGz Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch, RadboudUMC, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

RIANDA VAN DER STELT, apotheker-klinisch farmacoloog, Apotheek ZANOB, 's-Hertogenbosch.

ANNEMARIE NOORT, psychiater, GGz Reinier van Arkel, 's-Hertogenbosch.

ROB VAN MARUM, klinisch geriater-klinisch farmacoloog, hoogleraar Farmacotherapie bij ouderen, VUmc, afd. Huisartsengeneeskunde en Ouderegeneeskunde, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: n.frankowski@reiniervanarkel.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-5-2019.

chiatry van Reinier van Arkel in Vught. Op deze locatie verblijven 98 patiënten met complexe psychiatrische aandoeningen grotendeels op vrijwillige basis. Medicatie wordt door verpleging uitgereikt aan alle patiënten. Bewoners werden geselecteerd op basis van de volgende criteria: polyfarmacie (chronisch gebruik van 5 of meer medicijnen exclusief dermatologische preparaten) en wilsbekwaamheid wat betreft medicatiegebruik. De wilsbekwaamheid werd beoordeeld door overleg met verpleegkundigen en werd tijdens de interviews door de interviewer nogmaals beoordeeld. Gezien het beschrijvende karakter van deze studie selecteerden we niet op leeftijd. Deelnemers werden geëxcludeerd op basis van onmogelijkheid of onvermogen tot verbale communicatie, terminale levensfase en verblijf in ziekenhuis. Van alle deelnemers werd vooraf schriftelijk informed consent verkregen. De lokale medisch-ethische toetsingscommissie keurde dit onderzoek goed.

Interview

Het interview werd individueel afgenomen door 1 onderzoeker (NF). De semigestructureerde vragenlijst gebaseerd op vergelijkend onderzoek (van Marum e.a. 2016) bestond uit de volgende onderdelen:

– Gevalideerde vragenlijst *Patients Attitude Towards Deprescribing* (PATD). Hiermee werd geëvalueerd welke mening de deelnemers hebben ten opzichte van huidig medicatiegebruik. Drie van de vijftien vragen werden niet

gebruikt omdat deze irrelevant waren in deze setting ('minder betalen zou een rol spelen in bereidheid om te stoppen met bepaalde medicijnen' en twee vragen over de follow-up) (Reeve e.a. 2013b).

- Naar wensen in medicatiewijzigingen werd gevraagd na toelichting van de huidige medicatielijst. Er werd aan de patiënt, de behandelend psychiater, de eigen huisarts en aan twee betrokken apothekers gevraagd 3 medicijnen op te noemen die wat hen betreft gestaakt mogen worden en die zeker niet gestaakt mogen worden.

De medicatie werd onderverdeeld in somatische middelen (cardiovasculaire, glucose-regulerende en pulmonale medicatie, anticonvulsiva, gastro-intestinale medicatie, schildkliermedicatie, vitamines/suppletie, middelen tegen bewegingsstoornissen, pijnstillers, dermatica en overige middelen) en psychiatrische middelen (antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, sedativa en overige). Bij gebruik van anticonvulsiva werd gekeken naar de reden van voorschrijven: epilepsie of een bipolaire stoornis.

Alle door patiënt, psychiater, apotheker en huisarts genoemde medicijnen werden bij elkaar opgeteld en er werd berekend welke soorten in totaal het meest werden genoemd. Vervolgens werd op individueel niveau gekeken in hoeverre de 3 genoemde medicijnen overeenkwamen met de voorkeuren van de behandelaars (0/3, 1/3, 2/3 of 3/3).

- Parate kennis van eigen medicatie werd gemeten door deelnemers uit het hoofd op te laten noemen welke medicatie ze gebruikten. Het enkel benoemen van de indicatie of niet helemaal juiste uitspraak werd ook goed gerekend. Het aantal correcte medicijnen werd uitgedrukt in een percentage.
- De gezondheidsprioriteiten 1. levensverlenging, 2. onafhankelijkheid bewaren, 3. pijn verzachten, 4. vermindering bijwerkingen zoals duizeligheid, vermoeidheid of kortademigheid dienden gerangschikt te worden. De hoogst gescoorde prioriteit werd genoteerd. Deze vragenlijst (*Health Outcome Prioritization*) werd gebruikt in eerder onderzoek (Fried e.a. 2011).

Statistische analyse

Voor de statistiek werd gebruikgemaakt van SPSS. Met univariate analyse werden gemiddelden, medianen en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI's) berekend om kenmerken en uitkomsten te omschrijven.

RESULTATEN

Er werden 100 patiënten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Vanwege doorstroom bestond dit aantal uit 2 extra bewoners. Van hen wilden 14 niet deelnemen en werden 39 geëxcludeerd vanwege terminale levensfase,

onvoldoende communicatieve mogelijkheden of ontbrekende wilsbekwaamheid om deel te kunnen nemen. In totaal werden 47 patiënten geïnterviewd. De kenmerken van de deelnemers zijn beschreven in **TABEL 1**.

Mening over minder medicatie

De uitslagen van de PATD zijn weergegeven in **TABEL 2**. Ruim de helft van de deelnemers vond dat zij veel medicatie gebruikten. 38% van de deelnemers had het idee meer medicatie te gebruiken dan nodig was. Meer patiënten waren bereid hun medicatie te verlagen wanneer een arts zei dat dit mogelijk was; dit liep dan op van 51% naar 77%. In totaal 36% van de deelnemers ervoer bijwerkingen.

Voorkeuren medicatiewijzigingen

Van de 47 deelnemers konden 40 patiënten aangeven welke medicatie ze wilden continueren en slechts 17 patiënten welke medicatie ze wilden staken. Het grootste deel beriep zich vaak op '*dat moet de dokter bepalen*', waardoor er in totaal slechts 33 medicijnen werden genoemd om te staken. Van alle patiëntvoorkeuren bij elkaar staat de top 3 weergegeven in **TABEL 3**.

De voorkeuren van patiënt en behandelaars waren tegenovergesteld. Sedativa en pijnstillers werden door patiënten het meest genoemd als te continueren medicijnen; de huisarts en de apotheker staakten deze het liefst. Patiënten wilden antipsychotica het vaakst staken (vanwege gebruik van meerdere antipsychotica waarbij één antipsychoticum minder effect of bijwerkingen had), terwijl de psychiater, huisarts en apotheker dit gebruik vaak wilden continueren. De psychiater wilde antipsychotica ook regelmatig staken wanneer een patiënt er meerdere tegelijk gebruikte. De voorkeuren van apotheker en huisarts kwamen grotendeels overeen. Wanneer we keken naar psychiatrische medicatie, kwamen hun voorkeuren ook overeen met die van de psychiater.

Op individueel niveau had respectievelijk 85, 79 en 75% van de deelnemers geen enkele overeenstemming in medicijnvoorkeuren met de psychiater, de apotheker en de huisarts over te staken medicatie. Over te continueren medicatie had respectievelijk 62, 41 en 47% geen overeenkomst met de psychiater, apotheker en huisarts.

Aantal opgenoemde medicijnen

Het percentage door de patiënt opgenoemde medicijnen was gemiddeld 37,3% (SD: 25; 95%-BI: 30-44,6; $p < 0,001$) met een mediaan van 30,8%.

Tijdens de interviews vonden de meeste patiënten het prettig om hun medicatielijst door te nemen. Ze vertelden vaak dat ooit was uitgelegd wat de indicatie was, maar dat ze dit na jaren gebruik niet meer wisten. Sommigen vroegen zelfs om een kopie van de medicatielijst.

TABEL 1 Kenmerken van ondervraagde populatie (n = 47) en gebruikte medicatie

	N (%)	Med (IQR)
Man	23 (49)	
Leeftijd		67 (14)
Aantal jaar in psychiatrische behandeling		33 (20)
Aantal jaar opgenomen in kliniek		11 (23)
Psychiatrische diagnose (meerdere mogelijk)		
Affectieve stoornis	12 (26)	
Schizoaffectieve stoornis	18 (38)	
Psychotische stoornis	8 (17)	
Persoonlijkheidsstoornis	27 (57)	
Zwakbegaafdheid, dementie door alcohol, cognitieve stoornis NAO	22 (47)	
Overig (angst, middelenafhankelijkheid of autisme)	15 (32)	
Kenmerken medicatie		
Polyfarmacie (> 5 medicijnen)	47 (100)	
Hoeveelheid dagelijkse medicijnen		10 (5)
Somatische medicijnen		
Cardiovasculaire middelen	47 (100)	7 (4)
Glucoseregulerende middelen	31 (66)	1 (2)
Middelen bij chronische longziekten	9 (19)	0 (0)
Middelen bij chronische longziekten	13 (28)	0 (1)
Anticonvulsiva	5 (11)	0 (0)
Gastro-intestinale middelen	36 (77)	1 (1)
Schildkliermiddelen	6 (13)	0 (0)
Vitamines/suppletie	36 (77)	1 (1)
Middelen tegen bewegingsstoornissen	21 (45)	0 (1)
Pijnstillers	28 (60)	1 (1)
Dermatica	18 (38)	0 (1)
Overige somatische middelen	14 (30)	0 (1)
Psychofarmaca		
Antipsychotica	45 (96)	4 (3)
Antidepressiva	40 (85)	1 (0)
Antidepressiva	17 (36)	0 (1)
Stemmingsstabilisatoren	22 (47)	0 (1)
Sedativa	39 (83)	1 (1)
Overige psychiatrische middelen	3 (6)	0 (0)

Med = mediaan over de gehele populatie; IQR = interkwartielafstand.

Gezondheidsprioriteiten

‘Zo min mogelijk bijwerkingen ervaren’ werd het vaakst als belangrijkste prioriteit gescoord (51%), daarna volgden ‘zo lang mogelijk leven’ (21%), ‘zo lang mogelijk onafhankelijk blijven’ (17%) en ‘zo min mogelijk pijn ervaren’ (11%).

DISCUSSIE

Deze studie naar de mening van patiënten over gebruikte medicatie in de chronische (ouderen)psychiatrie is de eerste in zijn soort. Tot op heden zijn enkele vergelijkbare

studies verricht in de niet-psychiatrische ouderenpopulatie (Reeve e.a. 2013a; Galazzi e.a. 2016; van Marum e.a. 2016).

Vergelijking met andere studies

In onze studie vallen de volgende zaken op: onze bevindingen zijn vergelijkbaar met studies in de niet-psychiatrische ouderenpopulatie. Ruim 51% van de patiënten staat open voor medicatie minderen, en dit neemt toe tot ruim 76% wanneer een arts zegt dat dit mogelijk is. Dit ligt in de lijn met het Nederlands onderzoek, waarin 65% van de deelne-

TABEL 2 Antwoorden op de vragenlijst *Patients Attitude Toward Deprescribing (PATD)*; waarden uitgedrukt in % van aantal deelnemers

	(Helemaal) mee eens (%)	Geen mening (%)	(Helemaal) mee oneens (%)		
Ik vind dat ik een groot aantal medicijnen moet slikken	53,2	4,3	42,6		
Ik ben tevreden met het aantal medicijnen dat ik gebruik	70,2	0	29,8		
Ik heb het idee dat ik alle medicatie die ik gebruik nodig heb	63,8	10,6	25,5		
Als mijn arts zou vertellen dat het mogelijk is, zou ik ervoor openstaan om één of meer van mijn huidige medicijnen te stoppen	76,6	4,3	19,1		
Ik zou het aantal medicijnen dat ik gebruik, willen verminderen	51,1	4,3	44,7		
Ik heb het gevoel dat ik mogelijk een of meer medicijnen gebruik die ik niet meer nodig heb	38,3	10,6	51,1		
Ik zou het geen probleem vinden om meer medicijnen te gebruiken ter verbetering van mijn gezondheid	46,8	6,4	46,8		
Ik begrijp de reden van elk medicijn dat ik krijg voorgeschreven	48,9		51,1		
	Ja	Nee			
Ik denk dat één of meerdere medicijnen me bijwerkingen geven	36,2	63,8			
Heeft u ooit geprobeerd om één van uw medicijnen te stoppen zonder overleg met uw arts?	23,4	76,6			
Hoeveel verschillende tabletten zou u als veel beschouwen?	< 10	10-15	15-20	20-25	> 25
	19,1	34	21,3	12,8	12,8
Wat is het maximum aantal tabletten waarbij u zich prettig voelt om per dag te slikken?					

mers medicatie wil verlagen, en 98% wanneer een arts zegt dat dit mogelijk is (van Marum e.a. 2016). Mogelijk wordt het lagere percentage in ons onderzoek veroorzaakt doordat patiënten meer pijnstillers en benzodiazepinen gebruiken die zij liever continueren.

Andere studies naar de mening over vermindering van medicatie (met PATD) tonen een vergelijkbare trend. In een Italiaans onderzoek (n = 100; mediane leeftijd 79) stond 89% open voor vermindering van medicatie en in een Australisch onderzoek (n = 100; gemiddelde leeftijd 71,5)

TABEL 3 Top 3 meest genoemde voorkeuren

Continuëren			
Patiënt (n = 96)*	Psychiater (n = 90)	Apotheker (n = 119)	Huisarts (n = 124)
Sedativa (28,1%) Pijnstillers (17,7%)	Antipsychotica (42,2%) Stemmingsstabilisator (28,8%)	Antipsychotica (23,5%) Cardiovasculaire middelen (15,1%)	Antipsychotica (21%) Cardiovasculaire middelen (16,9%)
Antipsychotica (10,4%)	Antidepressiva (14,4%)	Glucose-regulerende middelen (9,2%)	Stemmingsstabilisator (12,1%)
Staken			
Patiënt (n = 33)**	Psychiater (n = 98)	Apotheker (n = 127)	Huisarts (n = 120)
Antipsychotica (21,2%) Stemmingsstabilisator (21,2%) Sedativa (15,1%)	Sedativa (61,2%) Antipsychotica (11,2%) Middelen tegen bewegingsstoornissen (11,2%)	Sedativa (29,9%) Pijnstillers (13,4%) Gastro-intestinale middelen (11%)	Sedativa (44,2%) Pijnstillers (15,8%) Vitaminen (9,2%)

*Alle patiënten bij elkaar noemden in totaal 96 medicijnen op die gecontinueerd moesten worden.

**Alle patiënten bij elkaar noemden in totaal 33 medicijnen op die gestaakt mochten worden.

Alle genoemde voorkeuren werden per subgroep (patiënt, psychiater, apotheker en huisarts) bij elkaar opgeteld en vervolgens uitgedrukt in percentages.

wilde 68% minder medicatie (Reeve e.a. 2013a; Galazzi e.a. 2016).

Dit benadrukt het belang van het bespreken van verminderen van medicatie. Patiënten staan er meer open voor wanneer een arts dit initiatief neemt en dit onder supervisie van een arts gebeurt. Oudere patiënten en patiënten die langdurig in de psychiatrie behandeld worden, hebben ook het gevoel minder betrokken te worden bij gezamenlijke besluitvorming (de las Cuevas & Peñate 2014). Een recente review laat duidelijk zien dat gedeelde besluitvorming veel positieve effecten heeft, zoals een hoger zelfbeeld, betere adherentie, meer kennis over de behandeling en een actievere opstelling (Alguera-Lara e.a. 2017). In de populatie met chronische psychiatrische en cognitieve klachten is dit waarschijnlijk minder gewoon en deze patiënten zal men eerst actief moeten benaderen en instrueren.

Verschillen patiënten en zorgverleners

Patiënten, artsen en apothekers verschillen onderling in hun voorkeuren voor aanpassingen in de medicatie. Patiënten blijken gebruik van sedativa en pijnstillers graag te continueren, terwijl de voorschrijvers dit het liefst staken. Er is zover ons bekend geen eerder onderzoek onder psychiatrische patiënten om dit mee te vergelijken. Slechts een klein deel van de deelnemers (n = 17) kon aangeven welke medicatie ze het liefst wilden staken, waarbij ze zich

vaak beriepen op de deskundigheid van een professional. Hoewel dit vertekening van het effect oplevert, kunnen we hieruit concluderen dat patiënten in deze populatie het moeilijk vinden om te beslissen welke medicatie ze mogelijk niet nodig hebben. Dit is voor artsen een uitgelezen kans om deze patiënten op dit vlak te coachen. Gezondheidsprioriteiten vormen een goede basis om behandelbeleid gezamenlijk op te bepalen.

Op individueel niveau werd bij circa 50% geen overeenstemming gevonden in voorkeuren om bepaalde medicijnen te continueren en bij ongeveer 80% werd geen overeenstemming gevonden over te staken medicatie. Dit wordt grotendeels veroorzaakt doordat patiënten zich bij eventueel te staken medicatie vaak beroepen op de deskundigheid van de professional. Door actief de mening van de patiënt uit te vragen, komen arts en patiënt waarschijnlijk vaker op gedeeltelijke overeenstemming.

De psychiater werd gevraagd om met name naar de psychiatrische medicatie te kijken. Dit heeft een grote impact op de top 3 van de psychiater in vergelijking met die van de huisarts en de apotheker, waardoor deze niet met elkaar te vergelijken zijn. Dit is een beperking van ons onderzoek. Deze situatie is niet optimaal, maar komt wel overeen met de werkwijze in de praktijk. Bij deze populatie is gezamenlijke afstemming tussen de behandelaars noodzakelijk over de prioritering en de volgorde waarin medicijnen kunnen worden verminderd.

Verdere overwegingen

Het hoge aantal medicijnen in deze groep complexe patiënten is vaak uit noodzaak voorgeschreven (Sterrenburg-vandeNieuwegiessen e.a. 2000). Mendient wel te bedenken dat minder medicatie voorschrijven leidt tot een hoger risico op decompensatie. Desondanks valt bij stabiele patiënten te overwegen of inmiddels minder medicatie mogelijk is. Het risico op decompensatie dient zorgvuldig te worden afgewogen en te worden besproken met patiënt en betrokkenen.

In onze studie blijkt dat patiënten zelden in staat zijn alle gebruikte geneesmiddelen bij naam op te noemen. Desondanks is onze mediaan positiever dan in vergelijkbaar Nederlands onderzoek in de thuiswonende ouderenpopulatie (mediaan 2 geneesmiddelen bij $n = 40$) (van Marum e.a. 2016). We zijn schappelijk geweest met deze beoordeling: deels goede antwoorden, 'dat blauwe pilletje om te slapen' of '3 medicijnen tegen hoge bloeddruk' werden ook goed gerekend. Het is aannemelijk dat onze coulante houding het resultaat positief heeft beïnvloed. Tijdens het interview gaven deelnemers regelmatig aan niet meer te weten waarom ze alle medicijnen gebruiken. Zij vonden het prettig om hun medicatielijst eens uitgebreid door te nemen en opnieuw uitgelegd te krijgen waarom ze alle medicatie gebruiken.

Wij hebben er bewust voor gekozen om patiënten met cognitieve stoornissen of lage intelligentie ($n = 22$) en leeftijd jonger dan 60 jaar ($n = 6$) te includeren om een zo eerlijk mogelijk beeld te krijgen van de populatie op verblijfsafdelingen. Op deze manier hebben we meer inzicht verkregen over deze relatief onbekende populatie. We kunnen herinneringsbias door geheugenproblematiek niet uitsluiten. Een subanalyse waarin deelnemers met een kennisgehalte lager dan de mediaan werden vergeleken met deelnemers met een kennisgehalte boven de mediaan toonde geen significante verschillen in overeenstemming met behandelaars.

Beperkingen

Wij verwachten dat deze resultaten representatief zijn voor andere verblijfsafdelingen in Nederland. Selectiebias is niet uitgesloten omdat wij slechts binnen één instelling hebben geïncludeerd. Het relatief kleine aantal deelnemers ($n = 47$) zorgt, zoals beoogd, voor een globale indruk. Een aantal kenmerken van onze deelnemers is immers ook vergelijkbaar met die in eerdere studies bij ouderen die niet op een psychiatrische afdeling verbleven over dit onderwerp (Reeve e.a. 2013a; Galazzi e.a. 2016; van Marum e.a. 2016). Doordat we niet hebben geselecteerd op leeftijd, heeft onze populatie een lagere leeftijd (67,5 versus 71,5-79 jaar). Dit verschil oogt groot, maar hierbij dient men rekening te houden met een 10 jaar hogere biologische

leeftijd bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (de Hert e.a. 2011). Onze deelnemers gebruiken evenveel medicatie (gemiddeld 11 versus 10-11), al heeft onze groep minder somatische en meer psychiatrische medicatie.

Verder moeten we opmerken dat ons interview, behalve de PATD, niet eerder gevalideerd is. We hebben juist voor deze niet-gevalideerde vragenlijsten gekozen om onze resultaten te kunnen vergelijken met die van eerdere onderzoeken. We hebben de wilsbekwaamheid getoetst door overleg met verpleging en tijdens het interview. Het interview vond echter alleen plaats wanneer het na overleg met verpleging waarschijnlijk was dat patiënt wilsbekwaam was. Hierdoor kunnen we enkele deelnemers extra hebben geëxcludeerd.

Verder onderzoek met grotere populaties is nodig om nauwkeurigere beschrijvingen te doen. Dit onderzoek geeft alvast een globale indruk van de kans voor behandelaars (conform het vooropgezette doel van de studie) om minder medicijnen voor te schrijven in deze populatie.

CONCLUSIE

Patiënten in de (residentiële) langdurige psychiatrie hebben weinig parate kennis over hun medicijngebruik. Ze staan grotendeels open voor medicatievermindering en dit neemt toe wanneer een arts dit aankaart en ondersteunt. Patiënten en behandelaars denken tegenovergesteld over de optie om pijnstilling en sedativa te staken, en patiënten vinden het vaak moeilijk te besluiten welke medicatie ze niet nodig hebben. Hier ligt voor artsen een uitgelezen kans om deze patiënten te coachen met het doel medicatie te minderen, meer bewustzijn van medicatiegebruik te creëren en zorg te leveren waarin de patiënt centraal staat. Leerpunten staan in **TABEL 4**.

TABEL 4 **Leerpunten**

- De oudere psychiatrische patiënt kan actief worden betrokken in de besluitvorming rondom medicatie.
- Gesprekken tussen arts en patiënt waarin zij huidige medicatie, behoefte aan educatie en voorkeuren in behandelbeleid op basis van gezondheidsprioriteiten bespreken, zouden onderdeel moeten vormen van de periodieke reviews.
- Artsen dienen mogelijkheden tot vermindering van medicatie en adviezen hierin expliciet te benoemen tijdens deze gesprekken.

LITERATUUR

- Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, e.a. Priorities of health care outcomes for the elderly. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 479-84.
- Alguera-Lara V, Dowsey MM, Ride J, Kinder S, Castle D. Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australas Psychiatry* 2017; 25: 578-82.
- Arlt S, Lindner R, Rösler A, von Ronteln-Kruse W. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging* 2008; 25: 1033-47.
- van den Bemt PMLA, Egberts TCG. Hospital Admissions Related to Medication (HARM-study). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport november 2006. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. <https://www.knmp.nl/downloads/harm-rapport.pdf>
- De las Cuevas C, Peñate W. To what extent psychiatric patients feel involved in decision making about their mental health care? Relationships with socio-demographic, clinical, and psychological variables. *Acta Neuropsychiatrica* 2014; 26: 372-81.
- Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Phil M. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1854-6.
- Galazzi A, Lusignani M, Chiarelli MT, Manucci PM, Franchi C, Tettamanti M, e.a. Attitudes towards polypharmacy and medication withdrawal among older inpatients in Italy. *Int J Clin Pharm* 2016; 38: 454-61.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10: 52-77.
- van Marum RJ, van Marum S, van Driesten S, Verdoorn S, Boxman A, Grossklaus A. Medicatie minderen bij ouderen: meningen van patiënt, apotheker en huisarts vergeleken. 2016; 1: a1626. <https://www.npfo.nl/artikel/medicatie-minderen-bij-ouderen-meningen-van-patient-apotheker-en-huisarts-vergeleken>.
- Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie 2012. Utrecht: NHG; 2012. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf
- Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MS. Development and validation of the patients' attitude toward deprescribing (PATD) questionnaire. *Int J Clin Pharmacy* 2013a; 35: 51-6.
- Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. *JAGS* 2013b; 61: 1508-14.
- Sterrenburg-van de Nieuwegiessen CM, Loonen AJM, Bakker JB. Polyfarmacie en irrationele combinaties van psychofarmaca bij verblijfpatiënten in het APZ: kunstfout of onvermijdelijk? *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 565-74.
- Vermeulen Windsant-van den Tweel AMA, Verduijn MM, Derijks HJ, van Marum RJ. Detectie van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen. Worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard? *Ned Tijdschr Geneeskd* 2012; 156: A5076.
- Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. Polypharmacy in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: 103-11.

SUMMARY

'You tell me, you are the doctor'; patients on long-term psychiatric residences about their medication

N.E.D.M. FRANKOWSKI, K.P. GROOTENS, C.A. VAN DER STELT, A. NOORT, R.J. VAN MARUM

- BACKGROUND** In an era of patient centered care, the question rises whether practitioners of these patients are sufficiently aware of their treatment preferences.
- AIM** To study the opinion and knowledge of older, long-term psychiatric patients about their medication and health priorities.
- METHOD** Patients were interviewed with the Patient's Attitudes Towards Deprescribing questionnaire. Furthermore patients were asked to name their medication by heart, their health priorities and preferences in medication changes. These preferences were compared with those of their practitioners.
- RESULTS** 47 patients (median age 67 years, median 11 drugs) were interviewed. The mean percentage of spontaneously recalled drugs was 37%. Though 64% believed all used drugs were necessary, 77% would like to deprescribe if the doctor said it was possible. Preferences in deprescribing of patients and doctors didn't correspond in about 80%.
- CONCLUSION** Most of old psychiatric patients are willing to deprescribe, but await initiative of their doctor. They can recall little of their currently used drugs. Preferences in deprescribing of the patient and doctor do often not match. We recommend to include a patient interview about the need for education and treatment preferences in the annual medication reviews in order to deprescribe and deliver more patient centered care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 527-535

KEY WORDS deprescribing, geriatric psychiatry, medication review, polypharmacy, shared decision making