

Onthouden van onderhoudsmedicatie

Het voorschrijven van geneesmiddelen, het bewaken van het gebruik ervan en zo nodig het stoppen van onderhoudsmedicatie behoren tot de basistaken van de huisarts. Gesteund door de wet waarin geregeld is dat vele geneesmiddelen uitsluitend op recept door de apotheker verstrekt mogen worden, beheert en beheerst de huisarts in principe het medicijngebruik van zijn patiënten. In de registratie van medische gegevens is plaats voor een systematisch overzicht van de door hemzelf of de specialist voorgeschreven geneesmiddelen. Bij chronisch gebruik neemt de huisarts meestal niet het initiatief tot controle, maar wordt van de patiënten verwacht dat zij hun medicatie op gezette tijden op het spreekuur komen bespreken.¹

Zoveel er gepubliceerd is over indicaties voor gebruik of bijwerkingen van geneesmiddelen, zo weinig literatuur is er over het stoppen van onderhoudsmedicatie. In dit tijdschrift verschenen studies over het voorschrijven van anticoagulantia (1977, 1978),^{2,3} anti-epileptica (1980)⁴ en diuretica (1989)⁵ in de huisartspraktijk, waaruit bleek dat in de helft van de gevallen het gebruik gestaakt kon worden. Ook verpleeghuisartsen toonden aan dat met name diuretica ook bij de wat meer hulpbehoevende bejaarden vaak weggelaten kunnen worden.⁶

Vooraf bij bejaarden is extra aandacht gewenst, daar hun geneesmiddelengebruik door de aard van de morbiditeit vaak hoog en riskant is. De verhoogde gevoeligheid voor farmaca en de niet altijd opgemerkte interactie tussen de diverse middelen kunnen tot bijwerkingen en/of opname op een geriatrie afdeling leiden. In het Amsterdamse Transitieproject werd bij patiënten boven de 65 jaar een prevalentie van 165 per 1000 patiënten per jaar gevonden voor ongewenste effecten van medicijnen – tweemaal zo vaak bij vrouwen als bij mannen.⁷

Er is dus reden genoeg voor huisartsen hun functie als hoeder van het geneesmiddelengebruik waar te maken. Dat dit in de praktijk lang niet altijd gebeurt en dat patiënten de centrale positie van hun huisarts in deze nogal eens anders zien, blijkt uit diverse studies.

Plagge et al. vonden in een onderzoek in zes huisartspraktijken in 1988, dat circa 30 procent van de recepten via de balie gevraagd en verstrekt werd. In minder dan de helft van de gevallen was dat voor eigen gebruik, de rest was voor de burens of ouderen die niet naar de praktijk konden komen.⁸

In hetzelfde jaar publiceerden *Cartwright and Smith* de resultaten van hun bevolkingsonderzoek onder 800 bejaarden in Londen.⁹ Ook daar kreeg 23 procent van de patiënten herhalingsrecepten zonder dat zij in de loop van een jaar hun dokter ook maar één keer zagen. In Engeland bleek het medicijngebruik bij bejaarden hetzelfde als in ons land: 60 procent gebruikte één of meer medicijnen, 20 procent kreeg drie of meer medicijnen op doktersvoorschrift. Een derde van de voorschriften betrof cardiovasculaire middelen, met als topser de diuretica die aan 40 procent van de 80-jarigen

werden verstrekt. 15 procent van de gebruikers dacht dat de ervaren bijwerkingen de prijs waren die men voor een vermeend therapeutische effect moest betalen en continueerde het gebruik. De huisartsen waren slecht op de hoogte van wat hun patiënten slikten, met name op het gebied van de zelfmedicatie.^{10,11}

Het is gebruikelijk om patiënten de schuld van het onjuiste gebruik van medicijnen te geven; zij zijn hun therapie ontrouw, volgen instructies niet op, vertellen niet wat ze nog meer slikken en vragen hun recepten alleen via de balie. Dit laatste is niet zo vreemd als in vorige consulten slechts herhalingsrecepten geschreven werden. Vooral bij het voorschrijven van psychofarmaca kan dan het gevoel ontstaan van: 'I feel that when my doctor writes *me* a prescription for Valium, it is to put *him* out of *my* misery.'

Cartwright and Smith maken in hun boek duidelijk dat er voor de huisartsen vele mogelijkheden bestaan om de iatrogene schade te beperken. Goede praktijken bleken zich van slechte vooral te onderscheiden door het gebruik van een computer bij de registratie.

Tot een vergelijkbare uitspraak komen *Bange en Brandwijk* in hun verslag van een poging om de medicatie bij 65-plussers te verminderen. Het bleek mogelijk, maar moeilijk bij de groep die weinig slikte. Deze gebruikte voornamelijk tranquillizers, pijnstillers en diuretica – middelen waarvan men het nut bij chronisch gebruik in twijfel kan trekken. Soms weigerden patiënten op het voorstel tot reductie in te gaan, soms leidde de reductie tot destabilisatie.¹¹

Er valt dus veel voor te zeggen dat huisartsen niet alleen onthouden wat hun patiënten te slikken krijgen, maar ook dat zij zich onthouden van het voorschrijven van middelen die van dubieuze klinische waarde zijn. Een enkele keer zal men patiënten medicatie moeten onthouden, ook al zijn ze het daar niet mee eens. Conflicten daarover kan men voorkomen door patiënten duidelijk te instrueren en andere eerstelijns hulpverleners hier bij in te schakelen. Polyfarmacie, dubbelverstrekingen en heilloze voorraadvoorming kunnen in principe voorkomen worden door goede registratie in samenwerking met de apotheker. Met de patiënten die veel medicatie nodig hebben, zal men dan een goede band kunnen onderhouden.

J.S. Meijer

¹ Offerhaus L. Geneesmiddelen en bejaarden; recente vorderingen in de geriatrie klinische farmacologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2315-20.

² Westhoff MP. Antistollingsmiddelen in enige huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1977; 20: 175-7.

³ Nolet HA, Prick-Slothouwer MFA. De schijnzekerheid bij antistolling. *Huisarts Wet* 1978; 21: 147-9.

⁴ Van Heycop ten Ham MW. Complete recovery from epilepsy? *Huisarts Wet* 1980; 30: 309-11.

Vervolg op pag. 449.

Tabel 1 Absolute en relatieve cijfers te vroege ontslagen uit een ziekenhuis.

Leeftijd	Abs	Per 1.000 opnames*
20-49	7	2
50-64	6	3
65-74	12	6
>74:	21	11
Totaal	46	22

* Op basis van opnamecijfers voor Nederland.⁴

Tabel 2 Te vroege ontslagen uit een ziekenhuis naar aard problematiek. N=46.

Aard problematiek	Abs	%
Te korte observatie	16	35
Verzorging	13	28
Complicatie	8	17
Overig	9	20

Tabel 3 Te vroege ontslagen uit een ziekenhuis naar aard interventie. N=46.

Aard interventie	Abs	%
Heropname Huisarts	22	48
(en intensieve thuiszorg)	13	28
Verwijzing poli	2	4
Anders	5	11
Onbekend	4	9

tervaard een scala van onvoldoende mogelijkheden om patiënten te verzorgen en te verplegen in de thuissituatie.

In ruim eenderde van de gevallen vond de huisarts dat het probleem zich voordeed, doordat de medische observatie in het ziekenhuis te kort was geweest. In een kwart van de gevallen werd gesteld dat de verzorging van de patiënt thuis onvoldoende op te vangen was (tabel 2).

In bijna de helft van de gevallen is besloten om de patiënt weer op te nemen in het ziekenhuis (tabel 3). In 13 gevallen (28 procent) kon de patiënt, al of niet dankzij intensieve hulp, thuis worden opgevangen.

Drie patiënten overleden kort na ontslag (1-4 dagen) thuis. Door de huisartsen is echter niet expliciet gesteld dat er een verband was tussen dit overlijden en een 'te vroeg ontslag'.

Voor zowel ziekenhuizen als eerste lijn dient een aantal van 250 mensen die in serieuze problemen

komen na een toch al moeilijke opnameperiode, een belangrijk signaal te zijn. Wij denken niet dat de oorspronkelijke bedden capaciteit moet worden hersteld. Dit zou in strijd zijn met breed gedragen maatschappelijke opvattingen. Het betekent wel dat de eerstelijnszorg zich moet heroriënteren en sterker moet organiseren om deze problematiek op te kunnen vangen.

¹ Duursma SA. Botstofwisseling en osteoporose. In: Osteoporose, oefenen en sport. NISGZ nr 33, april 1989.

² Francis RM. Calciums role in preventing and treating osteoporosis. Geriatr Med 1989; july: 24-6.

³ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

⁴ Jaarboeken LI(S)Z 1983-1988. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1989.

⁵ Anoniem. Opname in een ziekenhuis in 1 jaar naar leeftijds categorie. Maand Bericht Gezondh 1989; 8(11): 20. ■

Onthouden van onderhoudsmedicatie

Vervolg van pag. 417

- ⁵ Walma EP, Boukes FS, Prins A, Van der Does E. Diureticagebruik door 65-plussers in een huisartspraktijk. Wie kunnen er stoppen? Huisarts Wet 1989; 32: 326-8.
- ⁶ Koopmans RCTM, Gribnau FWJ. Langdurige diureticabehandeling bij verpleeghuisbewoners. Is stoppen mogelijk? Tijdschr Gerontol Geriatr 1988; 19: 55-60.
- ⁷ Anoniem. Transitie Project. Amsterdam Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, 1988.
- ⁸ Plagge HWM, Vissers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact. Huisarts Wet 1988; 31: 120-3.
- ⁹ Cartwright A, Smith C. Elderly people, their medicines and their doctors. London: Routledge, 1988.
- ¹⁰ Branbergen HCT. Welke pil slikt de 65-plusser? Huisarts Wet 1985; 28(suppl 9): 34-5.
- ¹¹ Bange R, Brandwijk K. Geneesmiddelen bij ouderen. Mag het ook iets minder zijn? Huisarts Wet 1990; 33(11): 426-8. ■

LITERATUURONDERZOEK

Bij literatuuronderzoek in jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* zal men gebruik maken van het cumulatieve register 1972-1986 en de daaropvolgende jaarregisters. Het zoekwerk kan beperkt worden door een computeruitdraai aan te vragen. De mogelijke ingangen hiervoor zijn de 23 thema's, de 700 trefwoorden en de auteursnamen. Bij elke titelbeschrijving wordt steeds het soort artikel vermeld.

Voor deze dienstverlening wordt NLG 5,- per trefwoord per pagina A4 in rekening gebracht, met een minimum van NLG 15,-. Dit bedrag is exclusief verzendkosten. Voor aanvragen kan men zich - bij voorkeur schriftelijk - wenden tot het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.