

Geneesmiddelen bij ouderen: mag het ook iets minder zijn?

R. BANGE
K. BRANDWIJK

Door middel van status-onderzoek werd een inventarisatie gemaakt van het medicamentgebruik van alle 65-plussers in een groepspraktijk. Van de 312 bejaarden had 64 procent onderhoudsmedicatie. In totaal werden 490 geneesmiddelen langdurig voorgeschreven, en de mensen met medicatie kregen gemiddeld 2,5 medicament per persoon. 138 patiënten kregen meer dan één geneesmiddel en 31 van hen kregen een combinatie met een mogelijk ongewenst effect. Bij 34 patiënten bleek de indicatie van één of meer medicamenten onduidelijk of niet meer van toepassing. Mogelijkheden tot reductie werden vooral gevonden bij de groep 'weinig slikkers'.

Bange R, Brandwijk K. Geneesmiddelen bij ouderen: mag het ook iets minder zijn? Huisarts Wet 1990; 33(11): 426-8.

Mw. R. Bange, huisarts, Huisartsengroepspraktijk, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; Mw. K. Brandwijk, co-assistente.

Correspondentie: Mw. R. Bange.

Inleiding

Bij het bewaken van het medicijngebruik heeft de huisarts een belangrijke, maar niet altijd makkelijk uit te voeren taak.^{1,2} Vooral ouderen slikken veel medicamenten,²⁻⁴ terwijl het risico van bijwerkingen en ongewenste interacties juist bij deze groep groot is. Dit komt niet alleen door het grotere aantal medicijnen, maar ook door de polymorbiditeit en de veranderde farmacokinetiek bij ouderen. Voor de voorbereidingscommissie van een nascholingscursus was dit aanleiding om aandacht te besteden aan 'de meest slikkende bejaarde'. Tijdens de cursus werd nagegaan of reductie in het medicijngebruik van patiënten mogelijk en wenselijk was.

Geïnspireerd weer terug in de praktijk, ondernam de eerste auteur een aantal pogingen om de medicatie bij 'veel slikkende bejaarden' te reduceren. Het afbouwen bleek in de praktijk echter niet zo eenvoudig als het in de cursus had geleken. Dit was aanleiding tot een onderzoek met twee vragen:

- 1 Hoeveel 65-plussers in onze praktijk krijgen onderhoudsmedicatie, en in welke gevallen gaat het daarbij om ongewenste combinaties of onnodige voorschriften?
- 2 Is het mogelijk de onderhoudsmedicatie te reduceren en welke problemen rijzen hierbij?

Methoden

Het onderzoek is uitgevoerd in de Huisartsengroepspraktijk Antonius Deusinglaan in Groningen, in het kader van een keuze-project voor zesdejaars studenten. In deze praktijk worden alle voorgeschreven medicijnen inclusief de dosering genoteerd op de 'medicijnkaart' van iedere patiënt.

Met behulp van de computer werden alle patiënten geselecteerd die op 1 september 1988 65 jaar of ouder waren. Van de medicijnkaarten van deze patiënten werd overgenomen welke medicamenten langer dan drie maanden waren voorgeschreven en in welke dosering. Op de status werd nagegaan wat de startindicatie was geweest. Deze gegevens werden voorgelegd aan de behandelend arts met de vraag of er reden was voor voortgezet gebruik. Bovendien

werd aan de hand van literatuur nagegaan of er mogelijke interacties waren.^{6,7}

Op grond van deze informatie is in een aantal gevallen geprobeerd de medicatie te veranderen. Aan de hand van drie casus wordt beschreven welke problemen zich hierbij voordeden.

Resultaten

1 Op het moment van het onderzoek waren in de praktijk 312 65-plussers ingeschreven (61 procent vrouwen en 39 procent mannen). Van deze groep had 64 procent onderhoudsmedicatie (tabel 1). Vrouwen slikten meer medicamenten dan mannen. Gemiddeld kregen de mensen met medicatie 2,5 medicament per persoon. Voor bewoners van verzorgingshuizen was het gemiddelde 3,2. Dit verschil komt ook in andere onderzoeken naar voren.^{3,6,8} Acht personen slikten meer dan vijf medicamenten. In totaal werden 490 geneesmiddelen langdurig voorgeschreven (tabel 2).

Tabel 1 Aantal geneesmiddelen voorgeschreven als onderhoudsmedicatie bij 65-plussers. Afgeronde percentages van het totaal aantal patiënten (n=312).

Aantal geneesmiddelen	Percentage patiënten
0	36
2	19
3	19
4	14
5	6
6	3
7	1
8	1
9	0,5

Tabel 2 Onderhoudsmedicatie van de 312 65-plussers, verdeeld naar groepen medicamenten. Afgeronde percentages.

Diuretica	17
Antihypertensiva	16
Hartmiddelen	14
Tranquillizers	10
Cara-middelen	9
Anti-coagulantia	8
Analgetica	5
Insuline/orale antidiabetica	4
Overige	18

Mevrouw A, 79 jaar

Voorgeschiedenis

- sinds 1965 bekend met hypertensie;
- sinds 1965 bekend met pijn op de borst (angina pectoris?);
- 1985 kortademigheidsklachten, deels te verklaren door een geringe links-decompensatie;
- 1986 onderwandinfarct met ritmestoornissen;
- 1986 diabetes mellitus ontdekt, niet insuline-afhankelijk;
- 1986 Cara.

Medicatie

- digoxine 0,25 mg 1 dd;
- furosemide 40 mg 1 dd;
- flecaïnide 100 mg 3 dd;
- enalapril 20 mg 3 dd;
- ipratropiumbromide 2 puffs 3 dd;
- budesonide 2 puffs 3 dd;
- tolbutamide 500 mg 2 dd;
- salbutamol rotacaps 0,2 mg 3dd;
- prednisolon 5 mg om de dag;
- Sintrom.

De lijst van deze patiënte werd ingebracht tijdens de nascholingscursus. Behalve de grote hoeveelheid medicamenten is ook een aantal combinaties niet gewenst: furosemide met digoxine (kans op kaliumgebrek bij digoxine), tolbutamide met prednisolon (prednisolon werkt bloedsuiker-verhogend), Sintrom met prednisolon (prednisolon beïnvloedt de stolling) en flecaïnide met digoxine (plasma-spiegel van digoxine kan toenemen). Bovendien leek de Caramedicatie niet optimaal. De ernst van de Cara maakte onder andere behandeling met prednisolon twijfelachtig, terwijl ipratropiumbromide en budesonide hoger gedoseerd zouden kunnen worden.

Het merendeel van de medicatie werd door specialisten gestart en gecontinueerd. Met hen werd dan ook overlegd of er reductie mogelijk was. Zij zagen er niet veel heil in, maar 'het zou geprobeerd kunnen worden'. Zo gebeurde.

De flecaïnide kon gestopt worden, omdat er geen ritmestoornissen meer waren. De enalapril werd verminderd tot 5 mg 2 dd en de digoxine tot 0,125 mg 1 dd.

Na verandering van de medicatie bleef de situatie stationair. Wel waren er enkele ongeruste telefoontjes in verband met pijn op de borst. Verdere afbouw van de medicatie stuitte op weerstand van de patiënte. Belangrijk hierbij was dat ze zich met alle medicamenten in een goede conditie voelde en dat de specialisten hun twijfels over afbouwen lieten merken, omdat de startin-

dicaties huns inziens nog aanwezig waren. Pogingen tot verdere reductie werden daarom achterwege gelaten.

Mevrouw B, 84 jaar

Voorgeschiedenis

- in 1972 galblaasoperatie;
- rond 1976 lichte hypertensie ontdekt, maximaal 180/110 mm Hg; later altijd binnen de normen;
- in 1971 overleed haar man en in 1975 overleed één van haar twee zonen;
- snel zenuwachtig, onder andere omdat haar enig overgebleven zoon in Frankrijk woont;
- in 1985 valt ze, waarbij ze een chip-fractuur oploopt van de rechterheup; hierna houdt ze in afwisselende mate pijnklachten van dit been.

Medicatie

- temoelawak 1 dd 1 (sinds 1976);
- oxazepam 10 mg 4 dd 1 (al jaren);
- hydrochlorothiazide 25 mg 1 dd (sinds 1976).

Deze mevrouw is één van de kleurrijkste ouderen uit mijn praktijk. Zij reist minstens één keer per jaar in haar eentje naar Zuid-Frankrijk om haar zoon en kleindochter te bezoeken. Ook kom ik haar geregeld op de markt tegen. Haar klacht is vooral dat 'haar krachten afnemen'. Bovendien worden 'de zenuwen haar de baas' en komt ze tot niets meer, als ze geen oxazepam neemt.

Na een aantal keren uitleggen dat oxazepam moeheid en slapt kan bewerkstelligen en bovendien de kans op vallen vergroot, laat ik het er maar bij zitten. Ook de plastabletten en de temoelawak hebben zo hun plaats ingenomen bij haar. Bij staken ervan krijgt ze allerlei niet goed te duiden klachten. De tensie houdt zich dan wel prima.

Mevrouw C, 74 jaar

Voorgeschiedenis

- hypertensie bekend sinds 1970;
- geringe rechts- en links-decompensatie cordis 1985;
- diabetes mellitus, niet insuline-afhankelijk; bekend sinds 1988.

Medicatie

- hydralazine 50 mg 3 dd 1;
- dyta-urese R 50 mg 1 dd 1;
- digoxine 0,125 mg 1 dd 1;

- atenolol 50 mg 1 dd 1;
- tolbutamide 500 mg 1 dd 1.

Patiënte zelf had geen klachten; het idee om de medicatie te veranderen, kwam van de huisarts, na de cursus. De medicatie voor de hypertensie en voor de decompensatie zouden goed vervangen kunnen worden door een ACE-remmer. Bovendien is een bèta-blokker minder gelukkig bij decompensatieklachten (ten gevolge van het negatieve inotroop effect) en bij diabetes (ten gevolge van remming van glucogenolyse). Tevens maakte ze een periode van lichte bronchusobstructie door, mogelijk uitgelokt door de atenolol. Dit betekende dat de hydralazine, dyta-urese R, digoxine en atenolol gestopt zouden kunnen worden en vervangen door een ACE-remmer. Gezocht werd voor enalapril.

In mei 1988 werd het plan om de medicatie te verminderen besproken. Per abuis staakte patiënte nu al de Dyta-urese®. Ze decompenseerde licht, met name rechts. In september, na alle vakanties, werd begonnen de Dyta-urese® te stoppen en na drie dagen werd de enalapril ingeslopen met een startdosis van 2 dd 2,5 mg. De hydralazine werd geminderd tot 2 dd 1. Weer trad een geringe rechts-decompensatie op.

Na een maand kreeg ze 2 dd 10 mg enalapril, was de tensie gestegen tot 230/105 mm Hg en was er een periode geweest met ritmestoornissen. In deze periode slikte ze bij vergissing tijdelijk te veel enalapril, doordat de potjes van 5 en 10 mg door elkaar werden gehaald. Daarna werd begonnen de digoxine af te bouwen, evenals later de atenolol. Nog anderhalve maand later was de tensie 230/110 mm Hg en raakte ze ook enigzins links gedecompenseerd. De ritmestoornissen zijn weggebleven. Besloten werd hydrochlorothiazide bij te geven, 25 mg 1 dd. Hierop zakte de tensie weer en verdwenen de decompensatieklachten. De digoxine werd nu helemaal gestopt en de enalapril verhoogd tot 2 dd 15 mg.

Eind december werd tenslotte de hydralazine gestopt; de tensie veranderde niet.

Al met al was de winst in een half jaar dat er twee medicamenten minder werden geslikt.

Is dit alle moeite en hinder waard geweest? Mevrouw C bezocht wel 15 maal het spreekuur, raakte tweemaal gedecompenseerd en had zorgen over haar hartkloppingen (die trouwens de dokter ook een slape-loze nacht bezorgden). Bovendien is de tensie marginaal geregeld met af en toe waarden van 180/105 mm Hg.

In totaal 138 patiënten kregen meer dan één geneesmiddel en 31 van hen kregen een combinatie met een mogelijk ongewenst effect:

- Digoxine werd 10 maal met een niet-kaliumsparend diureticum voorgeschreven en 1 maal met een bèta-sympathicomimeticum.
- Anticoagulantia werden voorgeschreven 5 maal in combinatie met een glucocorticoïd.
- Bètablokkers werden 7 maal gecombineerd met een anti-diabeticum en 1 maal met insuline.
- Cimetidine werd 2 maal samen met een benzodiazepine gegeven en 1 maal met een bètablokker.
- Diuretica werden 4 maal gecombineerd met een anti-diabeticum.

Bij 34 patiënten (10 procent) bleek de indicatie van één of meer medicamenten onduidelijk of niet meer van toepassing; dat gold met name bij diuretica en tranquillizers.

2 De pogingen tot reductie werden in eerste instantie gericht op de 'veel-slikkers' (meer dan drie medicamenten). Deze patiënten gebruikten vrijwel allen Cara- en/of hartmiddelen, al dan niet gecombineerd met nog andere medicatie. In deze groep bleek de mogelijkheid tot reductie echter gering, omdat de startindicaties nog van toepassing waren (A en C in *kader*).

De 'weinig-slikkers' (maximaal drie medicamenten) gebruikten vaak tranquillizers, pijnstillers en diuretica. Voor deze middelen leek voortgezet gebruik op theoretische gronden vaak niet (meer) geïndiceerd. Staken van de medicatie stuitte echter in veel gevallen op bezwaren van de kant van de gebruiker (B in *kader*).

Mogelijke interacties bleken in de praktijk zelden een reden om de medicatie te wijzigen (patiënt A). Het ontstane evenwicht werd soms juist verstoord door het veranderen van de medicatie (patiënt C). In het algemeen gaf verandering in een stabiele situatie alleen al door de verandering zelf problemen, nog afgezien van de (tijdelijke) somatische ongemakken. Bovendien traden er toch nog vergissingen op, ook al werd het hele 'plan' op schrift meegegeven (patiënt C).

Beschouwing

De vraag of het mogelijk is het medicijngebruik van 65-plussers in onze praktijk te reduceren, kan bevestigend worden beantwoord. Op basis van veranderde of niet meer aanwezige indicaties voor voortgezet gebruik werden suggesties voor sanering gedaan. Bij de overweging werden ook de te verwachten bijwerkingen en interacties betrokken. Bij het besluit te stoppen werd gebruik gemaakt van 'algemeen geldende en te doen gebruikelijke criteria', dit ter beoordeling van de behandelend arts.

Opvallend was dat de mogelijkheid tot reductie zich vooral voordeed bij de 'weinig-slikkers' (tranquillizers, pijnstillers en diuretica). Dit is in overeenstemming met de conclusie van *Walma et al.* dat er bij 40 procent van de onderzochte diureticagebruikers geen indicatie werd gevonden voor voortgezet gebruik.¹⁰ Voor de tranquillizers en pijnstillers lijkt met name de 'preventie' van belang: 'bezint eer ge begint', want het staken ervan stuit vaak op weerstand bij de gebruiker.

De redenen – vaak theoretische (farmacologische) overwegingen – om te veranderen, bleken in de praktijk niet altijd op te gaan. Zo zijn interacties in de praktijk soms minder erg dan ze op papier lijken. Uit andere studies blijkt dat 20 tot 40 procent van de voorgeschreven combinaties potentieel interactief is, maar dat daarvan in de praktijk slechts 9 tot 15 procent tot uiting komt.^{6,7} Verder is bevordering van de kwaliteit van het leven, zeker bij ouderen, een belangrijker behandeldoel dan het behandelen van afwijkingen die mogelijk te zijner tijd problemen kunnen geven (zoals hypertensie en hoge bloedsuiker).^{8,11}

Ook in ons onderzoek bleken de 65-plussers in verzorgingshuizen meer medicijnen te gebruiken.^{4,6,9} Extra aandacht voor herhaalreceptuur voor deze groep lijkt op zijn plaats.

Om vergissingen en onduidelijkheden te voorkomen, is het belangrijk dat alle veranderingen ook op schrift worden meegegeven, en de patiënten aan te raden bij elk bezoek de potjes van de medicamenten mee te nemen en samen te bekijken.

Het is van belang dat de arts, met name bij polymedicatie, een plan de campagne

opstelt. Hierbij moet onder andere rekening worden gehouden met de criteria om al dan niet te stoppen (bijvoorbeeld de decompensatiescore),¹⁰ hoe snel kan worden begonnen c.q. gestopt met een medicament, en wat het streefniveau is.

Het hier beschreven onderzoek kan in feite opgevat worden als een toetsingsproject. Bij de groep 'weinig-slikkers' lijken patiëntgebonden factoren een grote rol te spelen bij het continueren van de medicatie (tranquillizers!). Deze factoren, maar zeker ook artsgebonden factoren zijn een nader onderzoek waard.

De laatste les die we ervan geleerd hebben, is dat voor het meten van de effecten van een dergelijk project op langere termijn een geautomatiseerd geneesmiddelenbestand onontbeerlijk is. Want tenslotte is het daarom begonnen: geneesmiddelen bij ouderen: het kan minder!

Literatuur

- ¹ Bremer GJ. Geneesmiddelen voorschrijven in de huisartsenpraktijk. *Med Contact* 1983; 38: 73-5.
- ² Loonen AJ, Oei TT. Geneesmiddelen bij bejaarden. *Med Contact* 1984; 39: 1329-32.
- ³ Haaijer-Ruskamp FM, Dingemans CAJ. Psychofarmacagebruik bij ouderen, teveel van het goede? *Practitioner* 1988; 2: 1007-12.
- ⁴ Van Niekerk B, Erckens B. Geneesmiddelengebruik in de psychogeriatric. *Med Contact* 1988; 43: 369-72.
- ⁵ Van Bezooijen CFA. Bijverschijnselen van Geneesmiddelen bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985; 16: 191-7.
- ⁶ Haaijer-Ruskamp FM, Steward R, Wesseling N. Het geneesmiddelengebruik bij ouderen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- ⁷ Kurfees FJ, Dotson RL. Drug interactions in the elderly. *J Fam Pract* 1978; 25: 477-88.
- ⁸ Merkus JWFM. Het geneesmiddelengebruik in drie verpleeghuizen voor lichamelijk zieken. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1985; 16: 87-95.
- ⁹ Meyboom-de Jong B.A. Prescription for the elderly patient by the general practitioner. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- ¹⁰ Walma EP, Boukes S, Prins A, Van der Does E. Diuretica gebruik door 65-plussers in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 326-8.
- ¹¹ Van Weel C. Hypertensie en bejaarden: in de schaduw van een beslisboom. *Huisarts Wet* 1985; 28(suppl 9): 30-41. ■