

VOOR U GESIGNALEERD

Minderen en stoppen van medicatie (deprescribing) bij verpleeghuisbewoners

Alireza Malek Makan

Ouderen in verpleeghuizen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen en gebruiken daardoor veel geneesmiddelen tegelijk (polyfarmacie). Dit verhoogt het risico op potentieel ongeschikte medicatie (PIMs), bijwerkingen en verminderde kwaliteit van leven. Dit proefschrift onderzoekt het voorschrijven, minderen en stoppen van medicatie in de praktijk bij kwetsbare verpleeghuisbewoners in Europa, met bijzondere aandacht voor patiëntveiligheid, passende zorg en de rol van de specialist ouderengeneeskunde. Door kwantitatieve analyses en kwalitatieve inzichten ontstaat een breed beeld van voorschrijfpatronen, besluitvorming en uitdagingen rondom medicatieoptimalisatie.

In het eerste onderzoek werd de prevalentie van potentieel ongeschikte medicatie onderzocht bij 3.832 verpleeghuisbewoners in acht Europese landen. Bijna 88% van de bewoners gebruikte ten minste één PIM en gemiddeld werden meer dan twee PIMs per persoon voorgeschreven. Hoewel bewoners met cognitieve stoornissen of een beperkte levensverwachting iets minder PIMs gebruikten, bleef het voorschrijven van ongeschikte medicatie in alle groepen hoog. Er werden bovendien aanzienlijke verschillen tussen landen gevonden, waarbij antiplaatjesmiddelen en aspirine de meest voorkomende PIMs waren.

Vervolgens werd gekeken naar het gebruik van preventieve cardiovasculaire medicatie, zoals bloedverdunners, antihypertensiva en cholesterolverlagers. Meer dan de helft van de bewoners gebruikte ten minste één van deze middelen. Het gebruik was lager bij bewoners met een slechtere prognose of grotere kwetsbaarheid, maar bleef ook in deze groepen substantieel aanwezig. Dit suggereert dat er mogelijkheden bestaan om preventieve medicatie vaker kritisch te heroverwegen wanneer de verwachte voordelen beperkt zijn.

Daarnaast werd het farmacologisch management van osteoporose onderzocht. Het gebruik van vitamine D, calcium en bisfosfonaten bleek vaak laag, zelfs bij bewoners met een verhoogd fractuurrisico. Tegelijkertijd kregen sommige bewoners met een beperkte levensverwachting nog preventieve osteoporosemedicatie voorgeschreven. De resultaten wijzen daarmee zowel op onderbehandeling als op

mogelijke overbehandeling, afhankelijk van de klinische situatie van de bewoner. Grote verschillen tussen landen wijzen op de invloed van nationale richtlijnen.

Ten slotte werden de ervaringen van Nederlandse specialisten ouderengeneeskunde met het minderen en stoppen van medicatie onderzocht. Bevorderende factoren waren klinische ervaring, farmacologische kennis, betrokkenheid van patiënten en familieleden en organisatorische ondersteuning. Belangrijke barrières waren onvolledige medische informatie, angst voor negatieve gevolgen van het stoppen met medicatie, het ontbreken van duidelijke richtlijnen en onvoldoende samenwerking tussen betrokken partijen.

De bevindingen van de verschillende studies tonen aan dat optimale farmacotherapie in het verpleeghuis meer vraagt dan alleen kennis van geneesmiddelen. Ook prognose, functionele status, cognitief functioneren, behandelwensen van bewoners en de organisatorische context spelen een belangrijke rol in de besluitvorming rondom starten, voortzetten of stoppen van medicatie.

Concluderend laat dit proefschrift zien dat potentieel ongeschikte en preventieve medicatie veel voorkomt onder verpleeghuisbewoners. Regelmatige medicatiebeoordelingen, persoonsgerichte besluitvorming en een multidisciplinaire aanpak zijn essentieel om medicatie beter af te stemmen op de gezondheidstoestand, doelen en levensverwachting van de individuele bewoner. Daarmee kunnen het minderen en stoppen van medicatie bijdragen aan veiliger, doelmatiger en meer passende zorg in het verpleeghuis.

Promotiedatum: dinsdag 6 oktober 2026 om 11.45 uur, Auditorium, VU Hoofgebouw, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.