De interpretatie van hypertensie als cardiovasculaire risicofactor bij ouderen (>75jaar) en uitstippelen van het beleid in de huisartspraktijk: een kwalitatieve studie

Haio: VAN BOGAERT Bert , KUL
Promotor: VAES Bert , KUL
Praktijkopleider: LAMBRECHTS Magdalena

Context: Arteriële hypertensie is de belangrijkste behandelbare cardiovasculaire risicofactor. De prevalentie situeert zich tussen de 26.4 en 45% en stijgt bij het ouder worden. Nochtans is de bloeddruk bij ouderen zelden goed geregeld. De huisarts speelt een belangrijke rol in het voorschrijven van antihypertensiva en uitstippelen van het beleid, maar richtlijnen ontbreken voor de heterogene groep van 75-plussers. Deze studie richt zich op de persoonlijke visie en ervaringen van Vlaamse huisartsen bij diagnosestelling en medicamenteuze behandeling van arteriële hypertensie bij 75-plussers.

Onderzoeksvraag: Welke ideëën en drempels leven er onder de Vlaamse huisarts over arteriële hypertensie bij oudere patiënten boven de 75 jaar en hoe vertaalt zich dat naar het medicamenteuze beleid?

Methode: Aan de hand van een kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews tot datasaturatie werden de drempels die huisartsen ervaren om arteriële hypertensie bij oudere patiënten op te sporen, onderzocht, alsook hoe dat zich vertaalt naar de verdere behandeling. De data werd geanalyseerd via de Quagol-methode.

Resultaten: Elf huisartsen werden ondervraagd, zij hanteren voor de behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen een holistische visie en vertrekken vanuit een patiëntprofiel met zowel leeftijd, co-morbiditeiten, medicatie, cognitie, sociale omkadering, levensverwachting, frailty en alledaags functioneren. Aan de hand van het patiëntprofiel hanteren huisartsen verschillende drempels m.b.t. arteriële hypertensie. De meeste huisartsen aanvaarden een beperkt verhoogde bloeddruk, maar zijn niet eensgezind over de cutoffwaarde. De keuze van de medicatie hangt af van het patiëntprofiel, medicatieprofiel en de verwachtingen van de patiënt. Communicatie met de patiënt wordt als een moeilijke drempel ervaren, de oudere patiënt dient vaak overtuigd te worden om medicatie verder te zetten. Binnen de huisartsen is er de overtuiging om kwaliteitsvol leven aan te bieden door medicatie verder te geven en zo morbiditeit te voorkomen, maar kwaliteitsvol leven wordt vaak door de patiënt anders ingevuld. Huisartsen geven hierbij aan richtlijnen te willen gebruiken maar stellen vast dat het profiel alsook de verwachtingen van de patiënt niet is opgenomen in de richtlijnen, waardoor ze onzeker zijn in hun behandeling.

Conclusie: Onder de Vlaamse huisartsen is er een algemene consensus dat een lichte verhoogde bloeddruk bij 75-plussers aanvaardbaar is, echter een concrete bovengrens ontbreekt. Vooral levensverwachting, co-morbiditeit en frailty blijken aan de grond te liggen van deze variatie in de cutoffwaarde en verdere uitstippeling van het beleid. Door het ontbreken van richtlijnen voelt de huisarts zich onzeker in het opstellen van een behandelplan voor ouderen. Een goede communicatie met de patiënt, die zijn eigen perceptie en beleving heeft, is nodig om ziekte-inzicht en therapietrouw te bevorderen. Huisartsen zijn vragende partij voor eenduidige richtlijnen m.b.t arteriële hypertensie voor 75-plussers met en zonder polypathologie.