Voorschrijven van statines bij 80-jarigen: aanbevolen of overbodig?

Een kwaliteitsverbeterproject in onze huisartsenpraktijk

HAIO: Valerie Gouwy, KULeuven
Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens, UGent
Co-promotor: Dr. Veerle Piessens, UGent

Master of Family Medicine 2015-2017
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorschrijven van statines bij 80-jarigen: aanbevolen of overbodig?

Een kwaliteitsverbeterproject in onze huisartsenpraktijk

HAIO: Valerie Gouwy, KULeuven
Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens, UGent
Co-promotor: Dr. Veerle Piessens, UGent

Master of Family Medicine 2015-2017
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Het voorschrijven van een cholesterolverlagend geneesmiddel is de laatste jaren sterk gestegen. Uit het individueel activiteitenverslag van 2013, uitgegeven door het RIZIV, kan worden afgeleid dat er in dat jaar gemiddeld aan 40,5% van de 80-plussers een statine voorgeschreven werd. Het RIZIV hoopt op een daling van dit resultaat, aangezien er - aldus het RIZIV- "*na de leeftijd van 80 jaar geen bewijs van het belang bestaat om een cholesterolemie te verlagen of van het belang om met een statinebehandeling te starten*". In deze praktijkverbeterende masterproef wordt nagegaan wat het voorschrijfgedrag is van statines bij 80-plussers in de huisartsenpraktijk waar ik momenteel huisarts in opleiding ben. Het streefdoel van deze masterproef bestaat er in om de bestaande richtlijnen consequent te laten toepassen, met een correct voorschrijfgedrag als gevolg waarbij overbodig statinegebruik tot een minimum kan worden herleid.

Methode: Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij uit de huidige richtlijnen een toepasbare praktijkrichtlijn opgesteld werd, met onder andere duidelijk criteria op basis waarvan kan worden bepaald wanneer een behandeling met statines aangewezen is bij 80-plussers. Bijkomend werd ook gezocht naar de moeilijkheden omtrent het staken van statines in de praktijk. Vervolgens werd als interventie de praktijkrichtlijn voorgelegd aan de collega's, waarbij samen met hen een kwaliteitsverbeterend traject gestart werd met als doel de optimalisatie van het voorschrijven van statines bij 80-plussers. Een beginmeting in de huisartspraktijk werd verricht waarbij ingeschat werd hoeveel 80-plussers een statine voorgeschreven krijgen, ten opzicht van alle 80-plussers in de praktijk. Indien een patiënt in een primaire preventie een relatief risico onder de 5 had, werd getracht zijn/haar statine te staken.

Resultaten: De beginmeting geeft in de praktijk een totaal van 93 patiënten aan die een statine innemen. Daarvan nemen 24 patiënten deze in ter primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Van die 24 kon bij 12 patiënten het statine succesvol gestaakt worden, bij 5 patiënten zal dit nog besproken worden en 2 patiënten opteerden om eerst een dosisverlaging toe te passen. Bij de overige 5 patiënten werd door de behandelende arts beslist de statine toch te continueren.

Conclusie: De stelling van het RIZIV moet genuanceerd worden:
Volgens de richtlijnen is in secundaire preventie het gebruik van een statine bij 80-plussers wel gerechtvaardigd.
In primaire preventie bestaat er geen bewijs voor het gebruik van een statine, met als gevolg dat bij deze patiënten het statine dan ook kan gestaakt worden.
Bovendien is in de praktijk de beslissing tot het al dan niet staken niet enkel gebaseerd op bewijs, maar ook op persoonlijke inschatting van de arts én voorkeur van de patiënt.

Inhoudsopgave

1. Aanleiding
2. Doelstellingen
3. Methode
4. Algemene Inleiding
5. Literatuuronderzoek
    - 5.1 Onderzoeksvragen
    - 5.2 Zoekstrategie
    - 5.3 Resultaten literatuuronderzoek 'Evidence-based Practice'
        - 5.3.1 Risico stratificatie
        - 5.3.2 Bevindingen 'Statines bij 80-plussers'
            - 5.3.2.1 Secundaire preventie
                - 5.3.2.1.1 Richtlijnen
                - 5.3.2.1.2 Studies
            - 5.3.2.2 Primaire preventie
                - 5.3.2.2.1 Richtlijnen
                - 5.3.2.2.2 Studies
                - 5.3.2.2.3 Bijzondere risicogroepen
                    - 5.3.2.2.3.1 Diabetes mellitus type 2
                    - 5.3.2.2.3.2 Familiale hypercholesterolemie
                    - 5.3.2.2.3.3 Reumatoïde artritis
                    - 5.3.2.2.3.4 Chronische nierinsufficiëntie
            - 5.3.2.3 Samenvatting richtlijnen
    - 5.4 Resultaten literatuuronderzoek 'Staken van statines'
6. Praktijkverbeterend project
    - 6.1 Opstellen praktijkrichtlijn
        - 6.1.1 Eerste discussie
        - 6.1.2 Tweede discussie
        - 6.1.3 Praktijkrichtlijn
            - 6.1.3.1 Secundaire preventie
            - 6.1.3.2 Primaire preventie
    - 6.2 Beginmeting
    - 6.3 Interventie
    - 6.4 Eindmeting
    - 6.5 Finale discussie
        - 6.5.1 Standpunt patiënt
        - 6.5.2 Standpunt huisarts
7. Reflectie
8. Besluit

9. Dankwoord
10. Bibliografie
11. Bijlage

1. Aanleiding

Cardiovasculaire aandoeningen zijn in Vlaanderen een belangrijke oorzaak van een verminderde levenskwaliteit, invaliditeit of vroegtijdige sterfte. Door de vergrijzing van de bevolking dreigen cardiovasculaire aandoeningen een steeds groter probleem te worden, wat de kosten van de gezondheidszorg doen oplopen. In 2014 stierf 27% van de mannen en 32% van de vrouwen aan een cardiovasculaire aandoening (1). De onderliggende pathologie van dit medisch probleem is meestal atherosclerose, die zich jarenlang geruisloos heeft ontwikkeld. Hartinfarcten, CVA of een plotse dood doen zich voor wanneer de atherosclerose zich al in een vergevorderd stadium bevindt. Het voorkomen van dit event kan gebeuren door een aangepaste leefstijl (niet roken, gezond eten en bewegen) en eventueel een medicamenteuze behandeling zoals het gebruik van een cholesterolverlagend geneesmiddel (2).

Het voorschrijven van een statine in België is de laatste jaren sterk gestegen. In 2009 werden tot 20 maal meer statines ingenomen dan in 1997. Dit brengt een grote kost met zich mee: 7% van het ambulant geneesmiddelenbudget wordt gespendeerd aan statines (3). In het individueel activiteitenverslag van 2013, uitgegeven door het RIZIV, wordt beschreven dat er aan gemiddeld 40,5% van de 80-plusser een statine voorgeschreven wordt. Het RIZIV hoopt op een daling van dit resultaat, aangezien er - aldus het RIZIV- "*Na de leeftijd van 80 jaar geen bewijs van het belang bestaat om een cholesterolemie te verlagen of van het belang om met een statinebehandeling te starten*" (4).

2 Doelstelling

In deze praktijkverbeterende masterproef wordt nagegaan wat het voorschrijfgedrag met betrekking tot statines is in de huisartsenpraktijk waar ik twee jaar huisarts in opleiding ben.
Het doel van deze masterproef is tweedelig. Ten eerste bestaat het erin om, door de bestaande richtlijnen consequent te laten toepassen, het voorschrijfgedrag in de praktijk te verbeteren. Dit met de intentie om zo weinig mogelijk overbehandelingen met statines te laten plaats vinden. Ten tweede zal het proces van de toepassing van de praktijkrichtlijn beschreven worden. Dit zowel vanuit het standpunt van de behandelende huisarts als van de patiënt. Zal men als huisarts rekening houden met de nieuwe praktijkrichtlijn, of blijft men statines voorschrijven volgens zijn of haar eigen gewoontes? Hoe reageert een patiënt wanneer er voorgesteld wordt om een chronische medicatie te stoppen? Hoe breng je als huisarts zoiets aan?
Het beschreven proces kan een leidraad vormen voor andere huisartsen die hun voorschrijfgedrag omtrent statines kritisch willen bekijken en veranderen.

3 Methode

Deze masterproef bestaat uit twee onderdelen.

Het eerste onderdeel bevat een literatuurstudie, bestaande uit twee onderzoeksvragen. Als eerste wordt uit de huidige richtlijnen en artikels de 'evidence-based practice' onderzocht om zo een toepasbare praktijkrichtlijn rondom statines bij 80-plussers op te stellen. Aan de hand van deze literatuurstudie wordt geprobeerd om volgende vragen te beantwoorden: wanneer wordt er volgens de literatuur een statine bij 80-plussers opgestart en wanneer wordt er volgens de literatuur een statine bij 80-plussers gestaakt? De tweede onderzoeksvraag houdt zich bezig met het proces omtrent het staken van medicatie. Wat zijn de obstakels en hoe kan dit voorkomen of overwonnen worden in de praktijk?

Vanuit deze vragen én hun antwoorden wordt in het tweede onderdeel een praktijkverbeterend project opgesteld, waarbij een eerste voorstel tot praktijkrichtlijn voorgelegd wordt aan de collega's. Op basis van de bedenkingen wordt een bijgestuurde, concrete praktijkrichtlijn opgesteld. Een beginmeting wordt uitgevoerd, waarbij wordt uitgemaakt hoeveel 80-plussers een statine voorgeschreven krijgen, ten opzicht van alle 80-plussers in de praktijk. De interventie bestaat uit het verifiëren door de behandelende arts of bij elke 80-plusser de statine al dan niet terecht voorgeschreven is volgens de praktijkrichtlijn. Indien wordt vastgesteld dat de statine onterecht wordt voorgeschreven, zal ook geprobeerd worden om deze te stoppen. Binnen het traject worden op regelmatige basis momenten voorzien om ervaringen te delen, knelpunten voor te leggen en succesvolle (communicatie-)strategieën uit te wisselen.

Ter reflectie worden de resultaten van het onderzoek voorgelegd aan de collega's, en wordt besproken hoe deze hun visie op het voorschrijven van statines bij 80-plussers veranderd hebben: Heeft er zich een verandering in de praktijkgewoontes vastgelegd? Zal dit meegenomen worden naar de toekomst en op welke manier wordt deze dan nog toegepast?

4 Algemene inleiding

De vergrijzing van de bevolking is een actueel gegeven. Een man en een vrouw die in 2014 in België geboren werden, hebben een levensverwachting van respectievelijk 79,8 en 84,3 jaar. Daarnaast tonen cijfers uit 2014 aan dat een 75-jarige man momenteel nog een levensverwachting van 11,8 jaar heeft en een 75-jarige vrouw een levensverwachting van 14,2 jaar. Dit is respectievelijk 1,6 jaar en 1,4 jaar meer dan 10 jaar terug (5).

80-plussers vertonen een grote fysiologische heterogeniteit. De ene persoon zit dagelijks aan een stoel gekluisterd in een rusthuis, terwijl een andere persoon van dezelfde leeftijd nog thuis woont, zeer actief is en weinig beroep op een ander moet doen. Deze heterogeniteit dient dan ook steeds in het achterhoofd gehouden te worden bij de preventie van chronische ziektes. Indien medicatie te laat gestart wordt, kan deze ineffectief zijn. Daarnaast kan deze ook opgestart worden voor een laagrisico patiënt, waarbij deze meer nadelen dan voordelen van de behandeling kent (6).

Naast de fysiologische heterogeniteit moet er ook rekening gehouden worden met de *"frailty"* van een geriatrische patiënt. *Frailty* wordt in het vakjargon heel vaak gehanteerd wanneer men een oudere persoon beschrijft, maar het heeft op zich geen letterlijke vertaling naar het Nederlands. *Frailty* kan beschouwd worden als een indicator van de kwetsbaarheid van een patiënt, en wordt doorgaans gebruikt wanneer de patiënt een verminderde fysiologische reserve vertoont en een verhoogde gevoeligheid heeft voor de negatieve effecten van kleine stressvolle gebeurtenissen. *Frailty* komt vaak voor en kan benoemd worden bij 10% van de 70-plussers. Het heeft eveneens een stijgende prevalentie volgens de leeftijd (2).

Een andere zeer belangrijke factor is het gegeven dat verouderen gepaard gaat met een aantal farmacodynamische veranderingen. Naast een verminderde gastro-intestinale absorptie vindt er ook een daling in albumine plaats wat een veranderende medicatie distributie veroorzaakt. Bijkomend is er eveneens een veranderd totaal hoeveelheid water in het lichaam door een stijgend vetpercentage. Tot slot slinkt het metabolisme van geneesmiddelen ook met de leeftijd (7) en moet er ook rekening gehouden worden met de interacties met andere geneesmiddelen, dit namelijk voor de CYP3A4 – inhibitoren voor atorvastatine en simvastatine, en CYP2C9-inhibitoren voor fluvastatine (8).

De relatie tussen plasma cholesterol en cardiovasculaire mortaliteit is sterk bij de jongere patiënten. Maar is dit ook zo bij de oudere bevolking? Met de toenemende leeftijd wordt een fysiologische daling van de totale cholesterol gezien. Dit kan veroorzaakt worden door meerdere factoren, zoals veranderingen in het cholesterol metabolisme, malnutritie, frailty en chronische ziekten. Door deze veranderingen wordt de serum cholesterol verlaagd, en stijgt het risico op mortaliteit. Een verhoogd serum cholesterol zou dus mogelijks geassocieerd zijn met een betere overleving, wat de cholesterol paradox wordt genoemd (9,10). Dit zorgt voor een onzekerheid bij het behandelen van hypercholesterolemie bij gezonde ouderen (11).

Bij het opstarten van een statine moet men ook steeds de 'time to benefit' indachtig zijn. Onder deze term wordt in studies de tijd verstaan waarbij een statistische significant voordeel geobserveerd wordt bij patiënten die een therapie volgen, ten opzichte van de controle groep die geen therapie heeft. Holmes et al beschreef een RCT, waarbij de time to benefit van een statine bij 65-plussers tussen de 1,9 en 5,3 jaar ligt wanneer er

gekeken wordt naar het reduceren van het risico op een fataal of niet-fataal myocardinfarct. Deze studie vermeldde wel geen cijfers voor patiënten ouder dan 80 jaar (12).

Bij oudere patiënten moet zeker ook rekening gehouden worden met de bijwerkingen van een statine, en dan voornamelijk de functionele beperkingen door spierpijn en spierzwakheid én een mogelijke dalende cognitieve functie.

Statinetherapie wordt geassocieerd met een daling van spiersterkte en spierkwaliteit, met een groter risico op vallen tot gevolg. Anderzijds wordt er geen daling in de spiermassa gezien. Eenmaal de statine behandeling wordt gestaakt, valt ook de nevenwerking terug weg (13).

Zoals hiervoor aangehaald, is een tweede mogelijke nevenwerking bij ouderen een daling van de cognitieve functies. Hieromtrent bestaan echter veel tegenstrijdige studies en meningen. Relevant is een studie uit 2016 waarbij een aantal RCT's en observationele cohort studies in detail bekeken werden, en tot het besluit gekomen werd dat er geen bewijzen zijn van negatieve effecten op het geheugen bij het gebruik van een statine (14).

Tot slot is ook het verband tussen het gebruik van statines en het ontstaan van diabetes mellitus type 2 een grondig bestudeerd gegeven. Door het gebruik van een statine is er een verhoogd risico op dysglycemie. De Europese richtlijn (ESC) beschrijft een relatief risico van 9% ten opzicht van een placebo tot het ontwikkelen van diabetes. De 'Number Needed to Harm' bedraagt 1 op 255 patiënten over een periode van 4 jaar. Hiermee wordt bedoeld dat op 255 patiënten 1 patiënt diabetes zal ontwikkelen door het gebruik van een statine. Er mag dan ook besloten worden dat het absoluut risico reductie op hart- en vaatziekten bij hoog risico patiënten zeker en vast opweegt tegenover het mogelijk ontstaan van diabetes (15).

5 Literatuuronderzoek

5.1 Onderzoeksvragen

Door middel van een literatuurstudie wordt een antwoord gezocht op twee centrale onderzoeksvragen.

Ten eerste wordt onderzocht wat de 'Evidence-based Practice' is rondom het gebruik van statines bij 80-plussers, namelijk op basis van welk bewijsmateriaal kan er een beslissing genomen worden die doelmatig en doeltreffend is?

In een tweede fase wordt het proces van het staken van statines in de praktijk concreet onderzocht en beschreven. Wat zijn de mogelijke obstakels en hoe kunnen deze overwonnen worden?

5.2 Zoekstrategie

Onderzoeksvraag 1: 'Evidence-based Practice'

Voor het antwoord op de eerste onderzoeksvraag wordt eerst en vooral een aantal richtlijnen van naderbij bekeken: Domus Medica, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), European Society of Cardiology (ESC) en de richtlijn uitgebracht door de American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA).
Daarnaast wordt ook gezocht naar klinische trials bij 80-plussers via PubMed op volgende MESH-termen: 'Statins', 'Hydroxymethylglutaryl-coA Reductase Inhibitors', 'Aged, 80 and over'. Dit levert een resultaat op van 1734 artikels. Na het toevoegen van de termen 'Primary Prevention' en 'Secondary Prevention' blijven er nog 69 artikels over. Na verdere selectie blijven er uiteindelijk nog 10 artikels die effectief bruikbaar zijn voor het opstellen van de praktijkrichtlijn.

Onderzoeksvraag 2: 'Staken van statines'

Bij de tweede onderzoeksvraag is het zoeken op MESH-termen moeilijker. 'Deprescribing' bestaat niet als MESH-term. Er wordt gezocht op 'Discontinuation', 'Inappropriate medication use', 'Elderly' en 'Polypharmacy'. Na selectie wordt gebruik gemaakt van 7 artikels.

5.3 Resultaten literatuuronderzoek 'Evidence-based Practice'

5.3.1 Risico stratificatie

Iedere richtlijn start met een goede risicostratificatie van iedere patiënt. Op deze manier worden patiëntengroepen geïdentificeerd die het meeste baat hebben bij bepaalde interventies.

De Vlaamse richtlijn 'Globaal cardiovasculair risicobeheer' uitgebracht door Domus Medica maakt gebruik van de SCORE-risicotabellen. Deze tabellen geven percentage gewijs een inschatting om over tien jaar een fataal coronair of cerebraal incident door te maken. Deze SCORE-tabellen zijn aangepast aan de Belgische situatie en gebaseerd op Belgische studies (Bijlage 1).

Eerst wordt bij een patiënt tussen 40 en 75 jaar het risicoprofiel opgesteld volgens de ABCDEF-methode (Age, Bloeddruk, Cigaret, Diabetes type 2, Event, Familiale cardiovasculaire voorgeschiedenis). Op basis van deze gegevens ondergaat de patiënt vervolgens een risicoclassificatie en wordt hij/zij onderverdeeld in één van de 3 risicogroepen, namelijk een hoog, matig of laag cardiovasculair risico. Bij een onbepaald risico is een bloedafname vereist waarbij de totaal cholesterol en HDL-C wordt bepaald. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met het geslacht, voeding, lichamelijke activiteit en BMI.
Een hoog cardiovasculair risico wordt gelijkgesteld met een geschat risico van hoger of gelijk aan 10% om over tien jaar een fataal coronair of cerebraal incident door te maken. Deze klasse omvat de aanwezigheid van een persoonlijk ischemisch event (cardiaal, cerebraal of perifeer) of de aanwezigheid van diabetes mellitus type 2 met minstens één bijkomende risicofactor. Daarnaast bevat de groep ook de combinatie van 50-plussers, hypertensie of familiaal ischemisch event waarbij het risico eveneens hoger dan 10% is. Patiënten met een matig cardiovasculair risico hebben een kansrisico tussen 5 en 9%, en deze met een laag cardiovasculair risico hebben minder dan 5% kans (Bijlage 2) (2).

Zoals hierboven beschreven, wordt het risico enkel bepaald bij een leeftijd tussen 40 en 75 jaar. De keuze voor de minimumleeftijd wordt gerechtvaardigd door het feit dat één vierde van alle eerste hartaanvallen zich voordoet vóór de leeftijd van 55 jaar. Gezien het per definitie over patiënten gaat die geen klachten hebben, raden de auteurs aan om bij alle patiënten vanaf de leeftijd van 40 jaar een risicoprofiel op te starten. De SCORE berekening stopt aan de leeftijd van 75 jaar. De belangrijkste risicofactor op cardiovasculaire sterfte is de leeftijd, waardoor een 75-plusser een minimale risico heeft van > 10% en daarom beschouwd wordt als een hoogrisicopatiënt. Deze hoge leeftijd is op zichzelf geen absolute indicatie voor een behandeling met statines, maar toch betekent het zeker ook geen contra-indicatie hiervoor. Hun mortaliteit is hoog, maar daarvoor is standaard niet altijd een maximale behandeling nodig gezien het beperkt preventief effect. Dit staat ook te lezen in de richtlijn: *"Door de vergrijzing ten slotte zullen de absolute aantallen van personen die overlijden ten gevolge van hart- en vaat-ziekten, nog stijgen. Preventie zal hierin geen verandering kunnen brengen. Onze aanpak moet zich vooral richten op het voorkomen van'vroegtijdige en te vermijden cardiovasculaire sterfte."*(2).

Domus Medica beschrijft in haar richtlijn wat zij verstaat onder primaire en secundaire preventie.
Een secundaire preventie betreft patiënten met een bewezen cardiovasculaire aandoening, die standaard een hoogrisicopatiënten zijn. Onder een coronaire aandoening wordt een infarct, angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass of coronaire angioplastie verstaan. Cerebraal event omvat een cerebrovasculair trombotisch accident (CVA) en een transitoir ischemisch accident (TIA), en onder perifeer wordt claudicatio intermittens verstaan.

Een primaire preventie betreft patiënten die nog geen cardiovasculair event hebben doorgemaakt. Bij hen dient de start van een statinebehandeling gebaseerd te zijn op de aanwezigheid van een primaire hypercholesterolemie met een totaal cholesterolwaarde ≥ 190 mg/dl of een LDL-cholesterol ≥ 115 mg/dl en op een cardiovasculair risico hoger dan 5% op 10 jaar. Een hoogrisicopatiënt met een risico ≥ 10%, krijgt standaard een lipidenverlagende therapie, ook als de patiënt een normaal lipidengehalte heeft.
In de richtlijn wordt er nog een nota vermeldt door de auteurs. Gezien in het algoritme de risicoclassificatie voorop staat, hebben de begrippen zoals secundaire en primaire preventie hun betekenis verloren. De patiënt wordt best behandeld in functie van hun risico dat hij/zij daadwerkelijk loopt, waarbij patiënten in secundaire preventie de facto het hoogste risico hebben (2).

Andere richtlijnen maken eerder wel een onderscheid tussen primaire en secundaire preventie, waarop zij zich baseren op een verschillend absolute risicoreductie.
Een meta-analyse bestaande uit 26 RCT's met 170.000 patiënten, uitgevoerd door de Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, heeft aangetoond dat een daling van de LDL met 1 mmol/L door het gebruik van een statine, een relatieve risicoreductie van 22% heeft op een tijdspanne van 5 jaar op de incidentie van vasculaire event (16). Als de relatieve risicoreductie afzonderlijk toegepast wordt in de primaire en secundaire groepen, wordt een grotere absolute risicoreductie in de secundaire preventie groep gezien. Hoe groter het absoluut risico, hoe groter de impact en de winst van de interventies zal zijn. Daarbij moet dan ook vermeden worden om patiënten met een laag absoluut risicoreductie onnodig te medicaliseren (2).

5.3.2 Bevindingen statines bij 80-plussers

5.3.2.1 Secundaire preventie

5.3.2.1.1 Richtlijnen

Het gebruik van statines in een secundaire preventie is goed beschreven.

Domus Medica heeft zich gebaseerd op de PROSPER studie (Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk). Deze studie was een van de eerste studies die nagegaan heeft wat het nut is van statines (pravastatine 40 mg versus placebo) zowel in primaire als in secundaire preventie bij ouderen van 70 tot 82 jaar. De studie is een RCT van 5804 patiënten en beschreef een daling van 22% van het primaire eindpunt (coronaire sterfte, niet-fatale myocardiaal infarct, fatale of niet-fatale beroerte) bij het gebruik van een statine in secundaire preventie (17). Daarom raadt Domus Medica aan om een lipiden verlagende therapie te starten in secundaire preventie, ook als de patiënt een normaal lipidengehalte heeft. Er bestaat geen leeftijdgrens bij het opstarten van een statine bij een patiënt die reeds een incident heeft doorgemaakt (2).

NHG adviseert om bij patiënten in secundaire preventie en aanwezigheid van een LDL > 2,5 mmol (100 mg/dl) te behandelen met een statine. Bij 70-plussers wordt geadviseerd het gebruik van statines te continueren omdat ook bij deze leeftijdgroep een significante daling van morbiditeit en mortaliteit gezien wordt (18). Daarnaast is dit ook terug te vinden in de STOPP- en START-criteria uit de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. De start criteria laat een statine toe bij een oudere patiënt met een voorgeschiedenis van coronair, cerebraal of perifeer arteriële symptomen of na acuut myocardinfarct (19).

De European Society of Cardiology (ESC/EAS) argumenteert dat het absolute risico op een cardiovasculaire ziekte evenredig is met de stijgende leeftijd. Ondanks dat vele studies weinig oudere patiënten betrekken, werden er toch goede resultaten gezien bij statinegebruik bij oudere patiënten met een coronair event. Hun richtlijn is gebaseerd op de Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S), waarbij er een daling van 35% op de totale mortaliteit gezien werd door het gebruik van statines over een periode van 5 jaar in secundaire preventie bij zowel mannen als vrouwen ouder dan 60 jaar (20). Daarom raadt de ESC in secundaire preventie zeker ook het gebruik van statines aan, maar daarbij wel steeds rekening houdend met de nevenwerkingen en interacties. Statines moeten aan een lage dosis opgestart worden, om dan geleidelijk de titreren tot het gewenste LDL-niveau bereikt is. Wel wordt opgemerkt dat bewijs voor behandeling voor 80-plussers zeer beperkt is -de 4S studie includeerde maar tot de leeftijd van 69 jaar- en dat een klinisch oordeel de te nemen beslissing moet begeleiden (15).

De American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) heeft ook een afzonderlijk onderdeel beschreven in hun richtlijn over 75-plussers. Mild gedoseerde statines worden aangeraden in een secundaire preventie, maar de beperkte informatie ondersteunt niet het gebruik van hoog intensieve statines. Over welke dosering dan gesproken wordt, is niet beschreven. (21)

5.3.2.1.2 Studies

Afilalo et al beschreef een meta-analyse van 9 RCT's waarbij gekeken werd naar het effect van statines op mortaliteit bij patiënten ouder dan 65 jaar in secundaire preventie. Het resultaat toonde een sterkere reductie van de totale mortaliteit dan voordien gedacht. Bijkomend in deze studie was dat oudere patiënten een grotere relatieve risicoreductie ondervinden dan jongere patiënten. De totale mortaliteit daalde 50% bij patiënten tussen 80-97 jaar, 44% bij 65-79 jarigen en 30% bij patiënten jonger dan 65 jaar. Gezien de relatieve risicoreductie groter is bij de oudere populatie zal ook de absolute risicoreductie groter zijn, gezien ouderen een hoger sterfterisico hebben, en zal er bijkomend ook een lagere 'Number Needed to Treat' zijn (22). Vermeldenswaardig bij de studie van Afilalo is dat de leeftijdsgroep 80-97 jaar zeer ruim genomen wordt. Ideaal

zou geweest zijn deze te gaan opsplitsen, zodat de extrapolatie vanuit kleinere groepen kon plaatsvinden.

Het voordeel van een statinetherapie in secundaire preventie bij ouderen wordt onderschat. Vaak wordt er in secundaire preventie geen statine voorgeschreven, dit door onduidelijke indicatiestellingen bij ouderen. Een onderzoek bij cardiologen toonde een onderbehandeling bij 37% van de 70-plussers in secundaire preventie, terwijl dit bij de patiënten jonger slechts 14% bedraagt (23).

Er kan worden besloten dat bij secundaire preventie van cardiovasculaire ziekten alle richtlijnen en studies aanraden om ongeacht de leeftijd een statine op te starten of te continueren. Er wordt een gunstige invloed gezien op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.

Een uitzondering omtrent 80-plussers is Farmaka. In de geneesmiddelenbrief, uitgegeven in februari 2014, wordt volgende vraag gesteld: 'Statines voor iedereen, ook voor bejaarden?' (24). De literatuurgegevens omvatten volwassenen in het algemeen, 65-plussers en 80-plussers. In de secundaire preventie bij een volwassen populatie wordt door het gebruik van een statine zowel de morbiditeit als de mortaliteit verlaagd. Er zijn weinig gegevens over de efficiëntie van statines bij patiënten met een leeftijd tussen 65 en 79 jaar. Toch raadt Farmaka een statine aan in secundaire preventie op grond van de resultaten van de PROSPER-studie (17). Bij 80-plussers zijn er nog minder gegevens gekend omtrent statines. Daarom besluit Farmaka dat het nut van een verlaging van de cholesterolconcentratie na de leeftijd van 80-jaar en het nut van statines op die leeftijd niet bewezen zijn, zelfs niet in secundaire preventie. Hier wordt een gelijkenis gezien met de stelling van het RIZIV (4).

Wanneer een statine wordt stopgezet in secundair preventie wordt nauwelijks in een richtlijn beschreven, maar door studies enkel aangeraden in een terminale situatie, zoals kanker, ernstig hart- en nierfalen,.. Kutner et al heeft een studie beschreven waarbij de statinetherapie werd stopgezet bij patiënten met vergevorderde ziekte(s) en een gelimiteerde prognose. Deze studie geeft aan dat het stoppen van statines op het einde van het leven veilig is, en mogelijks geassocieerd wordt met een betere 'quality of life' en minder kosten. Een bemerking bij deze studie is dat enkel patiënten werden gekozen die minder dan een jaar te leven hadden en recent geen cardiovasculaire pathologie hadden ondergaan (25).

5.3.2.2 Primaire preventie

5.3.2.2.1 Richtlijnen

De richtlijn over het globaal cardiovasculair risicobeheer behandelt enkel patiënten met leeftijd tussen de 40 en 75 jaar. Zoals eerder vermeld, beschouwt Domus Medica 70-plussers altijd als hoogrisicopatiënten. "*Voor hoogrisicopatiënten zonder incident is er zeer weinig literatuur over statines in de leeftijdsgroep ouder dan 70 jaar. De resultaten tonen geen impact aan op de cardiovasculaire sterfte en geven slecht een beperkte winst op de morbiditeit.*" (2). Domus Medica haalt hier opnieuw zijn informatie uit de PROSPER-studie. Het resultaat na 3,2 jaar toonde een 15% daling in relatieve risicoreductie, voornamelijk bij coronaire hartziektes. Maar op de totale mortaliteit in een primaire preventie was er geen significante vermindering aanwezig, integendeel: de sterfte aan kanker in de interventiegroep nam zelfs toe ten opzichte van de cardiovasculaire sterfte (17). Over het staken van statines bij 80-plussers in een primaire preventie wordt niets beschreven in de Vlaamse richtlijn.

De risico bepaling door de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) verloopt ook enkel tot de leeftijd van 70 jaar. "*Bij 70-plussers kan men ervan uitgaan dat hun risico ten minste dat van 70-jarigen bedraagt*." Daarnaast wordt wel beschreven dat een statine behandeling even effectief is bij ouderen als bij jongeren, en dat er in een preventieve setting voor events kan overwogen worden om te starten met een statine, tenzij interacties, comorbiditeit of een korte levensduur aanwezig zijn. De Nederlandse richtlijn ondersteunt het verder zetten van statine bij 75-plussers in primaire preventie wanneer het statine goed verdragen worden, aangezien dit veilige geneesmiddelen zijn. Ook hier baseerde NHG zich op de PROSPER-studie. Hierbij wordt het volgende door NHG vermeld: "*Extrapolatie van de effectiviteit van statines naar ouderen in het algemeen is daarom verdedigbaar, maar de effectiviteit is niet rechtstreeks aangetoond bij ouderen zonder HVZ. De meeste oudere patiënten lijken baat te kunnen hebben van behandeling met statines, waarbij moet worden aangetekend dat de verbetering van de prognose van de met statine behandelde patiënten in de verschillende onderzoeken pas tot uiting komt na 1 à 2 jaar en dat de winst van de behandeling bij patiënten met een beperkte levensverwachting gering is*." (18). Hierbij wordt een veronderstelling gemaakt dat bij consensus statines kunnen voorgeschreven worden, maar dit is niet evidence-based.

De richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC) is van mening dat de primaire behandeling van een oudere niet mag verschillen met die van een jongere patiënt. Nochtans is er geen bewijs dat een hypolipidemiërende behandeling de levensduur verlengt. Ook hier wordt op de PROSPER-studie gebaseerd, waarbij er op de totale mortaliteit geen significant verschil gezien wordt. Toch wordt de cardiovasculaire morbiditeiten verlaagt, waardoor deze richtlijn aanraadt om een statinetherapie bij ouderen te overwegen, zeker bij de aanwezigheid van hypertensie, roken of een gestoorde lipidemie. De ESC vermeldt niets omtrent het stopzetten van statines (15).

Tot slot werd ook de American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) richtlijn geraadpleegd. Beperkte data hebben aangetoond dat een statine opstarten bij 75-plussers een voordeel kan betekenen, maar er moet rekening gehouden worden met bijkomende factoren, zoals de comorbiditeit, veiligheid van medicatie en prioriteiten van de zorg. Daarnaast moet ook gekeken worden naar de risicoreductie, mogelijkheid tot nevenwerkingen, interactie tussen verschillende medicaties en de voorkeuren van de patiënt om een statine te starten. De 'Pooled Cohort Risk Assessment Equations' kan informatie geven over het 10-jaars risico op hart- en vaatziekten voor de leeftijd tussen 76 en 79 jaar in primaire preventie. De richtlijn zegt eveneens dat het niet noodzakelijk is om een statine te stoppen aan een leeftijd van 75 jaar. Indien de tolerantie goed is, mag een patiënt deze verder nemen, ongeacht primaire of secundaire preventie. Er wordt wel aangeraden om een lage dosering te gaan gebruiken (21).

5.3.2.2.2 Studies

Een tweede grote gekende studie, naast de PROSPER-studie, is de JUPITER-studie (Justification for the Use of statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin). Deze RCT bevat een afzonderlijke analyse voor patiënten van 70-79 jaar, waarbij gekeken werd naar het effect van statines (rosuvastatine 20 mg versus placebo) in primaire preventie. Ook deze studie toonde geen significante daling in de totale mortaliteit aan en raadt het opstarten van statines bij ouderen niet aan. Bijkomend includeert deze studie maar patiënten tot de leeftijd van 79 jaar (26).

Savarese et al heeft onderzocht of statines cardiovasculaire event en mortaliteit reduceren bij 65-plussers zonder een cardiovasculaire voorgeschiedenis. Een meta-analyse van 8 studies werd uitgevoerd waarbij 24,674 patiënten ouder dan 65 jaar met een hoog cardiovasculair risico werden bekeken. De studie toonde een daling in de incidentie van een myocardiaal infarct en beroerte, maar vertoonde geen significante daling op de mortaliteit. Een opmerking dat deze studie maakte, is dat de identificatie van hoog risico patiënten zonder cardiovasculaire event een uitdaging blijft. Bijkomend is de gemiddelde leeftijd maar 73 jaar, dus de uitkomstgegevens extrapoleren naar 80-plussers blijft bezwaarlijk (27).

Petersen beschreef een overzicht van twee observationele studies en vier RCT's over het effect van statines op mortaliteit bij 80-plussers. Ook bij deze studie werd geen enkel significant effect aangetoond. Een laag cholesterol gehalte wordt wel geassocieerd met de hoogste mortaliteit, maar een duidelijk niveau van cholesterol werd niet geïdentificeerd (28).

De Cardiovascular Health Study is een cohort studie over primaire preventie bij 5201 patiënten die 65-plussers zijn. Bij gebruik van een statine werd een daling van cardiovasculaire incidenten en van de mortaliteit gezien, en gelijkaardige effect werd eveneens gezien bij de groep van 75-plussers. Deze studie raadt het gebruik van statines

aan in primaire preventie, maar gezien de studie geen RCT is, is enig voorbehoud noodzakelijk. Om bias maximaal te vermijden moet bevestiging komen uit een goed opgezette dubbelblinde RCT (29).

Tot slot wordt de STAREE (Statins for Reducing Events in the Elderly) studie nog kort vermeld. Dit is een grote 5-jarige RCT die momenteel nog lopende is in Australië. Deze studie werd opgestart in 2014, waarbij de dagelijkse inname van atorvastatine 40 mg ten opzichte van een placebo wordt onderzocht bij gezonde 70-plussers. Het primaire eindpunt is de tijdsperiode tussen de start van de medicatie en het ontwikkelen van dementie (gemeten volgens cognitieve testen), het ontwikkelen van een dysfunctie (gemeten volgens de KATZ schaal) of de periode tot een grote fatale of niet-fatale cardiovasculair event. De onderzoeksvraag van deze studie is of een behandeling met een statine de overlevingsperiode zonder beperkingen of permanente zorg verlengt. Resultaten zijn momenteel nog niet beschikbaar, maar er wordt gehoopt op een eenduidig antwoord op alle vragen (30).

Opnieuw wordt er weinig besproken over het continueren of stopzetten van statines bij 80-plussers. De beschreven discussie door Hilmer et al bekijkt de voor- en nadelen van alle geneesmiddelen, voornamelijk in primaire preventie bij ouderen. Ze besluiten dat er over de mogelijkheid moet nagedacht worden om een statine te stoppen wanneer de voordelen niet langer relevant zijn. Dit voornamelijk bij patiënten met ernstige lichamelijke of cognitieve beperkingen waarbij het risico op een vasculair event of mortaliteit niet meer belangrijk is. Daarnaast worden statines best ook gestopt bij kwetsbare ouderen die nevenwerkingen vertonen (31). Tot slot schreef MC Odden over de kosten-effectiviteit van statines bij 75-plussers in de US. Statines bleken effectief in het voorkomen van hartaanvallen en aanverwante problemen tegen een aanvaardbare kost wanneer de bijwerkingen van een statine uitgesloten worden in de studie. Wanneer deze bijwerkingen toch werden opgenomen, want deze zijn groter bij oudere dan bij jongere patiënten, bleek de kosteneffectiviteit van een statine te dalen. Hierbij wordt voorgesteld dat er meer onderzoeken moeten gebeuren bij oudere populaties die kwetsbaar zijn of meerdere aandoeningen hebben (32).

5.3.2.2.3 Bijzondere risicogroepen

Ter volledigheid worden een aantal bijzondere risicogroepen aangehaald, gezien deze ook vermeld worden in de richtlijnen.

5.3.2.2.3.1 Diabetes mellitus type 2

Diabetes mellitus type 2 is een zeer frequente chronische aandoeningen met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Vier à vijf procent van de Belgische bevolking heeft diabetes

en er wordt nog een stijging verwacht in de nabije toekomst. Omdat diabetes gepaard gaat met micro- en macrovasculaire complicaties behoren deze patiënten tot de groep van de hoogrisicopatiënten voor cardiovasculaire complicaties (2). Het bewijs voor behandeling met een statine is sterk overtuigend voor de daling in cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Bij volgende diabetes type 2 patiënten wordt een statine opgestart ongeacht het lipidenprofiel: indien er een vooraf bestaand cardiovasculaire event aanwezig is, of als de patiënt ouder dan 40 jaar is en één extra risicofactor heeft (roken, familiale cardiovasculaire belasting, albuminurie, hypertensie, hyperlipidemie) (33).
Indien een patiënt van hogere leeftijd diabetes ontwikkelt, dan is de consensus dat er met een statine gestart wordt, hoewel er geen bewijs van effect beschikbaar is.

5.3.2.2.3.2 Familiale hypercholesterolemie

Familiale hypercholesterolemie is een monogenetisch bepaalde autosomaal dominante aandoening die in België een prevalentie van 1 op 500 personen kent. De aandoening wordt gekenmerkt door zeer hoge lipidenwaarden, namelijk een totaal cholesterol van > 310-320 mg/dl en een LDL-cholesterol van > 220-250 mg/dl. Deze patiënten hebben een hoog risico op vroegtijdige cardiovasculaire aandoeningen (34). Het gebruik van een statine heeft geen duidelijk effect aangetoond op sterfte of cardiovasculair morbiditeit, maar wel op de intermediaire eindpunten, zoals de intima-dikte van de arteria carotis, de endotheel functie en de myocardperfussie (35). Toch wordt het bij deze patiënten wel aangeraden om met een statine te behandelen. Ze sterven vaak vroegtijdig, gezien hun verhoogd cardiovasculair risico (36). Men kan zich hierbij dan nog de vraag stellen tot in hoeverre dit nog relevant is voor 80-plussers in een primaire preventie.

5.3.2.2.3.3 Reumatoïde artritis

De Nederlandse richtlijn over het cardiovasculair risicomanagement beschrijft een relatie tussen reumatoïde artritis (RA) en cardiovasculaire ziekten. Patiënten met RA hebben een aanzienlijk hoger risico op hart- en vaatziekten dan patiënten zonder RA met gelijke leeftijd en geslacht. Daarom raadt NHG aan om bij RA patiënten 15 jaar op de actuele leeftijd bij te tellen om zo hun 10-jaarsrisico te berekenen. Deze patiënten bevinden zich sneller in de hoogrisico groep, met het toevoegen van een statine als gevolg. Een opmerking hierbij is dat NHG wel een andere risicoscore dan Domus Medica gebruikt (18). Opnieuw kan ook hier de bemerking gemaakt worden hoeveel 80-plussers met RA nog terug te vinden zijn in de primaire preventie.

5.3.2.2.3.4 Chronische nierinsufficiëntie

Een verminderde nierfunctie is geassocieerd met het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, onafhankelijk van andere risicofactoren. Een verlaging van de LDL reduceert het risico. Dit werd aangetoond in chronische nierinsufficiëntie stadium 2 en 3, waarbij een absoluut risico reductie van 11% gezien werd op de totale mortaliteit. In vergevorderde chronische nierinsufficiëntie, zoals stadium 4, 5 en dialyse waren deze voordelen minder duidelijk (15). De ESC richtlijn baseert zich hier op de Heart Protection Studie, waarbij het echter om hoogrisicopatiënten en patiënten met perifeer arterieel lijden gaat. Hierbij kan niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar personen in primaire preventie. Er kan dus besloten worden dat er geen absolute indicatie bestaat voor statinegebruik bij chronische nierinsufficiëntie. Daarnaast moet eveneens wel rekening gehouden worden met andere comorbiditeit (37).

5.3.2.3 Samenvatting richtlijnen

Onderstaande tabel bevat een samenvatting van de richtlijnen omtrent het starten, continueren en staken van statines bij 80-plussers.

		Starten	Staken?
Domus Medica	Secundair	Opstarten, geen leeftijdgrens aanwezig	Niet beschreven
	Primair	Opstarten niet aanbevolen	Niet beschreven
NHG	Secundair	Opstarten aanbevolen bij LDL > 2,5	Niet beschreven
	Primair	Opstarten kan overwogen worden	Continueren
ESC	Secundair	Opstarten aanbevolen	Niet beschreven
	Primair	Opstarten kan overwogen worden	Niet beschreven
ACC	Secundair	Opstarten aanbevolen	Continueren
	Primair	Opstarten kan overwogen worden	Continueren

5.4 Resultaten literatuuronderzoek 'Staken van statines'

Het staken van medicatie is een medische kunde, waar niet altijd de meeste aandacht aan geschonken wordt. Toch is dit een zeer belangrijk aspect, want het reduceert zowel polyfarmacie, nevenwerkingen van medicatie, uitgaven voor de gezondheidskost en het reduceert het gebruik van geneesmiddelen waarvoor geen indicatie of bewijs bestaat. Richtlijnen en studies omtrent het staken van medicatie zijn schaars, en diegene die bestaan behandelen de aspecten 'wanneer' en 'waarom', en niet het aspect 'hoe' het staken moet verlopen. Gezien de vergrijzing van de bevolking en hun polymedicatie, zal

dit onderwerp een prominentere plaats innemen. Daarom raadt Thompson et al aan om in de studies ook meer gedetailleerd te beschrijven op welke wijze de medicatie gestopt werd, dit om artsen daarin nog beter op te leiden (38).

Patiënten staan de laatste jaren ook meer open voor het staken van hun medicatie. Een Amerikaanse enquête, uitgevoerd bij patiënten die 10 of meer verschillende geneesmiddelen innemen, toonde aan dat meer dan 60% dit teveel vindt. Bijkomend is 92% bereid om medicatie te stoppen als dit aangegeven zou zijn door hun huisarts. Deze bevindingen waren zowel bij de jongere als bij de oudere populatie vergelijkbaar (39).

Op een gelijkaardige manier heeft Katie Qi et al in Australië een studie uitgevoerd waarbij aan 180 patiënten, met een gemiddelde leeftijd van 78 jaar, gevraagd werd hoe ze tegenover het staken van hun statine staan. 89% zou bereid zijn om hun statine te staken wanneer hun dokter dit voorstelt. 94% geeft zelfs toe bedenkingen te hebben bij de nevenwerkingen van statines. Opmerkelijk bij deze studie is dat kwetsbare ouderen minder geneigd zijn tot staken, dit in vergelijking met de sterkere ouderen. Kwetsbare ouderen geloven meer in de noodzakelijkheid van hun medicatie en hebben weinig bedenkingen bij mogelijke schade door het gebruik van statines (40).

Er zijn veel artikels terug te vinden over hoe je medicatie moet voorschrijven, maar over het proces van het staken staat weinig beschreven, en meer specifiek hoe je dit juist toepast in de praktijk. Enkel in het kader van een palliatieve situatie omvatten artikels ook de vraag wanneer een statine gestopt mag/moet worden (25). Maar hoe verloopt het proces van medicatie staken bij niet-palliatieve patiënten? De studie van Garfinkel gebruikt het 'The Good Palliative-Geriatric Practice' algoritme om medicatie te staken bij thuiswonende ouderen met een gemiddelde leeftijd van 82,8 jaar (41). Het algoritme werd reeds eerder toegepast in een studie van Garfinkel bij Israëlische patiënten die in een woonzorgcentrum verbleven, waarbij het stoppen van medicatie veilig en effectief bleek te zijn (42). In de opvolgende studie in de thuissituatie werden het slaagpercentage, morbiditeit, mortaliteit en veranderingen in gezondheid geregistreerd. De medicatie die bekeken werd, omvatte de niet-levensreddende klassen, zoals H2-blokkers, PPI, benzodiazepines, NSAID, statines, antidepressiva, antipsychotica,.. Een evidence-based benadering werd gebruikt in het algoritme: wanneer er voor een bepaalde medicijnklasse geen wetenschappelijke basis bestond bij oudere patiënten, werd de inname klinisch beoordeeld en de balans van de risico's en voordelen gemaakt. Dit werd dan gepresenteerd aan de betreffende patiënt en familie. Het resultaat was opmerkelijk: wanneer er gemiddeld 4,2 medicaties gestaakt werden (311 medicaties bij 64 patiënten), ondervonden 88% van de patiënten een duidelijke verbetering in hun gezondheid. Slecht bij 2% moest de medicatie opnieuw herstart worden wegens terugkerende symptomen. Er kan besloten worden dat 81% van de voorgestelde stop te zetten medicatie ook effectief succesvol gestopt werd. Specifiek wat betreft de statines, werden aan 18 van de 26 patiënten voorgesteld om hun statine te stoppen. Daarvan gingen 14 patiënten akkoord. Een slaagpercentage van 72% werd gezien na 19

maanden. Bij deze studie werden 70 patiënten betrokken, met als gevolg dat deze resultaten niet zomaar geëxtrapoleerd mogen worden naar de heterogene populatie van ouderen die nog thuis wonen (41).

De meeste artikels zijn 'patiënt-centered' studies, waarbij de focus ligt rondom het proces bij de patiënt: hoe gaat een patiënt om met het staken van zijn medicatie? Een niet te vergeten persoon is de huisarts, die ook een belangrijke rol speelt in het proces. Het voorstel tot staken ontstaat vaak bij de huisartsen, want zij hebben de verantwoordelijkheid over de geneesmiddelen van de patiënt.
Er zijn twee soorten signalen die doen nadenken over het staken van de medicatie. Ten eerste heb je de signalen die door de patiënt zelf gegeven worden, zoals het vermelden van mogelijke nevenwerkingen (bijvoorbeeld spierpijn), hun hoog aantal medicatie inname of een expliciete stopwens. Deze signalen ontstaan vanuit de patiënt, en de huisarts kan deze alleen maar oppikken in de aanwezigheid van de patiënt. Daarnaast heb je ook signalen voortkomende uit data, waarbij de huisarts dit opmerkt zonder de aanwezigheid van de patiënt. Relevante data zijn o.a.: bloedresultaten, de leeftijd van de patiënt, aantal voorgeschreven medicatie, voorgeschiedenis van hart- en vaatziektes, feedback van het RIZIV, een bijscholing …

Niettemin blijft het een vaststelling dat er weinig of moeilijk met medicatie gestopt wordt. Het voorschrijven is zodanig routinematig geworden, dat een gemeenschappelijke inspanning moet geleverd worden om ook eens na te denken over het staken van medicatie. Daarnaast is het ook moeilijk voor de huisarts om het juiste tijdstip te vinden om het staken te bespreken met de patiënt.

De initiatie kan volgens twee strategieën worden vastgelegd. Ten eerste kan dit door controles op verschillende manieren te plannen, bvb na een ziekenhuisopname of na een rusthuisopname. Ten tweede kan dit ook door expliciet te gaan vragen naar de ervaring van de patiënt, naar nevenwerking, hun idee over hun aantal medicatie, ongerustheid over een medicatie.. (43).

Tot slot moet een arts die een statine wil stoppen een aantal moeilijkheden overwinnen. Wanneer zal je als arts dit communiceren met de patiënt? Hoeveel tijd is er nodig om deel te nemen aan een gedeelde besluitvorming? Om meerdere zulke vragen te beantwoorden heeft Scott et al een protocol gemaakt om beslissingen te maken over het stoppen met een medicatie. Dit protocol bestaat uit vijf stappen: 1: Bekijk alle medicatie en de reden waarvoor de patiënt deze momenteel inneemt. 2: Hou rekening met medicijngeïnduceerde schade. 3: Beoordeel elk geneesmiddel regime voor het in aanmerking komt om te worden gestaakt. 4: Verkies medicijnen die kunnen gestaakt worden. 5: Implementeer en controleer de staking. Dit protocol kan een dokter helpen wanneer hij/zij moeilijkheden ondervindt bij het prioritiseren en stopzetten van medicatie (44).

6 Praktijkverbeterend project

Het praktijkverbeterend project bestaat uit een aantal stappen.
De eerste stap bestaat uit het opstellen van een definitieve praktijkrichtlijn, gebaseerd op de bestaande richtlijnen en via overleg met de collega's.
Een tweede stap is een beginmeting van alle 80-plussers die een statine innemen ter primaire preventie en die niet behoren tot een bijzondere risicogroep.
De derde stap omvat de interventie waarbij de praktijkrichtlijn bij iedere patiënt wordt toegepast.
Na de interventie wordt een eindmeting uitgevoerd als vierde stap.
Tot slot wordt als vijfde stap het resultaat en eventuele opvolging besproken met de collega's.

6.1 Opstellen praktijkrichtlijn

6.1.1 Eerste discussie

Na het doornemen van de richtlijnen en artikels werd een voorlopige praktijkrichtlijn opgesteld en voorgelegd aan de collega's.

Eerst werd het gebruik van statines in een secundaire preventie besproken. Hierbij waren wat bedenkingen over de indeling van secundaire preventie. Enkele collega's meenden dat de aanwezigheid van atherosclerose mogelijks ook als een event kan gezien worden en zo bij secundaire preventie geplaatst worden.
Volgens de richtlijnen is in secundaire preventie een statine geïndiceerd, maar daar was ook enige bemerking bij. Stel dat een patiënt die een event doormaakt zich in een palliatieve situatie bevindt, dan wordt niet zomaar een statine toegevoegd aan de medicatielijst. Alles gebeurt altijd in overleg met de patiënt, waarbij een statine wel geadviseerd moet worden maar op zich geen verplichting mag zijn. Een opmerking hierbij is dat een statine na een event meestal door een specialist-geneesheer opgestart wordt en men als huisarts daarbij weinig inspraak heeft.
Er bestond wel een consensus omtrent het stopzetten van een statine in secundaire preventie. Dit zal enkel gebeuren in het kader van een palliatieve setting of wanneer de kans op nevenwerkingen groter is dan het cardiovasculair effect.

Voor wat betreft de primaire preventie werd de bemerking gemaakt dat bij een persoon van 80 jaar of ouder geen plotse cholesterolstijging meer zal opgemerkt worden wanneer deze persoon eerder wel goede cholesterolwaardes had. De collega's schatten de kans klein in dat er aan die leeftijd nog een statine zou moeten opgestart worden wegens hypercholesterolemie.

Wat nu indien een patiënt onterecht een statine inneemt, zal deze dan gestopt worden? Een mogelijk beleid kan zijn om niet zomaar te stoppen omdat de patiënt de limiet van 80 jaar heeft bereikt, maar dat dit wel kan aangekaart worden na een bepaalde gebeurtenis, bijvoorbeeld op vraag van de patiënt, na een opname,.. Alles moet ook steeds gebeuren in overleg met de patiënt zelf. Voelt een patiënt zich niet comfortabel bij het stoppen van 'een pil die ze al jaren moeten nemen en nu plots niet meer', dan wordt deze ook niet gestopt. Bijkomend was men wel van mening dat een vorm van risicostratificatie nodig blijft, zoals een SCORE berekening, en dat niet elke 80-plusser een even hoog risico heeft. Een gezonde 80-plusser met alleen een hoog cholesterolwaarde kan niet vergeleken worden met een gelijkaardige patiënt die daarnaast ook rookt, obees en/of familiaal voorbeschikt is. Er moet op zoek gegaan worden naar een systeem om toch een risico inschatting te krijgen bij 80-plussers.

6.1.2 Tweede discussie

Tijdens de tweede discussie werd voornamelijk de risico inschatting op punt gesteld. Om in een grijze zone toch handvaten te creëren, werd overeengekomen om het relatieve cardiovasculaire risico (RR) te berekenen. Deze risicotabel is een deel van de Europese SCORE-risicocalculatie en wordt gebruikt om, onafhankelijk van de leeftijd, iemands relatieve risico te bepalen op basis van aan- een afwezigheden van modificeerbare risicofactoren (Bijlage 3). Deze risicofactoren zijn cholesterolwaarde, de systolische bloeddruk en de aan- of afwezigheid van roken. Onder de collega's werd beslist om als afkapwaarde een relatief risico van ≥ 5 te hanteren, waarbij het statine verder kan gezet worden en enkel zal gestopt worden in een palliatieve setting. Voor deze afkapwaarde bestaat geen gefundeerde basis, maar is arbitrair en in consensus beslist.

6.1.3 Praktijkrichtlijn

Onderstaande praktijkrichtlijn werd opgemaakt op basis van de richtlijnen en in samenspraak met de collega's.

6.1.3.1. Secundaire preventie

Meerdere richtlijnen en studies bevatten bewijzen dat een statine geïndiceerd is indien er zich al een cardiovasculair event heeft voorgedaan. Een statine wordt opgestart en gecontinueerd ongeacht het lipidengehalte en leeftijd.

Het staken of het niet meer starten van een statine wordt enkel voorgesteld in een palliatieve situatie, waarbij het voordeel van de inname niet meer opweegt tegen het comfort van de patiënt.

6.1.3.2. Primaire preventie

Gezien er geen bewijs van effect bestaat over het gebruik van statines bij 80-plussers, wordt ook in deze masterproef geen statine opgestart in primaire preventie. Indien een 80-plusser reeds een statine voorgeschreven kreeg, zal eerst het relatief risico van die patiënt berekend worden. Hierbij wordt enkel rekening gehouden met de systolische bloeddruk, rookgedrag, en cholesterol (in mmol/l). Als afkapwaarde wordt het relatief risico 5 gebruikt. Heeft een patiënt een risico hoger of gelijk aan 5, dan mag het ingenomen statine verder voorgeschreven worden en zal deze enkel gestopt worden in palliatieve situaties. Is het risico lager dan 5, dan zal getracht worden het statine te staken.

Ook de bijzondere risicogroepen kregen een plaats in de praktijkrichtlijn, dit volgens consensus vastgelegd gezien de beperkte studiegegevens.
Bij een 80-plusser met Diabetes Mellitus type 2 wordt een statine geïndiceerd ongeacht het lipidenprofiel als er één extra risicofactor aanwezig is (roken, familiale cardiovasculaire belasting, albuminurie, hypertensie, hyperlipidemie).
Een 80-plusser met familiale hypercholesterolemie zal reeds een statine innemen gezien hun hoog risico op vroegtijdige cardiovasculaire aandoeningen, en deze wordt ook gecontinueerd.
Patiënten met reumatoïde artritis hebben een aanzienlijk hoger risico op hart- en vaatziekten, waardoor ze tot de hoogrisico groep behoren en reeds een statine innemen. Deze wordt verder gezet, ongeacht de leeftijd.
Tot slot is een verminderde nierfunctie geassocieerd met het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Een verlaging van de LDL reduceert het risico en werd aangetoond in chronische nierinsufficiëntie stadium 2 en 3. In een vergevorderde chronische nierinsufficiëntie, zoals stadium 4, 5 en dialyse zijn deze voordelen minder duidelijk. Hierbij bestaat geen absolute indicatie voor de inname van een statine.

1. Secundaire preventie

   Starten: Aanbevolen

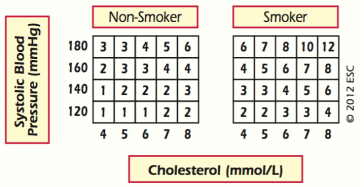
   Staken: In palliatieve situaties

2. Primaire preventie

   Starten: Geen bewijs dat de totale mortaliteit daalt.

   Staken: Volgens relatief risico berekenen
   - Totale cholesterol
   - Systolische bloeddruk
   - Roken

   Staken indien risico < 5
   Continueren indien risico ≥ 5



mmol/L	~mg/dl
4	150
5	190
6	230
7	270
8	310

3. Bijzondere risicogroepen

   3.1. Diabetes Mellitus type 2
   Statines ongeacht lipidenprofiel, indien één bijkomend risicofactor

   3.2. Familiale hypercholesterolemie
   Statines continueren

   3.3. Reumatoïde artritis
   Statines continueren

   3.4. Chronische nierinsufficiëntie
   Stadium 2 & 3: Aanbevolen
   Stadium 4, 5 & dialyse: Geen absolute indicatie

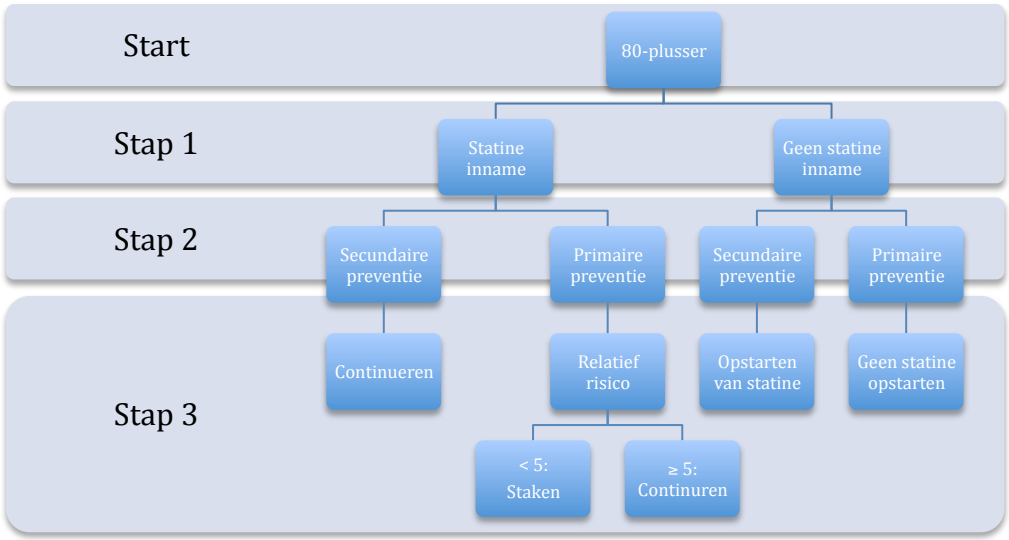
Cardiovasculair event:
- Coronair event: Infarct, angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass en coronaire angioplastie.
- Cerebraal event: Cerebrovasculair trombotisch accident en een Transitoir ischemisch accident
- Perifeer event: Claudicatio intermittens

6.2 Beginmeting

De huisartsenpraktijk bestaat uit een vrouwelijke arts van 36 jaar en twee mannelijke artsen van 36 en 67 jaar. In 2013 bedroeg hun voorschrijfpercentage van statines bij 80-plussers respectievelijk 46.4, 61.9 en 54.3%.
Een beginmeting werd tijdens het eerste HAIO jaar uitgevoerd. Daarbij werd bepaald hoeveel 80-plussers een statine voorgeschreven krijgen ten opzicht van alle 80-plussers in de praktijk met een globaal medisch dossier sinds 31/12/2014. Hieruit bleek dat 93 van de 186 80-plussers een statine innamen. Dit komt neer op 50%, wat boven het gemiddelde ligt van de 40,5% beschreven door het RIZIV.
Vervolgens werd het onderscheid tussen secundaire en primaire preventie gemaakt. 34 patiënten vallen onder secundaire en 59 patiënten onder primaire preventie. Onder die laatste 59 patiënten hebben 24 patiënten diabetes mellitus type 2.
In kader van een correct voorschrijfgedrag bij 80-plussers werd in deze masterproef enkel gekeken naar de overige 35 patiënten die een statine innemen ter primaire preventie en die niet behoren tot een bijzondere risicogroep.
Deze 35 patiënten zijn mogelijks geschikt voor het staken van hun statine.

6.3 Interventie

De interventie werd gedurende een periode van 3 maanden toegepast.
Hieronder toont een stroomdiagram het proces dat door de collega's gevolgd werd tijdens de interventie.
De eerste stap van deze stroomdiagram beschrijft de aan- of afwezigheid van statines bij 80-plussers. De aandacht wordt hierbij ook gegeven aan een 80-plusser die geen statine inneemt. Dit is niet de intentie van deze masterproef, die zich eerder concentreert op het overmatig voorschrijfgedrag bij patiënten die al een statine innemen, maar een goed beleid bekijkt steeds beide kanten. Om die reden wordt ter volledigheid beide kanten van het diagram beschreven.
De tweede stap bestaat uit het opmaken van de risicostratificatie bij de patiënt die een statine inneemt, namelijk valt deze patiënt onder primaire of secundaire preventie?
De derde en laatste stap bestaat uit het toepassen van de praktijkrichtlijn. Indien de patiënt onder secundaire preventie valt, wordt het statine behouden. Wanneer de patiënt zich in de primaire preventie groep bevindt, wordt het relatief risico berekend. Enkel bij een risico hoger of gelijk aan 5 wordt geopteerd om het statine te behouden. Is het relatief risico lager dan 5, zal getracht worden het statine te staken.
Het staken gebeurt tijdens een daaropvolgende consultatie. Er wordt niet actief aan de patiënten gevraagd om op consultatie te komen om hun statines te bespreken.

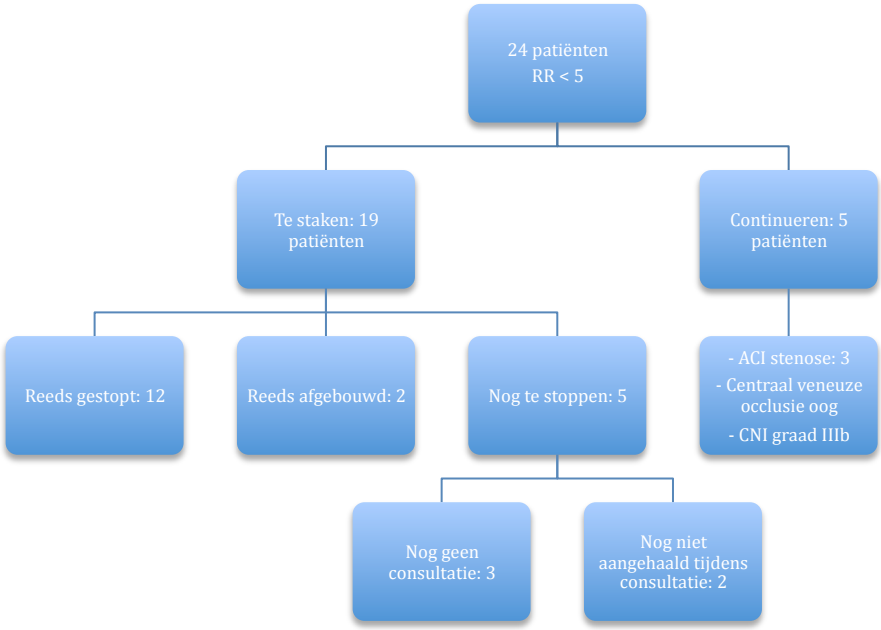


6.4 Eindmeting

Van de 35 patiënten waren er uiteindelijk toch nog 5 patiënten die een statine innamen in kader van secundaire preventie. Dit werd ontdekt door grondig onderzoek van oude verslagen in hun medisch dossier. Bijkomend werd 1 patiënt van de primaire naar de secundaire groep verplaatst wegens een CVA, dit doorgemaakt na de beginmeting. Daarnaast was er eveneens 1 patiënt waarbij wel een statine in de medicatielijst stond, maar nooit heeft ingenomen. Tot slot zijn ook 3 patiënten in deze periode overleden en is 1 patiënt verhuisd naar een woon- en zorgcentrum waarbij er veranderd werd van behandelende huisarts.

Dit laat in totaal nog 24 patiënten over bij wie het statine zou kunnen gestaakt worden. Bij iedere patiënt werd het relatief risico (RR) berekend, en bij allen was dit kleiner dan 5. Twee patiënten hebben een RR van 1, 15 patiënten een RR van 2, 5 patiënten een RR van 3 en 2 patiënten een RR van 4. Opmerkelijk bij het berekenen van deze relatieve risico's is dat geen enkele patiënt een actieve roker is op het moment van de meting, wat de lage risico's verklaart.
Van de 24 patiënten werd bij 19 besloten om het statine te stoppen. Bij 12 patiënten werd dit ook uitgevoerd zonder enig probleem, 2 patiënten zitten in een afbouwfase. Drie patiënten werden in de periode nog niet terug gezien en bij de 2 resterende patiënten kwam het nog niet aan bod tijdens de consultatie, maar staat het staken wel nog op de planning.
Finaal werd bij 5 patiënten door de behandelende huisarts beslist om de statines te behouden, dit door de aanwezigheid van plaques in de arteria carotis, een centraal veneuze occlusie van het oog en de aanwezigheid van chronische nierinsufficiëntie graad IIIb waarbij de nefroloog het continueren van de statine zelf aanraadde.

Percentueel gezien werd op het moment van de finale discussie bij 50% van de 80-plussers die ervoor in aanmerking kwamen het statine volledig gestaakt. Bij 21% werd beslist het statine te behouden wegens specifieke comorbiditeit.



6.5 Finale discussie

Het proces van de interventie wordt beschreven vanuit het standpunt van de patiënt en het standpunt van de behandelende huisarts.

6.5.1 Standpunt patiënt

Het merendeel van de patiënten vertoonden geen problemen bij het voorstel tot staken. Voornamelijk omdat bij velen de medicatie klaargelegd werd door een familielid of verpleegkundige, waardoor geen actieve betrokkenheid en slechts een beperkte interesse is omtrent de geneesmiddelen die zij innamen. Een aantal patiënten was zelf tevreden dat er een geneesmiddel van hun (lange) lijst mocht geschrapt worden.
Twee patiënten vertoonden toch enige moeilijkheden om volledig hun statine te staken. Hierbij werd gezamenlijk besloten om eerst de dosering te verminderen, met het staken als toekomstdoel. Deze patiënten vertonen een hypochondrisch gedrag, waarbij gerefereerd kan worden naar de bovenbeschreven studie waarbij kwetsbare ouderen minder geneigd zijn tot staken omdat ze meer geloven in de noodzakelijkheid van hun medicatie (39).
Geen enkele patiënt heeft het voorstel tot staken geweigerd.

6.5.2 Standpunt huisarts

Het starten van de interventie verliep wat moeizaam. Gezien de drukke winterperiode vroeg het enige tijd en inspanning om een risicostratificatie op te stellen en de relatieve risico's te berekenen. Eenmaal dit gebeurd was, had iedere arts een idee welke patiënt hij/zij kon aanspreken omtrent het stoppen van hun statine. Het staken van de statine verliep vlot, maar toch bleef er een onzekerheid aanwezig bij de artsen gedurende het proces. Dit komt vooral door het feit dat een statine bij een 80-plusser een gegeven in een grijze zone blijft.

Na de interventie kwamen een aantal zaken aan bod gedurende de finale discussie.

Ten eerste werd onderling de vraag gesteld waarom er in deze praktijk aan de leeftijd van 80 jaar nog een cholesterolcontrole uitgevoerd wordt. Gezien een statine op die leeftijd geen bewezen effect heeft, is er medisch gezien ook geen reden meer tot cholesterolbepaling. In de praktijk ligt dit namelijk anders. Naast het feit dat hypercholesterolemie vaak in de media komt, is het ook moeilijk om het verwachtingspatroon van de patiënt te doorbreken. Enerzijds vragen de patiënten expliciet om de waarde van hun cholesterol te controleren tijdens een bloedafname. Ook stelt de familie soms de vraag naar de cholesterolwaardes. Anderzijds wordt de cholesterolwaarde ook bepaald wanneer een patiënt op controle gaat bij de cardioloog. Bijkomend kan hier zich opnieuw de vraag gesteld worden of de patiënt deze cardiologische controle wel nog nodig heeft.

Wat kan er aangepast worden in deze praktijk om het bepalen van cholesterol tegen te gaan? Er werd afgesproken om niet meer actief de cholesterol te gaan controleren, maar eerder op vraag van de patiënt of familie. Daarbij kan ook uitgelegd worden dat maximum één of tweemaal per jaar de cholesterol gecontroleerd wordt. Daarnaast werd door één van de artsen in een verwijsbrief naar de cardioloog gevraagd naar de mogelijkheid om het statine bij een bepaalde patiënt te staken. Deze vraag vond de cardioloog terecht en ging akkoord met het staken. Mogelijks kan dit verder meegenomen worden in de toekomst, om bij 80-plussers in de verwijsbrief te vragen naar het staken van de statine en de noodzakelijkheid van verdere cardiologische controles.

Ten tweede vonden de artsen het moeilijk om een statine te staken wanneer deze niet door henzelf opgestart werd. Een oplossing kan zijn om bij het opstarten te vermelden dat het statine vanaf een bepaalde leeftijd kan gestaakt worden en dat deze niet tot het einde hoeft ingenomen te worden. Bijkomend is het ook belangrijk om te vermelden dat de cholesterolwaarde meegaat met de leeftijd. Een verhoogde waarde op 50 en 80 jaar wordt verschillend geïnterpreteerd, samen met de andere risicofactoren.

Ten derde werden de patiënten besproken waarbij beslist werd hun statine niet te staken, ondanks hun relatief risico lager dan 5.
Bij drie patiënten werd aan de hand van beeldvorming atherosclerose ter hoogte van de arteria carotis gezien. Strikt gezien is dit geen event, maar voor de huisartsen wel een indicatie voor het verder gebruik van het statine. Ook de cardiologen waarmee nauw samengewerkt wordt beschrijven dit als secundaire preventie in hun verslagen.
Een andere patiënt had een centraal veneuze occlusie van het oog in de voorgeschiedenis. Er werd over getwijfeld of dit als een event kan gezien worden, daarom werd de statine behouden. Het besluit van de artsen hieromtrent is dat er beter een voordeel van de twijfel gegeven wordt en het statine niet gestaakt wordt.
Bij de laatste patiënt stelde de nefroloog voor om het statine te behouden, gezien de nierinsufficiëntie. Een belangrijk aspect blijft hierbij het overleg en de samenwerking tussen huisarts en specialist. Bij enige onzekerheid kan, zoals hierboven beschreven, altijd de raad gevraagd worden van een specialist.

Onder de bijzondere risicogroepen zijn geen patiënten met familiale hypercholesterolemie of reumatoïde artritis op de leeftijd van 80-jaar aanwezig in de praktijk. Hier kan natuurlijk de vraag gesteld worden hoeveel patiënten de leeftijd van 80 jaar halen, gezien hun verhoogd cardiovasculair risico.

Tot slot is voor de huisartsen de biologische versus de kalender leeftijd ook een belangrijk factor in de beslissing tot het al dan niet staken. Als voorbeeld werd een 82-jarige vrouw besproken. Zij nam een statine in primaire preventie maar met een relatief risico van 2. Gezien deze patiënte volgens haar huisarts nog kan leven tot 100 jaar, en zij nog zeer zelfstandig is, wordt haar statine niet gestaakt. Stel dat deze patiënt zich in een woon- en zorgcentrum bevindt en hulp nodig heeft van derden, dan zou het statine wel gestaakt worden. Hierbij is de factor van onzekerheid sterk aanwezig, de statines worden verder gezet want “je weet maar nooit”. Een statine verlaagt niet de mortaliteit, maar wel de morbiditeit en zo kan je voorkomen dat deze patiënten een verminderde levenskwaliteit hebben door een niet-fataal myocard infarct of een CVA.

Om af te sluiten werd nagepraat over het al dan niet meenemen van deze praktijkrichtlijn naar de toekomst. Alle artsen zijn akkoord om dit verder op te volgen, namelijk een patiënt die ouder is dan 80 jaar onderwerpen aan een risicostratificatie, en eventueel de statine staken. Deze kritische evaluatie van het statinegebruik kan ook al bij jongere patiënten toegepast worden.
Een mogelijk struikelblok in de praktijk is dat het medisch dossier niet volledig of niet uniform aangevuld is. Bij een aantal patiënten was het moeilijk om te verifiëren wat hun risicostratificatie is. Het is daarom belangrijk om te coderen waarom een patiënt een statine inneemt of waarom hij/zij zich in de secundaire groep bevindt. Daarnaast moet ook de risicofactoren van hart- en vaatziekten en levensstijl factoren genoteerd worden.

Om in een groepspraktijk een goede behandeling te kunnen garanderen, moet er uniform in het medisch dossier genoteerd worden. Ook het papieren thuisdossier tijdens een huisbezoek moet goed aangevuld worden. Ideaal zou zijn om gebruik te maken van het elektronisch medisch dossier tijdens een huisbezoek. Dit is een werkpunt dat in de toekomst zeker kan bekeken worden.
Wat nog verder uitgewerkt kan worden in de praktijk, is het loskomen van het begrip hypercholesterolemie. De behandeling moet zich baseren op de ernst van het cardiovasculair risico, namelijk hoog-, matig- of laagrisico. Dit kan eventueel ook zo gecodeerd worden in het medisch dossier.

Er kan besloten worden dat de collega's dit soort van handelen zeker willen meenemen naar de toekomst. Er zal getracht worden om een correct voorschrijfgedrag voor statines te behouden. Eenmaal dit routinematig geworden is, kan dit zelfs toegepast worden bij andere medicatie die eveneens geen bewezen indicatie hebben op latere leeftijd of acute medicatie die langdurig ingenomen wordt.

7 Reflectie

Door de toenemende vergrijzing stijgen de kosten die gepaard gaan met preventie van hart- en vaatziekten. Dit maakt het onderwerp van deze masterproef een zeer actueel discussiepunt.
Na raadpleging van de literatuur was het antwoord eenvoudig: bij alle 80-plussers die een statine nemen ter primaire preventie, mag dit ook gestaakt worden gezien er geen bewijs van effect is. Een ongecompliceerde onderneming op het eerste zicht, maar toch moeilijk toepasbaar in de praktijk. Gezien het ongemak bij de artsen om zomaar een statine te staken, werd besloten om ook bij de 80-plussers een risico-inschatting te doen, gebruikmakend van de relatieve risicotabel van SCORE. Een relatief risico van 5 werd arbitrair als afkapwaarde gekozen. Op deze manier had de huisarts nog een houvast om zijn beslissing tot staken op te baseren. Alle patiënten bleken een relatief risico lager dan 5 te hebben en kwamen aldus in aanmerking om het statine te staken. Desondanks bleef bij de huisartsen enige aarzeling en bezorgdheid om de veiligheid van de patiënten aanwezig.

Als huisarts wil je goede evidence-based medicine toepassen, waarbij het best beschikbare bewijs, samen met de klinische inschatting van de arts en de waarden en verwachtingen van de patiënt de hoofdrol spelen. Iedere patiënt is zowel fysiologisch als psychologisch uniek, waardoor de behandeling uiteindelijk verschillend kan zijn. Bij iedere patiënt moet een "*tailor-made medicine*" nagestreefd worden, waarbij de bewezen gegevens in een gepersonaliseerde zorg toegepast worden.

Een kritische opmerking bij de literatuurstudie is dat richtlijnen het gebruik van statines bij 70-plussers gaan veralgemenen, dit terwijl een 70-jarige toch verschillend is van een 80-plusser. Voor de primaire preventie baseren Domus Medica, NHG en ESC/EAS zich op de PROSPER-studie, die zich concentreert op 70- tot 82-jarigen. Over 80-plussers zijn dus geen onderzoeksgegevens voor handen. Er moet steeds kritisch gekeken worden naar de bronnen waarop de richtlijnen zich baseren.
Net als in de geraadpleegde literatuur kan ook hier besloten worden dat er nog meer studies met ouderen moeten gebeuren, waarbij vooral 80-plussers geïncludeerd moeten worden. Er is nood aan onderzoek dat duidelijkheid verschaft welke interventies (kosten)effectief zijn, de morbiditeit en mortaliteit doen dalen en welke behandelingen daarentegen overbodig of zelfs schadelijk zijn.
Het is momenteel afwachten welk resultaat de STAREE studie zal geven om een goede behandeling te kunnen garanderen aan 80-plussers, nl. een behandeling die bewezen is en niet louter gebaseerd is op observationele studies of geëxtrapoleerd wordt vanuit RCT's met een jongere populatie (30).

Eén van de vragen die ik mezelf na het schrijven van deze masterproef stel, is hoever men kan gaan omtrent statines bij 80-plussers. In onze praktijk werd afgesproken om aandachtig te blijven bij oudere patiënten die een statine nemen in primaire preventie, en zelfs al vóór ze de leeftijd van 80 jaar bereikt hebben hun statinegebruik kritisch te evalueren. Maar wat bij een patiënt in secundaire preventie? Al deze patiënten moeten hun statine behouden, tenzij in een palliatieve situatie. Maar stel dat er opgemerkt wordt dat een 80-jarige patiënt in een secundaire preventie geen statine inneemt, moet dan alsnog een statine opgestart worden? Diverse richtlijnen raden aan om toch een statine te associëren, terwijl Farmaka eerder aanraadt om enkel bij ouderen onder de 80 jaar die nog een goede levensverwachting hebben een statine te associëren (24). Zowel Farmaka als de richtlijnen baseren zich op de vaststelling dat er geen bewijzen zijn, maar gaan er op verschillende wijze mee om. De richtlijnen extrapoleren van bij jongere leeftijdsgroepen, waarbij de indicatie wel gekend is. Farmaka besluit dat er geen indicatie is gezien er geen bewijs bestaat op die leeftijd.

Een tweede belangrijke opmerking is het belang van de aan- of afwezigheid van roken. Domus Medica beschrijft in haar richtlijn dat "*voor rokers de rookstop de interventie is die de meeste gezondheidswinst kan opleveren*". Omdat er in deze masterproef gebruik gemaakt is van het relatief risico mochten alle patiënten stoppen met hun statine vermits niemand rookte. Stel dat een patiënt wél rookt, dan stijgt zijn relatief risicoscore spontaan waardoor de statine behouden moet worden. Dit onderstreept nogmaals welk impact roken heeft op de gezondheid, onafhankelijk van de leeftijd.

Een laatste opmerking is het groot belang om een goed thuisdossier bij te houden. De meeste 80-plussers komen niet meer op consultatie en worden thuis behandeld. Meestal is er een dossier aanwezig, maar vaak met een beperkte inhoud. Als nieuwe behandelende arts, of als HAIO, is het belangrijk om een goede opvolging te kunnen

bieden aan de hand van een volledig dossier. Het is echter een tijdrovende taak. Het op elektronische wijze bijwerken van het dossier tijdens een huisbezoek kan een oplossing bieden.

Tot slot wens ik nog terug te komen op de aanleiding van deze masterproef, namelijk de geneesmiddelenfeedbackcijfers van het RIZIV en de stelling dat *"na de leeftijd van 80 jaar geen bewijs van het belang bestaat om een cholesterolemie te verlagen of van het belang om met een statinebehandeling te starten"*. Na verder onderzoek ben ik van mening dat deze stelling aangepast moet worden. Er is geen bewijs dat er enig effect is van statines voorschrijven na de leeftijd van 80 jaar in primaire preventie. In secundaire preventie is er daarentegen wel beperkt bewijs van effect. Het hoge percentage statinegebruik bij 80-plussers wordt ten dele verklaard door het gebruik in secundaire preventie.

8 Besluit

Naar aanleiding van de geneesmiddelenfeedbackcijfers van het RIZIV, werd in deze masterproef getracht om aan de hand van een praktijkrichtlijn het overmatig voorschrijven van statines te verminderen. Een literatuuronderzoek wees uit dat een statine in primaire preventie onterecht voorgeschreven wordt aan 80-plussers, gezien hun nut in dergelijk geval niet wetenschappelijk bewezen is. De morbiditeit daalt, maar er is geen significant effect op de mortaliteit. In secundaire preventie is daarentegen wel beperkt bewijs van effect.

Bijgevolg werd getracht de statines te staken bij 24 80-plussers in onze huisartsenpraktijk die een statine in primaire preventie nemen. Bij 12 patiënten is dit reeds gelukt, bij 2 werden de statines afgebouwd en 5 patiënten werden gedurende die periode niet meer op consultatie gezien, maar ook bij hen zal het staken nog besproken worden. Bij de overige 5 patiënten werd besloten het statine te continueren. Percentueel gezien werd dus bij 50% van de 80-plussers die een statine innamen in primaire preventie het voorschrijven ervan gestaakt.

Wanneer een onterecht gebruikt statine mag gestaakt worden, is dit geen evidente opdracht voor de behandelende artsen. Artsen aarzelen omdat ze de veiligheid van hun patiënten niet in gevaar willen brengen. Er bestaat immers weinig tot geen onderzoek over staken van statines. Bijgevolg is ook niet geweten als het zonder risico's kan. Momenteel baseren artsen de beslissing op hun klinische inschatting, waarbij rekening gehouden wordt met de voor- en nadelen van de behandeling en de verwachting van de patiënt.

De feedbackcijfer van het RIZIV dienen genuanceerd te worden. Na de leeftijd van 80 jaar bestaat er geen bewijs voor het gebruik van statines in primaire preventie, dit in tegenstelling tot het gebruik in secundaire preventie.

9 Dankwoord

Graag had ik een dankwoord geschreven, gericht aan een aantal belangrijke personen.

Eerst en vooral wil ik mijn collega's bedanken. Wegens de drukte was het niet altijd evident om tijd te maken om de praktijkrichtlijn te implementeren. Toch werd deze door hen toegepast en zal dit meegenomen worden naar de toekomst toe. Nu ik ook met hen associeer, kan ik de richtlijn nog vaak eens aanhalen ter herinnering.

Daarnaast wil ik ook graag mijn promotor Prof. Dr. Thierry Christiaens en co-promotor Dr. Veerle Piessens bedanken. Bij hen kon ik steeds terecht om mezelf en deze masterproef in de goede richting te sturen.

Tot slot wil ik mijn echtgenoot bedanken die, zonder enige medische kennis, de moed had en de tijd genomen heeft om deze masterproef te doorlezen.

10 Bibliografie

(1) Brussel: Vlaams agentschap Zorg en gezondheid. Cijfers over doodsoorzaken (2014). Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-over-doodsoorzaken-2014

(2) Boland B, Christiaens T, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, et al. Globaal cardiovascualair Risicobeheer. Huisarts Nu september 2007;36(7).

(3) Roberfroid D, Dubois C, Vrijens F, Camberlin C, Farfan MI. Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingbeleid. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE reports 141A. 2010.

(4) Informatiecampagne 2015 van de Profielencommissie "Algemeen Geneeskundigen": Individueel activiteitenverslag 2013.

(5) Brussel: Vlaams agentschap Zorg en gezondheid. Levensverwachting en vroegrijdige sterfte (2014). Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/Levensverwachting-en-vroegtijdige-sterfte-2104.

(6) Afilalo J, Alexander KP, Mack MJ, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. J AM Coll Cardiol. 2014;63(8):747-762.

(7) Wooten JM. Pharmacotherapy considerations in elderly adults. South Med J. 2012;105:437-445.

(8) BCFI. Geneesmiddelenbewaking: Beperking door de FDA van het gebruik van de hoge dosis simvastatine. Centrum voor Geneesmiddelenbewaking September 2011. Beschikbaar op: http://www.bcfi.be/folia_pdfs/NL/P38N09.pdf

(9) Newson RS, Felix JF, Heeringa J, Hofman A, Witteman JCM, Tiemeier H. Association between serum cholesterol and noncardiovascular mortality in older age. J AM Geriatr Soc 2011;59:1779-1785.

(10) Schupf N, Costa R, Luchsinger J, Tang MX, Lee JH, Mayeux R. Relationschip between plasma lipids and all-cause mortality in nondemented elderly. J Am Geriatr Soc 2005;53:219-226.

(11) Rich M. Aggresie Lipid Management in Very Elderly Adults: less is more. May 2014;62(5):945-947.

(12) Holmes HM, Min LC, Yen M, Varadhan R, Basran J, Dale W, et al. Rationalizing prescribing for older patients with multimorbidity: considering time to benefit. Drugs Aging 2013;30:655-666.

(13) Scott D, Blizzard L, Fell J, Jones G. Statin therapy, muscle function and falls risk in community-dwelling older adults. Q J Med 2009; 102:625–633.

(14) Samaras K, Brodaty H, Sachdev PS. Does statin use cause memory decline in the elderly? Trends Cardiovasc Med. 2016 Aug;26(6):550-65.

(15) Catapano A, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman M, Drexel H. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016.
(16) Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010 Nov 13;376(9753):1670-81
(17) Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. Lancet. 2002;360:1623-1630.
(18) Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.
(19) Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012 , Nederlands Huisartsen Genootschap.
(20) Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994;344:1383–1389.
(21) Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce athoresclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;129(25):S1-S45.
(22) Afilalo J, Duque G, Steele R, Jukema J W, de Craen A J, Eisenberg M J. Statins for secondary prevention in elderly patients: a hierarchical Bayesian meta-analysis. J Am Coll cardiol 2008; 51(1): 37-45.
(23) Cournot m, Cambou JP, Quentzal S, Danchin N. Key factors associated with the under-prescription of statins in elderly coronary heart disease patients: result from the ELIAGE and ELICOEUR surveys. Int J Cardiol 2006;111:12-18.
(24) Farmaka. Statines voor iedereen, ook voor bejaarden? Geneesmiddelenbrief. Jaargang 21, februari 2014.
(25) Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DJ, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. (Published online March 23,2015).
(26) Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, et al. JUPITER Study Group. Rosuvastatin toe prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Engl J Med. 2088;359:2195-2207.

(27) Savarese G, Gotto A, Paolillo S, D'Amore C, Losco T, Musella F, et al. Benefits of statins in Elderly Subjects without Established cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. December 3, 2013:62(22);2090-2099.
(28) Petersen L, Christensen K, Kragstrup J. Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds. Age and Ageing 2010;39:674-680.
(29) Lemaitre R, Psaty B, Heckbert S, et al. Therapy With Hydroxymethylglutaryl Coenzyme A Reductase Inhibitors (Statins) and Associated Risk of Incident Cardiovascular Events in Older Adults. Evidence From the Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med. 2002;162(12):1395-1400.
(30) STAREE Study Investigators. A clinical trial of statin therapy for reducing events in the elderly (STAREE). Clinicaltrials.gov website.
(31) Hilmer SN, Gnjidic D, Le Couteur DG. Thinking through the medication list: Appropriate prescribing and deprescribing in robust and frail older patients. Aust Fam Physician 2012;41:924–8
(32) Odden MC, Pletcher MJ, Coxson PG, Thekkethala D, Guzman D, Heller D, Goldman L, Bibbins-Domingo K. Cost-effectiveness and population impact of statins for primary prevention in adults aged 75 years or older in the United States. Ann Intern Med. 2015 Apr 21;162(8):533-41.
(33) Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Koeck P, Sunaert P, Van Crombrugge P, Van Pottelbergh I, van Leeuwen E, Verhaegen A, Nobels F. Richtl n voor goede medische praktijk- voering: Diabetes mellitus type 2. Antwerpen: Domus Medica; 2015
(34) Deschamps OS. Familial hypercholesterolaemia in a Belgian community. Acta Cardiologica 2000;55(6):327-333.
(35) Descamps OS, Gelibeau JP, Leysen X, Van Leuven F, Heller FR. Impact of genetic defects on athrosclerosis in patients suspected of hypercholesterolaeia. Eur J Clin Invest 2001 nov;31(11):958-965.
(36) Walma EP, Wiersma TJ. NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemia. Huisarts wet 2006;49:202-204.
(37) Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebocontrolled trial. July 2002;360(9326):7-22.
(38) Thompson W, Farrel B. Deprescribing: what is it and what does the evidence tell us? JCPH juin 2013;66(3):201-202.
(39) Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Sjakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and wilingness to deprescribe. J Am Geriatr Soc. 2013;61:1508-1514.
(40) Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson S-A, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and wilingnes to have statins deprescribed in Australia. Int J Clin Pharm 2015;37:949-957.

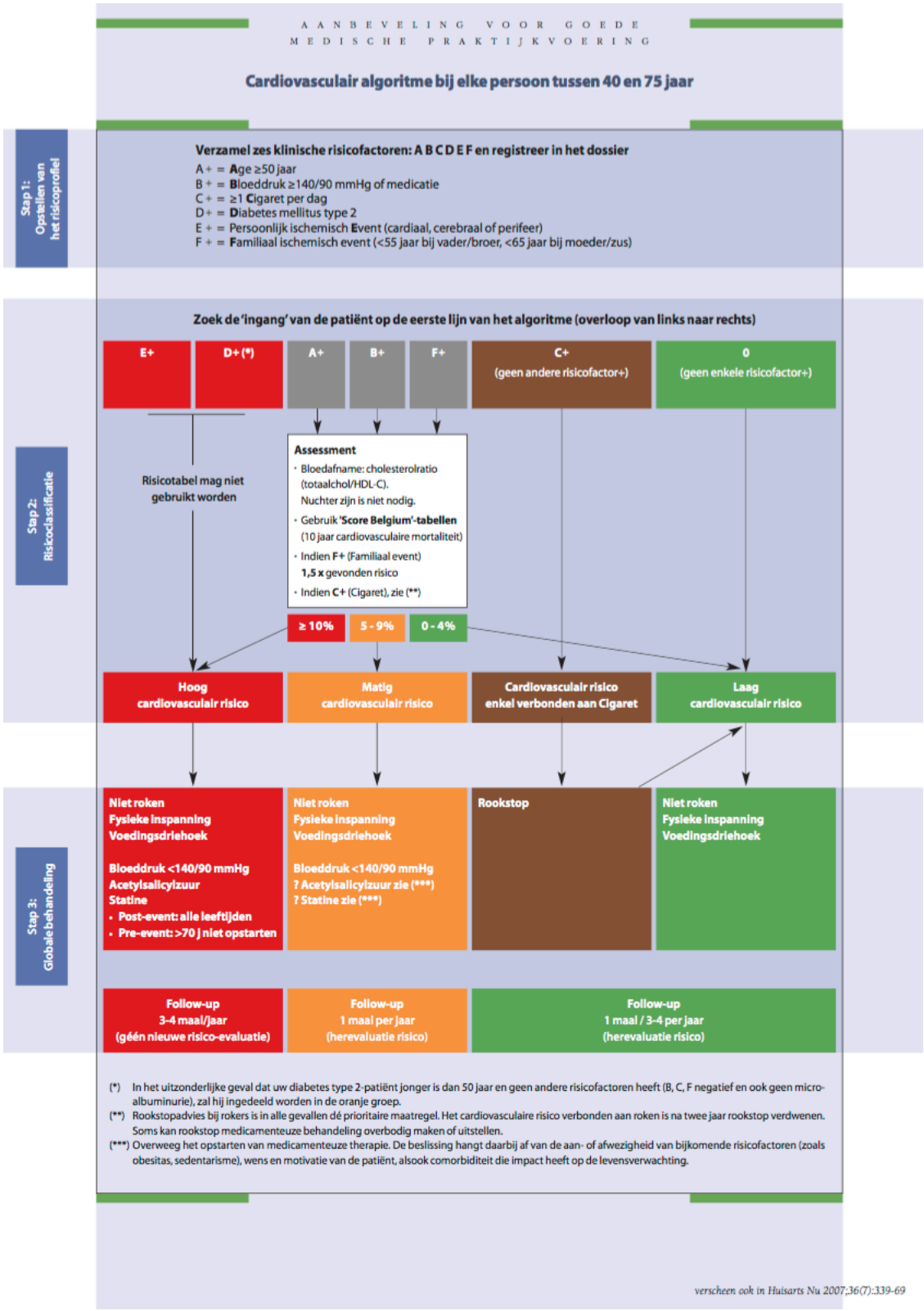
(41) Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010 Oct 11;170(18):1648-54.
(42) Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr Med Assoc J. 2007;9(6):430- 434.
(43) Nixon M, Kousgaard MB. Organizing medication discontinuation: a qualitative study exploring the views of general practitioners toward discontinuing statins. BMC Health Services Research. 2016;16:226
(44) Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA int Med. (Published online March 23,2015).

11 Bijlage

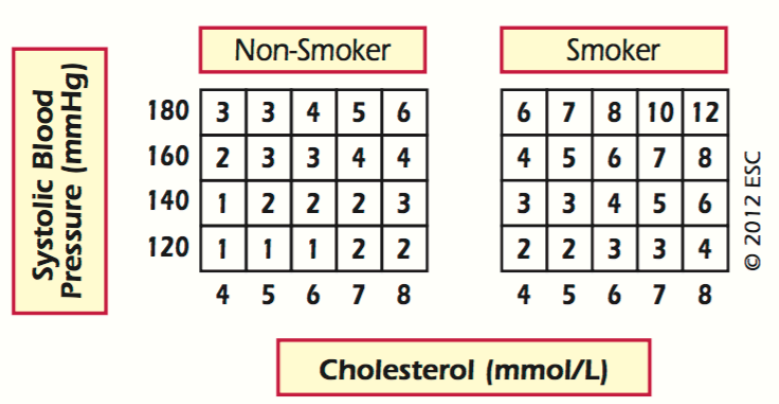
Bijlage 1: SCORE tabel



Bijlage 2: Algoritme van Roland



Bijlage 3: Relatief risico



mmol/L	~mg/dl
4	150
5	190
6	230
7	270
8	310

Goedkeuring Ethisch Comité + Protocol

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Thierry CHRISTIAENS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0343	19-apr-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Voorschrijven van statines bij 80-plussers: aanbevolen of overbodig? Een kwaliteitsverbeterproject in onze huisartsenpraktijk (MaNaMa Valerie Gouwy)

Belgisch Registratienummer: B670201627990

* Antwoord onderzoekers dd. 12/04/2016 op opmerkingen EC dd. 10/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 12/04/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de behandelende arts (cfr. mail onderzoeker dd. 12/04/2016)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. T. CHRISTIAENS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 14/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 14/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 14/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 14/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0343	19-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0343

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. T. CHRISTIAENS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

HET VOORSCHRIJVEN VAN EEN CHOLESTEROLVERLAGEND GENEESMIDDEL IS TIJDENS DE LAATSTE JAREN STERK GESTEGEN. 1 OP 5 VAN DE VOLWASSEN BELGEN NEEMT MOMENTEEL EEN STATINE TER PREVENTIE VAN ENIGE CARDIOVASCULAIRE RISICO. DIT BRENGT EEN GROTE KOST MET ZICH MEE: 7% VAN HET AMBULANT GENEESMIDDELENBUDGET WORDT GESPENDEERD AAN STATINES (1). UIT HET INDIVIDUEEL ACTIVITEITENVERSLAG VAN 2013, UITGEGEVEN DOOR HET RIZIV, KAN WORDEN AFGELEID DAT ER EEN 40,5% MEDIAAN AANWEZIG IS BIJ HET VOORSCHRIJVEN VAN STATINES AAN 80-PLUSSERS. HET RIZIV HOOPT OP EEN DALING VAN DIT RESULTAAT, AANGEZIEN ER "*NA DE LEEFTIJD VAN 80 JAAR GEEN BEWIJS VAN HET BELANG BESTAAT OM EEN CHOLESTEROLEMIE TE VERLAGEN OF VAN HET BELANG OM MET EEN STATINEBEHANDELING TE STARTEN*" (2).

IN DEZE PRAKTIJKVERBETERENDE MASTERPROEF ZAL IK NAGAAN WAT HET VOORSCHRIJFGEDRAG IS M.B.T. STATINES IN DE HUISARTSENPRAKTIJK WAAR IK MOMENTEEL HUISARTS IN OPLEIDING BEN. HET STREEFDOEL VAN DEZE MASTERPROEF BESTAAT ER IN OM DE BESTAANDE RICHTLIJNEN CONSEQUENT TE LATEN TOEPASSEN, MET EEN CORRECT VOORSCHRIJFGEDRAG ALS GEVOLG WAARBIJ OVERBODIG STATINEGEBRUIK TOT EEN MINIMUM KAN WORDEN HERLEID.

DEZE MASTERPROEF BESTAAT UIT VOLGENDE ONDERDELEN:
EERST ZAL EEN LITERATUURSTUDIE GEBEUREN, WAARBIJ UIT DE HUIDIGE RICHTLIJNEN EEN TOEPASBARE PRAKTIJKRICHTLIJN ZAL OPGESTELD WORDEN, MET ONDER ANDERE DUIDELIJK CRITERIA WANNEER EEN BEHANDELING MET STATINES AANGEWEZEN IS BIJ 80-PLUSSERS.

OP BASIS VAN DEZE CRITERIA WORDT EEN BEGINMETING IN DE HUISARTSPRAKTIJK GEDAAN WAARBIJ INGESCHAT WORDT HOEVEEL 80-PLUSSERS EEN STATINE VOORGESCHREVEN KRIJGEN EN BIJ HOEVEEL ONDER HEN DIT OOK EFFECTIEF AANGEWEZEN IS.

ALS INTERVENTIE WORDT DE PRAKTIJKRICHTLIJN VOORGELEGD AAN DE COLLEGA'S, SAMEN MET HEN WORDT EEN INTERACTIEF KWALITEITSVERBETEREND TRAJECT GESTART MET ALS DOEL DE OPTIMALISATIE VAN HET VOORSCHRIJVEN VAN STATINES BIJ 80-PLUSSERS. BINNEN HET TRAJECT WORDEN OP REGELMATIGE BASIS MOMENTEN VOORZIEN OM ERVARINGEN TE DELEN, KNELPUNTEN VOOR TE LEGGEN EN SUCCESVOLLE (COMMUNICATIE-)STRATEGIEËN UIT TE WISSELEN.

TEN SLOTTE WORDT EEN EINDMETING UITGEVOERD WAARBIJ OPNIEUW GEMETEN WORDT HOEVEEL 80 PLUSSERS EEN STATINE GEBRUIKEN EN BIJ HOEVEEL ONDER HEN DIT STATINEVOORSCHRIFT AANGEWEZEN IS VOLGENS DE GELDENDE RICHTLIJNEN.

DE RESULTATEN ZULLEN MET DE COLLEGA'S BESPROKEN WORDEN EN TIJDENS DE AFSLUITENDE EVALUATIE ZULLEN SUCCESFACTOREN EN KNELPUNTEN OVERLOPEN WORDEN.

(1) FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG. STATINES IN BELGIË: EVOLUTIE IN HET GEBRUIK EN INVLOED VAN HET TERUGBETALINGBELEID KCE REPORTS 141A. 2010.

(2) INFORMATIECAMPAGNE 2015 VAN DE PROFIELENCOMMISSIE "ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN": INDIVIDUEEL ACTIVITEITENVERSLAG 2013.