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

Bert Van Bogaert, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Bert Vaes, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Doorheen de afgelopen 2 jaar hebben verschillende mensen het mede mogelijk gemaakt om deze masterproef te verwezenlijken. Allereerst wil ik mijn co-onderzoeker, Dr. Dries Van de Velde, bedanken voor de samenwerking bij het afnemen van de interviews, onderzoeken van de verkregen informatie en mee inzichten te verwerven over het bestudeerde onderwerp.

Verder wens ik Dr. Bert Vaes te danken voor het geduld en de verschillende adviezen om dit onderzoek te doen slagen.

Mijn dank gaat ook uit naar de verschillende huisartsen die bereid waren mee te werken aan de studie en ons interessante en nuttige informatie verschaften die we goed konden analyseren. Daarbij wil ik ook Stephanie Dauphin bedanken voor het mee kritisch opstellen van de vragen, alsook voor het tot een goed einde brengen van de analyse van de verkregen informatie.

Tot slot wens ik iedereen die mij steunde, kritisch feedback gaf of praktische tips meedeelde voor de realisatie van deze thesis, oprecht bedanken.

ABSTRACT

Inleiding

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

Methodologie

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

Resultaten

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

Conclusie

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

Sleutelwoorden: ◆Ouderen ◆75 en ouder ◆Frailty ◆Hypertensie

Inleiding

In de welvaartstaten is arteriële hypertensie een veelvoorkomende aandoening met een prevalentie tussen de 26.4 en 45%. (1,2) In België variëren de cijfers tussen 25% tot 45%, met een duidelijk verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke populatie. (3) Bij toenemende leeftijd stijgt het voorkomen van arteriële hypertensie. (2,4) Binnen de leeftijdsgroep boven 80 jaar komt deze risicofactor voor bij 30% tot 85%. (4,5,6) Ondanks de gekende cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit van hypertensie, zijn er wereldwijd zo'n 10% tot 53% van de hypertensie patiënten die onbehandeld zijn. (7,8) Dit aandeel stijgt eveneens aanzienlijk bij de oudere populatie. (5,8) Een positieve noot is dat onbehandelde hypertensie de afgelopen decennia gedaald is. (5,9) Dit komt door het brede scala aan behandelingsmogelijkheden die er zijn binnen de cardiovasculaire preventie. (2,4)

Hoewel bloeddrukmedicatie regelmatig wordt voorgeschreven, blijkt dat slechts 32.5% gecontroleerd is. (8) De huisarts speelt in het starten en stoppen van medicatie een belangrijke rol. (10) Vaak wordt er gewerkt met een risico-inschatting voor de individuele patiënt. (3,4,10,11). De leeftijd wordt beschouwd als de belangrijkste risicofactor voor mortaliteit door hart- en vaatziekten. (12) Door de toenemende vergrijzing zal de focus binnen de algehele preventie verbreden naar de hogere leeftijdsklassen. Nochtans zijn studies m.b.t. arteriële hypertensie bij patiënten boven de 75 jaar schaars (13), waardoor concrete richtlijnen voor deze patiëntenpopulatie ontbreken. (2,3,4,14,15,16,17)

Hypertensie bij ouderen patiënten wordt bijgevolg op basis van percepties van de huisarts behandeld, de literatuur leert ons weinig over deze percepties en hoe de huisarts deze kosten/baten analyse maakt. (14,15) Ook blijkt er weinig consensus te bestaan over de aanpak van arteriële hypertensie binnen de huisartsenpopulatie en binnen Europa. (18,19) Momenteel blijft de reden van deze variatie dus zoek. Verschillende auteurs dachten dat de kwetsbare patiënt (frailty) aan de basis lag van dit verschil, maar uit onderzoek blijkt dit niet de enige factor. (20) Sommige obstakels zoals gebrek aan kennis, exacte drempelwaarde voor de oudere (21), bereidwilligheid van de patiënt (22,23) werden ondertussen gedetecteerd, doch ontbreekt het de huisarts aan middelen om deze barrières te overwinnen. (19,22,23) Met deze hindernissen wordt namelijk geen rekening gehouden binnen de richtlijnen, waardoor de huisarts alleen staat in zijn beslissing. (18,23) Daarnaast blijken de percepties en de verwachtingen van de patiënt niet gelijklopend te zijn met die van de huisarts. (24) De arts-patiënt relatie heeft eveneens een invloed op het uitstippelen van het beleid, toch ontbreken gegevens over de manier waarop de huisarts en patiënt tot een gezamenlijk besluit komen om het beleid samen aan te pakken. (25) Huisartsen maken vaak op basis van eigen kennis, ervaring en intuïtie een beslissing omtrent de behandeling van deze cardiovasculaire risicofactor (18,19,22,23,26) en dienen dit dan zorgvuldig af te toetsen bij de haalbaarheid en percepties van de patiënt. (23,27,28)

Met dit onderzoek gaan we door middel van semigestructureerde interviews bekijken welke ideeën en drempels er onder de Vlaamse huisarts leven over arteriële hypertensie bij oudere patiënten boven de 75 jaar en hoe dat zich vertaalt naar het medicamenteuze beleid.

Methodologie

Door middel van een kwalitatief onderzoek trachten 2 mannelijke huisartsen-in-opleiding met semigestructureerde interviews inzicht te krijgen in de ervaringen en visie van de deelnemende huisartsen. De meest relevante te onderzoeken thema's werden vooraf afgebakend op basis van de literatuur. De verschillende thema's werden opgesplitst in 4 hoofdvragen met elk enkele nevenvragen (Appendix 1 **:** Vragenlijst). Tijdens het interview kon op de nieuwe aangebrachte informatie van de deelnemende huisartsen doorgevraagd worden om een beter zicht te krijgen in hun belevenis bij het opstellen van hun beleid. De interviews werden opgedeeld in twee grote onderwerpen: een bevraging over hypercholesterolemie en een bevraging over arteriële hypertensie. Dit onderzoek rapporteert uitsluitend over het onderwerp arteriële hypertensie. We gebruikten de COREQ (Consolidated criteria for reporting kwalitatieve research) checklist (29) (Appendix 3 **:** COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist) als begeleiding om dit onderzoek te rapporteren. Het ethisch comité van het universitair ziekenhuis te Leuven gaf ons toestemming om de studie met registratienummers mp19132 en mp19306 aan te vangen op 28/03/2017 (Appendix 4 **:** Aanvraag en goedkeuring ethische begeleiding masterproeven).

Participanten

Er werd getracht een zo divers mogelijke huisartspopulatie te gebruiken in de studie met behulp van een doelgerichte selectie. Dertien huisartsen werden via mail en telefonisch gevraagd om deel te nemen aan deze kwalitatieve studie. Enkel de twee praktijkopleiders van de onderzoekers werden mondeling gevraagd. Bij interesse werd een geschikt moment afgesproken waarop beide onderzoekers en de deelnemende huisarts tijd konden vrijmaken voor een ±1u durend interview. Niet alle aangeschreven of getelefoneerde huisartsen wilden deelnemen aan de studie, de meesten van hen gaven tijdsgebrek of geen interesse op als hoofdreden van hun niet-deelname. Uiteindelijk waren 11 huisartsen bereid om deel te nemen aan de studie. De geïnterviewde huisartsen, binnen de regio Vlaams-Brabant en regio Kempen, verschilden onderling in praktijkervaring en achtergrond. Er werd geen compensatie voor deelname voorzien.

Data-collectie

Gedurende een periode van 6 maanden, tussen juli 2017 en december 2017, vonden de semigestructureerd interviews plaats. Iedere huisarts gaf uitdrukkelijk de toestemming om de verkregen informatie te gebruiken om de vooropgestelde onderzoeksvraag te beantwoorden. De deelnemende huisarts werd altijd in het eigen kabinet geïnterviewd met een vooropgestelde vragenlijst. Deze vragenlijst werd na ieder interview geherevalueerd door de 2 onderzoekers met het eventueel aanbrengen van nieuwe accenten en topics. Tijdens het interview was één onderzoeker interviewer (DVD) en de andere observator (BVB) om non-verbale communicatie te noteren. Deze taken wisselden niet. Het gesprek werd opgenomen met behulp van een Philips audiorecorder en een reserverecorder door middel van een recorder-app op een smartphone. Om een persisterende kwaliteit te garanderen doorheen de interviews werd er vooraf een training gevolgd. Dit werd getoetst met een proefinterview dat nadien uitvoerig binnen het onderzoeksteam besproken werd. Het onderzoek liep door tot saturatie werd bereikt.

Data-analyse

De verkregen audio werden zorgvuldig en letterlijk uitgetypt met tevens aanbrengen van non-verbale communicatietekens. Na 1 tot 2 interviews werd de bekomen data meermaals beluisterd en verwerkt. Bij het negende interview werd opmerkelijk minder nieuwe informatie aangereikt, hierna volgde nog 2 interviews om datasaturatie te bekomen.

De verkregen informatie werd via de Leuvense Quagol-methode geanalyseerd door 2 onderzoekers (BVB en DVD). (30) De voorbereidingsperiode bestond uit het filteren van de verkregen informatie in domeinen en subdomeinen. Deze domeinen werden inductief afgeleid van de verschillende individuele codes van 8 interviews, hiermee werd een zo breed mogelijke waaier aan elementen te verkregen. Het initieel proces werd onafhankelijk van elkaar uitgevoerd om nadien uitvoerig te bediscussiëren om een onderling akkoord over de domeinen en subdomeinen te bekomen. Na de voorbereidingsperiode werd het coderingsproces voltooid door opnieuw alle codes te bestuderen en te structureren binnen de domeinen en subdomeinen. Hier werkte iedere onderzoeker alle teksten apart uit, om nadien zijn bevindingen met de andere onderzoeker te bespreken. Er werd geen softwareprogramma gebruikt om data te analyseren, de verkregen data werd manueel geanalyseerd.

Resultaten

Deelnemers

Voor deze studie konden we beroep doen op 11 bereidwillige huisartsen, er werden 15 huisartsen aangeschreven. Hiermee hadden we een responserate van 73.3%. De interviews met zowel het deel hypercholesterolemie als hypertensie, hadden een gemiddelde duurtijd van 33min25sec (± 6min34s), met een minimum van 23min32s en een maximum van 44m24s.

Tabel 1. Demografische gegevens

Nr.	Seks (M/V)	Leeftijd (jaar)	Ervaring (jaar)	Praktijk type (aantal huisartsen)	Regio (provincie)	Tijd (u:mm:ss)
1	M	64	38	groep	Vlaams-Brabant	0:23:32
2	M	58	31	solo	Vlaams-Brabant	0:39:34
3	V	46	19	groep	Vlaams-Brabant	0:32:48
4	V	34	8	duo	Brussel	0:35:19
5	M	55	29	solo	Vlaams-Brabant	0:34:09
6	V	65	40	solo	Vlaams-Brabant	0:41:11
7	V	57	33	duo	Vlaams-Brabant	0:44:24
8	V	60	35	wijk	Vlaams-Brabant	0:27:44
9	M	65	40	duo	Antwerpen	0:30:42
10	V	37	7	duo	Antwerpen	0:33:04
11	V	28	1	groep	Vlaams-Brabant	0:25:05

Patiëntprofiel

De huisartsen screenen bewust de patiënten op verschillende facetten. Dit is op basis van leeftijd, dagdagelijks functioneren, frailty, etniciteit, co-morbiditeiten, persoonlijke voorgeschiedenis en de cognitie van de patiënt. De voornaamste factor is de leeftijd. Vanuit de leeftijd en het huidig functioneren bij dagdagelijkse taken schat de huisarts de vermoedelijke levensverwachting in. Daardoor worden fitte 75-plussers behandeld zoals 65-jarigen. Ze worden eerder ingeschat op hun biologische leeftijd, dan hun kalenderleeftijd. Nochtans is het moeilijk om daadwerkelijk de biologische leeftijd in te schatten en gaat iedere huisarts zijn eigen grens leggen op basis van wat hij van de patiënt weet. Mobiliteit en zelfstandigheid spelen een grote rol in het inschatten van de biologische leeftijd.

"De biologische leeftijd. Sommige mensen zijn duidelijk biologisch jonger dan hun kalenderleeftijd. Hun mobiliteit, hun, hun activiteiten dus als dat allemaal vrij uitgebreid is, dan is het de standaard voor goede praktijk die geldt voor 65'igers ook voor 75'igers, denk ik, de norm is toch, denk ik, de norm die ik een beetje gebruik." (arts 6)

"Maja dat moet je in eerste instantie al doen hé. Eerst kijken of die persoon nog goed beweegt, eet die veel zout, nakijken wat de voedingstoestand is, bekijken of je daar iets kan veranderen." (arts 3)

Huisartsen zijn bezorgd om de kwetsbare patiënten dat medicatie mogelijks de bloeddruk te fel zou doen dalen en valpartijen zou veroorzaken. Evenwel deinzen sommigen huisartsen er niet voor terug om alsnog medicatie te starten zelfs bij patiënten die niet meer in staat zijn voor zichzelf te zorgen. De achterliggende reden is om ervoor te zorgen dat de mensen die al kwetsbaar zijn en extra zorg nodig hebben, zeker niet nog meer zorgafhankelijk zouden worden. Toch blijkt de term 'frailty' nog niet algemeen aanvaard en lijkt iedere huisarts een andere betekenis te hanteren.

"Weinig denk ik… (…) antihypertensiva moet je echt opletten e. Allee, daarmee bedoel ik: ze mogen dan nog heel fragiel zijn, maar die bloeddruk, ja.. dat is toch echt. Allee dat vind ik nu iets waar dat ik toch echt niet teveel zal kijken hoe fragiel ze zijn. Omdat ja,… dat heeft veel bijwerkingen e die bloeddruk." (arts 7)

"Dus als, als allee, hoe meer zorg dat er is, hoe gemakkelijker de stap is om toch iets op te starten. Dat is misschien tegenstrijdig, maar dan weet je dat het in het doosje juist zit e. Dan weet je dat ze het nemen, als ge nadien terugkomt voor controle oké dan weet je e. Als ze het niet nemen en hun bloeddrukken blijven hoog, ja dan, dan, dat is altijd dubbel e. Voor mij is dat allee, dat gaat me zeker niet tegenhouden om iets op te starten." (arts 10)

Met een beperkte levensverwachting gaan huisartsen de bloeddruk minder scherp regelen en de focus verleggen naar comfort en kwaliteit op dat moment. Door ziekte kan de bloeddruk eveneens beginnen dalen en wordt overweegt de medicatie te stoppen. Dit om de patiënt meer comfort te bieden. Bij sommige 75-plussers blijft de bloeddruk constant ondanks afbouw tot stop van medicatie, waarbij huisartsen zich de vraag gaan stellen wat het nut van deze medicatie is.

"De leeftijd is de eerste factor, bij iemand van 90jaar gaan we anders behandelen dan iemand van 75 jaar he. Dat is zeker het eerste criterium." (arts 5)

"Dat moet ik ook zeggen, de levensverwachting nog meerdere jaren is bij de 75-plussers, dan voer ik quasi het medicamenteuze beleid en niet-medicamenteuze beleid, ook bewegen en gewicht, body mass minder dan 30 (…) Als je een levensverwachting hebt van minder dan 1 jaar, dan, ja dan, wordt de reden dat je nog iets zou doorgeven heel anders. Dan is het vooral comfort, kwaliteit die op de voorgrond komt." (arts 6)

"Als de algemene toestand verslechtert, in die gevallen dat ik al opgenoemd hebt e, bij verslechteren van de toestand, dan daalt den bloeddruk ook uit z'n eigen e. Dus dan wordt dat afgeschaft samen met andere medicatie totdat terug een aanvaardbare bloeddruk aanwezig is." (arts 9)

"Ook gewoon omdat we gezien hebben bij 75-plussers als je hypertensiemedicatie afbouwt, dat die bloeddruk nog goed blijft soms. Soms proberen we dat, maar we gaan dat heel voorzichtig doen. We hebben dat al dikwijls gemerkt, dat dat niet altijd nodig blijkt." (arts 8)

De voorgeschiedenis wordt regelmatig aangehaald om het beeld van de patiënt verder te schetsen en de keuze naar therapie te verantwoorden. Aandoeningen zoals diabetes mellitus type II, nierinsufficiëntie, cardiale belasting, chronisch obstructief longlijden, astma, jicht, blaasproblemen en zelfs visusproblemen bepalen mee het uitgestippelde beleid. Daarbij wordt rekening gehouden met de haalbaarheid van de patiënt, potentiële interacties of mogelijke nevenwerkingen.

"Als ze echt hoge bloeddruk hebben en het is een diabetespatiënt, dan ga ik iets opstarten. Of bij chronische nierinsufficiëntie, ga ik wel iets opstarten ja." (arts 3)

"En dan hebben we de andere risicofactoren he, nen diabetespatiënt moet je anders behandelen dan iemand die al een coronair probleem gehad heeft of die… Jah er zijn zoveel dingen die ge in 't oog moet houden eigenlijk he." (arts 5)

"Tegen de mensen zeggen waarvan natuurlijk de impact van… 't Is te zeggen, welke nevenwerkingen die het heeft. Waar ik ook rekening mee houd, is de, … voor mensen met incontinentie ga ik ook moeilijker, alleeja, dan ga ik geen diureticum voorschrijven. Euhm… ja. Dus daar hebben mensen invloed, alle, impact." (arts 8)

"Of als ze het niet goed meer zien (…) ja dan hebben ze hulp nodig e." (arts 9)

Ook preventie blijft een rol spelen bij het opstarten van medicatie. De huisartsen pakken primaire en secundaire preventie op verschillende manieren aan. Tijdens de primaire preventie wordt er goed naar het geheel van de patiënt gekeken en op vele vlakken gescreend. Vooral de cardiovasculaire risicofactoren (roken, cholesterol, beweging, voeding, familiale voorgeschiedenis) worden bekeken en geanalyseerd, daarna volgt er een voorzichtige planning om de bloeddruk te doen dalen. Meestal wordt er gestart met hygiënische maatregelen zoals dieetmaatregelen en bewegen.

"Dan ga je eerst misschien, toch bij primaire preventie, misschien eerst toch wat afwachten en inderdaad meer die hygiënische maatregelen gaan benadrukken en wat langer opvolgen, ja." (arts 3)

"We moeten kijken naar preventief. Dat wil zeggen we bekijken de cholesterolwaarden. Ge bekijkt de familiale voorgeschiedenis, de antecedenten zelf van de patiënten, diabetes van de patiënt. De enkel-armindex, wat we trouwens zouden meer moeten kunnen met der tijd. (...) Nierfunctie, is ook altijd iets dat heel belangrijk is. Ja, ik zal er allicht enkelen vergeten. Andere medicatie natuurlijk." (arts 7)

Terwijl in het kader van secundaire preventie de huisarts er alles wil aan doen om een recidief te voorkomen en het logisch vindt dat er op dat moment absoluut een medicamenteuze behandeling dient te worden gegeven. De huisarts neemt hier vaak een paternalistische rol op naar de patiënt toe om zich ervan te vergewissen dat de bloeddrukken steeds onder de voorgeschreven bovengrens staan.

"Iemand die een cerebrale bloeding heeft gedaan, of… of… of TIA's heeft, dan ga ik, allee, dan ga ik dat niet, allee, dan ga ik dat korter opvolgen. Dat die geen te hoge bloeddruk ontwikkelen." (arts 8)

"Daar zijt ge wel wat strenger voor, wanneer het secundair is e. Dan gaat ge ook proberen van ja… zo lang mogelijk toch nen ACE te laten bij patiënten. Zelfs al gaan ze een beetje lager qua bloeddruk. Dat ik bij andere patiënt zeg, we zijn daar toch al wat een beetje minder streng omtrent die cijfers, dan ga je toch ook de statines, ga ik daar toch laten." (arts 7)

Een laatste punt dat bij het patiëntprofiel regelmatig aan bod komt is de omkadering van de patiënt. Sommige mensen zijn cognitief niet meer in staat om hun medicatie goed in te nemen, de huisarts houdt hier vast aan de medicatie om de harde eindpunten te voorkomen. Het inschakelen van een mantelzorger, verpleegkundige of de patiënt naar een rust - of verzorgingstehuis, biedt hier oplossingen voor.

"Als er medicatie is of polyfarmacie, dan zorgt de thuisverpleegkundige ervoor, maar de meeste ouderen zitten bij ons in het rusthuis dus een pilletje extra zal nog wel lukken daar." (arts 4)

"Maar ene keer dat dat zo ver is, ja dan is er een scala van mogelijkheden waarop ze beroep op kunnen doen. Je kunt dat onmogelijk allemaal vermijden, vroeg of laat komt dat toch en euhm… Er zijn, dus euhm, dus er is poetsdienst, familiehulp, … noem maar op je kunt de verpleegster paar keer laten komen, op een dag zelfs. En er is de familie. Ja, … Allerlei instanties houden zich daar mee bezig, dus euhm, … En op het einde staat het rusthuis voor de deur, denk ik e." (arts 9)

Bloeddrukmeting

De bloeddrukmeting is bij nagenoeg alle huisartsen gelijk: een meervoudige bovenarmse meting, al dan niet bij twijfel aangevuld met een 24u bloeddrukmeting. Uit een enkelvoudige meting geven huisartsen aan geen beeld te kunnen vormen van de ernst van de hypertensie. De cutoffwaarde die gehanteerd worden kunnen onderling verschillen, algemeen wordt een licht gestegen bloeddruk aanvaard en wordt er geen medicatie gestart. De meesten blijven bij de ouderen de Europese drempels m.b.t. hypertensie hanteren 140/90 mmHg, sommigen aanvaarden bloeddrukken tot 150/90 mmHg.

"We moeten toch verschillende metingen doen om te besluiten of het nodig is." (arts 9)

"Ik moet zeggen met de loop van de jaren, ik schrijf niet zo vlug meer medicatie voor. Ook geen antihypertensiva, omdat ik er toch dikwijls van verschiet met die 24u bloeddrukmetingen dat een groot deel van de patiënten, tenzij ze klachten hebben he, zoals hoofdpijn/duizelig/zich niet goed voelen, die klachtenvrij zijn en ge vindt daar een hoge bloeddruk dan ben ik meer en meer geneigd om die 24u metingen te doen." (arts 1)

"Ze zeggen wel dat hoe ouder dat ze worden, je meer toleranter moet zijn, maar ik ben liever onder de 140 ze. Als ze 90 jaar zijn en dan 160—170 hebben, ja, vind ik toch nog teveel ze!" (arts 2)

Mensen met een gekende co-morbiditeit zoals diabetes, chronische nierinsufficiëntie en cardiale belasting worden strenger behandeld. Huisartsen willen mensen met meerdere cardiovasculaire risicofactoren streng reguleren om harde eindpunten te voorkomen. Bij dit luik wordt de bloeddruk strenger geregeld tot vaak een bloeddruk onder de 130/90 mmHg.

"Als ze echt hoge bloeddruk hebben en het is een diabetespatiënt, dan ga ik iets opstarten. Of bij CNI, ga ik wel iets opstarten ja." (arts 3)

"Diabetes mellitus is, is de norm strenger dan wanneer er geen enkele co-morbiditeit is. Dan is het eigenlijk 13. Duidelijk minder dan 14, als er geen co-morbiditeit is, dan is 13,6, enfin 136 mmHg ook aanvaardbaar." (arts 6)

Daarnaast vinden huisartsen het goed om patiënten mee in het verhaal van de hypertensie te betrekken. Zo hopen ze dat de patiënt bewust wordt van zijn bloeddruk en dat hij zelf leert inschatten wanneer er ingegrepen dient te worden. Niet alle patiënten zijn in staat om aan zelfmonitoring te doen. Bij deze patiënten zal de huisarts dit uitbesteden aan verpleegkundigen/zorgkundigen. De ene huisarts heeft hier een positieve ervaring mee door het gebruiksgemak en tijdswinst, de anderen vindt het moeilijk om verder te gaan op de bevindingen van de verpleegkundige. Sommige verpleegkundigen komen gestresseerd over naar de patiënt toe en doen de stress overslagen naar de patiënt met een foutieve meting tot gevolg. Dit laatste kan dan angst opwekken bij de patiënt, waardoor er onnodig dringend ingegrepen moet worden.

"Dus meestal geef ik de patiënten, waar dat ik zo mijn twijfels bij heb van ja, "is dit nu arteriële hypertensie?", dan geef ik die een bloeddrukmeter mee voor 14 dagen. Vraag ik 6 keer per dag te meten, die doen dat dan wel. Die zijn op pensioen, die hebben toch niet zo heel veel te doen meestal. En dan bekijken we die waardes en dan meestal zien we toch dat die thuis in de thuissituatie lager zijn. Dan geeft voor mij een, allee een duidelijker beeld dan een meting in het kabinet. (…) Dan zijn de patiënten ook meer betrokken bij het gegeven van e. van te meten en wat is nu te hoog, wat is goed." (arts 10)

"Want allee ja, heel vervelend je bent dan bezig met je huisbezoeken en moet dan dringend naar patiënt gaan omdat verpleegster bloeddruk van 180 gemeten heeft. Dan kom je toe en heb je 120, das typisch, ik vind dat lastig ja." (arts 2)

"In een thuissetting, als er een ver, als er een verpleegster komt, is dat gemakkelijk e. Dan schrijven we een voorschrift e. Ge meet 2 keer per dag de bloeddruk, ze schrijven dat op en dan kunnen we dat zo zien e." (arts 10)

Medicatie

Eens de huisarts hypertensie heeft vastgesteld en een zo'n volledig mogelijk patiëntprofiel voor ogen heeft, is er nog een zeer uitgebreide keuze aan medicaties. Toch heeft de huisarts angst om medicatie op te starten bij de oudere patiënt om uiteindelijk meer kwaad dan goed te doen. Ze gaan er vanuit dat oudere patiënten minder goed deze medicatie verdragen. Als de patiënt daadwerkelijk bepaalde medicatie niet verdraagt, dan gaat er vaak in overleg met de patiënt naar een gepast medicament gezocht worden om de klacht zo effectief mogelijk aan te pakken. Nevenwerkingen zoals hypotensie, hoest, oedeem, ionenstoornissen, pollakisurie, bradycardie en nierfunctiestoornissen worden aangepakt door medicatie te veranderen. De huisarts gaat zorgvuldig de kosten/baten afwegen vooraleer een voorstel naar de patiënt te doen.

"Ik ga misschien met een lagere dosis starten bij ouderen, zowat voorzichtiger. Maar qua product denk ik niet dat ik daar een verschil in maak." (arts 4)

"Allez ja, die klassieke oedemen bij calciumantagonisten, dat kan van een banaliteit zijn tot extreem bij die mensen, ja dan moet je switchen bij hen he. Je hebt dan keuze genoeg om iets te vinden dat effectief werkt en niet te veel neveneffecten heeft he." (arts 5)

Huisartsen zijn ook meer te vinden voor de angiotensine I converting enzyme inhibitoren. Velen van hen hebben met dit product positieve ervaringen en zien relatief weinig nevenwerkingen. Daarbij vinden ze het fijn dat er eenvoudig met ACE-inhibitoren gecombineerd kan worden.

"Ik heb gezien dat door de ACE-I dat de patiënten oud worden, ja, daarom dat ik dat heel veel gebruik. Recent patiënt gestorven op 96jaar, maar 't is dankzij zijnen Coversyl, ze, dat hij zo oud is geworden, jaja." (arts 2)

"En wat je geeft hangt dan af van wat ze al krijgen hé! Dus krijgen ze al bijvoorbeeld een ACE-I dan ga ik toch al makkelijker, allee hangt ervan af of ze dikke benen hebben, eens een diureticum bijgeven. Hebben ze geen dikke benen en blijft die bloeddruk toch hoog, dan ga ik eerder calciumantagonist bijgeven, omdat dat inderdaad de bloeddruk krachtig doet dalen." (arts 3)

Pas wanneer er bijkomende co-morbiditeiten zijn, zal de huisarts een ander antihypertensivum opstarten. Waarbij bètablokkers 2de keus lijken en vooral wanneer er een bijkomende hartproblematiek (een aritmie) of angsten aanwezig zijn. Diuretica spelen voornamelijk een rol bij problemen van overvulling of oedemen.

"Bij gezonde mensen, ga ik liefst naar een ACE of naar lisinopril. Omdat dat profiel heel neutraal is, het enige wat ik dan nog controleer is de nierfunctie. Maar als dat oké is, dan zal ik dat gemakkelijk… eerlijk gezegd, start ik het gemakkelijkst een ACE, en als er een co-morbiditeit is pas ik aan. Als iemand wat angstig is, dan geef ik nen bètablokker. Of die aritmie doet of weet ik veel wat. Iemand die last heeft van malleolair oedeem omwille van veneuze insufficiëntie, geef ik een diureticum." (arts 8)

Polyfarmacie is voor veel patiënten een reden om weerstand te bieden naar de huisartsen toe. Sommige huisartsen geven aan dat het moment dat ze nieuwe medicatie dienen te starten pas naar de medicatie lijst kijken en zo nodig andere producten schrappen om de medicatielijst te vereenvoudigen. Deze andere medicaties zijn dan vooral benzodiazepines, antidepressiva en vitaminepreparaten. De bevraagde huisartsen geven unaniem aan dat de hoeveelheid medicatie onder controle moet worden gehouden, maar dat antihypertensiva zeker voorgeschreven worden.

"'k Weet ni, als ik écht vind dat ze het nodig hebben dan ga ik niet zeggen 'ik ga het niet starten want hij pakt al 10 medicamenten'. Ge kunt het ook anders bekijken he, ga je iets weglaten van de andere medicamenten? Da's natuurlijk ook een andere manier om de rest ne keer te bekijken he, kan er eventueel iets worden weggelaten? Ja waar ik het eerste aan denk natuurlijk, en das het moeilijkste, zijn de benzo's hé. Dat is iets wat veel patiënten innemen, benzo's, maar das zeer zeer moeilijk hé. Dat is denk ik het moeilijkste om dat weg te laten." (arts 3)

"Goh, ik denk altijd bij die hoogbejaarde mensen: hoe minder medicamenten, hoe beter dat ze worden. Ik zie dat in de rusthuizen ook dikwijls, je ziet dan eens patiënt van iemand anders en die nemen dan 8 medicaties en ze zeggen dat die niks doet en constant platligt. 'k Heb toch 't gevoel hoe minder dat ge die mensen medicamenteus behandelt, behalve de essentiële zaken natuurlijk want je moet geen, euhm, plavix gaan afschaffen bij iemand die 'k-weet-ni-hoeveel cardiovasculair belast is he." (arts 5)

"Nee, de antihypertensiva die gaan voor alles. Allee vind ik, ja… Die zijn veel belangrijker, eventueel andere medicatie laten vallen. Ze zeggen dat ze maar een 4, 5 medicamenten mogen nemen, zeker boven de 75 jaar." (arts 7)

De laatste jaren speelt de farmaceutische industrie in op deze polyfarmacie door opnieuw combinatiepreparaten op de markt te brengen. Voor veel huisartsen is dit een verademing. De patiënten zijn eenvoudiger te overtuigen om één pilletje in te nemen dan 2 tot 3 afzonderlijke medicaties. Daarnaast zien ze dat de patiënten bereid zijn om de medicatie daadwerkelijk in te nemen. De huisartsen zien dit door een scherpere controle van de hypertensie. Een niet ingenomen medicatie is namelijk een niet werkende medicatie.

"Daarom ben ik dankbaar dat ik terug op de markt vind, wat ik vond toen ik pas werkte. Begin jaren 80 bi- en tritherapie dat je dus één pilletje kan geven met 2 of 3 actieve stoffen onder andere tegen hypertensie e." (arts 6)

"Voor ons ook gemakkelijker om die bloeddruk scherp te krijgen e, ondanks de leeftijd van de patiënt e. Allee als iemand 20 pillen moet inpakken en daar komen er nog eens 4 pillen, dan gaat die zeggen: "ik ga dat niet inpakken e". Dus een vereenvoudiging, denk ik, qua therapietrouw zeker nuttig is hoor. Dus ja…" (arts 10)

Overleg

Het gesprek tussen de huisarts en de patiënt om de medicatie te starten is het belangrijkste en mogelijks ook de moeilijkste drempel. De patiënt moet een geïnformeerde beslissing maken m.b.t. zijn medicatie en krijgt eveneens ook inspraak in de keuze van het product. Er zijn soms patiënten die liever geen medicatie meer innemen omdat ze hier het nut niet meer van inzien. Als de patiënt niet gemotiveerd is om de medicatie in te nemen, dan moet de huisarts eerst de patiënt overtuigen en andere manieren (hygiënische maatregelen) zoeken om de arteriële hypertensie onder controle te krijgen. Bepaalde beperkte en niet-schadelijke nevenwerkingen zijn voldoende om medicatie te veranderen, maar dit is patiëntafhankelijk. Sommige ervaren de bijwerken wel, maar beleven dit niet als zijnde ernstig. Hoe de patiënt zijn bloeddruk en zijn bloeddrukmedicatie beleeft, zijn zaken waar huisartsen rekening mee houden.

"Dan horen en luisteren naar patiënt, horen naar zijn klachten. Ja toch wel, als patiënt een klacht heeft op medicatie ga je voor die klacht proberen een verbetering aan te brengen zodat hij ook beter zijn medicamenten pakt he." (arts 2)

"Ze is niet de enige krasse madam van rond de 90, die zegt "ik ga niet meer, het is de moeite niet meer". Ja, dan roeit de huisarts met de riemen dat hem heeft e en de kennis die ik heb." (arts 6)

"Die mensen vragen dat ook e: "Zen kik nu afgeschreven?" (…) Er zijn ook, ook patiënten die zeggen "ik pak dat niet in", ik ga nooit iemand dwingen om iets te nemen e. (…) Maar ik heb er ook die zeggen "nee, pff, ge moet daar niet mee afkomen". Ik had vroeger zo'n dame, die was thuis, die had bloeddrukken, poeh, 18 over 10, die weigerde iets in te nemen e." (arts 10)

De huisartsen houden één doel voor ogen: de patiënt laten genieten van een kwaliteitsvol leven zonder niet-fatale en fatale complicaties van hypertensie. De huisarts probeert dan met rede de patiënt te overtuigen en nadruk te leggen op het verloop van de ziekte en de mogelijke uitkomst.

"Communicatie is heel belangrijk en wanneer er nogal wat weerstand is, formuleer ik nogal eens, de laatste jaren meer: dit is het advies met de kennis die wij, de medische wereld hebben, probeer ik ook de motivatie 'waarom', het advies te formuleren naar de mens toe mee te geven. Zodat die verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid opneemt en ten minste overweegt om toch te starten of indien niet, er toch over doordenkt en dan ook misschien duidelijk formuleert 'waarom niet' e." (arts 6)

"Hem erop wijzen op de risico's en de gevolgen van hypertensie en dus al die cardiovasculair gevolgen in het algemeen dus euhm CVA, … Allee je probeert de mens niet bang te maken, maar gewoon voor te lichten e. Dat dat toch nuttig kan zijn in zijn geval. Dus door die voorlichting te geven eigenlijk. Toch een beetje uitleg bij geven e. Dat moet toch wel." (arts 9)

Bij complexe materie en wanneer de huisarts voelt dat zijn expertise niet meer voldoende is, gaat hij ten raden bij de gespecialiseerde huisartsen. Vaak is dit dan een geriater, maar ook cardiologen zijn artsen waarmee wordt samengewerkt. De samenwerking is ook nodig om de hoeveelheid van medicatie enigszins te beperken, om interacties te vermijden en therapietrouw te bevorderen.

"Als het echt een gecompliceerde patiënt is, dan ga ik die eerst eens doorsturen ja..." (arts 3)

"Dikwijls als ik het niet weet, bel ik gewoon naar de ger... allee geriater en geven die advies en dan nemen wij dat eigenlijk over. Maar op wat dat dat gestoeld niet, weet ik ook niet e." (arts 10)

"Tuurlijk ja secundaire preventie is dikwijls al zaken die opgestart zijn door specialisten he. Primair is volgens mij meestal bij ons, secundair is toch al dikwijls nekeer post-hospitalisatie en moet je het eens bekijken allemaal." (arts 5)

Doel

Als voornaamste doelstelling van de behandelingen hopen de huisartsen harde cardiovasculaire eindpunten (CVA, myocardinfarct) te voorkomen, daarnaast geven ze aan ook morbiditeit met onder meer vasculaire dementie te willen aanpakken. Dit alles om de patiënt een zo'n aangenaam mogelijk leven te voorzien. Daarbij wordt dan ook nadruk gelegd op de hoeveelheid medicatie om ervoor te zorgen dat de patiënt niet lijdt aan medicatiemoeheid.

"Het voorkomen van atherosclerotische eindpunten e. Myocardinfarct, cerebraal, CVA's maar ook atherosclerotische dementie preventie is, denk ik, op de leeftijd van 75 jaar ook nog zinvol als je goed gezond bent, geen bijkomende pathologie kan je best 85 worden, maar liefst zolang mogelijk ook goed functioneren e." (arts 6)

"Ik vind dat een zekere mobiliteit, een zekere onafhankelijkheid, euhm, belangrijk is. Plus dat hij nog een beetje geniet van het leven. Ja, mmm. Erg, een van de ergste die ik vind, is wanneer iemand een CVA doormaakt en bedlegerig is e. Dat vind ik, ja, altijd intriestig." (arts 7)

"Het doel van de behandeling is dat de mensen zo gezond mogelijk zijn. (Lacht). Om zo'n hoog mogelijk kwaliteit van leven te hebben met zo weinig mogelijk geneesmiddelen. Dat is het doel van onze zorg. We proberen een zo'n minimalistisch mogelijke huisarts te zijn." (arts 8)

Andere factoren

Verder spelen nog andere, kleinere factoren mee in het hypertensie verhaal. De kostprijs van sommige medicaties blijft voor sommige sociaal geëngageerde huisartsen een duidelijk struikelblok om medicatie te starten. Verder wordt ook de huisarts net als de patiënt extern beïnvloed door zijn eigen leefomgeving, media en farmaceutische industrie. De oudere huisartsen kaarten ook aan dat er een

duidelijk verschil is met de jongere generatie inzake afbouw van medicatie, jongeren huisartsen lijken sneller geneigd om medicatie af te bouwen tot mogelijks zelfs stop. Vermoedelijk ligt de oorzaak in een vernieuwde aanpak tijdens de opleiding.

"Ik schrijf al heel lang op stofnaam voor, dus in principe moet de apotheker dan toch het goedkoopste verpakking. Enfin, stofnaam, als het niet kan, want het systeem laat het niet altijd toe. Euhm, staat er een of ander productiehuis bij maar euhm, dan probeer ik aan te klikken waar dat er paar centjes na de prijs het laagste is. Ik heb meegewerkt trouwens, een paar jaar geleden, aan hoe gezondheid verliezen u in armoede kan brengen. Dus na een analyse van armoede, armoederapporten, dus dat zit nog goed van voor." (arts 6)

"Maar zijn andere huisarts, die hij soms nog zag, die was daar héél kwaad over, dus die had dat zeker nooit gedaan. Dat was dan wel iemand van de generatie van mijn ouders, dus ja kijk, misschien houden die meer vast aan de medicatie en hadden die bij de vraag van de patiënt dit direct afgeblokt en gezegd dat ze toch moeten verder doen." (arts 4)

"Ik zou toch alles laten dat is natuurlijk voor een stuk, hoe moet ik dat zeggen, … misschien ook omdat ik omgeven ben in de directe buurt door echt oude mensen, mijn ouders zijn allee oud en dan denk je toch van, ja, dan zijt ge wat strenger, denk ik, op al die medicatie toch te blijven voorschrijven." (arts 7)

Richtlijn

De huisarts probeert altijd patiëntgericht te werk te gaan en stelt een behandelplan op maat op. Aangezien de huisarts weinig tot geen duidelijke richtlijnen over hypertensie bij ouderen terugvindt, bemerken we 2 groepen in de studiepopulatie. Groep 1 gaat patiëntgericht te werk en houdt vast aan de gangbare richtlijnen over hypertensie met vooral Domus-medica in het achterhoofd. De richtlijnen m.b.t. hypertensie worden dan geëxtrapoleerd naar de populatie boven 80 jaar. Deze huisartsen geven de indruk niet zelfzeker te zijn over hun anti-hypertensie beleid, ze blijven vragen hebben over of hetgeen ze doen wel correct is. Het volgen van bijscholingen geeft daarbij geen verduidelijking en de literatuur is eveneens niet eenduidig. Het zou voor hen fijn zijn om meer houvast te krijgen binnen de aanpak van hypertensie bij 75-plussers. De tweede groep is een andere mening bedeeld, zij vinden dat er te weinig bewijs is geleverd m.b.t. het gunstig effect van antihypertensiva op oudere leeftijd en stoppen deze medicatie.

"Ik denk dat dat interessant is he de richtlijnen. Het is interessant ja, 't is toch ergens een beeld da ge kunt vormen. 't Is niet voor iedereen hetzelfde, maar ik vind richtlijnen toch wel interessant, dat wel. (…) Richtlijnen in België hebben nogal is de neiging om te veranderen. Wat den bijbel is van dit jaar, ge weet, da's niet den bijbel van volgend jaar he." (arts 5)

"Ja, zonder richtlijnen ga ik minder interventies doen. Als er geen evidence is voor een interventie dan ga ik geen, dan ga ik eerder iets niet doen. Dus als ze mij niet kunnen overtuigen dat, dat behandelen beter is dan niet-behandelen, dan behandel ik niet." (arts 8)

"Richtlijnen. Er zijn daar niet zoveel richtlijnen over e. Dus euhm… Dat is ook empirisch, geval per geval bekijken en proberen, allee, een goede oplossing te vinden, denk ik, in het belang van de patiënt." (arts 9)

"Er is geen richtlijn e. Dus dat is een beetje nattevingerwerk e." (arts 10)

Discussie

Samenvatting resultaten

Ondanks het veel voorkomen van hypertensie bij patiënten boven de 75 jaar, blijkt er geen consensus onder de Vlaamse huisartsen te bestaan over de behandeling van deze cardiale risicofactor. Door gebrek aan richtlijnen blijven huisartsen in het ijle. Ze richten hun aandacht dan voornamelijk op patiëntkarakteristieken met onder meer levensverwachting, co-morbiditeit en frailty als speerpunten. Opvallend is dat frailty hen niet tegenhoudt om bloeddruk streng te controleren, hoewel ze voor 75-plussers minder strenge bloeddrukwaarden hanteren. Waar wel aandacht aan gegeven wordt is de belevingen van de patiënt en hoe ze de patiënt kunnen overtuigen om de medicatie op een correcte wijze in te nemen.

Vergelijking met literatuur

Binnen de huidige studie worden levensverwachting, polypathologie en frailty aangeduid als de meest belangrijke patiëntkarakteristieken om een verder anti-hypertensie beleid uit te stippelen. (14,26,22,23) Om verhoogde bloeddrukken vast te stellen, werken de huisartsen met een meervoudige meting op het kabinet of door thuismeting. (2,3,4). Deze thuismetingen waarbij de patiënt mee instaat voor zijn eigen gezondheid, zorgen voor een beter ziekte-inzicht en compliance (25,27,31).

Mermans et al kon geen correlatie vinden tussen zorgafhankelijkheid en behandelintenties van de huisartsen. (20) De term frailty of kwetsbaarheid van de patiënt wordt moeizaam benoemd door de Vlaamse huisartsen, dit is vergelijkbaar bij andere studies waarbij artsen moeite hebben om frailty aan te duiden. (15,32,33) Ondanks het kwetsbare profiel van de patiënt, blijft de Vlaamse huisarts langdurig arteriële hypertensie intensief behandelen. Aprahamian et al, vond dat de prevalentie van hypertensie bij fraile patiënten kon oplopen tot 83%. (34) Binnen het domein van de hypertensie zijn er nog enkele grote vraagtekens bij fraile patiënten omdat ze ook meer risico hebben op nevenwerkingen van antihypertensiva. (15,26,32,34,35)

De bevraagde huisartsen geven aan voorzichtig te werk te gaan door het risico op nevenwerkingen en baat bij therapie goed af te wegen. (14). Maar eens met antihypertensiva gestart willen de huisartsen de bloeddruk zo lang mogelijk onder de vooropgestelde cutoffwaarde houden om morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. (36,37) Deze vooropgestelde grenswaarde varieert tussen de huisartsen. Vlaamse huisartsen tolereren voor 75-plussers een licht verhoogde bloeddruk, de bovengrens blijft onderling verschillen van 140/90mmHg tot 150/95mmHg. (21) Deze variatie in waarden kan mogelijks aan de basis liggen van het hoge percentage patiënten met onvoldoende gecontroleerde bloeddruk. (8)

Daarnaast blijkt ook uit andere studies dat cardiovasculaire medicatie zoals ACE-inhibitoren nog te vaak onvoldoende worden voorgeschreven, terwijl bij onze studiegroep ACE-inhibitoren eerste keuze antihypertensivum zijn. (38,39) Antidepressiva, benzodiazepines en voedingssupplementen willen ze stoppen, maar merken ze een vorm van weerstand vanuit de patiënt of vanuit de familie. (24) In tegenstelling tot het onderzoek van Schuling, geven de Vlaamse huisartsen aan dat er wel voldoende samenwerking is met specialisten om polyfarmacie te beperken. (24)

Het beleid wordt meer samengesteld in samenspraak met de patiënt om therapietrouw te bevorderen. (16,31) Door een meer geïndividualiseerde aanpak te voorzien, hopen de huisartsen om de patiënt te informeren en te sensibiliseren over verhoogde bloeddruk. (25,26,27) Daarnaast hebben ze oog voor het sociale kader van de meer kwetsbare patiënt om ervoor te zorgen dat medicatie zeker wordt ingenomen. (27,28,32)

Onder de huisartsen heerst er onzekerheid hoe ze deze patiënten correct kunnen benaderen en behandelen. Ze missen concrete adviezen uit de bestaande richtlijnen voor patiënten boven de 75 jaar met een kwetsbaar profiel. (2,3,4,34) De gezonde 75-plussers krijgen geëxtrapoleerde richtlijnen van de jongere patiëntenpopulatie. (2,3,4)

Vertaling naar de praktijk

Met deze studie tonen we dat hypertensie bij 75-plussers vooral een patiëntgericht verhaal is, waarbij de huisarts eerst een goed profiel van de patiënt dient op te stellen vooraleer hij verdere beslissingen neemt in kader van verhoogde bloeddruk. Binnen de patiëntkarakteristieken komen vooral levensverwachting, co-morbiditeiten en frailty naar voor. (14,26,20,22,23) Momenteel worden levensverwachting en frailty bij de huisartsen vooral op intuïtie en apart ingeschat. De patiënt kennen en kunnen opvolgen speelt hier een belangrijke rol. Nochtans zijn er verschillende tools voor de berekening van frailty voor handen en geven die aan dat een hogere frailty score een lagere overlevingskans met zich mee brengen. (40,41) Door rekening te houden met frailty kan de huisarts een betere inschatting maken over welke medicaties nog een goed kosten/batenprofiel hebben. (14,28,32,33,41). Polyfarmacie kan namelijk een invloed hebben op de therapietrouw van de patiënt. (26,31,35) Antihypertensiva worden het best zo lang mogelijk doorgegeven om morbiditeit en mortaliteit te voorkomen. (36,37) Nochtans heeft de huisarts nog steeds angst om medicatie af te bouwen bij de ouderen, waardoor in deze groep er veel 'niet-nuttige medicatie' wordt voorgeschreven met mogelijks potentiële risico's. (24,26,38,39). Door gebruik te maken van de START/STOPP-criteria kunnen dergelijke medicatie bij ouderen ontdekt worden. (38)

Momenteel is er veel variatie in de cutoffwaarde onder de huisartsen waardoor sommige patiënten onvoldoende gecontroleerd zijn. (8,21) Door huisartsen beter te informeren over zowel frailty, START/STOPP en de toe te passen correcte bovengrens zou allicht het anti-hypertensie beleid positief kunnen beïnvloeden. Als de huisarts voldoende kennis heeft over arteriële hypertensie bij de potentieel kwetsbare oudere patiënt, kan hij de patiënt correct informeren en adviseren met betrekking tot zijn bloeddruk. Door de patiënt thuis zelf zijn bloeddruk te laten meten (2,3,4), kan de patiënt meer betrokken worden in het verhaal rond hypertensie. Een geïnformeerde patiënt zal zich betrokken voelen in het beleid en de voorgestelde therapie beter opvolgen. (8,22,23,25,31)

Als de patiënt niet meer in staat is om zelfzorg te voorzien, is het belangrijk dat er externe hulp wordt ingeschakeld om de bloeddruk verder te controleren en therapietrouw te bevorderen. Het sociale kader van de patiënt speelt hierin een belangrijke rol. (27,28,32)

Uit het onderzoek blijkt dat de huisartsen vragende partij zijn voor een gestructureerde richtlijn bij hypertensiepatiënten van 75 jaar en ouder, de huidige richtlijnen geven hen te weinig houvast om een weldoordacht en gefundeerd beleid voor te stellen aan de patiënt. De laatste jaren werden er verschillende inspanning geleverd om de aanpak van hypertensie bij 75-plussers grondig te onderzoeken, maar soms met tegenstrijdig resultaten. (31,36,37,42) Daarbij heeft de patiënt ook specifieke verwachtingen m.b.t. zijn bloeddrukmedicatie. (23,25,26,27) Binnenkort verschijnen er nieuwe Europese richtlijnen in navolging van de Amerikaanse richtlijnen anno 2017, hopelijk krijgt de oudere populatie de nodige aandacht die ze verdient. (4)

Sterkte en zwakte van deze studie

Door met individuele interviews te werken krijgen we een goed beeld van hoe de hedendaagse huisarts omgaat met het probleem van hypertensie op oudere leeftijd. Door een 2 op 1 onderzoek kunnen we één huisarts vrijuit laten spreken over een idee dat hem aan het hart ligt. Gezien de hoge responserate 73% lijken huisartsen oprecht geïnteresseerd in de cardiovasculaire preventie bij 75-plussers. Dankzij de QUAGOL-methode werd de verkregen informatie op een degelijk gestructureerde wijze door 2 onafhankelijke onderzoekers grondig geanalyseerd.

Door de beperkte geografische spreiding van onze studiegroep kunnen we geen uitspraken doen over het algemene hypertensiebeleid van de Vlaamse huisartsen bij 75-plussers. Mogelijks leven er andere percepties in de regio West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg. Daarnaast was een gestructureerd kwalitatief onderzoek ontgonnen gebied voor de 2 onderzoekers. Deze zwakte werd rechtgetrokken door voorafgaand aan het onderzoek een training te volgen in het afnemen van semigestructureerde interviews en kwalitatief analyseren van de verkregen data.

Conclusie

Door de afwezigheid van concrete richtlijnen bij patiënten boven de 75 jaar is de huisarts voor de belangrijkste risicofactor van hart en vaatziekten op zichzelf aangewezen. Door de heterogeniteit van de patiëntpopulatie gaat hij diverse patiëntkarakteristieken bekijken waarbij levensverwachting, frailty en co-morbiditeiten een belangrijke rol spelen. Bij de kwetsbare patiënten is voor de huisarts het sociale kader belangrijk om bloeddruk zo lang mogelijk op te volgen en te behandelen. Licht verhoogde waarde worden aanvaard bij gebrek aan een duidelijke cutoffwaarde binnen deze oudere groep met co-morbiditeit. De huisarts heeft weinig houvast en gaat hiervoor in dialoog met de patiënt om een behandelplan op te stellen waarbij ruimte is voor de percepties en beleving van de patiënt. Zo wordt de patiënt medeverantwoordelijk gesteld voor de verdere opvolging van zowel zijn bloeddrukken als zijn medicatie.

Referentielijst

(1) Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005 Jan 15-21;365(9455):217-23.

(2) Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013 Jul;31(7):1281-357.

(3) Boland B, Christiaens T, Goderis G. Domus medica richtlijn: Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu. 2007; 36(7):339-369.

(4) Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention,

Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2017 Nov 13; pii: HYP.0000000000000066.

(5) Staessen J, Amery A, Fagard R. Isolated systolic hypertension in the elderly. J Hypertens. 1990 May;8(5):393-405.

(6) Aprahamian I, Sassaki E, dos Santos MF, et al. Hypertension and frailty in older adults. J Clin Hypertens 2018;20:186–92.

(7) GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1659-1724.

(8) Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, ChifambaJ, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanas F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L, Ismail NH, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013 Sep 4;310(9):959-68.

(9) Liu X, Rodriguez CJ, Wang K. Prevalence and trends of isolated systolic hypertension among untreated adults in the United States. Journal of the American Society of Hypertension : JASH. 2015;9(3):197-205.

(10) Chauhan U. Cardiovascular disease prevention in primary care. Br Med Bull. 2007;81-82:65-79.

(11) Maki KC, Dicklin MR. Assessing Cardiovascular Disease Risk and Responses to Preventive Therapies in Clinical Practice. Curr Atheroscler Rep. 2018 Mar 20;20(5):1-10.

(12) Franklin SS. Ageing and hypertension: the assessment of blood pressure indices in predicting coronary heart disease. J Hypertens Suppl. 1999 Dec;17(5):S29-36.

(13) Scott IA, Guyatt GH. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. Arch Intern Med. 2010 Apr 12;170(7):587-95.

(14) Naschitz JE. Blood pressure management in older people: balancing the risks. Postgrad Med J. 2018 Mar 19. pii: postgradmedj-2017-135493.

(15) Schwinn S, McKay R, Dinkel S, Mansfield B, Da Cunha BF, Cummins S, Brunin K. Hypertension management in the oldest old: Findings from a large long-term care facility. J Am Assoc Nurse Pract. 2017 Mar;29(3):123-9.

(16) Schwartz JB. Primary prevention: do the very elderly require a different approach? Trends Cardiovasc Med. 2015 Apr;25(3):228-39.

(17) Liu P, Zheng JG. Blood Pressure Targets in the Hypertensive Elderly. Chin Med J 2017;130:1968-72.

(18) Fotherby MD, Harper GD, Potter JF. General practitioners' management of hypertension in elderly patients. BMJ. 1992 Sep 26;305(6856):750-2.

(19) Streit S, Gussekloo J, Burman RA, Collins C, Kitanovska BG, Gintere S, Gómez Bravo R, Hoffmann K, Iftode C, Johansen KL, Kerse N, Koskela TH, Peštić SK, Kurpas D, Mallen CD, Maisonneuve H, Merlo C, Mueller Y, Muth C, Ornelas RH, Šter MP, Petrazzuoli F, Rosemann T, Sattler M, Švadlenková Z, Tatsioni A, Thulesius H, Tkachenko V, Torzsa P, Tsopra R, Tuz C, Verschoor M, Viegas RPA, Vinker S, de Waal MWM, Zeller A, Rodondi N, Poortvliet RKE. Burden of cardiovascular disease across 29 countries and GPs' decision to treat hypertension in oldest-old. Scand J Prim Health Care. 2018 Mar;36(1):89-98.

(20) Mermans E, Degryse J, Vaes B. Treatment intentions of general practitioners regarding hypertension in the oldest old: a vignette study. BMC Fam Pract. 2016 Aug 30;17(1):122.

(21) Garrison SR, Kolber MR, Korownyk CS, McCracken RK, Heran BS, Allan GM. Blood pressure targets for hypertension in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 8;8:CD011575.

(22) Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension - a qualitative study in Australian general practice. Aust Fam Physician. 2010 Jul;39(7):511-6.

(23) Khatib R, Schwalm J-D, Yusuf S, et al. Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow Up: A Systematic Review and Meta-Analysis of Qualitative and Quantitative Studies. Barengo NC, ed. PLoS ONE. 2014;9(1):e84238.

(24) Schuling J, Gebben H, Veehof LJ. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Fam Pract. 2012 Jul 9; 13:56.

(25) Bane C, Hughes CM, Cupples ME, McElnay JC. The journey to concordance for patients with hypertension: a qualitative study in primary care. Pharm World Sci. 2007 Oct;29(5):534-40.

(26) Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, Bell K, Naganathan V, McCaffery K. General Practitioners' Decision Making about Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults: A Qualitative Study. PLoS One. 2017 Jan 13;12(1):e0170228.

(27) Shima R, Farizah MH, Majid HA. A qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. Patient preference and adherence. 2014;8:1597-609.

(28) Chudiak A, Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I. Effect of frailty syndrome on treatment compliance in older hypertensive patients. Clinical Interventions in Aging. 2017;12:805-14.

(29) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 Dec;19(6):349-57.

(30) Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360-71.

(31) Gee ME, Campbell NR, Gwadry-Sridhar F, Nolan RP, Kaczorowski J, Bienek A, Robitaille C, Joffres M, Dai S, Walker RL; Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Antihypertensive medication use, adherence, stops, and starts in Canadians with hypertension. Can J Cardiol. 2012 May;28(3):383-9.

(32) Uchmanowicz I, Chudiak A, Jankowska-Polańska B, Gobbens R. Hypertension and Frailty Syndrome in Old Age: Current Perspectives. Card Fail Rev. 2017 Nov;3(2):102-7.

(33) McMillan Gj, Hubbard RE. Frailty in older inpatients: what physicians need to know. QJM. 2012 Nov; 105(11): 1059-65.

(34) Jansen J, McKinn S, Bonner C, Irwig L, Doust J, Glasziou P, et al. Systematic review of clinical practice guidelines recommendations about primary cardiovascular disease prevention for older adults. BMC Fam Pract. 2015; 16(1): 104.

(35) Benetos A, Rossignol P, Cherubini A, Joly L, Grodzicki T, Rajkumar C, et al. Polypharmacy in the agingpatient: management of hypertension in octogenarians. JAMA. 2015; 314(2): 170–80.

(36) Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD000028.

(37) Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, Berlowitz DR, Campbell RC, Chertow GM, et al. Intensive vs. standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥75 years: A randomized clinical trial. JAMA 2016;315:2673-82.

(38) Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, Abu-Hanna A. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. PLoS One. 2012;7(8):e43617.

(39) Dalleur O, Boland B, De Groot A, Vaes B, Boeckxstaens P, Azermai M, Wouters D, Degryse JM, Spinewine A. Detection of potentially inappropriate prescribing in the very old: cross-sectional analysis of the data from the BELFRAIL observational cohort study. BMC Geriatr. 2015 Dec 2;15:156.

(40) Mtnitki AB, Graham JE, Mogilner AJ. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronologica land biologica lage. BMC Geriatr. 2002 Feb 27; 2:1.

(41) Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 2005;173(5):489-95.

(42) Moonen JE, Foster-Dingley JC, de Ruijter W, van der Grond J, de Craen AJ, van der Mast RC. Effect of discontinuation of antihypertensive medication on orthostatic hypotension in older persons with mild cognitive impairment: the DANTE Study Leiden. Age Ageing. 2016 Mar;45(2):249-55.

Appendix 1 : Vragenlijst

1. Hoe pakt u arteriële hypertensie aan bij oudere patiënten boven 75 jaar?

a. Waarop is uw medicamenteus beleid gebaseerd?
   i. Welke zaken bepalen mee dat u start (aan te passen)?
      1. *Hoe speelt polyfarmacie mee in uw keuze?*
      2. *Hoe speelt co-morbiditeit mee in uw keuze?*
      3. *Hoe speelt frailty/zorgafhankelijkheid mee in uw keuze?*
         a. *Wat is <u>zorgafhankelijkheid</u> voor u? Geef een voorbeeldpatiënt*
      4. *Wat is de input van de patiënt inzake opstart therapie?*
      5. *Welke andere factoren spelen nog mee? (Bv kennis, kostprijs, adherence, verzekering, …)*
   ii. Wanneer stopt u medicatie?
      1. *Hoe speelt polyfarmacie mee in uw keuze?*
      2. *Hoe speelt co-morbiditeit mee in uw keuze?*
      3. *Hoe speelt frailty/zorgafhankelijkheid mee in uw keuze?*
      4. *Wat is input van de patiënt inzake stoppen therapie?*
      5. *Welke andere factoren spelen nog mee? (Bv kennis, kostprijs, adherence, verzekering, …)*

b. Op welke richtlijnen baseert u uw beleid?
   i. Welke invloed heeft de afwezigheid van een richtlijn voor ouderen op uw beleid?

c. Wat is volgens u het doel van uw behandeling?
   i. Primaire vs secundaire preventie
   ii. Morbiditeit/mortaliteit voorkomen vs quality of life

d. Hoe communiceert/informeert u de patiënt (taalgebruik, grafisch, risico's, …)
   i. Taalgebruik, grafisch, verduidelijken
   ii. Follow-up en te behalen targets
   iii. Medicatievoorkeur
   iv. Behandelingsduur en mogelijke nevenwerkingen (reactie patiënt hierop?)

2. Hoe pakt u hypercholesterolemie aan bij oudere patiënten boven 75 jaar?

a. Waarop is uw medicamenteus beleid gebaseerd?
   i. Welke zaken bepalen mee dat u start (aan te passen)?
      1. *Hoe speelt polyfarmacie mee in uw keuze?*
      2. *Hoe speelt co-morbiditeit mee in uw keuze?*
      3. *Hoe speelt frailty/zorgafhankelijkheid mee in uw keuze?*
         a. *Wat is <u>zorgafhankelijkheid</u> voor u? Geef een voorbeeldpatiënt*
      4. *Wat is input van de patiënt inzake opstart therapie?*
      5. *Welke andere factoren spelen nog mee? (Bv kennis, kostprijs, adherence, verzekering, …)*
   ii. Wanneer stopt u medicatie?
      1. *Hoe speelt polyfarmacie mee in uw keuze?*
      2. *Hoe speelt co-morbiditeit mee in uw keuze?*
      3. *Hoe speelt frailty/zorgafhankelijkheid mee in uw keuze?*
      4. *Wat is input van de patiënt inzake stoppen therapie?*
      5. *Welke andere factoren spelen nog mee? (Bv kennis, kostprijs, adherence, verzekering, …)*

b. Op welke richtlijnen baseert u uw beleid?
   i. Welke invloed heeft de afwezigheid van een richtlijn voor ouderen op uw beleid?

c. Wat is het doel van uw behandeling?
   i. Primaire vs secundaire preventie
   ii. Morbiditeit/mortaliteit voorkomen vs quality of life

d. Hoe communiceert/informeert u de patiënt (taalgebruik, grafisch, risico's, …)
   i. Taalgebruik, grafisch, verduidelijken
   ii. Follow-up en te behalen targets
   iii. Medicatievoorkeur
   iv. Behandelingsduur en mogelijke nevenwerkingen (reactie patiënt hierop?)

Appendix 2 : Thematische matrix

Domein	Patiënt	Huisarts	Familie	Maatschappij
Patiëntprofiel	Leeftijd Etniciteit Levensverwachting Alledaags functioneren *Fysiek* *Cognitie* Co-morbiditeiten Zorgafhankelijkheid Frailty	Patiënt – arts relatie Gebrek aan kennis Gebrek aan tools	Sociaal omkadering	Gebrek aan richtlijnen Gebrek aan opleiding *Aanreiken beschikbare tools*
Medicatie	Beleving van nevenwerkingen Medicatiemoeheid Persoonlijke levenssfeer	Aandacht co-morbiditeiten Gebrek aan kennis Therapietrouw verzekeren *Aandacht nevenwerkingen* *Aandacht polyfarmacie* *Aandacht interacties* *Aandacht combinatie* Persoonlijke levenssfeer	Beleving van medicatie Persoonlijke levenssfeer	Impact farmaceutische industrie Media *Reclame* Kostprijs Gebrek aan richtlijnen Generatieverschil *Opleiding*
Bloeddrukmeting	Bereidheid Betrokkenheid Ziekte-inzicht	Gebrek aan kennis *Cutoff waarde* Gebrek aan tijd	Inschakelen mantelzorg / verpleegkundige Rust- en verzorgingstehuis	Concrete procedure Gebrek aan drempelwaarden
Overleg	Percepties Betrokkenheid	Voldoende tijd Onzekerheid	Percepties	Gebrek aan richtlijnen
Doelstelling	Kwaliteit = leven Betrokkenheid	Kwaliteit = cardiovasculaire events te vermijden Onzekerheid		Morbiditeit en mortaliteit dalen Gebrek aan richtlijnen

Appendix 3 : COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	p3 §3.5
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	p3 §1.1
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	p3 §1.1
Gender	4	Was the researcher male or female?	p3 §1.1
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	p3 §3.8
Relationship with Participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	p3 §2.1
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	p3 §2.2
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	/
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	p3 §1.4
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	p3 §2.1
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, Email	p3 §2.2
Sample size	12	How many participants were in the study?	p3 §2.2 - 3
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	p3 §2.5 - 6
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	p3 §3.3
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	p3 §3.5
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	p3§2.8&§3.1
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	p3 §3.9
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	/
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	p3 §3.5 - 7
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	p3 §3.6
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	p4 §2.3
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	p3 §4.3
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	/

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	p3 §5.1
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	appendix 2
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	p3 §5.2-3
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	p3 §5.7
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	/
Reporting			
Quotations presented	29	Wereparticipantquotationspresentedtoillustratethethemes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	p3 §5.3
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	p3 §5.4-5
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	p3 §5.4
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	p3 §5.4

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Appendix 4 : Aanvraag en goedkeuring ethische begeleiding masterproeven

Gunstig advies van OBC 2017-03-28 10:41:36

De interpretatie van huisartsen van cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen (>75jaar) en uitstippelen van het beleid in de praktijk. Een kwalitatieve studie.

Student(en): Dries Van de Velde
Bert Van Bogaert

Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit, …)

Het onderzoek is: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is: Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode: prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Cardiovasculaire ziekten worden onderverdeeld in cerebrovasculaire (herseninfarct en hersenbloeding), coronaire (angina pectoris en hartinfarct) en perifere arteriële aandoeningen (claudicatio intermittens en kritische ischemie). Deze verzameling van aandoeningen heeft een grote impact op de algemene gezondheid. Cardiovasculaire aandoeningen zijn verantwoordelijk voor 28.6% van de totale mortaliteit in België en zijn daarmee, voor kanker, de belangrijkste doodsoorzaak. Er zijn vele factoren die bijdragen tot het ontwikkelen van hart- en vaatproblemen, met name geslacht, roken, leeftijd, obesitas, arteriële hypertensie, diabetes, hypercholesterolemie en erfelijkheid. De leeftijd wordt hierbij beschouwd al de belangrijkste risicofactor. Door de toenemende vergrijzing is het dan ook cruciaal dat onze focus binnen de algehele preventie gaat verbreden naar de hogere leeftijdsklassen, patiënten van 75jaar en ouder, binnen onze maatschappij. Toenemende leeftijd gaat gepaard met extra problemen (co-morbiditeiten, frailty, ...) waardoor cardiovasculaire aandoeningen moeilijker te behandelen zijn, met tevens een toename in complicaties en kosten. Dit geeft mee dat de goed ontwikkelde secundaire, maar ook de minder ingeburgerde primaire preventie, een cruciaal punt zijn binnen onze gezondheidszorg.

Hypercholesterolemie is een gekende risicofactor die geassocieerd is met een toegenomen incidentie van cardiovasculaire aandoeningen. Kanttekening hierbij is dat hypercholesterolemie alleen niet noodzakelijk, noch voldoende is voor de ontwikkeling van een cardiovasculair event. Een algemene risicoberekening/inschatting geniet bij patiënten dan ook de voorkeur.

De HMG-CoA reductase inhibitoren, oftewel statines, zijn de meest voorgeschreven medicatie bij de behandeling van hypercholesterolemie. Statines reduceren het risico op totale én cardiovasculaire mortaliteit/morbiditeit, dit met een beperkt aantal nadelige effecten (Musculoskeletale aandoeningen, ALT-stijging en mogelijks cataract/DM type II) voor de patiënt. Statines spelen dan ook een uiterst belangrijke rol binnen zowel de secundaire als ook de primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Belgische en Amerikaanse richtlijnen bevelen statines dan ook aan bij secundaire preventie, en binnen de primaire preventie indien verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Echter, bij de huisartsen is het gebruik van statines binnen primaire preventie onvoldoende ingeburgerd, mede door een gebrek aan eenduidige richtlijnen. Binnen de primaire preventie stellen de meeste richtlijnen namelijk dat de risico-inschatting door de huisarts een belangrijke factor is voor het al dan niet opstarten van de behandeling.

Een belangrijk punt om aan te halen is dat er weinig studies en bijgevolg gegevens bekend zijn over gebruik van statines bij 75-plussers. De meeste huidige richtlijnen voor ouderen zijn gebaseerd op research bij 60 tot 74-jarigen, terwijl deze populatie op fysiologisch vlak (met name co-morbiditeiten, frailty, beperking ADH, voeding en persoonlijke hygiëne) verschilt van de populatie 75-plussers. Op basis van de weinige gegevens stellen de Canadese en enkele Europese richtlijnen dat statine gebruik bij 75-plussers overwogen kan worden, waarbij rekening zal gehouden worden met de levensverwachting van de patiënt, zijn risicoprofiel en de inschatting van de huisarts inzake voor- en nadelen van deze behandeling bij iedere individuele patiënt.

Vraagstelling:

Er is binnen de primaire preventie bij 75-plussers bijgevolg een gebrek aan rode draad voor huisartsen inzake de behandeling van hypercholesterolemie als cardiovasculaire risicofactor. Recente studies tonen dan ook aan dat de meeste 'niet-adequate voorgeschreven medicatie' zich binnen deze ouderen populatie bevindt, met cardiovasculaire medicatie (ACE-I en statines) als belangrijkste exponenten daarvan. Huisartsen maken vaak op basis van eigen kennis, ervaring en intuïtie een beslissing omtrent

de behandeling van deze cardiovasculaire risicofactor. Het is uitermate interessant en leerrijk om de beweegredenen van Vlaamse huisartsen hierover in kaart te brengen.

Algemeen: Inzichten verwerven in de beweegredenen van huisartsen voor bepalen van bepaalde cardiovasculaire risicofactoren met onderscheid tussen primaire en secundaire preventie binnen de populatie van de 75-plussers.

1. Wat is de drempel voor de huisarts voor behandeling van hypercholesterolemie (bij 75-plussers) als cardiovasculaire risicofactor binnen het domein van de primaire preventie?

Methodologie:

In een kwalitatief onderzoek trachten we met behulp van een semigestructureerd interview inzicht te krijgen in de ervaringen en visie van de deelnemende huisartsen. De meest relevante te onderzoeken thema's worden vooraf afgebakend op basis van de literatuur, doch zal er voldoende ruimte gelaten worden om nieuwe elementen erin te verwerken. Met de verkregen data trachten we inzicht te verwerven in de ideeën en percepties van huisartsen over hypercholesterolemie en diens relatie tot het cardiovasculair risico, de drempel voor het al dan niet opstarten van de behandeling en verwachtingen omtrent de globale effecten hiervan.

Referenties:
Informed consent/ vragenlijsten/ interviewprotocols: 05533_1487666926_6274_Ethische_commissie_PDF_pdf.pdf
Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Registratienummer: mp19132

Gunstig advies van OBC op 2017-03-28 10:47:59

De interpretatie van huisartsen van cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen (>75jaar) en uitstippelen van het beleid in de praktijk. Een kwalitatieve studie.

Student(en): Bert Van Bogaert
Dries Van de Velde

Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit, ...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is: Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode: prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Cardiovasculaire ziekten worden onderverdeeld in cerebrovasculaire (herseninfarct en hersenbloeding), coronaire (angina pectoris en hartinfarct) en perifere arteriële aandoeningen (claudicatio intermittens en kritische ischemie). Deze verzameling van aandoeningen heeft een grote impact op de algemene gezondheid. Cardiovasculaire aandoeningen zijn verantwoordelijk voor 28.6% van de totale mortaliteit in België en zijn daarmee, voor kanker, de belangrijkste doodsoorzaak. Er zijn vele factoren die bijdragen tot het ontwikkelen van hart- en vaatproblemen, met name geslacht, roken, leeftijd, obesitas, arteriële hypertensie, diabetes, hypercholesterolemie en erfelijkheid. De leeftijd wordt hierbij beschouwd al de belangrijkste risicofactor. Door de toenemende vergrijzing is het dan ook cruciaal dat onze focus binnen de algehele preventie gaat verbreden naar de hogere leeftijdsklassen, patiënten van 75jaar en ouder, binnen onze maatschappij. Toenemende leeftijd gaat gepaard met extra problemen (co-morbiditeiten, frailty, ...) waardoor cardiovasculaire aandoeningen moeilijker te behandelen zijn, met tevens een toename in complicaties en kosten. Dit geeft mee dat de goed ontwikkelde secundaire, maar ook de minder ingeburgerde primaire preventie, een cruciaal punt zijn binnen onze gezondheidszorg.

Arteriële hypertensie blijft, naast roken en hypercholesterolemie, de grootste behandelbare risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. Daarnaast is het wel gekend dat door de fysiologie van het verouderen de bloeddruk kan beginnen stijgen, waardoor een nefast cardiovasculair event zich kan voordoen. Medicatie dringt zich op om de tensies in een optimaal stadium te houden. Tal van verschillende producten met elk hun eigen werkingsprofiel, maken de keuze van het goede product er voor de huisarts niet altijd even makkelijk op. Toch werken vele studies met een populatie jonger dan 75 jaar, waardoor een conclusie voor de oudere patiënt moeilijk kan worden gemaakt. Een Cochrane review toonde in 2009 aan dat de behandeling van hypertensie op oudere leeftijd nog steeds voordelen oplevert op vlak van mortaliteit en morbiditeit. Echter heeft de behandeling van de hypertensie op sommige vlakken enkele nevenwerkingen met onder meer achteruitgang van de nierfunctie, stoornissen

in de elektrolyten, hypoperfusie van hersenen en orthostatische hypotensie met vallen tot gevolg. Vooral bij deze laatste voelen de patiënten zich niet goed, waardoor het niet meer duidelijk wordt welke richtbloeddruk we als huisarts dienen te hanteren. De SPRINT-trial toonde aan dat een lagere bloeddruk minder ernstige cardiale events en minder mortaliteit veroorzaakten, maar een intensievere therapie gaf eveneens meer ernstige nevenwerkingen. De adherentie van deze medicatie in primaire preventie kan hieronder lijden, waardoor het voordeel mogelijks verdwijnt. Een algemene risicoberekening/inschatting geniet bij patiënten dan ook de voorkeur.

Vraagstelling:

Er is binnen de primaire preventie bij 75-plussers bijgevolg een gebrek aan rode draad voor huisartsen inzake de behandeling van arteriële hypertensie als cardiovasculaire risicofactoren. Recente studies tonen dan ook aan dat de meeste 'niet-adequate voorgeschreven medicatie' zich binnen deze ouderen populatie bevindt, met cardiovasculaire medicatie (ACE-I en statines) als belangrijkste exponenten daarvan. Huisartsen maken vaak op basis van eigen kennis, ervaring en intuïtie een beslissing omtrent de behandeling van deze cardiovasculaire risicofactor. Het is uitermate interessant en leerrijk om de beweegredenen van Vlaamse huisartsen hierover in kaart te brengen

Algemeen: Inzichten verwerven in de beweegredenen van huisartsen voor bepalen van bepaalde cardiovasculaire risicofactoren in zowel de primaire als secundaire preventie binnen de populatie van de 75-plussers.

1. Wat is de drempel voor de huisarts voor behandeling van arteriële hypertensie bij 75-plussers als cardiovasculaire risicofactor binnen het domein van de primaire preventie?

Methodologie:

In een kwalitatief onderzoek trachten we met behulp van een semigestructureerd interview inzicht te krijgen in de ervaringen en visie van de deelnemende huisartsen. De meest relevante te onderzoeken thema's worden vooraf afgebakend op basis van de literatuur, doch zal er voldoende ruimte gelaten worden om nieuwe elementen erin te verwerken. Met de verkregen data trachten we inzicht te verwerven in de ideeën en percepties van huisartsen over arteriële hypertensie en diens relatie tot het cardiovasculair risico, de drempel voor het al dan niet opstarten van de behandeling en verwachtingen omtrent de globale effecten hiervan.

Referenties:

Informed consent/ vragenlijsten/ interviewprotocols: 05533_1487666926_6274_Ethische_commissie_PDF_pdf.pdf

Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer: mp19306