Percepties van huisartsen rond de medicamenteuze aanpak van hypercholesterolemie bij 75-plussers: Een kwalitatieve studie.

Dries Van de Velde, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Bert Vaes, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2016-2018

ABSTRACT

Inleiding Hypercholesterolemie is een belangrijke en behandelbare cardiovasculaire risicofactor. De huidige richtlijnen hieromtrent zijn echter niet aangepast aan de groeiende populatie 75-plussers. Huisartsen ervaren bijgevolg weinig ondersteuning bij patiënten waar multi-morbiditeit, frailty en polyfarmacie op de voorgrond staan. In deze studie trachten we inzicht te verwerven in de ervaringen, percepties en visie van Vlaamse huisartsen omtrent hun medicamenteuze aanpak van hypercholesterolemie bij 75-plussers.

Methode Dit is een kwalitatieve studie met gebruik van semi-gestructureerde interviews tot data-saturatie bereikt werd. De QUAGOL-methode werd gebruikt voor data-analyse.

Resultaten De huisartsen houden rekening met alle karakteristieken van de 75-plusser om het hypercholesterolemie-beleid te bepalen. De frailty en multi-morbiditeit van de patiënt zijn hierbij, samen met mogelijkse polyfarmacie, de belangrijkste beïnvloedende factoren om statines wel of niet op te starten. Daarnaast wijzen huisartsen op de intensieve communicatie met de patiënten. In overleg omtrent het cholesterol beleid wordt de mening van de 75-plusser vaak als bepalend ervaren. In het algemeen wordt hypercholesterolemie strenger behandeld bij secundaire dan bij primaire preventie. Alle huisartsen voelen zich onvoldoende ondersteund in hun beslissingen en wijzen op een gebrek aan evidentie binnen de populatie 75-plussers.

Conclusie Huisartsen variëren in hun beslissing omtrent hypercholesterolemie, waarbij communicatie en algemene conditie van de patiënt als belangrijkste determinanten aangeduid worden. Bijkomend onderzoek is noodzakelijk om de huidige richtlijnen aan te passen aan 75-plussers met multi-morbiditeit.

INLEIDING

Cardiovasculaire aandoeningen hebben een grote impact op de algemene gezondheid. Ze zijn verantwoordelijk voor 28.6% van de totale mortaliteit in België en zijn daarmee de belangrijkste doodsoorzaak. [1] Leeftijd wordt beschouwd als dé belangrijkste risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. Door de toenemende vergrijzing zal de focus binnen de algemene preventie van cardiovasculaire aandoeningen verder verbreden naar de hogere leeftijdsklassen. Toenemende leeftijd gaat bovendien gepaard met extra problemen (zoals multi-morbiditeit, frailty en polyfarmacie) waardoor cardiovasculaire aandoeningen moeilijker te behandelen zijn, met een toename in complicaties en kosten. [2]

Hypercholesterolemie is een belangrijke en behandelbare risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen. Hierbij zijn de 3-hydroxy-3-methyl-glutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) reductase inhibitoren, oftewel statines, de meest voorgeschreven medicatie (d.i. 13% van de Belgische bevolking). [1] Er bestaan echter grote lacunes in de huidige richtlijnen voor hypercholesterolemie betreffende het beleid bij 75-plussers. [3] 75-plussers zijn vaak ondervertegenwoordigd in klinische studies, waardoor de evidentie voor deze leeftijdsgroep bestaat uit een extrapolatie van evidentie uit jongere leeftijdscategorieën. [4] De richtlijnen zijn bijgevolg niet aangepast aan de multi-morbiditeit, polyfarmacie en aanwezigheid van frailty. [5,6] Daarenboven houden richtlijnen geen rekening met de belangrijkste doelstelling binnen deze leeftijdscategorie: kwaliteit van leven. [6] Er is bijgevolg weinig houvast waar de huisarts op kan steunen in zijn beslissing al dan niet medicatie voor te schrijven bij ouderen met hypercholesterolemie. [7]

Daarnaast blijkt dat het voor huisartsen moeilijk is om medicatie bij 75-plussers af te bouwen of zelf volledig te stoppen (d.i. deprescribing). [5] Bovendien ontbreekt ook in dit geval de nodige evidentie en benefit/risk informatie om dit in de praktijk te kunnen toepassen. [3,5] Te weinig gegevens zijn voorhanden om een grondig overleg tussen arts en patiënt/familie omtrent medicatie gebruik toe te laten. [6] De prioriteit van de patiënt en zijn familie ligt vaak bij kwaliteit van leven en niet bij duur van leven. Huisartsen houden echter vast aan de behandeling van individuele problemen bij gebrek aan tools die rekening houden met de verschoven voorkeur van de patiënt. [5] In het algemeen zijn huisartsen minder agressief met statines in aanwezigheid van frailty, multi-morbiditeit, polyfarmacie en gedaalde levensverwachting. [3] Door gebrek aan richtlijnen blijven ze echter onderling variëren in hun beslissingen, afhankelijk van hun perceptie op ouder worden en cardiovasculaire preventie. [3]

Een Europese survey toonde aan dat kostprijs, compliance van de patiënt, medicatie bijwerkingen, problemen met het opstellen van het risicoprofiel, medicalisatie en bezorgdheid over veranderingen van het gezondheidsgedrag de aanpak van de huisartsen bij hypercholesterolemie als dusdanig kan beïnvloeden. [8]
In tegenstelling tot voorgaande studies richten we in dit onderzoek onze aandacht op het beleid bij 75-plussers, een populatie waar huisartsen minder houvast en ondersteuning terugvinden. Met semi-gestructureerde interviews trachten we inzicht te verwerven in de ervaringen, percepties en visie van Vlaamse huisartsen omtrent hun medicamenteuze aanpak van hypercholesterolemie bij 75-plussers.

METHODE

Door middel van een kwalitatief onderzoek trachten 2 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 subvragen. Tijdens het interview kon op de nieuw 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 hypercholesterolemie. We gebruikten de COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research)* checklist [Appendix 1] als begeleiding om dit onderzoek te rapporteren. [9] Het ethisch comité van het universitair ziekenhuis te Leuven gaf ons toestemming om de studie aan te vangen op 28/03/2017 (mp19306).

Participanten

Er werd getracht een zo divers mogelijke huisartspopulatie te includeren in de studie met behulp van doelgerichte selectie (purposive sampling). De artsen werden via mail en telefonisch gevraagd om deel te nemen aan deze kwalitatieve studie. Enkel de opleiders van de onderzoekers werden mondeling geïncludeerd. 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 artsen wilden deelnemen aan de studie, de meesten van hen gaven tijdsgebrek of geen interesse op als hoofdreden van hun niet-deelname. Het aantal niet-deelnemers werd niet genoteerd. Uiteindelijk waren 11 artsen bereid om deel te nemen aan de studie. [Tabel 1] 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 semi-gestructureerde interviews plaats. Iedere arts gaf uitdrukkelijk de toestemming om de verkregen informatie te gebruiken om de vooropgestelde onderzoeksvraag te beantwoorden. De deelnemende huisarts werd altijd in zijn 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 (DVDV) 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 als back-up de recorder app van 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 herbeluisterd en verwerkt. Bij het negende interview werd minder tot geen 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 (DVDV en BVB). [10] 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 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 eveneens iedere onderzoeker alle teksten apart uit, om nadien zijn bevindingen met de andere onderzoeker te bespreken. Er werd geen softwareprogramma gebruikt om de data ta analyseren.

RESULTATEN [Tabel 2]

Participanten

Er werden 15 huisartsen uitgenodigd voor dit onderzoek, waarvan er 11 akkoord gingen om interviews af te nemen. Weigeringen kwamen er voornamelijk door tijdsgebrek of geen interesse bij de uitgenodigde huisarts. Desalniettemin verkregen we een representatieve populatie dewelke varieerde in geslacht, leeftijd, ervaring en praktijkvorm. [Tabel 1] De interviews namen in totaal tussen de 25 en 45 minuten in beslag met een gemiddelde van 33min25sec (± 6min34sec).

Patiëntenprofiel

Huisartsen geven aan dat de patiënt steeds in zijn geheel bekeken moet worden. Er wordt rekening gehouden met al zijn karakteristieken om een welbepaald medicamenteus beleid voor deze patiënt uit te stippelen. Er is bijgevolg geen eensgezindheid over de rol die de leeftijd van de patiënt speelt in de beslissing van de huisartsen. De huisartsen halen aan dat de absolute waarde van de leeftijd steeds minder een rol speelt door de toenemende vergrijzing van de bevolking. Meer en meer zal er gekeken worden naar de algemene conditie van de patiënt om zo zijn biologische leeftijd te kunnen inschatten. Hierbij verschuift de bevraagde 75-plus grens vaak naar hogere waarden.

> ***"In feite 85-plussers, daar probeer ik het wel te verminderen, want ja, heeft dat nog nut.." (Arts 2)***
>
> ***"Het is eigenlijk zelden dat ik iemand van boven de 75 nog nieuw start met een st.. allee met een cholesterolmedicament." (Arts 10)***
>
> ***"Ik vind ja, 75-plus, eigenlijk zou de grens bij de vragen beter liggen bij 85 jaar. Want je hebt nog heel veel mensen die goed zijn op 75 jaar he. Als dat ne 75 jarige is die nog heel goed is, dan vind ik daar eigenlijk weinig verschil in met een 55-plusser." (Arts 3)***

De zorgafhankelijkheid (frailty) van de patiënt beïnvloedt huisartsen in hun aanpak van hypercholesterolemie. Echter, de invulling van dit begrip verschilt onderling, gaande van een fragiele patiënt in het rusthuis tot thuiswonende patiënt die extra hulp nodig heeft bij klaarzetten van de medicatie. Een minderheid van de artsen houdt geen rekening met frailty en richt zich voornamelijk op de cardiovasculaire eindpunten om de patiënten te behandelen. Dit met als doel de patiënten niet nóg meer zorgafhankelijk te maken. De meerderheid van de huisartsen handelt daarentegen meer

terughoudend bij toegenomen frailty. Hoe zwakker, minder mobiel en afhankelijker de patiënt, hoe minder hypercholesterolemie behandeld wordt. Dit betreft zowel een verminderde opstart als een toegenomen afbouw van statines bij deze patiënten.

> ***"Ik denk dat dat weinig speelt, ik denk dat het vooral de eindpunten zijn. De preventie, primaire preventie dan en ja, secundaire preventie toch ook e. Dat ze niet nog meer zorgafhankelijker worden door nog eens een event." (Arts 6)***
>
> ***"Tis daarom dak zeg, als mensen echt in een rusthuis ofzo zitten, dan zou ik effectief, dat als eerste stoppen, het statine. Dan ga ik meer de noodzakelijke medicamenten geven, zoals voor hart- en bloedvaten." (Arts 3)***
>
> ***"Frailty speelt daar zeker een rol in hé. Ja, ja, daar ga je toch al veel minder gemakkelijk een statine starten e." (Arts 7)***

Bij patiënten met een beperkte levensverwachting worden lipiden verlagende medicaties zelden nog gestart en vaak gestopt. De redenen hiervoor zijn enerzijds de patiënt te ontlasten van extra pillen te moeten innemen, en anderzijds te weinig tijd om het cardiovasculair benefit van statines te kunnen verwezenlijken.

> ***"Want als dat natuurlijk iemand is die, allé das altijd een vermoeden natuurlijk, een beperkte levensverwachting heeft, denk ik niet dat ik die mensen statines ga geven" (zucht diep) (Arts 4)***

Het beleid van de huisartsen wordt beïnvloed door het type preventie (primair of secundair). Binnen de secundaire preventie gaan de artsen strenger zijn en sneller/standvastiger medicatie opstarten bij 75-plussers. Voorgaande cardiovasculaire events bepalen dan meer dan zuivere cholesterolwaarden of een behandeling gestart wordt. Er moet tevens rekening gehouden worden dat statines niet interageren met de al aanwezige pathologieën van de patiënt.

> ***"In secundaire preventie daar hebben de medicaties hun plaats. Ik denk dat toch al bewezen is dat je zelfs met lage cholesterolwaarden, je toch nog bepaalde voordelen bekomt." (Arts 5)***
>
> ***"Als die een hartinfarct doet en die neemt nog zoiets niet, dan ga ik dat zeker opstarten. Als de cholesterol in dat geval niet onder controle is, dan toch verhogen om te optimaliseren, denk ik." (Arts 9)***

Algemeen wordt er binnen primaire preventie minder streng opgetreden dan bij secundaire preventie en wordt cholesterol medicatie niet zo snel opgestart. In deze setting zijn de cholesterolwaarden wél van tel, en wordt vooral ook gekeken naar cardiovasculaire risicofactoren zoals roken, overgewicht en familiale voorgeschiedenis. Hoe hoger het risico, hoe meer de huisarts geneigd is een behandeling bij hypercholesterolemie op te starten.

> ***"Goh bij primaire zal ik gewoon niet zo makkelijk starten. Daar ga ik inderdaad zeker niet zo makkelijke een statine geven, daar ga ik meer benadrukken van voeding en die dingen eerder ja." (Arts 3)***
>
> ***"Tis natuurlijk ook afhankelijk van wat die andere risicofactoren zijn he. Als dat iemand is die bv 215 heeft, die rookt ni en heeft geen AHT, dan denk ik dat je dat nog een beetje door de vingers kan zien." (Arts 5)***

Multi-morbiditeit bij 75-plussers wordt door enkele huisartsen naar voor geschoven als een belangrijke factor waar voortdurend rekening mee moet worden gehouden bij de aanpak van hypercholesterolemie. Geassocieerde diverse aandoeningen zoals kanker, ernstige COPD of

neurologische stoornissen (dementie, Parkinson, ..) zorgen ervoor dat huisartsen hypercholesterolemie minder strik medicamenteus behandelen. Vaak wordt de medicatie zelfs afgebouwd of gestopt. Het uitgangspunt hierbij is om de patiënt niet bijkomend te belasten met nevenwerkingen en polyfarmacie.

> ***"Of iemand dat dement aant worden is, of voor iets anders nog medicatie bij moet hebben en die vindt dat hem zoveel medicatie neemt. Daar gaan we dat toch ook bij stoppen." (Arts 7)***

> ***"Kankerpatiënten, euh of andere levensbedreigende ziekten, zware COPD,… euh Kankers. Ja, zwaar chronisch nierlijden of leverlijden of zoiets. In die gevallen dan stoppen we ermee e." (Arts 9)***

Een laatste aspect dat bij het patiëntenprofiel naar boven komt is het belang van de familiale voorgeschiedenis. Indien er sprake is van een cardiovasculaire problematiek in de familie, dan wordt het risico van de patiënt hoger ingeschat en zal cholesterol medicatie sneller gestart worden.

> ***"Plus ook, wat er soms ook meespeelt is familiale antecedenten. Als dat nu toch iemand is waar in de familie veel hartproblemen zijn of hartinfarcten of overbruggingen, dat je daar ook in je achterhoofd houdt om misschien toch iets voorzichtiger te zijn en iets rapper op te starten met statines." (Arts 7)***

Input

Tijdens de interviews kwam steeds terug dat patiënten veel mondiger geworden zijn ten opzichte van de huisarts. Men ervaart dit meer binnen het domein van de cholesterol omdat patiënten hier meer (al dan niet correcte) kennis van hebben. Die kennis van de patiënten wordt door de artsen toegeschreven aan beïnvloeding door derden. Dit betreft zowel de media (reclame, social media en Dr Google) als personen uit de directe omgeving van de patiënt (familie, lotgenoot bij de bakker/kapper,..). Huisartsen ervaren dit als een belemmerende factor om hun eigen mening door te duwen omdat patiënten deze 'real life' informatie hoge prioriteit geven.

> ***"Ze horen veel van andere mensen he, zoals bij de coiffeur iemand zegt 'ja kheb da pilleke genomen en heb er last van' of haar haar valt ervan uit. Zeker bij statines ze, want dat gaat rond ze bij de coiffeur: 'oei madammeke, u haar is wat dunner', 'ja kpak pilleke voor de cholesterol', 'oei oei, dat is daarvan ze'. Pas op, da gebeurt veel he, pas op he (lacht)." (Arts 5)***

> ***"Cholesterol dat is zo iets dat bij patiënten echt in hun oren zit e. Dat kennen ze, als je zegt we gaan dat laten vallen dat ze dat toch niet zo leuk soms vinden omdat de cholesterol dat is zo'n waarde dat vele kennen e en teveel aandacht aan besteden." (Arts 7)***

De meer uitgesproken mening van de patiënt omtrent hypercholesterolemie zorgt voor een onderverdeling in twee groepen. Enerzijds zijn er patiënten die enige vorm van medicatie weigeren. Redenen hiervoor zijn voornamelijk een toegenomen aversie voor medicatie, angst voor nevenwerkingen en beperken van het aantal pillen die ingenomen moeten worden. Anderzijds beschrijft men een meerderheid van patiënten die veel belang hechten aan hun cholesterolwaarde en deze dan ook zeer stipt opvolgen en eventueel willen behandelen.

> ***"Of dat ze het niet meer aan kunnen dat ze zoveel medicatie nemen, dat is ook nog een ander aspect. Een aantal zeggen, weet gij dat ik 's morgens 5 pillekes neem, en … enzovoort." (Arts 6)***

> ***"Een cholesterol van 230 en de patiënt zegt: "Jama, dat is toch echt hoog e, kzou er graag toch iets voor hebben ze." (Arts 8)***

Hypercholesterolemie is een pathologie waar overleg/debat aanwezig kan zijn en waar de huisartsen steeds een consensus tracht te vinden met de patiënt indien er afwijkende meningen zijn. Open en duidelijk zijn in zijn communicatie staat volledig centraal bij de arts om dit te bereiken. Taalgebruik op niveau van de patiënt en betrekken van de familie zijn hier belangrijke pijlers. Echter, de mening van de patiënt blijft frequent doorslaggevend binnen het arts-patiënt overleg inzake hypercholesterolemie. De huisartsen volgen hun patiënt enerzijds uit vrees voor een verstoring van de arts-patiënt relatie, en anderzijds om slechte therapietrouw op voorhand te vermijden. Een goede relatie met de patiënt leidt wel tot goede afspraken omtrent opvolging en herevaluatie van het beleid.

> ***"Nu ja, zoals in ieder vrij land, als de patiënt zegt ja 'ik neem dat niet', dan heb je er weinig impact op, je kan dat iets forceren." (Arts 5)***

> ***"Dus dat vraagt wel een beetje medewerking van de patiënt, het is altijd in overleg dat we dat doen e. Door hen uitleg te geven en dat het voor hen persoonlijk misschien toch beter is om dat te stoppen en wat hem daar van vindt." (Arts 9)***

Medicatie

Bij 75-plussers geven huisartsen bij hypercholesterolemie de voorkeur aan bewaarde levenskwaliteit boven zuiver aanpakken van de cholesterolwaarden. Nevenwerkingen van cholesterol medicatie zijn dan ook een vaak voorkomende reden om het beleid aan te passen, ook al vernoemt de patiënt deze te weinig en is er onderschatting van de impact ervan. In de praktijk zijn vooral spierpijn, vermoeidheid en afwijkende bloedwaarden (levertesten, CK-waarde) oorzaak van verandering of zelfs stoppen medicamenteus beleid. Initieel zoekt men naar een geneesmiddel met minder nevenwerkingen, maar bij persisterende functie-beperkende klachten wordt hypercholesterolemie niet verder medicamenteus behandeld. We zien verschillen tussen huisartsen in hun initiële toediening van statines, gaande van rustige opbouw met een lage dosis simvastatine, tot een agressieve opstart met hogere dosissen atorvastatine.

> ***"Maar dat geeft veel, ik merk wel dat die statines veel bijwerkingen geven. Dat is dikwijls ook iets waar dat we naar kijken, zeker bij oudere mensen is levenskwaliteit belangrijk. Als die daar heel de tijd met beenkrampen in hun zetel liggen, jah, dan is het een beetje afwegen hé." (Arts 10)***

> ***"Omdat ja die statines, ze geven toch wel wat nevenwerkingen he, moet je toch niet onderschatten ze. Er worden er veel niet vermeld door de patiënten, maar als je het is gaat navragen dan verschiet ge er toch van." (Arts 5)***

Multi-morbiditeit brengt vaak veel medicatie met zich mee en die polyfarmacie bij 75-plussers heeft ook zijn impact op het cholesterol beleid van de huisarts. Zo moet er rekening gehouden worden met interacties en versterking van nevenwerkingen tussen de verschillende medicaties. Indien er volgens de arts een duidelijke indicatie is om statines op te starten, dan heeft het aantal pillen dat de patiënt neemt daar weinig invloed op.

> ***"Als ik vind dat ie het nodig heeft, dan ga ik het opstarten. Ik denk niet dat of die nu veel medicatie inneemt of niet, als ik vind dat het nodig is, dan ga ik het opstarten." (Arts 3)***

Doch, blijkt tijdens de interviews dat er een soort hiërarchie bestaat binnen de geneesmiddelen. Huisartsen zetten bepaalde medicaties (bloeddruk) hoog op de ladder en gaan die moeilijker stoppen of afbouwen bij polyfarmacie. Statines staan echter consistent lager op diezelfde ladder. Hierdoor worden statines sneller gestopt of niet opgestart bij polyfarmacie, zeker indien de indicatie bij een 75-plusser niet overtuigend is. In de kantlijn hiervan is er duidelijke trend dat medicatielijsten steeds herbekeken worden en benzodiazepines de eerste medicatie is die men tracht af te bouwen bij polyfarmacie.

"Allee minimaal e, minimaal denk ik dat dat belangrijk is. Enkel het belangrijkste te geven. En die cholesterolremmers, ik denk niet dat die zo primordiaal zijn op die leeftijd niet meer ook niet e." (Arts 9)

"Ik zou eerder de cholesterolmedicatie stoppen dan de bloeddrukmedicatie." (Arts 10)

Richtlijnen

Sommige huisartsen meenden de richtlijnen omtrent hypercholesterolemie bij 75-plussers vrij correct toe te toepassen in de praktijk. Hierbij maken ze vooral gebruik van de Belgische Domus Medica richtlijn 'cardiovasculaire preventie' met zijn stappenplan en tabellen. Het laat hen toe om hun beslissing niet enkel te baseren op cholesterol, maar op de beschreven cardiovasculaire risicofactoren. Dit helpt om keuzes naar patiënten toe duidelijker over te brengen.

"Nu ge kijkt via die SCORE-tabel, naar verschillende dingen e. Daar houden ze rekening met roken, daar houden ze rekening met diabetes, daar houden ze rekening met man – vrouw, euhm, met de bloeddruk. Dus, dus dan zit ge al een beetje in het geheel aan het denken e!" (Arts 7)

Bij alle huisartsen echter leeft het gevoel dat er teveel onduidelijkheid heerst binnen de leeftijdscategorie van de 75-plussers. Sommigen lezen de richtlijnen omtrent hypercholesterolemie nog zelden omdat deze volgens hen zo vaak wisselen dat er nog maar weinig houvast geboden wordt in het beslissingsproces. Hét grootste probleem dat aangehaald wordt, is een gebrek aan evidentie bij de patiënt boven de 75 jaar. De meeste richtlijnen zijn volgens de artsen gericht op een populatie tot 65-70jaar, maar nadien tasten ze in het ijle. Een deel trekt de richtlijnen van jongere leeftijden door naar de 75-plussers, vooral bij gebrek aan beter. Een ander deel baseert zich daarnaast op wat ze lezen in literatuur of horen op bijscholingen. De nood aan eenduidige richtlijnen en evidence-based informatie omtrent hypercholesterolemie bij 75-plussers zal enkel nog toenemen door de vergrijzing volgens de huisartsen. Al wordt opgemerkt dat dit niet eenvoudig zal zijn aangezien ouderen zeer divers zijn qua profiel, waardoor iedere patiënt anders is.

(lacht) "Ja sorry, ik weet zelfs niet of er wel richtlijnen zijn bij 75-plussers." (Arts 3)

"We hebben geen richtlijnen e bij die ouderen. Ik doe zoals bij ne 60 jarige he, kweet wel dat dat niet tzelfde is.." (Arts 9)

"Ik vind dat het wel interessant zou zijn, kzeg niet dat ik er mij 100% aan zou houden (lacht), maar ik zou dat wel interessant vinden om te weten van 'wat stellen ze voor inderdaad?' bij 75-plussers of ouder." (Arts 3)

Meting en doelstelling

Huisartsen vinden cholesterol in vergelijking met andere risicofactoren beter te objectiveren met behulp van bloednames. Drempelwaarden waarop een zuivere hypercholesterolemie medicamenteus behandeld wordt, verschillen tussen de huisartsen onderling met variatie tussen de 250 en 350. Eensgezindheid bestond erin dat de initiële cholesterolwaarde waarop gestart wordt met de behandeling belangrijk is voor het latere beleid. Dit vooral in het kader van polyfarmacie, nevenwerkingen en genormaliseerde waarden.

"Als die 355 had, dan kan je er vanuit gaan dat als die stopt dat hij terug.. Maar als die ooit gestart is met een vroegere waarde van 200-215, dan kunde zeggen van, oke, als we iets laten vallen dan gaan we efkes proberen zonder. Onthouden waarmee ge begonnen zijt hé!" (lacht) (Arts 5)

De doelstelling van een medicamenteuze behandeling bij hypercholesterolemie is bij alle huisartsen gelijkaardig binnen de categorie van de 75-plussers. Voorkomen van events zoals hartinfarct en cerebrovasculaire accident zijn dé reden waarom verhoogd cholesterol aangepakt wordt bij een 75-plusser. Anderzijds waakt de arts er voortdurend over dat de huidige levenskwaliteit van de patiënt niet verslechterd door de medicamenteuze behandeling. Indien dit wel het geval is, is dit vaak een reden om minder streng op te treden bij hypercholesterolemie of behandelingen af te bouwen.

> ***"Ik denk dat ik het opstart niet zozeer om het cijfer naar beneden te krijgen maar om mogelijke gevolgen zoals CVA en vaatziekten te mijden, eum, ik denk dak daarvoor toch opstart." (Arts 3)***

> ***"Je kunt bourgondiërs hebben, die naar niets zien, die zeggen "ik leef liever goed, dan een paar jaar minder'. Dat is het belangrijkste voor de patiënt, en eigenlijk ook voor de arts." (Arts 10)***

DISCUSSIE

I. Samenvatting

De Vlaamse huisarts bepaalt het hypercholesterolemie-beleid bij 75-plussers door rekening te houden met alle patiëntkarakteristieken, waaronder frailty en multi-morbiditeit. Daarnaast is polyfarmacie met bijhorende nevenwerkingen, interacties en verstoord patiëntencomfort een beïnvloedende factor om statines wel of niet op te starten. Huisartsen verwijzen ook naar de toegenomen input van 75-plussers omtrent cholesterol behandeling, door zelf vergaarde kennis en persoonlijke voorkeuren inzake hun behandeling. Algemeen treden huisartsen bij hypercholesterolemie minder streng op bij primaire dan bij secundaire preventie. Echter, huisartsen voelen zich wat betreft 75-plussers onvoldoende ondersteund bij het nemen van beslissingen. Unaniem wordt hierbij verwezen naar een gebrek aan evidence-based richtlijnen inzake hypercholesterolemie bij oudere patiënten.

II. Toetsing aan de literatuur

Huisartsen houden vooral rekening met de biologische in plaats van de chronologische leeftijd van 75-plussers. [11] Door grote diversiteit tussen ouderen wordt bij het hypercholesterolemie-beleid rekening gehouden met de persoonlijke karakteristieken van de patiënt. [12] Frailty en multi-morbiditeit worden binnen het huidige onderzoek als bepalend naar voor geschoven. Bij toenemende frailty stellen huisartsen zich meer terughoudend op en zal cholesterolmedicatie veeleer beperkt worden. Jansen et al toonden gelijkaardige bevindingen waarbij huisartsen fragiele patiënten minder agressief met statines behandelen. [3] Echter, de invulling van de term frailty blijkt ook voor Vlaamse huisartsen niet eenvoudig. [11,13,14,15]
Volgens Jansen et al vinden huisartsen dat hypercholesterolemie bij 75-plussers met multi-morbiditeit minder belang en aanpak vereist. [3] Dit is in overeenstemming met onze bevindingen waar de huisarts, bij aanwezigheid van multi-morbiditeit, de belasting voor de patiënt niet nog groter wil laten worden. Cholesterol medicatie wordt in deze setting dan ook kordater afgebouwd of gestopt. Daarnaast toont Van peet et al dat huisartsen de 75-plussers binnen secundaire preventie meer centraal plaatsen en levenskwaliteit laten primeren boven behandelen van hypercholesterolemie. [27] Dit onderzoek geeft echter weer dat huisartsen hypercholesterolemie binnen secundaire preventie strikter en standvastiger gaan behandelen. Dit om het cardiovasculaire risico niet te laten toenemen.

Huisartsen in het huidige onderzoek bevestigen dat polyfarmacie bij 75-plussers sterk aanwezig is. [3,16,17] De huisartsen verwijzen tevens naar een grotere impact van nevenwerkingen bij statinegebruik bij 75-plussers. Eerdere studies gaven ook weer dat dit bij ouderen vaak een factor is

om het beleid aan te passen. [4, 17, 18] Eveneens bleek tijdens ons onderzoek dat statines laag op de hiërarchische ladder staan, waarbij ze sneller dan andere medicatie gestopt worden. [3,17] Dit om polyfarmacie en QoL bij de 75-plusser te verbeteren. [3]
Belangrijk aspect dat naar boven kwam tijdens ons onderzoek was dat 75-plussers steeds mondiger worden. In overeenstemming met voorgaande studies blijkt dat de 75-plusser andere waarden geeft aan verscheidene medicaties. Hierbij wensen ze vaak cholesterol medicatie af te bouwen of te stoppen, waarbij de huisarts deze wens veelal volgt. [3,7, 18, 19] Echter, bleek er bij de Vlaamse huisartsen toch een grote groep 75-plussers te zijn die veel belang hechten aan cholesterol door externe invloeden (Internet, reclame, derden). Ook hier bleek de huisarts sneller medicatie op te starten dan normaal indien de patiënt een uitdrukkelijke wens had dit te doen. De invloed van de patiënt op het cholesterol-beleid is dan ook niet te verwaarlozen. [5,18,20,21,32]
Een prominent probleem dat bij alle geïnterviewde huisartsen naar voor kwam, was het gebrek aan specifieke richtlijnen voor de groep van 75-plussers, gelijkaardig aan voorgaande studies en onderzoek. [4,6,12,17,23] Europese en Amerikaanse cardiovasculaire richtlijnen ondersteunen de stelling dat meer evidentie binnen de oudste ouderen noodzakelijk is. [24,25] Huisartsen baseren zich op dit moment veelal op risicoscores, ook al geven deze een vertekend beeld boven de leeftijd van 75 jaar. [20,22]

III. Implicatie voor dagelijkse praktijk en toekomstig onderzoek

Uit onze resultaten blijkt dat er voor het hypercholesterolemie-beleid bij 75-plussers nog ruimte voor verbetering en ondersteuning mogelijk is. Vooreerst wordt frailty bij 75-plussers vaak aangehaald in de beslissing tot medicamenteus beleid bij hypercholesterolemie. Iedere arts had echter een eigen vage invulling van dit begrip. Het is echter gebleken dat frailty mogelijks een bruikbaar instrument is om het medicamenteus beleid bij ouderen beter te kunnen sturen. [11,13,14,15] Daarom lijkt het voor de praktijk nuttig om frailty of kwetsbaarheid bij 75-plussers op te sporen en in te schatten. Informeren en standaardiseren van de term frailty kan huisartsen een eenduidig screeningssysteem aanbieden, dewelke accurate prognostische info oplevert om het hypercholesterolemie-beleid bij de 75-plusser te verbeteren. [13,26]
Binnen dit onderzoek blijkt dat multi-morbiditeit bij 75-plussers voor een minder strikt beleid en snellere afbouw van statines zorgt. Multi-morbiditeit wordt door de artsen ingevuld als aanwezigheid van meerdere pathologieën van diverse aard (Kanker, astma/COPD, dementie,…). Gelijkaardig toonde recent kwalitatief onderzoek dat bij toenemend aantal pathologieën het belang van hypercholesterolemie afzwakte en net minder behandeld werd. [3,27] Huisartsen hebben in deze setting oog voor de patiënt. Er wordt getracht de patiënt zoveel mogelijk te ontlasten van bijkomende medicatie en de levenskwaliteit te vrijwaren. Een andere visie is aanwezig binnen de cardiovasculaire preventie. Vlaamse huisartsen hanteren binnen secundaire preventie nog vaak een ziekte-gerichte aanpak. Iedere aandoening wordt afzonderlijk behandeld met als doel het algemeen risico in te perken. Bij afwezigheid van andere pathologieën schat men het risico lager in. De voorkeur van 75-plussers met cardiovasculaire morbiditeit ligt vooral op het bewaren van kwaliteit van leven (QoL) en niet zozeer op het voorkomen van cardiovasculaire eindpunten. [27,28] Voor een optimaal cholesterol beleid zou een patiënt-gerichte in plaats van ziekte-gerichte aanpak, binnen zowel primaire als secundaire preventie, meer op zijn plaats zijn. Er wordt meer gekeken naar het geheel en voorkeuren van de patiënt, wat prioritair is bij onze oudste ouderen.
Aansluitend bij een patiënt-gerichte aanpak, zien onze huisartsen een communicatief sterker wordende patiënt. Vooral inzake cholesterol ervaren artsen een bepaalde voorkennis bij patiënten, vergaard door derden (familie, vrienden en media). Bij 75-plussers is de communicatie bovendien ook meer gebaseerd op eigen waarden en normen. Het belang dat gehecht wordt aan medicatie en de

werking ervan verschuift. [7,18,27] Dit heeft als gevolg dat een overleg omtrent statine gebruik in de praktijk vaak moeilijk en intensief is. De mening van de huisarts stemt namelijk niet altijd overeen met de overtuigingen van zijn patiënt. De keuze van de patiënt is veelal doorslaggevend, vooral om slechte therapietrouw te voorkomen. Een goede arts-patiënt relatie is belangrijk om een heldere en overtuigende boodschap over te brengen en duidelijke afspraken omtrent opvolging te maken. Een optimale 'driepoot'-communicatie (arts-patiënt-familie) is een belangrijke voorwaarde om dit te bewerkstelligen. [27,29,30,32] Het is noodzakelijk huisartsen tools aan te reiken om zich in deze communicatie verder te blijven onderrichten.
Een goede communicatie is ook noodzakelijk om polyfarmacie bij ouderen aan te pakken. De huisartsen verlangen ernaar medicatie af te bouwen bij 75-plussers met polyfarmacie. Maar tools om niet correct voorgeschreven medicatie op te sporen worden weinig gebruikt. [17] De huisartsen dienen de huidige start/stop criteria beter te implementeren in de praktijk. Hierdoor kan het teveel aan medicatie bij 75-plussers aangepakt worden.
De huidige studie bevestigt dat de huidige richtlijnen omtrent hypercholesterolemie onvoldoende aangepast zijn aan 75-plussers met multi-morbiditeit. [20,23,28,31] Studies includeren zelden 75-plussers of ze verkeren in goede gezondheid, wat een vertekend beeld van de realiteit geeft. In de praktijk moeten huisartsen richtlijnen van andere leeftijdscategorieën extrapoleren naar de groep van 75-plussers. Het gevolg is dat artsen weinig kennis hebben inzake nevenwerkingen en effectiviteit van statines bij 75-plussers. Dit bemoeilijkt het al intensieve overleg over statines met de patiënt omdat te weinig objectieve argumenten aangehaald kunnen worden. Er is noodzaak tot uitgebreide research bij 75-plussers met multi-morbiditeit om evidence-based informatie te vergaren inzake behandeling van hypercholesterolemie. Op maat gemaakte eenduidige richtlijnen voor 75-plussers kunnen beslissingen in de praktijk dan beter ondersteunen.

IV. Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Een van de sterktes van dit onderzoek bevindt zich in het gebruik van de QUAGOL methode voor onze data-analyse. Deze gebeurde op gestructureerde wijze met meermaals herlezen van de interviews en intensief overleg tussen de onderzoekers om de kern uit ieder interview te halen nog voor de eigenlijke codering. Daarnaast wensten slechts vier van de vijftien gecontacteerde huisartsen niet deel te nemen aan dit onderzoek, een hoog respons percentage. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de onderzoekers collega-huisartsen zijn, waardoor de drempel om deel te nemen lager was. Er werd geprobeerd een representatieve populatie samen te stellen met variatie in geslacht, leeftijd, ervaring en praktijkvorm. Een eventuele zwakte is de beperkte ervaring van de onderzoekers inzake kwalitatief onderzoek. Voorafgaand aan het onderzoek werden de onderzoekers opgeleid in semi-gestructureerde interview technieken en kwalitatief data onderzoek.

V. Conclusie

Huisartsen vertonen een grote heterogeniteit in het nemen van beslissingen omtrent hypercholesterolemie bij 75-plussers. Ze baseren zich hierbij voornamelijk op de algemene conditie en zelfredzaamheid van de patiënt. De artsen ervaren een toegenomen morbiditeit en medicatiegebruik bij 75-plussers, waar continu rekening mee moet gehouden worden bij het aanpassen van het cholesterol beleid. Communicatie met een steeds mondiger wordende patiënt, wordt hierbij als intensief en bepalend beschouwd. De beslissingsondersteuning van huisartsen bestaat uit richtlijnen die niet aangepast zijn aan 75-plussers met multi-morbiditeit. Bijkomend onderzoek is noodzakelijk om richtlijnen te creëren die evidentie bieden inzake de medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie bij 75-plussers.

REFERENTIELIJST

[1] Roberfroid D, Dubois C, Vrijens F. Statines in België: Evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid. KCE rapport. 2010

[2] Dalleur O, Boland B, De Groot. 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.

[3] Jansen J, McKinn S, Bonner C. General Practitioners' decision making about primary prevention of cardiovascular disease in older adults: A qualitative study. PLoS One. 2017 jan 13; 12(1)

[4] Noaman S, Ibrahim JE, Grenfell R. Prescribing statins for cardiovascular disease prevention in the old: an absence of evidence and an absence of guidelines. Heart, lung and circ. 2014 jul; 23, 619-624.

[5] 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.

[6] Jansen J, McKinn S, Bonner C. Systematic review of clinical practice guidelines recommendations about primary cardiovascular disease prevention for older adults. BMC Fam Pract. 2015 Aug 20; 16.

[7] Todd A, Holmes H, Pearson S. 'I don't think I'd be frightened if the statins went': a phenomenological qualitative study exploring medicines use in palliative care patients, carers and healthcare professionals. BMC Palliat Care. 2016 Jan 29; 15:13.

[8] Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. Br J Gen Pract. 2003; 53(494):684-689.

[9] 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 2007:349-357.

[10] Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012:360-371.

[11] 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.

[12] Savarese G, Gotto AM, Paolillo S. Benefits of statins in elderly subects without established cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2013 Dec 3; 62(22):2090-9.

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

[14] Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA. A standard procedure for creating a frailty index. BMC Geritr. 2008 Sep 30; 8:24.

[15] Rockwood K, Blodgett JM, Theou O. A frailty index based on deficit accumulation quantifies mortality risk in humans and in mice. Sci Rep. 2017 Feb 21; 7:43068.

[16] Gnjidic D, Hilmer S, Blyth F. Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicins were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol. 2012 Sep; 65(9): 989-95.

[17] Anthierens S, Tansens A, Petrovic M. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. BMC Fam Pract. 2010 sep 15; 11:65.

[18] Fried T, Tinetti M, Towle V. Effects of benefits and harms on older persons' willingnessto take medication for primary cardiovascular prevention. Arch Intern Med. 2011 May 23; 171(10):923-8.

[19] Kutner J, Blatchford P, Taylor D. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: A randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2015 May; 175(5):691-700.

[20] Noaman S, Ibrahim JE, Grenfell R. Prescribing statins for cardiovascular disease prevention in the old: An absence of evidence and an absence of guidelines. Heart Lung Circ. 2014 Jul; 23(7): 619-24.

[21] Tarn DM, Heritage J, Paterniti DA. Physician communication when prescribing new medications. Arch Intern Med. 2006; 166(17):1855–62.

[22] Boland B, Christiaens T, Goderis G. Domus medica richtlijn: Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu. 2007; 36(7).

[23] 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 Ageing. 2010 Nov; 39(6):674-80.

[24] Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein A. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. Circulation. 2014 Jun 24; 129:S1-45.

[25] Piepoli M, Hoes A, Agewall S. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Int J Behav Med. 2017 Jun; 24(3):321-419.

[26] Taneja, S, Mitnitski, A, Rockwood, K. Dynamical network model for age-related health deficits and mortality. Phys Rev. 2016;E. 93.

[27] Van Geet P, Drewes Y, Gussekloo J. GPs' perspectives on secundary cardiovascular prevention in older age: A focus group study in The Netherlands. Br J Gen Pract. 2015 Nov; 65(640):739-47.

[28] Mutasingwa DR, Ge H, Upshur RE. How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? Can Fam Physician. 2011 Jul; 57(7):253-62.

[29] Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S. Physician-patient-companon communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. Patient Educ Couns. 2013 Apr; 91(1):3-13.

[30] Fried TR, McGraw S, Agostini JV. Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making. J Am Geriatr Soc. 2008; 56:1839–1844.

[31] Bruckert E, Lièvre M, Giral P. Short-term efficacy and safety of extended release fluvastatin in a large cohort of elderly patients. AmJ Geriatr Cardiol. 2003; 12:225-31.

[32] Bonner C, Jansen J, McKinn S. How do general practitioners and patients make decisions about cardiovascular disease risk? Health Psychol. 2015; 34(3): 253±261.

Tabel 1: *Karakteristieken deelnemende artsen*

ARTS (nummer)	Geslacht (M/V)	Leeftijd (Jaren)	Praktijkervaring (Jaren)	Praktijkvorm (# artsen)	Regio (Provincie)
1	**M**	**64**	**38**	**Groep**	**Vlaams-Brabant**
2	**M**	**58**	**31**	**Solo**	**Vlaams-Brabant**
3	**V**	**46**	**19**	**Groep**	**Vlaams-Brabant**
4	**V**	**34**	**8**	**Duo**	**Brussel**
5	**M**	**55**	**29**	**Solo**	**Vlaams-Brabant**
6	**V**	**65**	**40**	**Solo**	**Vlaams-Brabant**
7	**V**	**57**	**33**	**Duo**	**Vlaams-Brabant**
8	**V**	**60**	**35**	**WGC**	**Vlaams-Brabant**
9	**M**	**65**	**40**	**Duo**	**Antwerpen**
10	**V**	**37**	**7**	**Duo**	**Antwerpen**
Proef	**V**	**28**	**1**	**Groep**	**Vlaams-Brabant**

Tabel 2: *Thematische matrix resultaten*

Domein	Subdomein	Invloed cholesterol beleid	Reden
Patiëntenprofiel	Leeftijd	Absolute leeftijd speelt steeds kleinere rol.	Algemene conditie belangrijker dan biologische leeftijd.
	Frailty	• Minderheid: geen invloed • Meerderheid: Terughoudend bij toegenomen frailty	• Cardiovasculaire eindpunten primeren • Extra belasting vermijden
	Levensverwachting	Stoppen medicatie bij beperkte levensverwachting	Minder belasten patiënt
	Multi-morbiditeit	Minder strikt en afbouwend medicamenteus beleid	• Minder belasten patiënt • Bewaren levenskwaliteit
Preventie	Primair	Minder streng beleid	
	Secundair	Streng en standvastig medicamenteus beleid	Cardiovasculair risico verlagen
Input	Patiënt	Mening van patiënt is doorslaggevend tijdens arts-patiënt overleg	• Bewaren arts-patiënt relatie • Vermijden slechte therapietrouw
Medicatie	Nevenwerkingen	• Switchen medicatie • Stoppen medicatie	Levenskwaliteit van patiënt vrijwaren
	Polyfarmacie	Statines sneller afgebouwd of gestopt	Andere medicaties primeren
Evidence based Medicine	Richtlijnen	Weinig invloed bij 75-plussers	• Richtlijnen onduidelijk • Weinig evidentie bij 75-plussers
Doelstelling	Cardiovasculair	Strenger beleid	Vermijden cardiovasculaire events
	Levenskwaliteit	Minder streng beleid	• Geen nevenwerkingen • Ontlasten patiënt

Appendix 1: *COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) checklist [9]*

	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 §3.9
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	p11 §2.8
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 §2.8
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	p4 §2.1
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 §3.6
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 §3.10
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 §3.6-8
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 §2.4
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	p4 §1.3
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	/
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	p4 §1.4
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Tabel 2
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	p4 §1.6
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	p4 §1.4
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	/
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/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?	p4 §1.5
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	p §1.5

Appendix 2: *Goedkeuring ethische commissie (28/03/2017)*

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De interpretatie van huisartsen van cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen (>75jaar) en uitstippelen van het beleid in de praktijk. Een kwalitatieve studie." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "De interpretatie van huisartsen van cardiovasculaire risicofactoren bij ouderen (>75jaar) en uitstippelen van het beleid in de praktijk. Een kwalitatieve studie." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Appendix 3 : 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