

# EN PILLETJE MINDER?



OPTIMALISEREN VAN CARDIOVASCULAIRE PREVENTIE

Hosts:

RASMOND VAN DRIEL



KARLIJN KWINT

WE HEB  
VANDAAG  
EEN LEU  
WAAR KE  
PRAKTIJK  
VERBOND

WAAR ZOU  
JE WILLEN ZIJN?



LE

35

B

VOOR  
VERPLE  
KUNDI

Kennisinfrastructuur Langdurige  
Zorg



## GOED ADVIES OVER STOPPEN OF STARTEN MET MEDICATIE BIJ OUDEREN ONTBREEKT

Als zorgmedewerker weet je dat veel ouderen medicatie gebruiken om hart- en vaatziekten te voorkomen. Misschien heb je je ook weleens afgevraagd of die medicatie wel zinvol is als een cliënt meerdere gezondheidsproblemen heeft.

Wat zijn dan je afwegingen?

Het Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH) doet onderzoek naar cardiovasculaire preventieve medicatie. Tijdens deze editie van de Vilans-congressenreeks Zoek het uit! nemen ze ons mee in dit belangrijke thema.

Van de 85-plussers heeft meer dan 50 procent te maken met hart- en vaatziekten, vertelt Rosalinde Poortvliet, huisarts en senior onderzoeker bij het LUMC. "In het verpleeghuis gebruikt 19 procent cholesterolverlagers, 32,6 procent trombocytenuitremmers en 54 procent bloeddrukverlagers. Bewoners krijgen die medicijnen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen."

**Ouderen hebben een hoog absoluut risico op hart- en vaatziekten, ongeacht**

## de andere risico's




### Zelf risico's berekenen

Uit onderzoek weten we dat bijvoorbeeld leeftijd, roken, overgewicht, weinig beweging en familiale belasting risicofactoren zijn. Zorgprofessionals kunnen de Elderly Risk Calculator gebruiken om het risico te berekenen. Zo weten we dat het geschatte tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten bij een vrouw van 85 jaar zonder hart- en vaatziekten en een systolische bloeddruk van 180 mmHg bijvoorbeeld 24 procent is.



ONGEACHT HUN RISICOPROFIEL HEBBEN OUDEREN EEN HOOG RISICO OP HART- EN VAATZIEKTEN




1. GERINGE GESCHATTE LEVENSV ERWACHTING


2. SPIERPYN BIJ NIET-KWETSBAAR & KWETSBAAR

Wanneer wordt (zonder meer) geadviseerd om te stoppen?

Maar hoe definiëer je dat?

Wat wordt er geadviseerd?

NIET-KWETSBAAR	KWETSBAAR
STREEF NAAR <150 mmHg 	STREEF VOORZICHTIG NAAR <150 mmHg 



“Ouderen hebben een hoog absoluut risico op hart- en vaatziekten, ongeacht de andere risico’s”, zegt Poortvliet. “Toch is ook bij hen medicatie niet altijd nodig. We moeten bijvoorbeeld rekening houden met hun levensverwachting, hun gezondheidstoestand, mogelijke bijwerkingen en hun eigen voorkeuren.”

Poortvliet laat zien dat internationale richtlijnen over dit onderwerp erg van elkaar verschillen en niet heel duidelijk zijn. “Bovendien is er nauwelijks advies over stoppen met medicatie en zijn er weinig grote studies naar ouderen boven de 85 jaar. Daarom is er verder onderzoek nodig naar dit onderwerp.”

Download: [Presentatie Rosalinde Poortvliet](#) [1]



# PANEL OORDEELT OVER GESCHIKTHEID STOPPEN OF STARTEN

Milly van der Ploeg, specialist ouderengeneeskunde in opleiding, promoveert in het LUMC op een onderzoek naar de geschiktheid van cardiovasculaire preventieve medicatie bij ouderen. Ze neemt ons mee door haar onderzoek.

Van der Ploeg gebruikte de RAND/UCLA-methode voor haar onderzoek. Dit is een methode die speciaal ontwikkeld is voor klinische problemen waarvoor randomised control trials niet beschikbaar zijn of onvoldoende details bieden om aan te sluiten op de praktijk.

In de RAND/UCLA-methode wordt het oordeel van een panel van zorgprofessionals, gecombineerd met het beschikbare bewijs. Het panel van Van der Ploeg kreeg honderden casussen voorgelegd en gaf een oordeel over de geschiktheid van een bepaald scenario: bijvoorbeeld starten of stoppen met medicatie bij een cliënt met kenmerk A, B en C. De professionals gingen hierover ook met elkaar in gesprek.

**Het interessante is dat stoppen met medicatie relatief vaak als onzeker werd**

## beoordeeld

### Stoppen is onzeker

“Het interessante is dat stoppen met medicatie relatief vaak als onzeker werd beoordeeld”, zegt Van der Ploeg. “Dat komt doordat hier weinig studies naar zijn gedaan.” Wanneer iemand geen hart- en vaatziekten had, vond het panel starten met medicatie bij ouderen met complexe gezondheidsproblemen in veel gevallen ongeschikt en stoppen relatief vaak geschikt.”



Wanneer iemand wel hart- en vaatziekten had, was de geschiktheid van starten en stoppen — volgens het oordeel van het panel — vooral afhankelijk van de gezondheid en de hoogte van de bloeddruk, bovendien bleven plaatjesremmers vrijwel altijd nodig. Bij blijvende hinderlijke bijwerkingen was het panel van mening dat de voordelen van cholesterolverlagers niet opwogen tegen de nadelen, en oordeelde het panel dat stoppen gepast was. Bij een levensverwachting minder dan een jaar oordeelde het panel ook dat cholesterolverlagers niet nodig zijn. Het panel benadrukte overigens wel dat de uiteindelijke beslissing afhankelijk is van de individuele context van de patiënt.

Van der Ploeg: “Samenvattend kun je zeggen dat voor verpleeghuisbewoners, die in de meeste gevallen zeer complexe gezondheidsproblemen en/of een

---

bepaalde levensverwachting hebben, cardiovasculaire preventieve medicatie vaak als ongeschikt werd beoordeeld. Uitzonderingen waren hierbij als de bloeddruk heel erg hoog was, of als plaatjesremmers gegeven werden i.v.m. eerdere hart- en vaatziekte”.

### **Nieuw instrument**

Met de resultaten van haar onderzoek wil Van der Ploeg een instrument ontwikkelen dat professionals kan ondersteunen bij besluitvorming over het al dan niet stoppen of starten van cardiovasculaire preventieve medicatie bij ouderen.

Download: [Presentatie Milly van der Ploeg](#) [2]



## MEVROUW CORNELISSEN ONDER DE LOEP

Hoe vertaal je nu de theorie die we vandaag bespreken naar de praktijk? We kijken mee in een breakoutroom waar twee ouderenverpleegkundigen de casus van mevrouw Cornelissen bespreken.

Bianca de Jong, specialist ouderengeneeskunde en promovenda bij het LUMC, introduceert deze casus. Mevrouw Cornelissen woont in een verpleeghuis en heeft een voorgeschiedenis van onder meer dementie, hypertensie en atriumfibrilleren. Ook is ze in de afgelopen twee maanden vijf keer gevallen. Ze krijgt behoorlijk wat medicijnen. En, ook niet onbelangrijk: haar zoon is internist en is nauw betrokken bij alle beslissingen.

De twee ouderenverpleegkundigen in de breakoutroom waar wij bij aanwezig zijn, zijn het erover eens dat er in de eerste plaats bloed geprikt moet worden. "Je wil in elk geval de nierfunctie weten, maar ook glucose", zegt de een. De ander: "Ja, ik denk dat we in elk geval alle CVRM-waarden moeten weten."

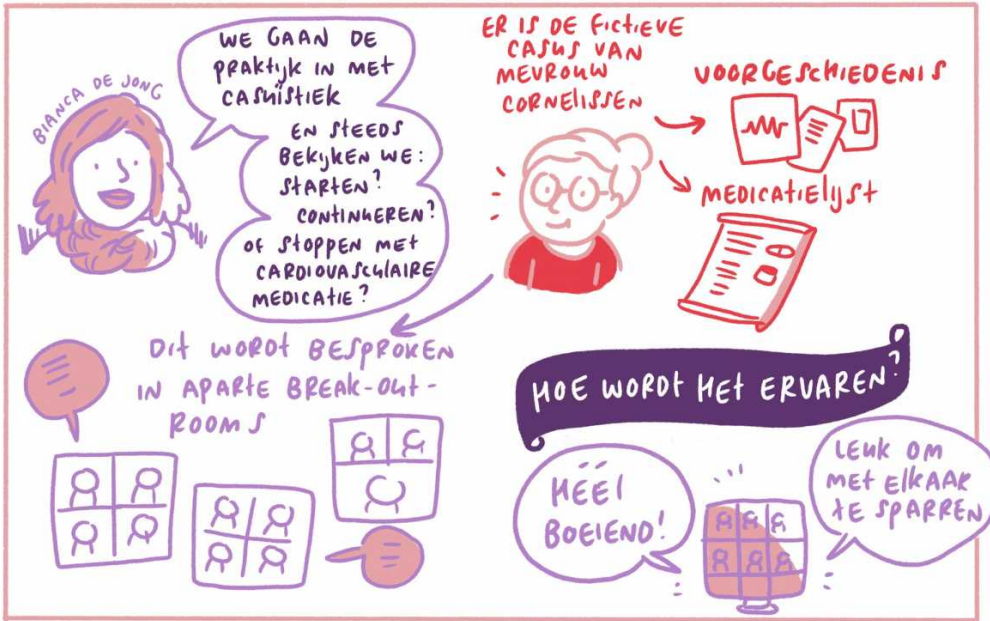
Met die resultaten kunnen ze betere beslissingen nemen over het verlagen van de medicatie. "Ze is vaak gevallen en heeft wel een lage bloeddruk voor haar leeftijd. Misschien moeten we de Metroprolol verlagen, met stappen van 50 milligram." "Volgens mij zijn we het heel erg eens en ik denk dat we dit ook goed kunnen uitleggen aan de zoon van mevrouw."

Download: [Casuïstiek Bianca de Jong](#) [3]



# EEN PILLETJE MINDER?

OPTIMALISEREN VAN CARDIOVASCULAIRE PREVENTIE





## ONBEGREPEN GEDRAG EN MEDICATIE

Wat zijn de effecten van antihypertensiva op onbegrepen gedrag bij dementie? Die vraag staat centraal in het promotieonderzoek van Jonathan Bogaerts, die is opgeleid als apotheker en arts.

“We weten dat een verminderde doorbloeding van de hersenen geassocieerd lijkt te zijn met zowel dementie als onbegrepen gedrag, ook wel neuropsychiatrische symptomen genoemd. En we weten ook dat er een snellere achteruitgang is bij kwetsbare ouderen met een lage bloeddruk”, vertelt Bogaerts over de aanleiding voor zijn onderzoek. “Tegelijkertijd worden kwetsbare ouderen met dementie bijna altijd uitgesloten van onderzoek over hoge bloeddruk en zijn er dus geen richtlijnen voor de optimale behandeling.”

Momenteel gebruikt meer dan 40 procent van bewoners op PG-afdelingen in verpleeghuizen medicijnen voor de behandeling van hypertensie en Bogaerts onderzoekt het effect daarvan op probleemgedrag.



### Medicatie afbouwen

Hij gebruikt daarvoor een controle- en een afbouwgroep. Die laatste groep bouwt in een periode van zes weken de medicatie af. Bij de start en na vier en acht maanden wordt er gemeten welke neuropsychiatrische symptomen een cliënt heeft en wat de kwaliteit van leven is.

Momenteel nemen 205 personen deel aan het onderzoek, zij vallen binnen de selectiecriteria en hun familie heeft toestemming gegeven. Over de resultaten kan Bogaerts nog weinig zeggen, zijn onderzoek lag door COVID enige tijd stil. "Jullie moeten nog geduld hebben tot de lente van 2022", zegt hij. Vilans zal deze resultaten dan uiteraard met jullie delen.

Download: [Presentatie Jonathan Bogaerts](#) [4]



**BEDANKT VOOR JULIE BIJDRAGEN**

**MAAR WE HEBBEN NOG 2 VRAGEN:**

**1 WAT GA JE DE VOLGENDE KEER ANDERS DOEN?**

BESPREKEN MET COLLEGA'S

INZICHTEN DELEN

BEWUSTER KIJKEN NAAR DE MEDICATIE

**2 WAT MEEFT DIT WEBINAR JOU OPGELEVERD?**

MEDICATIE IS OOK NIET ALLES

BEVESTIGING VAN MIJN VERMOEDENS

**TOT DE VOLGENDE KEER!**



