

handreiking

## Addendum CVRM over ouderen

Document	Addendum CVRM over ouderen
Auteur	Petra Dijkstra
Versiedatum	16 april 2020

## Inhoudsopgave

<b>Addendum CVRM over ouderen</b>	<b>3</b>
<b>Vaststellen kwetsbaarheid</b>	<b>3</b>
<b>Lipiden</b>	<b>3</b>
Niet-kwetsbare ouderen	3
Kwetsbare ouderen	3
<b>Bloeddruk</b>	<b>4</b>
Niet-kwetsbare ouderen	4
Kwetsbare ouderen	4
<b>Bijlage 1 – Groningen Frailty Indicator</b>	<b>5</b>
Link naar het volledige addendum	6
Bronvermelding	6



# Addendum CVRM over ouderen

Op initiatief van de Nederlandse Internisten Vereniging is het addendum CVRM over (kwetsbare) ouderen verschenen, waarin het onderzoek naar de effectiviteit van bloeddrukverlaging en cholesterolverlaging bij deze patiëntencategorie onder de loep is genomen.

## Effectiviteit medicatie bij ouderen

Bij personen zonder bekende hart- of vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze preventie effectief is steeds minder overtuigend naarmate personen ouder worden. Vooral voor kwetsbare ouderen is er weinig bewijs. Dit geldt vooral voor behandeling met statines, waarvan het gunstige effect op mortaliteit en morbiditeit door hart- en vaatziekten bij ouderen zonder hart- en vaatziekte als onzeker moet worden beschouwd. Voor antihypertensieve therapie is het bewijs voor effectiviteit sterker dan voor statines. Maar ook hier geldt dat ouderen grotendeels ontbraken in de grote klinische trials, zodat terughoudendheid is aangewezen.

## Gedeelde besluitvorming

Stoppen met preventieve medicatie is aangewezen bij bijwerkingen die als ernstig ervaren worden. In de overige gevallen moet per patiënt een afweging worden gemaakt, waarbij het vermijden van polyfarmacie en de wens van de patiënt belangrijke componenten zijn. Overweeg en bespreek met de patiënt of deelname aan de ketenzorg VRM een meerwaarde heeft voor de behandeling en of de patiënt gemotiveerd is om deel te nemen aan de ketenzorg. Richtlijnen voor de behandeling van enkelvoudige chronische ziekten of risico's zijn niet zonder meer van toepassing op oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. Voor veel ouderen is behoud van kwaliteit van leven of zelfstandig functioneren belangrijker dan het voorkomen van mortaliteit. Beslissingen over de behandeling zijn daarom afhankelijk van de individuele situatie en wensen van de patiënt. Gedeelde besluitvorming is daarom belangrijk.

## Vaststellen kwetsbaarheid

Om te kunnen wegen of een bepaalde behandeling zinvol is bij ouderen en om behandelingen af te stemmen op de mate van vitaliteit/kwetsbaarheid van de patiënt zouden de verwachte resterende levensverwachting, de time-to-benefit van een behandeling, bijwerkingen van een behandeling en de wensen van een patiënt in kaart gebracht moeten worden.

Voor het bepalen van de kwetsbaarheid kan gebruik worden gemaakt van de GFI (Groningen Frailty Indicator), zie bijlage. Bespreek met kwetsbare ouderen met geringe levensverwachting of starten of doorgaan met bloeddruk- of cholesterolverlagende behandeling nog wel gewenst is en of de baten nog wel opwegen tegen de bijwerkingen.

## Lipiden

### Niet-kwetsbare ouderen

#### Starten van lipidenverlagende medicatie

- Overweeg het geven van lipidenverlagende medicatie aan niet-kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten alleen bij een hooggeschat risico op een vasculair event, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van ernstige risicofactoren (zoals diabetes of een zeer hoog cholesterol (TC >8 mmol/L), een zeer hoge bloeddruk ( $\geq 180/110$  mmHg), en een voldoende hoog geschat resterende levensverwachting. Streef naar een LDL-C <2,6 mmol/l.
- Geef lipidenverlagende medicatie aan niet-kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten en streef naar een LDL-C <2,6 mmol/l. Evalueer de eventuele bijwerkingen nauwgezet. Switch naar een andere statine of verlaag de statinedosering en overweeg ezetimib toe te voegen bij het vermoeden van het ontstaan van bijwerkingen.

#### Stoppen van lipidenverlagende medicatie

- Stop alleen met lipidenverlagende medicatie bij onoverkomelijke bijwerkingen bij niet-kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten.

### Kwetsbare ouderen

#### Starten van lipidenverlagende medicatie

- Start niet met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen *zonder* hart- en vaatziekten.
- Overweeg het geven van lipidenverlagende medicatie aan kwetsbare ouderen na een (recent) vasculair event en met een voldoende hoog geschat resterende levensverwachting. Evalueer het optreden van bijwerkingen nauwgezet en waak voor myopathie, behoud van functie en kwaliteit van leven.



### Stoppen van lipidenverlagende medicatie

- Stop met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen *zonder* hart- en vaatziekten.
- Overweeg te stoppen met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen *met* hart- en vaatziekten, met name bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een geringe geschatte resterende levensverwachting.

## Bloeddruk

### Niet-kwetsbare ouderen

- Streef naar een systolische bloeddruk <150 mmHg bij niet-kwetsbare ouderen.
- Overweeg bij het verdragen en het niet optreden van bijwerkingen van de medicatie bij niet-kwetsbare ouderen de systolische bloeddruk nog verder te verlagen onder 140 mmHg. Monitor de bijwerkingen bij iedere controle.
- Pas de medicatie aan bij het optreden van bijwerkingen bij niet-kwetsbare ouderen door bijvoorbeeld het verlagen van de dosering, het switchen van medicatie of het stoppen van medicatie.

### Kwetsbare ouderen

- Streef naar een systolische bloeddruk <150 mmHg bij kwetsbare ouderen onder de voorwaarde van voorzichtig titreren.
- Stop met het verder intensiveren van bloeddrukverlagende behandeling en overweeg het verlagen van de dosering bij kwetsbare ouderen met een diastolische bloeddruk <70 mmHg ongeacht de hoogte van de systolische bloeddruk.
- Monitor het optreden van eventuele bijwerkingen bij kwetsbare ouderen.

	Niet-kwetsbare ouderen		Kwetsbare ouderen	
	Zonder HVZ	Met HVZ	Zonder HVZ	Met HVZ
<b>Lipidenverlagende medicatie</b>				
Starten	Overwegen, alleen bij hooggeschat risico op HVZ, bijvoorbeeld diabetes (TC >8 mmol/L of bloeddruk > 180/110 mmHg) en voldoende hooggeschat resterende levensverwachting	Aanbevolen, met evaluatie van bijwerkingen.	Starten wordt ontraden	Overweeg na (recent) vasculair event en met voldoende hoog geschat resterende levensverwachting. Evalueer de bijwerkingen en let op myopathie en behoud van functie en kwaliteit van leven.
Streefwaarde	LDL < 2,5 mmol/l	LDL < 2,5 mmol/l	nvt	Onbepaald
Stoppen	Alleen bij onoverkomelijke bijwerkingen	Alleen bij onoverkomelijke bijwerkingen	Stoppen wordt aanbevolen	Overweeg te stoppen bij bijwerking of gering geschatte resterende levensverwachting
<b>Bloeddrukverlagende medicatie</b>				
Starten	Zie NHG standaard CVRM	Zie NHG standaard CVRM	Zie NHG standaard CVRM	Zie NHG standaard CVRM
Streefwaarde	SBD < 150 mmHg Overweeg bij geen bijwerkingen SBD <140 mmHg		SBD < 150 mmHg, bij voorzichtig titreren Overweeg verlagen dosering bij DBD <70 mmHg, ongeacht hoogte SBD	
Stoppen	Ontraden, tenzij er hinderlijke bijwerkingen zijn.		Bij mogelijke bijwerkingen of bij gering geschatte resterende levensverwachting.	

# Bijlage 1 – Groningen Frailty Indicator

## GFI

(Groningen Frailty Indicator)

Deze vragen gaan over uw situatie van de afgelopen maand (eventueel...de situatie voordat u (acuut) ziek werd).

- |   |                              |   |      |   |
|---|------------------------------|---|------|---|
| 1. Kunt u geheel zelfstandig boodschappen doen?   | Ja                           | 0 | Nee  | 1 |
| 2. Kunt u geheel zelfstandig buitenshuis rondlopen (rondom huis of naar de burea)?  | Ja                           | 0 | Nee  | 1 |
| 3. Kunt u zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden?  | Ja                           | 0 | Nee  | 1 |
| 4. Kunt u geheel zelfstandig van en naar het toilet gaan?   | Ja                           | 0 | Nee  | 1 |
| <i>Met zelfstandig bedoelen we: zonder enige vorm van hulp van iemand. Gebruik maken van hulpmiddelen als stok, rollator, rolstoel, geldt als zelfstandig.</i>                |                              |   |      |   |
| 5. Als u een rapportcijfer zou moeten geven voor uw lichamelijke fitheid, waarbij een 1 staat voor heel slecht, en een 10 staat voor uitstekend, wat zou dit cijfer dan zijn? | .....<br>(0-6 = 1; 7-10 = 0) |   |      |   |
| 6. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht ziet?   | Ja                           | 1 | Nee  | 0 |
| 7. Ondervindt u problemen in het dagelijks leven doordat u slecht hoort?  | Ja                           | 1 | Nee  | 0 |
| 8. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde?  | Ja                           | 1 | Nee  | 0 |
| 9. Gebruikt u op dit moment 4 of meer verschillende soorten medicijnen?   | Ja                           | 1 | Nee  | 0 |
| 10. Heeft u klachten over uw geheugen?  | Ja                           | 1 | Soms | 0 |
| 11. Ervaart u wel eens een leegte om u heen?  | Ja                           | 1 | Soms | 1 |
| 12. Mist u wel eens mensen om u heen?   | Ja                           | 1 | Soms | 1 |
| 13. Voelt u zich wel eens in de steek gelaten?  | Ja                           | 1 | Soms | 1 |
| 14. Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?  | Ja                           | 1 | Soms | 1 |
| 15. Heeft u zich de laatste tijd nerveus of angstig gevoeld?  | Ja                           | 1 | Soms | 1 |

**Totaalscore:** .....

Scoring: nullen en enen optellen tot totaalscore van minimaal 0 en maximaal 15.  
Let op: de scoring van vraag 10 wijkt af.



## Link naar het volledige addendum

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair\\_risicomanagement\\_cvr/organisatie\\_van\\_zorg\\_bij\\_cvr/kwetsbare\\_ouderen\\_bij\\_cvr.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvr/organisatie_van_zorg_bij_cvr/kwetsbare_ouderen_bij_cvr.html)

## Bronvermelding

Bron: TPO/de Praktijk augustus 2018 Addendum CVRM bij ouderen, Dr. Tjerk Wiersma, Prof. Dr. Jako Burgers

Bron Groningen Frailty Indicator: Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van (2001). Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 41, special issue 1, 236-237.

