

TIJDSCHRIFT VOOR ouderen- geneeskunde

Themanummer: Cardiovasculaire problemen

In dit nummer o.a.:

Een nieuwe richtlijn Hartfalen,
winst?

De prevalentie van hartfalen in
verpleeghuizen: een systematisch
literatuuronderzoek

Palliatieve zorg voor patiënten
met chronisch hartfalen:
hard nodig!

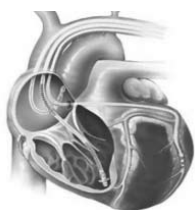
ICD en AED: wat kunnen wij
ermee!?

Inhoudsopgave

september 2010



143
Hartzeer
Amuse



150
De ICD, levenslijn of
struikelblok
Klinische les



152
Toegepaste
neurowetenschappen
Boekbespreking



168
Mieke Draijer
Woord voorzitter

- 126** Redactioneel:
Cardiovasculaire problematiek
- 127** Een nieuwe richtlijn Hartfalen, winst?
- 130** Gesignaleerd: Bètablokkers en COPD:
vijanden?
- 131** De prevalentie van hartfalen in
verpleeghuizen: een systematisch
literatuuronderzoek
- 137** 6 vragen aan ... Cardiovasculaire
problemen in het verpleeghuis
- 143** Amuse: Hartzeer
- 144** Palliatieve zorg voor patiënten met
chronisch hartfalen: hard nodig!
- 150** Klinische les:
De ICD, levenslijn of struikelblok
- 152** Boekbespreking: 4-delige omnibus
Toegepaste neurowetenschappen
- 153** Evidence-based case report: Orale
antistolling bij oudere patiënten en het
risico op intracraniale bloedingen
- 158** Hora Est: Cardiovascular risk
management in old age
- 159** Nieuwe orale antistollingsmiddelen,
winst of verlies?
- 162** ICD en AED: wat kunnen wij ermee?!
- 164** Congresverslag:
Impressie IPA-congres, Montréal,
Canada, september 2009
- 165** Bureau Verenso: Implicaties van
Evidence-based richtlijnontwikkeling
(EBRO) voor kwetsbare ouderen
- 167** Boekbespreking: Klinische neurologie
Palliatieve zorg
- 168** Woord van de voorzitter: Werken met
het hart!

Cardiovasculaire problematiek

Martin van Leen / Correspondentie: M.van.leen@avoord.nl

Specialisten ouderengeneeskunde worden dagelijks met cardiovasculaire problematiek geconfronteerd bij intra- en extramuraal cliënten. Door de beperkte wetenschappelijke onderbouwing worden specialisten ouderengeneeskunde steeds opnieuw in een dilemmapositie gebracht. Moeten richtlijnen en standaarden strikt worden opgevolgd of is er een goede reden om hiervan af te wijken?

In dit themanummer wordt getracht een aantal dilemma's aan de orde te stellen. Inmiddels is er een nieuwe richtlijn Hartfalen. Wat betekent dit voor de dagelijkse praktijk? Door middel van een artikel over de prevalentie van hartfalen in verpleeghuizen en één over de palliatieve zorg rond hartfalen wordt getracht het inzicht rondom hartfalen te verduidelijken.

Onlangs (december 2009) is, onder verantwoordelijkheid van de NHG, een herziene standaard Atriumfibrilleren beschikbaar gekomen. Standaard in het secundair preventiebeleid staat de rol van cumarinederivaten. Maar zijn deze wel veilig voor onze kwetsbare populatie cliënten? Of moeten we de medicatie omzetten in nieuwe therapeutische interventies? In twee artikelen over risico en alternatieven wordt getracht de ontwikkelingen in kaart te brengen.

De discussie over AED's, pacemakers en interne defibrillatoren is de laatste maanden ook in andere tijdschriften aan de orde geweest. Zijn dit soort hulpmiddelen een zegen voor onze cliënten of dienen we ons te beraden over de wenselijkheid? Helaas is de handreiking Reanimatie voor onze sector op het moment van het verschijnen van dit artikel nog niet gereed. Tevens zijn pas de eerste stappen rond het uitzetten van defibrillatoren en pacemakers in de

terminale fase gestart. Beide zijn grote ethische problemen die een degelijke discussie vereisen. In de klinische les wordt dit probleem geaccentueerd.

Primaire preventie van cardiovasculaire ziekten? Secundaire preventie ter voorkoming van recidief CVA/hartinfarct? Moeten we ook in het verpleeghuis of bij ouderen met complexe problematiek optimaal volgens huidige standaarden behandelen? Ik vermoed dat heel veel specialisten ouderengeneeskunde frequent met deze problematiek worden geconfronteerd. De internationale literatuur ondersteunt ons maar matig tot niet in de besluitvoering. Richtlijnen, gebaseerd op data van 'jongeren' worden geëxtrapoleerd. Kan dat wel? Mag dat wel? Met een aantal vragen aan specialisten werkzaam in de ouderenzorg wordt getracht een discussie op gang te brengen. Dit kan behulpzaam zijn bij de besluitvorming rond eventuele handreikingen vanuit Verenso. Het proefschrift besproken in de rubriek Hora Est sluit hier mooi bij aan.

Aangezien de ontwikkelingen rond revalidatie zeer actueel zijn, is er bewust gekozen om in deze aflevering aandacht te besteden aan de herziene versies van de boeken van Van Cranenburgh. Gelukkig is niet alles zwart-wit, zoals de Amuse ons weer toont.

Ik wens jullie een lezenswaardig themanummer toe.

Martin van Leen
Gast hoofdredacteur

Colofon

Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Dr. Wilco P. Achterberg
Drs. Elis A.M. Bardelmeijer
Drs. M.A. Boorsma
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Martin W.F. van Leen
Drs. Dika H.J. Luijendijk
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredacteur

Ria Appelman / Judith Heidstra

Redactiesecretariaat

Bureau Verenso, Judith Heidstra
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht

Reacties naar redactie@verenso.nl.
Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (voorheen Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde) verschijnt 6 keer per jaar. Voor Verenso-leden is het abonnement bij de contributie inbegrepen.

Voor informatie en adreswijzigingen

Verenso-leden: (030) 28 23 481. Niet-leden van de Verenso kunnen een betaald abonnement nemen via de uitgever.

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media; Het Spoor 2
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 38 38, fax: (030) 638 38 39

Abonnementen en adreswijzigingen

Klantservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 37 36, fax: (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg www.bsl.nl

Abonnement

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. BTW en verzend- en administratiekosten), Particulieren Nederland € 51,50, Studenten en artsen in opleiding € 25,75, Instellingen € 59,25. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Prijs per nummer € 11,40. Prijswijzigingen voorbehouden.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers BNO

Grafische uitwerking

Artcrew bv, Moerkapelle

Advertentieverkoop Farma & Voeding

Bohn Stafleu van Loghum, Het Spoor 2,
Postbus 246, 3990 GA Houten
Advertentietarieven op aanvraag.
Hafize Guven-Onder; tel. 030-638 39 75;
h.guven@bsl.nl, fax (030) 638 38 39
www.bsl.nl/adverteren

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 381/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

Richtlijnen voor auteurs

Instructies voor het indienen van artikelen vindt u op www.verenso.nl

Fotografie

Foto Mieke Draijer; Mustafa Gumussu

ISSN 1879-4637

HOI²⁰⁰⁹
P R I N T
Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Een nieuwe richtlijn Hartfalen, winst?

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg & Wonen, Etten-Leur/Zundert / **prof.dr. Jos Schols**, hoogleraar ouderengeneeskunde (i.h.b. t.b.v. chronische zorg), School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht /
Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

In 1999 verscheen de eerste disciplinespecifieke richtlijn voor verpleeghuisartsen over hartfalen. Dit betrof een monodisciplinaire richtlijn.

In 2002 kwam vervolgens onder leiding van het CBO en onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) een multidisciplinaire richtlijn uit, waaraan destijds ook de NVVA een bijdrage heeft geleverd en akkoord ging met de eindversie.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft gemeend hieraan in 2005 nog een NHG-standaard Hartfalen te moeten toevoegen.

In 2007 heeft het NHG het voortouw genomen om samen met de NVVC en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) een subsidieaanvraag in te dienen bij ZonMw om een nieuwe en aangepaste richtlijn Hartfalen te kunnen ontwikkelen.

Methode

Omdat het ministerie van VWS wil komen tot een meer geïntegreerd kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg, startte ZonMw het programma 'Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg'. Waar richtlijnen zich tot voor kort hoofdzakelijk tot de medisch inhoudelijke zaken beperkten, wil ZonMw met dit programma onder andere de ontwikkeling van bredere, meer geïntegreerde richtlijnen stimuleren. Nieuw is derhalve dat onderwerpen zoals transmurale (multidisciplinaire) ketenzorg, patiëntenperspectief, budgetimpact, implementatie, kwaliteitsindicatoren en arbeidsgeneeskundige aspecten nu ook een plaats binnen richtlijnen krijgen. Dat geldt ook voor de nieuwe multidisciplinaire richtlijn Hartfalen. De betrokken landelijke beroepsverenigingen en meerdere patiëntenverenigingen hebben een of meerdere personen afgevaardigd voor de werkgroep. Binnen de werkgroep zijn knelpunten geïnventariseerd op grond waarvan uitgangsvragen zijn geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn systematisch beantwoord volgens de 'evidence-based' methode zoals geformuleerd door de internationale richtlijnenwerkgroep ADAPTE. In commentaarrondes binnen de werkgroep en een externe commentaarronde zijn verdere aanpassingen gerealiseerd.

Aanvankelijk is een grote multidisciplinaire groep aan de gang gegaan met het updaten van de oorspronkelijke CBO-richtlijn 2002 op basis van nieuwe evidence.

In 2008 kwam echter de Europese richtlijn voor diagnostiek en behandeling van chronisch en acuut hartfalen van de 'European Society of Cardiology' (ESC) uit. Na overleg met ZonMw werd derhalve besloten, dat deze richtlijn de basis zou worden voor de te realiseren nieuwe richtlijn.

De Europese richtlijn is daarvoor aangepast aan de Nederlandse situatie, waarbij waar nodig ook nog gebruik werd gemaakt van de eerder genoemde richtlijnen in ons land.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de CBO-richtlijn Hartfalen 2002 worden verderop in dit artikel besproken.

De nieuwe richtlijn was eind 2009 gereed en is na het autorisatieproces gepubliceerd op de CBO-website medio mei 2010. Van deze website is de richtlijn nu te downloaden voor verdere implementatie en borging. Inmiddels staat de richtlijn ook op de websites van de NVVC en NHG. Door afvaardiging van twee specialisten ouderengeneeskunde kon actief geparticipeerd worden in de ontwikkeling van de richtlijn en kon na raadpleging ook Verenso de richtlijn accorderen.

Verschillen met de multidisciplinaire richtlijn Chronisch Hartfalen 2002 (CBO/NVVC/Hartstichting)

1. De nieuwe definitie van hartfalen berust nu op drie pijlers: symptomen, onderzoeksbevindingen en objectief bewijs voor structurele of functionele afwijkingen aan het hart.
In 2002 werd hartfalen nog gedefinieerd als een complex van klachten en verschijnselen ten gevolge van een tekortschietende pompfunctie van het hart.
2. Er is een nieuwe indeling van hartfalen opgesteld:
 - nieuw ontstaan hartfalen, acuut dan wel geleidelijk ontstaan;
 - tijdelijk hartfalen, eenmalig of recidiverend;
 - chronisch hartfalen, stabiel, (langzaam) progressief of acuut exacerberend.

In 2002 werd nog gesproken van acuut of chronisch hartfalen met of zonder behoud van de linkerventrikelfunctie.

3. Er is een algoritme opgenomen als hulp voor het diagnosticeren van hartfalen met onderscheid in de afkapwaarden voor (NT-pro)BNP tussen 'acuut' en 'geleidelijk ontstaan' van hartfalen. In 2002 was er nog heel veel onduidelijk over de waarde van (NT-pro)BNP.
4. De voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling worden uitvoeriger besproken, inclusief een lijst met zelfzorgitems.
5. De paragraaf 'Medicamenteuze behandeling' is geheel herzien. De geneesmiddelengroepen worden besproken met het benoemen van: indicatie, contra-indicatie, bijwerkingen, dosering(sschema) en controlebeleid. De stapsgewijze inzet van medicatie uit 2002 is nu duidelijk anders. Basis is dat iedere patiënt zo veel mogelijk behandeld moet worden met een trias van diureticum, ACE-remmer en bètablokker.
6. De behandeling van systolisch en diastolisch hartfalen verschilt wezenlijk en wordt apart besproken. De diagnostische problematiek van diastolisch hartfalen is helaas nog niet geheel opgelost.
7. De hoofdstukken 'Devices' en 'Chirurgie' zijn aangepast. Onder andere worden nu innovatieve behandelingen als cardiale resynchronisatietherapie (CRT) en interne cardiale defibrillator (ICD-) therapie besproken.
8. Aan comorbiditeit en bijzondere patiëntengroepen is een apart hoofdstuk gewijd waarin systematisch een aantal categorieën worden behandeld: hoge bloeddruk, diabetes mellitus, nierfunctiestoornis, COPD, slaapapneusyndroom, anemie, cachexie, jicht, aangeboren hartafwijkingen, depressie en angst, cognitieve stoornissen en hartfalen, ouderen.
9. Acuut hartfalen is toegevoegd: klinische classificatie, diagnostiek bij acuut hartfalen, behandeling en de vervolghandeling na acute episode.
10. Palliatieve zorg bij hartfalen is een nieuw toegevoegd hoofdstuk. Het is tevens vermeldenswaardig dat er onder verantwoordelijkheid van de Vereniging van Integrale Kankercentra momenteel wordt gewerkt aan een update van hun richtlijn Palliatief hartfalen, die waarschijnlijk eind dit jaar gereedkomt.
11. Ook nieuw zijn de hoofdstukken 'Hartfalen-zorgprogramma's' en 'Arbeidsgeneeskundige aspecten'.
12. Kosteneffectiviteitsanalyses van behandelingen zijn toegevoegd.

Tot zo ver de verschillen t.o.v. de CBO-richtlijn uit 2002.

Verschillen ten opzichte van de Europese richtlijn

Uiteraard zijn er ook verschillen ten opzichte van de Europese richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC) 'Diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008'.

Toegevoegd aan bovenstaande ESC-richtlijn zijn:

1. De afkapwaarden van NT-proBNP zijn hierin gedifferentieerd voor acuut en geleidelijk ontstaan hartfalen.
2. De paragraaf over behandeling van diastolisch hartfalen is explicieter dan in de ESC-richtlijn.
3. De plaatsbepaling van cumarinen en plaatjesaggregatieremmers bij hartfalen én atriumfibrilleren is kwantitatiever beschreven (CHADS-riscoschatting en 4%-grenswaarde).
4. De indicatie voor statinen bij hartfalen is afgezwakt n.a.v. recente, negatieve, trials.
5. Over meervoudig onverzadigde vetzuren wordt een aanbeveling gedaan. Voor degenen die geen vette vis kunnen of willen inpassen in hun voedingspatroon, wordt geadviseerd het toevoegen van omega-3-vetzuren (1 g/dag) te overwegen, omdat dit het LDL verlaagt.
6. Bij hartfalen met atriumfibrilleren wordt voor frequentiecontrole in rust een voorkeur uitgesproken voor bètablokkers. Hierbij is tevens op te merken dat in de nieuwe NHG-standaard Atriumfibrilleren (december 2009) het gebruik van sotalol wordt afgeraden.
7. De aanbeveling om bij diabeten met hartfalen strengere glucoseregulatie na te streven en orale antidiabetica al snel te vervangen door insuline is niet overgenomen.
8. Creatininebloedwaarden zijn omgerekend naar klaring (eGFR).
9. Bij jicht is naast colchicine, therapie met corticosteroïden als behandeloptie toegevoegd; dit vanwege een nadelig effect van NSAID's op de vochtbalans en nierfunctie.
10. Er is een paragraaf opgenomen over angst en depressie.
11. Er is een paragraaf opgenomen over cognitieve disfunctie.
12. Het hoofdstuk over palliatieve zorg is aangepast aan de Nederlandse situatie.
13. Kosteneffectiviteitanalyses zijn toegevoegd voor veel interventies.
14. Aanbevelingen over ketenzorg zijn toegevoegd voor:
 - het aanwijzen van één coördinator voor een patiënt (dit hoeft niet per se een arts te zijn, kan bijvoorbeeld ook een hartfalenverpleegkundige zijn);
 - de communicatie binnen de zorgketen;
 - de logistiek van de echocardiografie;
 - de centrale rol van de patiënt bij het maken van het behandelplan.

15. De rol van de openbare apotheker wordt benoemd.
16. Een hoofdstuk over hartfalen in relatie tot werk en arbeidsgeschiktheid is toegevoegd.
17. Een hoofdstuk over implementatie is toegevoegd.

Conclusie

Het maken van een nieuwe richtlijn zoals deze heeft veel meer tijd gekost dan ZonMw eigenlijk acceptabel vond. Door de inbreng van vele disciplines werd het traject ook complexer, aangezien elke discipline vaak de voor haar doelgroep relevante aspecten opgenomen wilde hebben.

Hoewel aan het begin van het traject alle deelnemende partijen aangewezen waren door hun beroepsvereniging, met een zekere volmacht, bleek dat tijdens de commentaarronde voorafgaande aan de autorisatiefase niet alle beroepsgroepen in een korte tijd tot een akkoord konden komen. Ook toen deze complexe fase uiteindelijk met succes was beëindigd, bleef autorisatie vanwege onderliggende belangen van beroepsgroepen een fors struikelblok.

Gezien de snel op elkaar volgende wetenschappelijke vondsten is de richtlijn nu al weer deels aan aanpassing toe. Inmiddels is er al weer nieuwe

literatuur die niet meegenomen is, aangezien er een datum was bepaald tot wanneer literatuur ingevoegd kon worden. Het is dan ook de taak van de NHG, NVVC en het NIV om te bewaken dat het updaten van deze richtlijn op tijd gestart wordt.

Als ik kijk naar de nu geldende richtlijn en daarbij de vele discussies in gedachte heb, realiseer ik mij dat de vertaling van deze richtlijn naar de ouderen met complexe comorbiditeit een uitdaging apart is. Het is namelijk niet mogelijk om in de richtlijn alle aspecten die een rol spelen bij de behandeling van onze doelgroep mee te nemen. Het steeds afwegen van de adviezen vanuit de richtlijn ten opzichte van het huidig functioneren en met name de levensverwachting van bovengenoemde ouderen zal leiden tot veel nadenkwerk.

Dankwoord

Wij danken Arno Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie & huisartsgeneeskunde en eerste auteur van de richtlijn en ook Edmond Walma, huisarts, medewerker NHG en lid van het kernteam van de richtlijn voor hun kritisch en opbouwend commentaar op dit artikel.

De richtlijn is te downloaden via:

www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Cardiovasculaire-aandoening,
<http://nhg.artsennet.nl/actueel/Nieuwsartikel/Nieuwe-Multidisciplinaire-Richtlijn-Hartfalen-2010.htm> en
www.artsennet.nl/Richtlijnen/Richtlijn/Hartfalen-2010.htm.

Bètablokkers en COPD: vijanden?

Gesignaleerd

Elis Bardelmeijer / Correspondentie: elis.bardelmeijer@vivre.nl

Tijdens de basisopleiding hebben we altijd geleerd, dat het geven van bètablokkers bij patiënten met COPD gecontra-indiceerd is. Bij patiënten met cardiaal lijden, bijvoorbeeld na een myocardinfarct, bij angina pectoris of hartfalen, zijn bètablokkers echter zeer effectieve middelen, met een aanzienlijk mortaliteitsverlagend effect. Het feit dat cardiaal lijden en COPD zich vaak tegelijk in één patiënt voordoen, stelt ons daarom voor een keuze: het cardiale probleem suboptimaal behandelen (zónder bètablokker) of het gevaar lopen op frequentere en heviger verlopende exacerbaties van de COPD (mét bètablokker).

Mogelijk kan het idee, dat bètablokkers gevaarlijk zijn voor patiënten met COPD nu worden verlaten. Uit onderzoek van Nederlandse bodem, gepubliceerd in een recent nummer van de *Archives of Internal Medicine*, blijkt namelijk dat het gebruik van bètablokkers niet alleen de overleving verbetert, maar ook het risico op COPD-exacerbaties verlaagt.¹

Rutten en collegae, verbonden aan de Universitaire Medische Centra van Utrecht en Groningen, volgden 2230 patiënten van 45 jaar en ouder met al bestaande of nieuw gediagnosticeerde COPD tussen 1996 en 2006. De patiënten waren ingeschreven bij een van de 35 huisartsen in de regio Utrecht die in 23 praktijken samenwerken binnen het Utrechtse Huisartsen Netwerk. Deze huisartsen leggen al sinds 1992 gegevens uit patiëntencontacten elektronisch vast.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bij aanvang van het onderzoek was 64,8 jaar (SD 11,2) en 53% was man. Aan het begin van het onderzoek hadden 560 patiënten COPD, tijdens het onderzoek werden nog eens 1670 nieuwe COPD'ers in de studie geïnccludeerd. Deze patiënten werden meerdere jaren gevolgd, gemiddeld 7,2 jaar (SD 2,8), tot hun overlijden, verhuizing buiten de regio Utrecht of de einddatum van de studie, op 31 december 2005.

Na correctie voor mogelijke confounders (onder andere leeftijd, geslacht, actief of voormalig roken, cardiovasculaire aandoeningen, hypertensie, diabetes mellitus en hartmedicatie anders dan bètablokkers) werd het risico op overlijden en COPD-exacerbatie berekend bij gebruikers van zowel selectieve als non-selectieve bètablokkers. Daarnaast werden

subgroep analyses verricht, onder anderen onder COPD'ers zonder duidelijke hartziekten, COPD'ers die twee of meer longmedicamenten gebruikten, die bèta-agonisten inhaleerden, die anticholinergica inhaleerden en die werden verwezen naar een longarts.

Tijdens de studieperiode stierven 686 patiënten (30,8%): 27,2% van de bètablokkergebruikers en 32,3% van degenen die geen bètablokker gebruikten ($p = 0,02$). 1055 (47,3%) had minstens één exacerbatie van COPD: 42,7% van de bètablokkergebruikers en 49,3% van degenen die geen bètablokker gebruikten ($p = 0,005$). Van de patiënten had 44,9% cardiovasculaire comorbiditeit, en 29,8% gebruikten een bètablokker, vooral de selectieve soort. Bij analyse konden geen belangrijke verschillen tussen de subgroepen aangetoond worden.

Als mogelijke beperkingen van de studie benoemen de auteurs het feit, dat niet alle patiënten een spirometrisch bewezen COPD hadden, waarbij klachten zoals kortademigheid en vermoeidheid eventueel ook veroorzaakt konden zijn door niet-gediagnosticeerd hartlijden. Daarnaast kon niet volledig gecorrigeerd worden voor het feit dat zieke patiënten een hoger risico hadden op het gebruik van hartmedicatie, inclusief bètablokkers. Dit zou echter leiden tot een onderschatting van het beschermende effect van bètablokkers.

Daaraan valt nog toe te voegen dat het bewijs voor de beschermende werking van bètablokkers bij COPD-patiënten, zoals in deze studie aangetoond, niet voortkomt uit een randomized controlled trial, en dat er geen goede pathofysiologische verklaring is voor die beschermende werking. De auteurs besluiten met de aanbeveling om gerandomiseerd onderzoek te verrichten, ter bevestiging van hun resultaten.

Bovenstaande gegevens bieden een basis voor het wél voorschrijven van bètablokkers bij patiënten met COPD, zij het met de nodige voorzichtigheid. Daarmee wordt een oude vijand mogelijk een vriend.

Literatuur

1. Rutten FH, Zuithoff NPA, Hak E, et al. β -blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010; 170(10): 880-887

De prevalentie van hartfalen in verpleeghuizen: een systematisch literatuuronderzoek*

Drs. Mariëlle A.M.J. Daamen, specialist ouderengeneeskunde, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Verpleging en Verzorging, Universiteit Maastricht en Cicerozorggroep Brunssum / **prof.dr. Jos M.G.A. Schols**, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht / **prof.dr. Tiny Jaarsma**, hoogleraar zorgwetenschappen, Department of Social and Welfare Studies, Linköping University, Sweden / **prof.dr. Jan P.H. Hamers**, hoogleraar verpleging & verzorging van ouderen, CAPHRI, vakgroep Verpleging en Verzorging, Universiteit Maastricht / **Correspondentie: m.vandervelden@zw.unimaas.nl**

Inleiding

Hartfalen is vooral een ziekte van de oudere mens en in de westerse wereld dus een toenemend klinisch probleem.¹ Verwacht wordt dat de prevalentie en incidentie van hartfalen in de toekomst zullen toenemen en dan hoofdzakelijk als gevolg van de afgenomen mortaliteit bij coronairlijden en CVA. Voor de westerse landen geldt, dat de prevalentie van hartfalen in de algemene bevolking ouder dan 65 jaar varieert van 3-13%.²

In Nederland wordt de prevalentie bij personen ouder dan 75 jaar geschat op 13%.³ Hartfalen wordt zowel door cardiologen als huisartsen behandeld.⁴ Momenteel is de gemiddelde leeftijd van patiënten met hartfalen 74 jaar.^{5,6}

Fragiele ouderen die in het verpleeghuis wonen, vormen een specifieke doelgroep. Ze hebben een hoge mate van zorgafhankelijkheid die het gevolg is van hun beperkingen en ziekten.⁷ Naar verwachting komt hartfalen veel voor bij deze specifieke doelgroep, maar exacte cijfers ontbreken omdat verpleeghuisbewoners meestal worden uitgesloten van klinische en epidemiologische studies. Hartfalen wordt gezien als een klinisch syndroom, dat in het algemeen gediagnosticeerd wordt door de aanwezigheid van specifieke signalen en symptomen. Er bestaan verschillende definities van hartfalen. De afgelopen jaren is de nadruk komen te liggen op de aanwezigheid van zowel symptomen als signalen van hartfalen en klinische tekenen van vochtretentie.⁵ Het stellen van de diagnose hartfalen wordt zowel bij ouderen als bij verpleeghuisbewoners vaak vertraagd door de aanwezigheid van atypische signalen en symptomen.⁸

Het vaststellen van de aanwezigheid en oorzaak van hartfalen bij ouderen wordt bovendien vaak belemmerd door de gelijktijdig aanwezige

comorbiditeit. Veelvuldig bijkomende ziekten bij ouderen met hartfalen zijn hypertensie (38%), COPD (25%), diabetes mellitus (29%), en CVA (26%).⁹ Deze ziekten laten niet zelden signalen en symptomen zien die overeenkomen met die van hartfalen (dyspnoe, oedeem en moeheid) en daardoor moeilijk te interpreteren zijn.

Vroege diagnostiek en behandeling van hartfalen voorkomt mogelijk achteruitgang van hartfalen en leidt tot verbetering van klachten en kwaliteit van leven.¹⁰ Uit onderzoek blijkt dat adequate medicamenteuze behandeling bijdraagt aan de vermindering van de mortaliteit en morbiditeit bij hartfalenpatiënten.^{5,10-12} Het verbeteren van de kwaliteit van leven is van eminent belang bij de zorg voor ouderen in verpleeghuizen. Tot nu toe ontbreekt er kennis over de diagnostiek en behandeling van hartfalen in deze kwetsbare populatie. Tijdige diagnostiek en hieraan gekoppelde adequate behandeling leiden mogelijk tot verbetering van de kwaliteit van leven voor deze specifieke doelgroep. Daarom is meer kennis over hartfalen in deze specifieke groep dringend noodzakelijk. Dit onderzoek betreft een literatuuronderzoek naar hartfalen in verpleeghuizen, waarbij de volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd.

1. Wat is de prevalentie van hartfalen bij verpleeghuisbewoners?
2. Welke bijkomende ziekten interfereren vaak met de diagnose hartfalen bij de oudere verpleeghuispatiënt?

*Oorspronkelijk artikel: Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. Daamen MA, Schols JM, Jaarsma T, Hamers JP. Scand J Caring Sci 2010; 24(1): 202-208.

Tabel 1: Prevalentie van hartfalen en klinische kenmerken

Auteur / Land	Studie design	Studiepopulatie	Patient kenmerken*	Cardiale diagnosen*	Comorbiditeit*	Prevalentie HF*
Shibata et al. ¹⁵ Canada	Retrospectief dossieronderzoek	Long-term care residents n=313	Leeftijd 87±8 Vrouw 66%	CAD 48% AF 36% MI 24% Hypertensie 45%	Dementie 59% Diabetes mel. 29% COPD 36% CVA – Overig: –	15%
Heckman et al. ¹⁶ Canada	Cross-sectioneel dossieronderzoek	Long-term care residents n=1223	Leeftijd 85,9±7,5 Vrouw 77%	CAD 59% Aritmieën 42% Kleplijden 14% Hypertensie 55%	Dementie 59% Diabetes mel. 28% COPD 26% CVA 29% Overig: Depressie 36% Osteoporose 43% Arthritis 49% Maligniteit 18% Parkinsonisme 6% Hypothyreoïdie 18% Periph. Vasc. Dis. 12% Thrombosis 9% Dyslipidemia 6%	20%
Ahmed et al. ¹⁷ VS	Retrospectief dossieronderzoek	Medicare residents ontslagen uit ziekenhuis met HF n=985	Leeftijd 79±7,5 Vrouw 61%	Bekend Hf 75% Aritmieën 35% CMP 15% CAD 26% Hypertensie 18%	Dementie – Diabetes mel. 26% CVA –	–
Hutt et al. ¹⁸ VS	Retrospectief dossieronderzoek	Medicare nursing home residents n=156	Leeftijd 83,2±8,99 Vrouw 70%	CAD 25% Hypertensie –	Dementie 15% Diabetes mel. – COPD 29% CVA – Overig: –	–
Ahmed et al. 2002 ¹⁹ VS	Retrospectief dossieronderzoek	Nursing home residents ontslagen uit ziekenhuis n=95	Leeftijd 84±6,9 Vrouw 64%	HF 76% CAD 24% Aritmieën 30% Hypertensie 8%	Dementie – Diabetes mel. 18% COPD 33% CVA – Overig: –	–
Havranek et al. 2002 ²² VS	Retrospectief dossieronderzoek	Medicare patiënten opgenomen uit ziekenhuis met HF n=34.587	Leeftijd 79±6 Vrouw 58%	CAD 56% AF 30% Hypertensie 61%	Dementie 9% Diabetes mel. 38% COPD 33% CVA – Overig: –	–
Gambassi et al. 2000 ²³ VS	Retrospectief dossieronderzoek	Long-term care residents n =86.094	Leeftijd 84,9±8 Vrouw 73%	CAD 37% Aritmieën 20% Hypertensie 37%	Dementie 36% Diabetes mel. 23% COPD 19% CVA 18% Overig: Depressie 17% Maligniteit 9% Parkinson 4% Periph. vasc.dis. 10% Anemie 20% Parkinson 9% Hypothyreoïdie 9% Anemie 16% Orth. hypotensie 26% Contracturen 11%	19%
Butler et al. 1999 ²⁴ Nieuw Zeeland	Cross-sectioneel study design	Long-term care residents n=80	Leeftijd 65-85; 44%, >85; 50%	CAD 15% AF 14% Hypertensie 16%	Dementie 73% Diabetes mel. 14% COPD 13% CVA 44% Overig: –	45%
Ranz et al. 1999 ²⁵ VS	Cross-sectioneel dossieronderzoek	Long-term care residents n=3679	Leeftijd 75-84; 27%, >85; 64%	CAD 13% AF 27% Aritmieën 13% Hypertensie 52%	Dementie – Diabetes mel. 23% COPD – CVA – Overig: –	16%
Wang et al. 1998 ²⁶ VS	Retrospectief	Residents geriatric center n=231	Leeftijd 89±4	CAD 53% Hypertensie 38%	Dementie – Diabetes mel. 12% COPD 12% CVA – Overig: –	–

* Alle % in deze tabel zijn afgerond.

HF = hartfalen, CAD = coronary artery disease, COPD = chronic obstructive pulmonary disease, CVA = cerebrovasculair accident, AF = atriumfibrilleren, MI = myocard infarct, CMP = cardiomyopathie.

Methodie

Design

Een systematische literatuur review werd uitgevoerd, waarbij gebruik gemaakt is van de volgende computerdatabases: Medline, Embase, Cinahl en de Cochrane Library. Daarnaast werd naar literatuur gezocht in *Evidence-based Cardiovasculair Medicine* als secundair tijdschrift en in de trialregisters. Tot slot werden referenties en citaten uit de geselecteerde artikelen gescreend.

Selectiecriteria

Bij de zoekstrategie werden de geselecteerde trefwoorden in diverse combinaties gebruikt. Deze betroffen: hartfalen, congestief hartfalen, linker ventriculair hartfalen, diastolisch hartfalen, cardiaal falen, ouderen, oudere patiënten, verouderende populatie, ouderdom, geriatrisch, verpleeghuisbewoners, langdurig verblijf, chronische zorg, prevalentie, diagnose, comorbiditeit, symptomen en diagnostische interferentie. De zoekstrategie was niet gelimiteerd tot een specifieke periode, maar alle gevonden artikelen (geschreven in het Engels, Nederlands, Duits en Italiaans) waren gepubliceerd voor januari 2008.

Methodologische kwaliteit

Om de kwaliteit van de geïncludeerde studies te kunnen beoordelen gebruikten we criteria van bestaande schalen die de kwaliteit van onderzoeksdesigns beoordelen.^{13,14} Deze werden omgezet naar een beoordelingsschaal voor beschrijvende studies. Om de indruksvaliditeit (face validity) te bepalen werd de schaal beoordeeld door twee onderzoekers van de universiteit van Maastricht die gespecialiseerd zijn in methodologie en systematische reviews. De items die in de schaal gebruikt werden, waren verdeeld in: doel en onderzoeksvraag, design, steekproef, dataverzameling, data-analyse en conclusies. In totaal werden 13 vragen beantwoord. De items konden beoordeeld worden als nee (0), twijfel (1) of ja (2). De theoretische score op de beoordeling kon variëren van 0 (zeer slechte kwaliteit) tot 26 (uitstekende kwaliteit). Twee reviewers hebben los van elkaar de kwaliteit van de geselecteerde artikelen beoordeeld. De scores varieerden van 7 tot 24. Studies die 10 of minder scoorden, werden beschouwd als zijnde van beperkte kwaliteit en werden uitgesloten van de uiteindelijke review.

Resultaten

Inclusie en kwaliteitsbeoordeling van de studies

De eerste selectie werd uitgevoerd door een reviewer via screening van alle gevonden hits op basis van titel en/of abstract. Na het includeren van alle abstracts die 'hartfalen en de oudere patiënt' bevatten of 'hartfalen en verpleeghuiszorg', waren er nog 40 abstracts over. Er werden 18 abstracts uitgesloten omdat ze, na beoordeling door twee reviewers, niet voldeden aan de specifieke inclusiecriteria (prevalentie, diagnose, symptomen, comorbiditeit en klinische karakteristieken) of omdat ze niet geschreven waren in het Engels, Nederlands, Duits of Italiaans. Van de overblijvende 22 artikelen werd de volledige tekst beoordeeld door twee reviewers, waarbij gekeken werd naar de relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Uiteindelijk werden 12 artikelen betrokken in de review.¹⁵⁻²⁶ Hoewel er geen specifieke tijdsperiode geselecteerd is, was het meest gedateerde artikel uit 1995.

Er was complete consensus tussen de reviewers wat betreft de kwaliteitsbeoordeling van zeven artikelen, bij drie waren er kleine verschillen en twee artikelen^{20,24} vereisten verdergaande discussie. Ter beoordeling van de betrouwbaarheid werden twee artikelen beoordeeld door een derde reviewer. Dit beoordelingsproces resulteerde uiteindelijk in complete overeenstemming tussen de reviewers. Twee studies werden vervolgens nog uitgesloten vanwege een resultaat <10 op de kwaliteitsbeoordelingsschaal, het gevolg van beperkingen in de dataverzameling en de data-analyse. Uiteindelijk bleven er tien studies over die voldeden aan de inclusiecriteria en die van voldoende methodologische kwaliteit waren.

Klinische kenmerken

De opgenomen studies beschrijven de klinische en functionele kenmerken van patiënten in de chronische zorg, verpleeghuizen of geriatrische centra (zie tabel 1). Het aantal patiënten geïncludeerd in de studies varieerde van 80-86.094, meer vrouwen namen deel dan mannen en de gemiddelde leeftijd varieerde van 79-89 jaar. In drie studies werd gebruikgemaakt van een cross-sectioneel design,^{16,24,25} en in de overige studies van een retrospectief design.

De prevalentie van hartfalen

De prevalentie van hartfalen in verpleeghuizen werd aangegeven in vijf studies.^{15,16,23-25} In vier studies varieerde de prevalentie in chronische zorgsettings van 15-20%, met vervolgens een eruit schietende prevalentiewaarde van 45% in de vijfde studie.²⁴ In deze studie door Butler et al. werd hartfalen gediagnosticeerd na een concreet lichamelijk onderzoek door een geriater, terwijl in de andere vier studies informatie uit medische dossiers werd gebruikt om de diagnose hartfalen te bevestigen.

Tabel 2: Diagnosticeren van hartfalen

Studie	Criteria gebruikt ter bevestiging van de diagnose hartfalen
Shibata 2005 ¹⁵	De aanwezigheid van hartfalen werd overgenomen indien de diagnose gedocumenteerd was door een arts op de medicatielijst of in het medisch dossier.
Heckman 2004 ¹⁶	De diagnose hartfalen werd overgenomen indien de aanwezigheid van pulmonaal oedeem of symptomatische linkerventrikeldisfunctie was opgenomen in het dossier. De diagnose werd nogmaals getoetst door gebruik te maken van de Boston-criteria.
Ahmed 2003 ¹⁷	Er werd gebruikgemaakt van de ICD-9 CM-codes 428 en 402.91.
Hutt 2003 ¹⁸	De aanwezigheid van of gedocumenteerd pulmonair oedeem op een X-thorax in het verpleeghuis of zijnde de diagnose hartfalen bij ontslag uit ziekenhuis en het aanwezig zijn van twee of meer van de volgende klinische signalen/symptomen: toegenomen kortademigheid bij inspanning, paroxismale nachtelijke kortademigheid, orthopneu, ernstig oedeem.
Ahmed 2002 ¹⁹	Identificatie van hartfalen bij patiënten d.m.v. de the International Classifications of Disease 9 th Revision, clinical Modification codes 428 (heart failure) en 402.91 (Hypertensive Heart Disease with congestive heart failure) en de DRG-code 127 (Heart Failure). De gemodificeerde Framingham-criteria toegepast op de beschikbare informatie, werden gebruikt om de diagnose hartfalen te bevestigen.
Havranek 2002 ²⁰	Diagnose bij ontslag, waarbij gebruik werd gemaakt van de ICD-9-codes 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.11, 404.91, of 428x.
Gambassi 2000 ²³	Stafartsen codeerden de diagnose hartfalen waarbij gebruik werd gemaakt van informatie uit het medisch dossier, inclusief de gegevens van lichamelijk onderzoek, medicatie, andere behandelingen en informatie bij ontslag.
Butler 1999 ²⁴	Concreet onderzoek door een geriater. Bloedonderzoek werd verricht. Medische gegevens uit het ziekenhuis werden eveneens meegenomen ter bevestiging van de diagnose hartfalen.
Ranz 1999 ²⁵	Er werd gebruikgemaakt van de medicatieoverzichten om patiënten met hartfalen te identificeren. Daarnaast werd bekeken of de diagnose eveneens vermeld stond in het medisch dossier.
Wang 1998 ²⁶	Congestief hartfalen werd gedefinieerd bij gedocumenteerde aanwezigheid van symptomen en tekenen van chronisch hartfalen en afwijkingen op de X-thorax (overvulling)

Diagnose hartfalen

De criteria om de diagnose hartfalen te verifiëren waren verschillend in alle studies (zie tabel 2). Drie studies^{17,19,21} gebruikten de internationale classificatie van ziekten (ICD-9), twee^{15,25} waren gebaseerd op farmaceutische data, vier^{16,18,23,25} op klinische en röntgenologische tekenen van hartfalen en in één studie codeerde een stafarts de diagnose.²³ In twee studies^{16,19} werd de diagnose bevestigd door gebruik te maken van de Boston-criteria²⁷ en de gemodificeerde Framingham-criteria.²⁸

Cardiale ziekten en comorbiditeit

Coronair ischemie, aritmieën (meest voorkomend atriumfibrilleren) en hypertensie waren de meest voorkomende cardiale ziekten, ten grondslag liggend aan hartfalen. Ook niet-cardiovasculaire comorbiditeit kwam zeer veel voor, diabetes mellitus (11-38%), chronisch obstructief longlijden (COPD) (12-36%) en dementie (9-73%).

Discussie

Dit is het eerste systematische literatuuronderzoek betreffende de prevalentie van hartfalen en de ermee geassocieerde comorbiditeit in verpleeghuizen. Het aantal geïncludeerde studies is laag, maar de resultaten laten zien dat hartfalen bij verpleeghuisbewoners veel voorkomt en dat COPD, dementie en diabetes mellitus vaak geassocieerd zijn met de diagnose hartfalen. De studies geven aan dat ongeveer 20% (range 15-45%) van de verpleeghuispatiënten lijdt aan hartfalen.

Dit cijfer is hoger dan in de algemene populatie (3-13%) en kan onder meer worden verklaard door het feit dat de prevalentie toeneemt met het ouder worden; de gemiddelde leeftijd van de studiepopulatie varieerde van 79-89 jaar. Zoals uit de resultaten blijkt, was er één studie met een buitengewone prevalentiewaarde van hartfalen (45%). In deze studie²⁴ werd hartfalen echter gediagnosticeerd na concreet lichamelijk onderzoek door een geriater. Het kan mogelijk zijn dat in studies die alleen gegevens uit medische dossiers gebruikten, de prevalentie van hartfalen onderschat wordt. De studie van Barents 2008²⁹ concludeerde, dat zowel niet-gediagnosticeerd als onjuist gediagnosticeerd hartfalen bij verpleeghuispatiënten vaak voorkomt. Tegelijkertijd optredende comorbiditeit kan ook interfereren met het stellen van de diagnose hartfalen in verpleeghuizen. Onze resultaten laten zien, dat bij verpleeghuispatiënten veel comorbiditeit aanwezig is. Dit is niet onverwacht, omdat opname in het verpleeghuis in de regel plaatsvindt als er een grote mate van zorgafhankelijkheid aanwezig is, ten gevolge van beperkingen en handicaps veroorzaakt door verschillende ziekten.⁷ Dementie, diabetes mellitus en vooral COPD gaan vaak samen met hartfalen zoals de studies laten zien. De studie van Rutten 2005³⁰ toonde aan, dat niet-herkend hartfalen aanwezig was bij ongeveer 21% van de ouderen in de COPD-populatie. Aangenomen mag worden, dat dit ook het geval zal zijn bij verpleeghuisbewoners. Dit betekent dat een karakteristiek symptoom van hartfalen zoals

kortademigheid vaak verkeerd geïnterpreteerd wordt. Verder komt ook dementie erg vaak voor bij verpleeghuispatiënten. Een zorgvuldige anamnese, essentieel in het diagnostisch proces van hartfalen, kan vanwege de cognitieve beperkingen onmogelijk zijn bij dementerenden.

Waarschijnlijk wordt hartfalen om deze reden vaak niet adequaat gediagnosticeerd bij deze specifieke patiëntengroep. Andere diagnoses zoals anemie, depressie en maligniteiten kunnen ook symptomen laten zien die overeenkomen met hartfalen. Ook hierdoor wordt hartfalen vaak niet herkend en daarmee onderschat in deze populatie. Slechts twee van de studies^{16,23} onderzochten uitgebreid de met hartfalen samenhangende comorbiditeit.

Als beperking van deze literatuurstudie kan genoemd worden dat de gerapporteerde cijfers van de prevalentie van hartfalen afkomstig zijn van verschillende landen. Verpleeghuizen in verschillende landen laten echter aanzienlijke verschillen zien, in bijvoorbeeld (organisatie van de) zorg en uitgebreidheid van de medische zorg.³¹

Samengevat mag gesteld worden, dat hartfalen veel voorkomt bij verpleeghuisbewoners maar er heeft in feite nog maar beperkt onderzoek plaatsgevonden om de werkelijke prevalentie van hartfalen in deze doelgroep te kunnen bepalen. Daarom blijft vroege diagnostiek van hartfalen een uitdaging mede gezien de aanwezige comorbiditeit in deze populatie. Verder mag verondersteld worden dat inadequate diagnostiek en behandeling van hartfalen een negatief effect zal hebben op de kwaliteit van leven en op de kwaliteit van zorg. Verder onderzoek hiernaar is echter noodzakelijk. De auteurs bevelen een cross-sectioneel onderzoek aan, om de prevalentie van hartfalen bij verpleeghuisbewoners te bepalen en verder vergelijkend onderzoek van de resultaten van direct patiëntenonderzoek met informatie uit de medische dossiers. Dit zal niet alleen leiden tot adequatere diagnostiek van hartfalen, maar ook informatie verschaffen over de comorbiditeit en de secundair functionele status bij verpleeghuisbewoners.

Een dergelijk onderzoek kan mogelijk ook resulteren in verbetering van het diagnostische proces en daaruit volgend in een verbetering van de huidige medische en verpleegkundige zorg bij hartfalen in deze doelgroep van patiënten.

Herkenning, diagnostiek en behandeling van hartfalen in een vroeg stadium blijft een uitdaging. Vroege diagnostiek en behandeling kunnen mogelijk progressie van de ziekte voorkomen en leiden tot verbetering van de functioneel beperkende symptomen, en daarmee uiteindelijk resulteren in een verbetering van de kwaliteit van leven.

Samenvatting

Inleiding: Hartfalen is een belangrijk probleem in de westerse landen. Naar verwachting zal hartfalen bij verpleeghuisbewoners vaak voorkomen. Het blijkt dat het accuraat stellen van de diagnose hartfalen bij deze groep patiënten vaak moeilijk is ten gevolge van atypische bevindingen en bijkomstige comorbiditeit. Om ervoor te zorgen dat adequate zorg en behandeling geleverd wordt, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de prevalentie van hartfalen bij deze specifieke groep patiënten.

Doel: Het bepalen van de prevalentie van hartfalen en de comorbiditeit die interfereert met hartfalen bij verpleeghuisbewoners met hartfalen.

Methode en resultaten: Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd, gebruikmakend van de databases Medline, Embase, Cinahl en de Cochrane Library. Er werden tien studies geïnccludeerd. Uit de gevonden resultaten blijkt, dat de gemiddelde prevalentie van hartfalen 20% bedraagt (range 15-45%) en dat er veel comorbiditeit aanwezig is (dementie, diabetes mellitus, chronisch obstructief longlijden) bij patiënten met hartfalen.

Conclusie: De gerapporteerde prevalentie van hartfalen bij verpleeghuisbewoners is hoger dan in de algemene populatie en gaat gepaard met aanzienlijke comorbiditeit. Er zijn indicaties dat de prevalentie van hartfalen bij verpleeghuisbewoners onderschat wordt, waardoor de kwaliteit van leven en zorg mogelijk negatief beïnvloed wordt. Daarom is het noodzakelijk een goede prevalentie studie uit te voeren met als uiteindelijk doel de zorg voor verpleeghuispatiënten met hartfalen te verbeteren.

Literatuur

1. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, McMurray JJV. Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century. *Heart* 2003; 89: 49-53.
2. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, et al. Epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18: 208-225.
3. Mosterd A, Hoes AW. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population. The Rotterdam study. *Eur Heart J* 1999; 20: 447-455.
4. Jaarsma T, Haaijer-Ruskamp FM, Sturm H, Veldhuisen DJ van. Management of heart failure in The Netherlands. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 371-375.
5. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388-2442.

6. Cowie MR, Wood DA, Coats AJS, et al. Incidence and aetiology of heart-failure. *Eur Heart J* 1999; 20: 421-428.
7. Schols JMGA, Crebolder HFJM, Weel C van. Nursing home and nursing home physician: the dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 207-212.
8. Tresch DD. Clinical manifestations, diagnostic assessment, and etiology of heart failure in elderly patients. *Clin Geriatr Med* 2000; 16: 445-456.
9. Wei MC van der, Jansen RWMM, Bakx JC, et al. Non-cardiovascular comorbidity in elderly patients with heart failure outnumbers cardiovascular co-morbidity. *Eur J Heart Failure* 2007; 9: 709-715.
10. Gaulden L. Diagnosis and management of heart failure in the long term care setting. *Director* 2003; 11: 177-181.
11. Hunt SA; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46(6): e1-82.
12. Flather MD, Shibata MC, Coats AJS, et al. FASTTRACK Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). *Eur Heart J* 2005; 26: 215-225.
13. Dutch Institute for Healthcare Improvement. Guideline assessment scale for qualitative research. April 2005.
14. Verhagen AP, Vet HC de, Bie RA de, et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by delphi consensus. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1235-1241.
15. Shibata MC, Soneff CM, Tsuyuki RT. Utilization of evidence-based therapies for heart failure in the institutionalized elderly. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 1122-1125.
16. Heckman GA, Misiszek B, Merali F, et al. Management of heart failure in Canadian long-term care facilities. *Can J Cardiol* 2004; 20(10): 963-969.
17. Ahmed A, Allman RM, DeLong JF. Predictors of nursing home admission for older adults hospitalized with heart failure. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 36: 117-126.
18. Hutt E, Frederickson E, Ecord M, Kramer AM. Associations among processes and outcomes of care for medicare nursing home residents with acute heart failure. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4: 220-221.
19. Ahmed A. Clinical characteristics of nursing home residents hospitalized with heart failure. *J Am Med Dir Assoc* 2002; 3: 310-313.
20. Aronow WS, Ahn C, Gutstein H. Prevalence and incidence of cardiovascular disease in 1160 older men and 2464 older women in long-term health care facility. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: M45-46.
21. Havranek EP, Msoudi FA, Westfall KA, et al. Spectrum of heart failure in older patients: results from the National Heart Failure project. *Am Heart J* 2002; 143: 412-417.
22. Valle R, Chinellato M, Gallo G. Heart failure in the elderly living in long-term care facilities: Prevalence hospitalization, and adherence to guidelines recommendations. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 772-774.
23. Gambassi G, Forman DE, Lapane KL, et al. Management of heart failure among very old persons living in longterm care: has the voice of trials spread? The SAGE Study Group. *Am Heart J* 2000; 139: 85-93.
24. Butler R, Fonseca S, Barclay L, et al. The health of elderly residents in long term care institutions in New Zealand. *N Z Med J* 1999; 12:427-429.
25. Ranz TT, Blumenschein K, Clifton GD. Prevalence and treatment of heart failure in elderly long-term care patients. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56: 1334-1338.
26. Wang R, Mouliswar M, Denman S, Kleban M. Mortality of the institutionalized old-old hospitalized with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2464-2468.
27. Carlson KJ, Lee DC, Goroll AH, et al. An analysis of physicians' reasons for prescribing long-term digitalis therapy in outpatients. *J Chron Dis* 1985; 38: 733-739.
28. McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441-1446.
29. Barents M, Horst ICC van der, Voors AA, et al. Prevalence and misdiagnosis of chronic heart failure in nursing home residents: the role of B-type natriuretic peptides. *Neth Heart J* 2008; 16: 123-128.
30. Rutten FH, Cramer MJM, Grobbee DE, et al. Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur heart J* 2005; 26: 1887-1894.
31. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing* 1997; 26 Suppl 2: 3-12.

Cardiovasculaire problemen in het verpleeghuis

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde / Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

Al vele jaren wordt er veel aandacht besteed aan cardiovasculair risicomangement.

Momenteel wordt de huidige richtlijn weer geüpdatet en de nieuwe versie zal in 2011 verschijnen. Helaas blijkt ook weer tijdens het samenstellen van de adviezen, dat er weinig tot geen onderzoek is verricht bij de populatie ouderen met complexe comorbiditeit. Dit was de reden om onderstaande vragen voor te leggen aan professor Ivo Smulders (internist, VUmc te Amsterdam), professor Jacobijn Gussekloo en Wouter de Ruijter (huisartsen, LUMC te Leiden), Paul Jansen (klinisch geriater en farmacoloog, Utrechts MC en Empor) en Henk de Jonge (specialist ouderengeneeskunde, Zorgaccent te Amersfoort).

Ik hoop dat hun antwoorden behulpzaam zijn bij het zoeken van een verantwoorde behandeling van onze cliënten. Mogelijk kan het ook aanleiding zijn om door middel van FTO's het formulier aan te passen.

1 Gezien de resultaten van de Heart Protection Study en het Prosper-onderzoek komen de meeste oudere patiënten in aanmerking voor behandeling met statinen. Verbetering van de prognose komt echter pas tot uiting 1 à 2 jaar na de start van de behandeling. De winst van behandeling bij patiënten met een beperkte levensverwachting is echter gering. Veel patiënten die in het verpleeghuis worden opgenomen hebben nog statinen.

Welke stopregels voor statinen zouden bij verpleeghuispatiënten door specialisten ouderengeneeskunde gehanteerd kunnen worden?

IS: Lastige vraag, want er is ook literatuur die suggereert dat er kort na het stoppen van statinen een piek in de incidentie van myocardinfarcten optreedt. Geen arts zal het gevoel willen hebben dát op zijn of haar geweten te hebben. Niettemin zou ik bij een duidelijk beperkte levensverwachting polyfarmacie zo veel mogelijk vermijden en ja,

dan komen ook statinen in aanmerking om te stoppen. Denk daarbij ook aan een mogelijke rol van myopathie door statinen bij ouderen die toch al slechter been zijn en/of een verhoogd valrisico hebben.

JG/WdR: Voor wat betreft secundaire preventie bij ouderen met een atherotrombotische voorgeschiedenis is voortzetting van statinebehandeling in elk geval tot het 80^e jaar bewezen effectief. Voor primaire preventie is er na het 70^e jaar geen onomstotelijk bewijs meer van de effectiviteit van statinebehandeling, en na het 80^e jaar ontbreken feitelijk alle onderzoeksgegevens. Specifieke trials naar de effecten van het staken van statinen ('stoptrials') zijn niet uitgevoerd, noch in het kader van primaire, noch in het kader van secundaire preventie. Erkende richtlijnen hieromtrent ontbreken dan ook, en alle adviezen op dit terrein berusten op de mening van deskundigen ('consensus'). Samenvattend betekent dit, dat de beoordeling van het al dan niet staken een zaak is van individueel maatwerk, waarbij de klinische expertise van de behandelend arts en de wensen en voorkeuren van de individuele patiënt doorslaggevend zijn. *Geneeskunst* dus.

PJ: Als stopregels gehanteerd kunnen worden: levensverwachting van patiënt. Op basis van de time-to-benefit bedraagt dit ten minste drie jaar wil het zinvol zijn een statine te starten. Bijwerkingen: vooral spierpijnklachten. Hoogte van cholesterolgehalte. Bij de frail elderly is er nogal eens een laag cholesterol, alleen bij te hoog LDL is een statine geïndiceerd.

HdJ: De literatuur geeft beperkte informatie over het starten van statinen, maar over stoppen is eigenlijk niets bekend. Dat starten weinig zin zal hebben, betekent nog niet dat je kunt stoppen als iemand al jaren een statine gebruikt. In de praktijk stop ik vaak een statine bij een vermoeden op bijwerkingen, zoals misselijkheid, vermoeidheid of spierpijn. Verder bij een probleem met de inname (slikproblemen/ medicatieweigering) en naar aanleiding van een gesprek over het medicatiegebruik van een patiënt. Ook kan het de uitkomst zijn van een beleidsgesprek, bijvoorbeeld wanneer een symptomatisch beleid wordt afgesproken.

2 In de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement van 2006 wordt als bovengrens van de systolische bloeddruk de waarde van 140 mmHg aangehouden. Dit lijkt een norm die voor oudere patiënten, in het bijzonder de ouderen boven de 80 jaar, niet goed hanteerbaar is. Er is zelfs aangetoond dat bloeddrukverlaging in deze groep leidt tot oversterfte.

a. Moeten we bij ouderen zonder comorbiditeit bij een bloeddruk van systolisch boven 140 mmHg altijd behandelen?

IS: Een heel relevante vraag, die veel te weinig aandacht krijgt. De streefwaarde voor systolische bloeddruk is in essentie afgeleid uit observationeel onderzoek. Zeker voor bijvoorbeeld patiënten met een aanvangsbloeddruk van 180 mmHg of meer, wat vooral bij ouderen nogal eens voorkomt, is er geen bewijs uit interventieonderzoek dat het zonder meer najagen van een systolische bloeddruk van <140 mmHg gunstig is. Vrijwel al het interventieonderzoek bij hypertensie betreft namelijk studies waarin een bloeddrukdaling van gemiddeld 20 à 25 mmHg werd bereikt. Die bescheiden daling blijkt in vrijwel alle omstandigheden, ook bij ouderen, gunstig te zijn, maar of een grótere daling eveneens gunstig is weten we dus niet. Er zijn enkele indirecte, maar niettemin serieuze aanwijzingen dat te véél bloeddrukdaling óngunstig kan zijn. De metaregressieanalyses van Staessen laten, in ieder geval voor myocardinfarcten, een neiging tot oversterfte zien bij een bloeddrukdaling van >25 à 30 mmHg. Ook zijn er enkele meta-analyses bij ouderen die sterk suggereren dat een diastolische bloeddruk van <70 mmHg gepaard gaat met oversterfte, wederom vooral ten gevolge van myocardinfarcten. Een en ander is weinig verrassend als men bedenkt dat het hart het moet hebben van de diastolische bloeddruk voor coronaire perfusie. Zeker bij linkerkamerhypertrofie moet de coronaire perfusiedruk niet te veel dalen, en bij oude, stijve vaten overschat men bij een routinemeting de diastolische bloeddruk in de aorta óók nog eens.

Een aanbeveling? Persoonlijk zou ik zeggen: accepteer een bloeddrukdaling van ongeveer 30 mmHg als het niet met relatief eenvoudige maatregelen (bijv. drie medicamenten uit de standaardklassen) lukt deze bloeddruk véerder naar beneden te krijgen. Maak bij ouderen en patiënten bekend met coronairlijden een pas op de plaats als de diastolische bloeddruk < 70 mmHg wordt. Verricht bij twijfel een 24-uurs-meting. Boven de 70 jaar heeft vrijwel iedere oudere met zo'n bloeddruk een cardiovasculair tienjaarssterfterisico van >10%. Dat risico kun je aanzienlijk reduceren (met ongeveer 25%) als je antihypertensiva voorschrijft. Als de levensverwachting verder goed is, is het niet zozeer de vraag of je deze mensen 'altijd moet behandelen', maar meer of je het recht hebt ze deze informatie te

onthouden, opdat ze zelf kunnen kiezen. Voor mij is dit niet moeilijk: ik kies het laatste. Veel moeilijker is het hóe je deze informatie op een voor iedereen begrijpelijke manier geeft. Dat is een hele nieuwe tak van wetenschap, die nog in de kinderschoenen staat. En, nogmaals, wees bij een diastolische bloeddruk van <70 mmHg terughoudend met het adviseren van (verdere) antihypertensieve therapie.

JG/WdR: In de algemene populatie blijkt bij observationele studies dat bij 85-jarigen en ouder de relatie tussen de hoogte van de systolische bloeddruk (SBP) en sterfte omgekeerd is: mensen met de laagste bloeddrukken (<140 mmHg) leven het kortst. Of bloeddrukverlaging bij 80-plussers leidt tot oversterfte is niet bekend. Integendeel, de HYVET-studie heeft aangetoond, dat bloeddrukverlaging door middel van een thiazidediureticum plus eventueel een ACE-remmer *bij relatief gezonde ouderen* (zonder veel comorbiditeit) met een uitgangsbloeddruk van >160 mmHg een gunstig effect heeft op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. De streefwaarde van de SBP was in dit onderzoek overigens 150 mmHg, en die werd maar bij minder dan de helft van de actief behandelde ook bereikt. Op grond van de HYVET kan daarom niet geconcludeerd worden, dat het effectief is om ouderen zonder comorbiditeit met een SBP 140-160 mmHg te behandelen naar een SBP < 140 mmHg. Anders gezegd: het generaliseren van de resultaten van de HYVET-studie naar alle ouderen in de algemene populatie is niet gerechtvaardigd, zeker niet in het gebied van graad I 'hypertensie' (140-160 mmHg), en evenmin bij ouderen met veel comorbiditeit en een beperkte levensverwachting zoals in het verpleeghuis. Een (kleine?) subgroep van relatief gezonde ouderen met een SBP van >160 mmHg heeft, op grond van HYVET, wél baat bij bloeddrukverlaging met een diureticum en eventueel ACE-remmer. Deze gegevens tonen opnieuw aan hoezeer leeftijdsspecifieke richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement bij ouderen gewenst zijn.

PJ: Ook hier geldt weer wat de levensverwachting is. Er zijn voldoende ouderen zonder comorbiditeit met een hoge levensverwachting. Bij hen behandel ik de bloeddruk volgens de richtlijn cardiovasculair risicomanagement. De time-to-benefit is vijf jaar voor 80-plussers (HYVET-studie), dus er moet wel een lange levensverwachting zijn.

HdJ: Nee. Er is een groeiend aantal aanwijzingen, dat het verlagen van de tensie bij kwetsbare ouderen tot problemen kan leiden, zoals vallen en verslechterde cognitie. In de Leiden 85+-studie komt dit ook naar voren. Mogelijkerwijs is een hoge tensie bij kwetsbare ouderen een uiting van gecompenseerd hartfalen, en is verlagen dus juist ongunstig.

b. Welke waarde(n) van de systolische bloeddruk en bij welke comorbiditeit en medische historie is/zijn wel bruikbaar bij deze populatie ouderen?

IS: Ik begrijp de vraag niet goed, maar heb het gevoel, dat er wordt gevraagd naar een receptenboek voor allerlei wisselende combinaties van bloeddrukafkapwaarden en comorbiditeiten. Welnu, dat boek bestaat niet en zal er ook nooit komen. In het algemeen is een afkapwaarde van 140 mmHg en een dosis gezond verstand voldoende.

Ru/Gu: Wanneer er bewezen hart- en vaatziekten zijn (dus: secundaire preventie) geven de huidige richtlijnen aan dat het wenselijk is te streven naar een SBP van <140 mmHg, ongeacht de leeftijd. In het licht van de omgekeerde relatie van SBP en sterfte vanaf 85 jaar (en vergelijkbare omkeringen voor het effect op nierfunctie en cognitie!) is het goed denkbaar dat de streefwaarde bij deze oudste ouderen hoger zou moeten zijn (bijv. 160 mmHg). Wanneer het over primaire preventie gaat bij relatief gezonde oudste ouderen: zie de HYVET, die feitelijk als primaire preventietrial kan worden beschouwd. Er is een subgroep (oudste) ouderen die baat heeft bij bloeddrukverlaging, maar dit zijn a priori *niet* de ouderen met de hoogste sterfterisico's, zoals in het verpleeghuis. Voor de effectiviteit van bloeddrukverlaging als primair preventieve interventie bij ouderen >80 jaar met veel comorbiditeit en een beperkte levensverwachting bestaat geen bewijs, ook niet op grond van HYVET.

PJ: Bij comorbiditeit, met door de comorbiditeit beperking van de levensverwachting, hanteer ik een behandelgrens van 160 mmHg. Ook als de systolische bloeddruk erg hoog is (>180 mmHg), hanteer ik een daling tot 160 mmHg.

HdJ: Voorlopig is hier geen antwoord op. Uiteraard levert een goed geriatrisch assessment, waarbij ook de voorgeschiedenis van de bloeddruk en cardiale status voor zover mogelijk worden betrokken wel wat aanwijzingen. Gezien de levensverwachting van kwetsbare ouderen is het voorkomen van problemen op de korte termijn, zoals orthostase, urgenter dan het lange-termijndoel van het behandelen van hypertensie. Elke grens waarboven je wel zou willen behandelen, is per definitie arbitrair. Als het puur gaat om een cardiovasculair risico is het ook weer anders dan als het gaat om bijvoorbeeld hypertensie als uitlokkende factor voor hartfalen. Het klinkt als een open deur, maar ik denk dat het klinische beeld, comorbiditeit, levensverwachting en de wens van de patiënt moeten leiden tot een zo gefundeerd mogelijk oordeel. Meer evidence-based dan dat kun je het denk ik voorlopig niet krijgen.

c. Zijn er ook waarden waarbij je de medicatie moet verminderen?

IS: Zie ook mijn eerdere opmerkingen. Mijn persoonlijke mening is, dat je bij ouderen een diastolische bloeddruk van <70 mmHg moet proberen te voorkomen, desnoods door het iets reduceren van medicatie. Maar ja, soms heeft zo iemand nog een systolische hypertensie van >160 mmHg en dan wordt het moeilijk laveren, tussen Scylla en Charybdis zeg maar. Ook heeft een systolische bloeddruk van <120 à 130 mmHg mijns inziens ook geen voordeel voor ouderen, dus ook dan zou ik medicatie verminderen.

JG/WdR: Formele vermindering- en stoptrials bij (oudste) ouderen hebben nog niet plaatsgevonden, en daar is op grond van eerdergenoemde gegevens wel behoefte aan. Het streven naar een SBP van <140 mmHg bij oudste ouderen, zeker diegenen met veel comorbiditeit, mag dan wel in lijn zijn met bestaande richtlijnen, maar is op grond van specifiek onderzoek bij (oudste) ouderen toch eerder schadelijk dan zinvol. Het brede palet aan bijwerkingen van antihypertensiva vormt hier ook nadrukkelijk een argument, en het is goed te bedenken dat de kost hier voor de baat uitgaat: de bijwerkingen zijn er direct en actueel, de eventuele winst komt er pas later achteraan.

PJ: Ja, we zien nogal eens hypertensie verdwijnen, bijvoorbeeld bij hartfalen. Het is de moeite waard wanneer de RR normaal is (140 mmHg) op proef antihypertensiva te staken.

HdJ: Nee, een lage tensie is op zich geen te behandelen entiteit. Als een patiënt met hartfalen klinisch optimaal is bij een zeer lage tensie, is dat geen reden om medicatie te verminderen. In het Eduard Douwes Dekkerhuis, dat op het gebied van hartfalen nauw samenwerkt met het Boven IJ Ziekenhuis, lijken er bijvoorbeeld niet meer valincidenten voor te komen bij een lagere tensie. Ook hier is dus het klinisch beeld leidend. Dit maakt het vak moeilijker, maar wel een stuk uitdagender dan wanneer je alleen maar protocollen toepast!

d. Wat is een zinvolle manier van controleren van RR bij deze populatie (hoe vaak, zittend en/of staand, enzovoort).

IS: Na de instelfase zou ik eenmaal per 3 tot 6 maanden controleren. Mijn advies is om gewoon zittend de bloeddruk op te nemen. Wel netjes de aanbevelingen voor bloeddrukmeting volgen: eerst een paar minuten rust, dan ten minste tweemaal meten. Als u daar geen geduld voor heeft, kunt u

beter een automatische bloeddrukmeting verrichten, want die correleert beter met de bloeddruk zoals in de trials gemeten (en dus zoals ze in de richtlijnen zijn terechtgekomen) dan een gemiddelde (= slordige) officemeting. Ik heb zelf goede ervaringen met thuismetertjes; de patiënt voelt zich dan toch vaak meer betrokken. Alleen bij angstige of nerveuze mensen moet je dit niet doen. Bij therapieresistentie is een 24-uursmeting eigenlijk altijd nuttig. Ten slotte: 'waarom niet staan?' Welnu, ten eerste correleert de staande bloeddruk slecht met symptomen van orthostatische hypotensie en ten tweede kunt u de staande bloeddruk niet meer gebruiken om te vergelijken met bloeddrukken uit studies en richtlijnen.

JG/WdR: Daarover bestaan geen wetenschappelijke gegevens. Dat betekent opnieuw dat het controlebeleid een zaak is van individueel maatwerk, waarbij de klinische expertise van de behandelend arts en de wensen en voorkeuren van de individuele patiënt doorslaggevend zijn. Het structureel meten van de bloeddruk bij oudste ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis, ter opsporing van een wellicht 'verhoogde bloeddruk' met een vermeende 'slechte prognose', lijkt in elk geval niet zinvol.

PJ: Liggend (5 minuten) en staand (3 metingen) binnen 3 minuten. Orthostase wordt tegenwoordig gedefinieerd als een systolische daling van 30 mmHg of meer. Frequentie in het begin eenmaal per maand, bij stabiliteit eenmaal per halfjaar.

HdJ: Ik zou de vraag wat scherper willen stellen. Is er eigenlijk wel altijd een indicatie voor tensiecontrole? Stel: er is sprake van een kwetsbare oudere met een geringe levensverwachting zonder cardiale voorgeschiedenis of klachten. Wat doe je dan met een tensie? Ik heb altijd geleerd, dat je een vraag niet moet stellen als je niet klaar bent voor het antwoord! Als je meet, moet je iets met die meting, en ik zou niet anders weten dan dat op dezelfde wijze te doen als de richtlijnen voorschrijven. Wel denk ik dat we alerter moeten zijn op orthostase, en dus vaker ook staand moeten meten.

3 Volgens de huidige inzichten vallen ouderen boven de 70 jaar altijd in de risicoklasse CVRM (extrapolatie Score tabel). Kunnen we op basis van de literatuur onze oudste ouderen (>85 jaar) zonder bekende hart- en vaatziekten altijd standaard een statine in combinatie met twee of drie bloeddrukverlagende middelen geven of dient er behandeld te worden op basis van labwaarden (homocysteïne, NT-proBPN-waarde, bloeddruk en cholesterol (totaal, LDL en HDL)?

IS: Alle ouderen boven de 85 jaar behandelen met een combinatie van tabletten, of zelfs met een polypil, is een interessant concept. Toch zou ik een dermate verregaande strategie pas durven toepassen nadat de effectiviteit en veiligheid ondubbelzinnig uit gerandomiseerd onderzoek is gebleken. Ook zitten er ethische aspecten aan. De implicatie is immers dat het in Nederland bijna onmogelijk zou zijn om niet als 'patiënt' te overlijden. Veroudering wordt op deze manier standaard 'gemedicaliseerd' en daar kun je best vraagtekens bij zetten.

JG/WdR: Tot nu toe wordt CVRM in Nederland gebaseerd op risicoselectie om zodoende de behandeling aan te bieden aan de mensen met de hoogste risico's. In de standaarden tot nu toe is uitgegaan van 10% tienjaarsrisico op cardiovasculaire mortaliteit. De cruciale vraag is of alle ouderen boven de 70 jaar (zonder diabetes of bekende cardiovasculaire voorgeschiedenis) op grond van hun leeftijdsgebonden verhoogde risico op cardiovasculaire sterfte als 'eenheidsworst' behandeld moeten worden, zonder binnen de groep verder onderscheid te maken naar relatieve hoogte van het risico ten opzichte van leeftijdgenoten. Dit zou in feite neerkomen op een soort polypil-concept (alle inwoners dezelfde standaardbehandeling, en daarover zijn de boeken nog lang niet gesloten).

Eerlijk gezegd weten we niet waar het toe leidt als we standaard alle ouderen boven de 70 jaar met het volledige arsenaal preventieve medicatie gaan behandelen. Het zal bijvoorbeeld betekenen dat ouderen met een relatief laag risico (hoewel absoluut wel >10% in 10 jaar) fors gemedicaliseerd worden. Te denken valt aan een kerngezonde, sportieve, niet-rokende 75-jarige man met een RR van 140/85 en een normaal lipidenprofiel. Het is de vraag of de kosten-batenverhouding hier ten gunste van 'behandelen' uitslaat.

Anderzijds, wanneer er bij 70-plussers vastgehouden wordt aan het hoogrisicoselectieprincipe, dan dient verder onderzocht te worden welke risico-indicatoren in deze groep valide zijn. Er zijn gegevens dat klassieke risicofactoren zoals SBP en cholesterol het laten afweten, net zoals de daarop gebaseerde integrale risicoscores. Dat geldt zeker voor de 85-

plussers, maar waar het omslagpunt ligt tussen het 70^e en 85^e jaar is nog niet bekend.

Dat maakt een zoektocht naar nieuwe risicopredictors bij ouderen relevant. Homocysteïne en NT-proBNP zijn inderdaad serieuze kandidaten om als risicopredictor bij (oudste) ouderen te fungeren. Niet-serologische risicomarkers zoals de coronair calciumscore (CT-scan) en de dikte van de A. carotis intima (carotisechografie) komen misschien ook in aanmerking, maar zijn relatief duur en hebben zeker voor toepassing bij (oudste) ouderen praktische bezwaren. Verder onderzoek is gewenst, en gedeeltelijk al gaande.

PJ: Ik zou het niet standaard geven, maar alleen bij afwijkend lab en te hoge RR.

HdJ: Ik vind dat het onderzoek dat op dit moment loopt naar bijvoorbeeld het homocysteïne of het NT-proBNP als marker zeer interessant. In ieder geval zijn er genoeg aanwijzingen dat je het standaard cardiovasculaire risicomanagement niet kunt extrapoleren naar onze doelgroep. Wat dat betreft zit ik heel erg te wachten op betere parameters. Helaas is dit nog onvoldoende onderbouwd en rechtvaardigt het dus nog niet dat we ons beleid ook daadwerkelijk daar op aanpassen. De cruciale statistische parameter die vaak ontbreekt bij onderzoek naar het behandelen van cardiovasculaire risico is de 'time-to-benefit'. Wanneer deze in de buurt zit van de levensverwachting van de patiënt plaatst dit een interventie in een heel ander daglicht, zeker wanneer die interventie zelf op de veel kortere termijn problemen kan geven.

4 In de NHG-standaard Atriumfibrilleren wordt geadviseerd om bij de aanwezigheid van twee of meer risicofactoren (van de vier: leeftijd 75 jaar of hoger, hartfalen, diabetes, (behandelde) hypertensie) altijd te behandelen met een cumarinederivaat.

Behoeft dit advies geen aanpassing voor de populatie van kwetsbare hoogbejaarde verpleeghuispatiënten?

IS: Een ischemisch CVA is echt geen pretje, ook niet voor een oudere die al in een verpleeghuis zit. En het risico op een CVA neemt alleen maar tóe naarmate patiënten ouder worden en meer co-morbiditeit ontwikkelen. Waar alleen te weinig aandacht voor is, is de aanwezigheid van contra-indicaties voor antistolling. Maar zolang men daar oog voor blijft hebben, zou ik toch adviseren de genoemde CHADS2-criteria aan te houden.

JG/WdR: De prevalentie van atriumfibrilleren stijgt met de leeftijd, de incidentie van door atriumfibrilleren veroorzaakte CVA's is hoog bij inadequate antistolling,

en de ernst van deze CVA's is over het algemeen groter. Bij dit hoge absolute CVA-risico op oudere leeftijd breekt de NHG standaard een lans voor het waar mogelijk oraal antistollen, rekeninghoudend met absolute en relatieve contra-indicaties. Belangrijk is het besef dat oudere leeftijd in zijn algemeenheid juist pleit vóór orale antistolling, terwijl dit door veel artsen intuïtief andersom ervaren wordt. Echter, waar bij hoogbejaarde kwetsbare verpleeghuispatiënten precies de kosten-batenverhouding ongunstig doorslaat, is niet wetenschappelijk onderzocht. De beoordeling daarvan is daarom opnieuw een zaak van de klinische expertise van de behandelend arts, rekening houdend met wensen en voorkeuren van de individuele patiënt.

PJ: Nee, tenzij er een duidelijke contra-indicatie is: bloedingen, veel valpartijen met hematomen.

HdJ: Cumarinederivaten bij kwetsbare ouderen geven nogal wat problemen. Zeker wanneer er sprake is van een verhoogd valrisico (dus bijna iedere mobiele kwetsbare oudere), is het risico op intracranieële bloedingen hoog. Het probleem is dat de NHG-standaard de groep boven de 75 jaar benoemt, terwijl in de Leiden 85+-studie juist wordt gekeken naar de groep boven de 85 jaar. Hoe het precies zit weten we niet, maar ik vind de uitkomsten van de Leiden 85+-studie dermate frappant dat het extrapoleren van de NHG-standaard naar deze groep niet als 'evidence based' kan worden beschouwd.

5 Welk soort onderzoek acht u noodzakelijk om met betrekking tot de populatie van kwetsbare hoogbejaarde verpleeghuispatiënten met comorbiditeit te komen tot een beter en effectiever cardiovasculair risicomanagement?

IS: Dat is een heel moeilijke vraag. Deze populatie in grote gerandomiseerde onderzoeken includeren is extreem lastig, om talloze redenen. Misschien moeten we het houden bij het type onderzoek dat nu gebeurt bij relatief gezonde ouderen en energie steken in gezond verstand en een goed debat over hoe we bevindingen uit dat onderzoek kunnen extrapoleren naar de meer kwetsbare ouderen met comorbiditeit.

JG/WdR: Wanneer de populatie van 'kwetsbare hoogbejaarde verpleeghuispatiënten' synoniem is met 'patiënten met een beperkte levensverwachting', dan is voor deze groep primaire preventie van hart- en vaatziekten mogelijk beperkt effectief, maar dat oordeel kan pas geveld worden na gericht onderzoek in deze groep. Vanzelfsprekend spelen morbiditeit en kwaliteit van leven daarbij een minstens zo belangrijke rol als mortaliteit.

In het kader van secundaire preventie bij deze groep kwetsbare verpleeghuispatiënten zijn de belangrijkste onderzoeksthema's: welke preventieve therapie is nog effectief, welke streefwaarden moeten gehanteerd worden, en wat zijn de effecten van afbouwen/staken van antihypertensiva en statinen? Zoals uit bovenstaande gegevens blijkt zijn er vrijwel geen gegevens over cardiovasculair risicomangement in de specifieke setting van het verpleeghuis, en dat biedt dus alle ruimte voor goed opgezette studies.

PJ: RCT-stopstudies zouden meer duidelijkheid kunnen geven over de gevolgen van doorgaan versus stoppen van medicatie.

HdJ: Er zijn legio onderwerpen te bedenken. In ieder geval het onderzoek naar betere voorspellers van cardiovasculaire problemen dan de 'klassieke'. Verder onderzoek naar de entiteit 'gecompenseerd hartfalen', stopstudies over statinen en antihypertensiva en, en dan denk ik even aan de oratie van Cees Hertogh, ook ethische verkenningen op dit onderwerp.

6

Zijn er handvatten hoe te handelen bij polifarmacie?

IS: Ja. Ten eerste: gebruik je verstand. Ten tweede: prioriteer met als volgorde van importantie: medicamenten die het welbevinden dienen, medicamenten met een bewezen preventief effect en daarna pas, eventueel, medicijnen waarvan een preventief effect redelijkerwijs verondersteld mag worden. Dit alles moet je voorschrijven met een gezonde mix van 'paternalisme' en betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming; een van de moeilijkste aspecten, vind ik althans.

JG/WdR: Polyfarmacie is een onderwerp op zich, en cardiovasculaire middelen, al dan niet preventief van aard, maken hier integraal onderdeel van uit. Bespreking hiervan valt buiten het bestek van CVRM als zodanig. Ook hierbij is overigens weer van belang dat, gezien de geringe hoeveelheid beschikbare kennis en hoge mate van variabiliteit tussen ouderen, het vakmanschap en de individuele beoordeling van de patiënt vooropstaan.

PJ: De hieronder vermelde artikelen kunnen behulpzaam zijn bij een verantwoord medicijngebruik. Onderzoek Gestructureerde medicatieanamnese bij opname helpt een juist overzicht van de thuismedicatie te geven. NTVG. 2010; 154: A904. prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy, results of application to case histories by general practitioners. Drugs Aging 2009; 26(8): 687-701, 1170-229X/09/0008-0687/\$49.95/0.

HdJ: Ik ben een groot voorstander van het begrip 'verantwoord medicatiegebruik'. Polyfarmacie is op zich niet iets wat we moeten bestrijden, maar we moeten ervoor zorgen dat de patiënt geen medicatie gebruikt waar geen indicatie (meer) voor is. Ik denk even aan de nitraten bij angineuze klachten die vroeger ontstonden na een paar honderd meter lopen, terwijl de patiënt inmiddels rolstoelgebonden is. Daarnaast moeten we zorgen dat we datgene wat we wel behandelen, ook optimaal behandelen en moeten we kijken of de dosering, de toedieningsvorm, enzovoort, adequaat zijn. Zelf heb ik erg veel aan het zesstappenplan van Van Marum c.s. Daarin moeten kortweg de volgende vragen worden beantwoord:

- Wat moet er nog bij?
- Wat gebruikt de patiënt wel en wat niet?
- Is er voor elk middel nog wel een indicatie? (zie bovenstaand voorbeeld)
- Zijn er bijwerkingen?
- Zijn er klinisch relevante interacties?
- Zijn dosis en frequentie adequaat aangepast?

Hoewel er altijd vragen overblijven die niet beantwoord kunnen worden, geeft dit houvast bij een kritische beschouwing van iemands geneesmiddelengebruik.

Het zal u na het lezen van deze antwoorden duidelijk zijn dat er grote verschillen zijn in de aanpak.

Jacobien Erbrink. Correspondentie:
j.erbrink@vanneynsel.nl

De ochtend voelde fris. Het nevelde licht. Hij had het eerst een beetje koud tijdens het fietsen, maar dat veranderde toen hij eenmaal op snelheid was. Over het bruggetje, langs de sappige weiden met zuring en koolzaad, voorbij het gemaal naar Vught. Hij fietste als een bezetene, blind voor de schoonheid van de ochtend. De hele weg cirkelden zijn gedachten rond dat ene besef. Dat hij háár niet meer zou zien.

In de artsenkamer hing hij zijn jasje aan het eerste haakje van de kapstok. Verder was de kapstok leeg. Peter zuchtte. In die leegheid bleek ze aanwezig dan ooit. Hoe was het mogelijk dat hij een kapstok zonder dat rode mutsje nog veel erger vond dan een kapstok mét dat mutsje van haar? Hij haalde zijn jasje weer van de kapstok en hing het over zijn stoel. Naar de afdeling dan maar. Háár afdeling. Eigenlijk zijn eigen afdeling natuurlijk, maar Sabine had er de eerste twaalf maanden van haar opleidingstijd onder zijn supervisie gewerkt. Hij pakte de dossiers die hij nodig had voor de visite om zich in te lezen. Meneer Voegeman had gisteravond pijn op de borst gehad. Hij nam de historie door.

'CVRF : ' – stond er in Sabines sierlijke handschrift. 'HT, DM (NID), BMI (en BO) te hoog' – las hij op de regel eronder.

'AF wv. OAS, AP (II-III), LVF beperkt na MI, CABG, HF, AoS' – ging het verder.

'TIA's, CVA, MCI, mengbeeld VD/SDAT.'

De diagnoses stonden achter oplopende jaartallen, netjes opgesomd. Het struikelende leven van Voegeman *in a nutshell*. Hij las het nog een keer over. Haar handschrift ontroerde hem. Zachtjes prevelde hij de letters voor zich uit.

'Haa Tee Dee Em En Ie Dee Bee Em Ie'

'Aa Ef Oo Aa Es Aa Pee El Vee Ef Em Ie'

'Tee Ie Aa Cee Vee Aa Em Cee Ie'

De letters werkten als een mantra. Een poëtische mantra. Ze trokken hem aan als een magneet. Hij las het nog een keer op, zonder geluid. Traag, als om elke letter te proeven. Tee. Ie. Aa. Cee. Vee. Aa. Em. Cee. Ie. De laatste letter ontsnapte hem als een zucht. Naast zich hoorde hij een geluid. Hij schrok zich wild. De stem van zuster Margot drong tot hem door. 'Zeg, Peter, gaat het wel goed met je?' informeerde ze bezorgd, 'je ziet een beetje pips.'

Hij voelde zich betrappt. Zijn hart ging als een razende tekeer. Onder de tafel telde hij stiekem zijn pols –



in case of an emergency feel your own pulse first.

Zesennegentig per minuut! Geschrokken liet hij los. Daarna keek hij op naar Margot.

'Ik voel me wel een beetje maandagachtig,' reageerde hij met tegenzin. Ze leunde over de tafel naar hem toe. 'Zal ik eens een lekker vers kopje van mijn koffie voor je inschenken?' vroeg ze samenzweerderig.

Hij dacht aan zesennegentig per minuut en aarzelde.

'Doe maar een lekker vers kopje van je thee.'

Margot fronste. 'Jij bent echt niet helemaal jofel vanochtend,' constateerde ze, 'anders vind je mijn koffie altijd onweerstaanbaar!' Ze verdween naar de keuken.

Peter bleef aan de tafel zitten. Hij voelde zich naakt. Een open boek. Zo wilde hij helemaal niet zijn. Dat boek moest dicht. Hij probeerde zich te vermannen en trok het dossier van Voegeman naar zich toe. Terwijl hij de aantekening van gisteravond las, voelde hij een enorme zwaarte in zich opdoemen. Voegeman had dat ook gehad. 'Een zwaar klemmend gevoel midden op zijn borst', stond er in het dossier.

Peter leunde achterover en concentreerde zich op zijn eigen borst. Hij legde zijn hand op het zware gevoel, zijn hart bonsde onder zijn vingers. Hij ademde diep in en uit. In en uit. Langzaam voelde hij zijn hart rustiger worden. Maar het zware gevoel bleef. Een triestig, loodgrijs gevoel, dat zijn hele borst vulde. In de verte hoorde hij Margot aankomen. Hij ging weer rechtop zitten. Zijn ogen gleden over de vreselijke voorgeschiedenis van Voegeman, geschreven in dat bekende handschrift. Haar handschrift. Haar enige nalatenschap. Verder had ze alle kleur uit zijn leven meegenomen.

Zijn adem stakte bij dit besef. Zo was het precies. Alle kleur was verdwenen. Hij liet zijn hoofd vertwijfeld in zijn handen zakken. Het leven leek hem ineens volslagen zinloos.

Palliatieve zorg voor patiënten met chronisch hartfalen: hard nodig!

Drs. Daisy J.A. Janssen, specialist ouderengeneeskunde / klinisch onderzoeker, *Ciro, Horn, CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht, Proteion Thuis, Horn* / **drs. Nicole H. Uszko-Lencer**, cardioloog, *Ciro, Horn, MUMC+, Maastricht* / **prof.dr. Emiel F.M. Wouters**, hoogleraar longziekten, *Ciro, Horn, MUMC+, Maastricht* / **dr. Martijn A. Spruit**, staffunctionaris, *Ciro, Horn* / **prof.dr. Jos M.G.A. Schols**, hoogleraar specialisme ouderengeneeskunde, *CAPHRI, Universiteit Maastricht* / **Correspondentie: daisyjanssen@proteion.nl**

Inleiding

De incidentie en prevalentie van chronisch hartfalen stijgen. Ongeveer één op de drie personen van 55 jaar zal hartfalen ontwikkelen in zijn of haar verdere leven.¹ De prognose van chronisch hartfalen is slechter dan van de meeste veelvoorkomende maligniteiten.² De vijfjaarsoverleving na de diagnose is slechts 35% en de mediane overleving is 2,1 jaar.¹ Chronisch hartfalen is een aandoening met hoge morbiditeit en mortaliteit.³ In 2006 overleden in Nederland 77.366 personen aan een chronische ziekte, waarvan 5.952 personen aan hartfalen. Een groot deel van de patiënten die overlijden aan hartfalen, zijn tussen de 85 en 90 jaar oud.⁴ De mortaliteit bij kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen met ernstig hartfalen is hoog. Tijdens de ziekenhuisopname overlijdt 33% van deze patiënten en na 1 jaar is 71% van de patiënten overleden.⁵ Een recente literatuurstudie heeft laten zien dat de gemiddelde prevalentie van hartfalen in het verpleeghuis 20% (spreiding 15-45%) bedraagt, waarbij de prevalentie van hartfalen mogelijk wordt onderschat.⁶

De symptoomlast voor patiënten met ernstig chronisch hartfalen is hoog en leidt tot vermindering van kwaliteit van leven.⁷⁻⁹ In een vergelijkende studie van 50 patiënten met eindstadium hartfalen en 50 patiënten met een maligne ziekte die palliatief werden behandeld, was de symptoomlast even hoog. Tevens bleken de beperkingen in kwaliteit van leven en emotioneel welbevinden vergelijkbaar.¹⁰ Naarmate de ernst van het chronisch hartfalen toeneemt, neemt de door patiënt ervaren kwaliteit van leven af.¹¹ De hoge mortaliteit in combinatie met de aanzienlijke symptoomlast en verminderde kwaliteit van leven vragen om een palliatieve benadering van patiënten met ernstig hartfalen.

In deze review worden het ziekteverloop en de organisatie van palliatieve zorg voor patiënten met

chronisch hartfalen beschreven, waarbij aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden die het verpleeghuis kan bieden. Vervolgens wordt aandacht besteed aan symptomen en communicatie over zorg in de laatste levensfase. Ten slotte wordt de belasting van de mantelzorgers van patiënten met chronisch hartfalen beschreven.

Ziekteverloop en organisatie van palliatieve zorg

De behoefte aan palliatieve zorg van patiënten met ernstig hartfalen is vergelijkbaar met de behoefte van patiënten met een maligne aandoening.¹⁰ Echter, het gebruik van voorzieningen voor palliatieve zorg door deze groepen patiënten is duidelijk verschillend. Het aantal patiënten dat in Nederland wordt opgenomen in een hospice vanwege hartfalen, is slechts 4%, terwijl 89% van de patiënten wordt opgenomen vanwege een maligniteit.¹² Daarnaast worden de palliatieve adviesteams voornamelijk geraadpleegd voor patiënten met een maligniteit (90,5%), terwijl het aantal consulten voor hartfalenpatiënten heel laag is (1,0%).¹³

Ook internationaal is de aandacht voor hartfalen patiënten bij voorzieningen voor palliatieve zorg beperkt. In de Verenigde Staten wordt 9% van de patiënten in hospices opgenomen vanwege hartfalen. Slechts 14% van de hospices gaf aan een behandelplan voor hartfalenpatiënten te hebben. Patiënten met een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) werden door de meerderheid van de hospices (94%) geaccepteerd. Echter, slechts 13% van de hospices had een beleid voor het omgaan met ICD's en 27% had een beleid rondom het uitschakelen van ICD's. Intraveneuze inotropica en andere kostbare behandelingen werden zelden geboden en waren soms een contra-indicatie voor opname.¹⁴ In Engeland accepteert 11% van de voorzieningen voor palliatieve zorg geen patiënten met chronisch hartfalen. De belangrijkste redenen hiervoor zijn een

gebrek aan voorzieningen, noodzaak tot educatie van zorgverleners en beperkte beschikbaarheid van bedden. Slechts 5% van de Engelse hospices heeft richtlijnen of zorgpaden voor palliatieve zorg voor hartfalenpatiënten.¹⁵

Deze discrepantie tussen noodzaak aan palliatieve zorg en beperkte beschikbaarheid en gebruik van voorzieningen voor palliatieve zorg wordt mogelijk mede verklaard door het ziekteverloop bij patiënten met chronisch hartfalen. Het ziekteverloop van deze patiënten wordt gekenmerkt door een geleidelijke achteruitgang, geaccentueerd door acute exacerbaties en vaak slechts gedeeltelijke remissies. Iedere exacerbatie is geassocieerd met een verhoogd risico op overlijden.¹⁶ Het nauwkeurige voorspellen van de levensverwachting is niet mogelijk en onverwacht overlijden komt frequent voor.^{3,17} Ook de beste prognostische modellen zijn niet in staat een levensverwachting van zes maanden of korter nauwkeurig te voorspellen. Het aanbieden van palliatieve zorg bij patiënten met chronisch hartfalen zou dan ook gebaseerd moeten zijn op de behoefte aan zorg en behandeling en niet op de geschatte levensverwachting.¹⁷

Het recente 'position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology' beschrijft het beloop van chronisch hartfalen in drie stadia. De eerste fase is een relatief stabiele fase waarbij patiënten behoefte hebben aan de reguliere hartfalenzorg. De tweede fase wordt gekenmerkt door achteruitgang, waarbij patiënten vaker worden opgenomen in het ziekenhuis. In deze fase ontstaat de behoefte aan palliatieve zorg. Vaak betreft dit patiënten met New York Heart Association (NYHA)-klasse III of IV. Het doel van de behandeling in deze fase is het verminderen van symptomen en het optimaliseren van de kwaliteit van leven. De derde fase is de fase voor terminale zorg. Klinische indicatoren voor de terminale fase zijn ondanks maximale behandeling het ontstaan van nierfunctiestoornissen, hypotensie, persistent oedeem, vermoeidheid en anorexie.³

Voor het kunnen bieden van palliatieve zorg aan patiënten met chronisch hartfalen door bijvoorbeeld hospices en palliatieve zorgafdelingen in verpleeghuizen, is specifieke expertise voor symptoombehandeling bij hartfalen nodig. Het beloop bij chronisch hartfalen en de behandeling is significant anders dan bij oncologische aandoeningen. Het zorgvuldig monitoren van de vochtbalans is van essentieel belang voor adequate behandeling van symptomen. Daarnaast heeft behandeling die gericht is op de onderliggende ziekte en levensverlenging ook invloed op de

ernst van de symptomen.¹⁴ Voor het kunnen bieden van optimale palliatieve zorg aan chronisch hartfalenpatiënten is educatie van zorgverleners en samenwerking tussen specialisten op het gebied van palliatieve zorg en hartfalen essentieel.^{14,18-20}

De rol van hartfalenexperts is het optimaal behandelen van het hartfalen, terwijl de specialisten in de palliatieve zorg verantwoordelijk zijn voor een geïntegreerde analyse van klachten en symptomen, optimale behandeling van complexe symptomen en begeleiding ten aanzien van communicatie over zorg in de laatste levensfase.²¹ Het verpleeghuis kan een goede setting zijn voor deze samenwerking tussen specialisten in de palliatieve zorg en hartfalenexperts. De specialist ouderengeneeskunde kan bij uitstek de regievoerder zijn over dit zorgproces en zorgen voor integratie van deze specialistische zorg voor deze patiënten met vaak complexe meervoudige problematiek.

Symptomen

Patiënten met chronisch hartfalen ervaren dagelijks veel fysieke en psychische klachten.⁹ Een vergelijkende studie tussen 60 patiënten met hartfalen (NYHA-klasse II, III en IV) en 30 patiënten met een gevorderd long- of pancreascarcinoom heeft laten zien dat de symptoomlast vergelijkbaar was. Beide patiëntengroepen rapporteerden gemiddeld negen symptomen in de afgelopen week. Meer dan de helft van de hartfalenpatiënten had last van kortademigheid, vermoeidheid, slaperigheid of een droge mond. De symptoomlast bij patiënten met chronisch hartfalen was vergelijkbaar voor patiënten met een ejection fractie van $\leq 30\%$ en $>30\%$. Het relatieve aandeel van patiënten met symptomen passende bij een depressie (Geriatric Depression Scale – Short Form (GDS-SF)) was vergelijkbaar tussen hartfalenpatiënten (30%) en kankerpatiënten (33,3%), ($p=0,75$).²²

Ook in de prospectieve studie van Blinderman en collega's bij 103 patiënten met hartfalen NYHA-klasse III of IV en een ejection fractie $<35\%$ rapporteerden patiënten een hoge prevalentie van vele symptomen. De meest voorkomende symptomen waren gebrek aan energie (66%), droge mond (62%), kortademigheid (56%) en een gevoel van slaperigheid (52%). Bij 24% was sprake van symptomen passende bij depressie.⁷ Een hogere symptoomlast is geassocieerd met een slechtere algehele en ziektespecifieke gezondheidsstatus.^{7,22}

Bij kwetsbare ouderen die werden opgenomen in het ziekenhuis met ernstig hartfalen, kwamen niet alleen kortademigheid (79,8%) en oedeem (73,1%) vaak voor, maar ook angst (55,4%), slaapstoornissen (43,7%), ernstige achteruitgang van

de voedingstoestand (43,6%) en delier (35,5%).⁵ Naarmate het overlijden dichterbij komt, nemen klachten zoals pijn, dyspnoe, angst en somberheid toe.²³

In de 'Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments' (SUPPORT) was drie dagen voor het overlijden bij 41% van de hartfalenpatiënten sprake van ernstige pijn en bij 63% van ernstige dyspnoe.²³

Vaak worden klachten niet gemeld aan zorgverleners. Een deel van de hartfalenpatiënten accepteert de klachten als horende bij de leeftijd. Andere hartfalenpatiënten melden hun klachten niet, omdat ze verwachten dat er geen mogelijkheden zijn voor behandeling.²⁴

De hoge symptoomlast bij patiënten met ernstig hartfalen verlangt een regelmatige en geïntegreerde analyse van symptomen. Alleen hiermee kunnen symptomen vroeg geïdentificeerd en behandeld worden. Het cyclische diagnostische proces van de verpleeghuisgeneeskunde sluit hierbij goed aan.²⁵ Het vroeg identificeren en behandelen van klachten en symptomen is van groot belang voor het verbeteren of behouden van de kwaliteit van leven.

Communicatie en besluitvorming over de behandeling

Een retrospectieve studie heeft laten zien dat in het ziekenhuis levensverlengende behandelingen frequenter werden toegepast bij patiënten die overleden aan chronisch hartfalen, dan bij patiënten die overleden aan een gemetastaseerd carcinoom.

In totaal werd 83% van de hartfalenpatiënten gereanimeerd, invasief beademend, opgenomen op de intensive care of kreeg vasoactieve medicijnen, vergeleken met 43% van de patiënten met een maligniteit ($p < 0,001$).²⁶

Een groot deel van de hartfalenpatiënten geeft ook aan levensverlengende behandelingen te wensen. In een studie in de Verenigde Staten wilde 69% van de patiënten die werden opgenomen met een acute exacerbatie van chronisch hartfalen gereanimeerd worden, terwijl 23% geen reanimatie wenste. Slechts 8% kon geen voorkeur aangeven. Factoren die geassocieerd waren met een voorkeur voor niet-reanimeren, waren de inschatting van de patiënt van een slechte prognose, meer beperkingen in het dagelijks leven in de twee weken voorafgaand aan de opname, een hoger inkomen en een hogere leeftijd. Twee maanden na ontslag was de voorkeur voor reanimatie bij 19% van de patiënten veranderd.²⁷ De Choices-studie heeft de voorkeuren van patiënten met gevorderd hartfalen voor zorg in de laatste levensfase onderzocht. Uit deze studie bleek dat voorkeuren van hartfalenpatiënten voor behandeling niet geassocieerd

waren met factoren zoals de NYHA-klasse, sekse, ejectiefractie, ernst van de klachten en algemene gezondheidsstatus.²⁸

De kwalitatieve studie van Caldwell et al. bij 20 patiënten met hartfalen NYHA-klasse III en IV heeft laten zien dat patiënten betwijfelen of hun behandelvoorkeuren daadwerkelijk de zorg kunnen beïnvloeden.²⁹ Het bespreken van voorkeuren voor levensverlengende interventies en het communiceren van deze voorkeuren met alle betrokken zorgverleners is dan ook van groot belang.³

Toch moeten niet alleen voorkeuren voor levensverlengde behandelingen besproken worden. Ook is aandacht nodig voor het bespreken van de prognose, palliatieve zorg en het sterven. Slechts een deel van de patiënten met hartfalen is op de hoogte van het chronische en progressieve beloop van de ziekte. Patiënten maken zich zorgen over de controle van pijn, kortademigheid en andere klachten en over het ongewenst verlengen van het leven.³⁰

In een kwalitatieve studie bij patiënten met NYHA-klasse III of IV, hun familieleden en zorgverleners bleek dat geen van de patiënten en hun naasten besproken had wat ze konden verwachten bij progressie van de ziekte. Ook voorkeuren voor zorg in de laatste levensfase waren niet besproken. Naasten maakten zich zorgen over progressie van de ziekte en de behandeling van symptomen. Gebrek aan informatie over de ziekte droeg bij aan angstgevoelens.²¹ Ook gedachten over het sterven, die vaak niet worden besproken, kunnen leiden tot gevoelens van angst bij de naasten.¹⁸ Het bespreken van deze zorgen rondom het levenseinde is dan ook van groot belang.

De meeste patiënten willen open geïnformeerd worden over hun sombere prognose.²¹ Door inzicht te krijgen in hun prognose zijn patiënten beter in staat hun leven te plannen.²⁹ Het is echter de verantwoordelijkheid van de behandelend arts om deze gesprekken te initiëren.^{29,31} Bij het open bespreken van de sombere prognose is het van groot belang om patiënten hoop te laten behouden. Als geen levensverlengende behandelingen meer geboden kunnen worden, kan hoop geboden worden door te focussen op doelen op de korte termijn en de dagelijkse kwaliteit van leven. Ook kan hoop geboden worden door uitleg te geven over de behandeling van klachten, het bieden van een gevoel van controle en een waardig sterven.²⁹

Naast het bespreken van prognose, voorkeuren voor levensverlengende behandelingen en mogelijkheden van palliatieve zorg, is het deactiveren van een ICD voor het overlijden een belangrijk onderwerp om te bespreken met deze patiënten. In een retrospectieve

cohortstudie van naasten van overleden patiënten met ICD bleek dat deactivatie van de ICD door 27% van de artsen besproken was en meestal in de laatste dagen van het leven. In totaal 27% van de patiënten had een elektrische schok gekregen van de ICD in de laatste maand van hun leven en 8% kreeg een schok in de minuten voor het overlijden.³² Patiënten gaven aan angstig te zijn voor het krijgen van een schok van hun ICD, maar ook dat zij niet zelf beginnen met het spreken over het deactiveren van de ICD. Patiënten wensen dat hun de arts de beslissing neemt over het deactiveren van de ICD.³³ De ervaring van artsen met het spreken over deactivatie van ICD's is echter beperkt: 60% van de cardiologen, 88% van de geriaters en 95% van de internisten en huisartsen heeft slechts twee keer of minder hierover gesproken met patiënt en familie.³¹ Aan een ICD wordt niet in dezelfde context gedacht als aan andere behandelbesluiten aan het einde van het leven, doordat het interval tussen ICD-deactivatie en overlijden veel langer kan zijn dan bijvoorbeeld na het staken van dialyse of invasieve beademing. Daarnaast wordt de ICD gezien als niet interfererend met de kwaliteit van leven van de patiënt.³⁴

Het kiezen van het juiste moment om te spreken over palliatieve zorg bij hartfalenpatiënten is vanwege de onzekere prognose niet makkelijk. Communicatie bij hartfalenpatiënten over zorg in de laatste levensfase kan bemoeilijkt worden door klachten zoals vermoeidheid, verwardheid en klachten van het geheugen.²⁴ Patiënten geven de voorkeur aan het bespreken van hun prognose op het moment dat ze zich fysiek en mentaal goed voelen. Juist op dit moment kunnen zij nog participeren in de besluitvorming over hun behandeling.²⁹ Palliatieve zorg dient in ieder geval besproken te worden als er sprake is van terugkerende episoden van acuut hartfalen binnen zes maanden ondanks optimale behandeling, maligne ritmestoornissen, frequente of continu intraveneuze behandeling, chronisch ernstige beperking van de kwaliteit van leven, NYHA-klasse IV of cardiale cachexie.³ Bij verpleeghuispatiënten met chronisch hartfalen dient bij het bespreken van voorkeuren voor levensverlengende behandelingen nadrukkelijk rekening gehouden te worden met de consequenties van chronisch hartfalen voor de prognose en kwaliteit van leven. Alleen door het tijdig bespreken van voorkeuren voor zorg in de laatste levensfase is het mogelijk om de wensen van de patiënt in de laatste levensfase te respecteren.

Naasten

Niet alleen de patiënt met hartfalen wordt geconfronteerd met de ziekte en beperkingen, maar

ook voor de naasten kan de ziekte significante gevolgen hebben. De rol van mantelzorgers is van groot belang voor patiënten. Patiënten zonder mantelzorger worden geconfronteerd met grotere problemen in het dagelijks leven en meer angst.³⁵ Naasten van hartfalenpatiënten zijn vaak oudere vrouwen die zelf ook gezondheidsproblemen hebben. Vaak zorgen zij al langdurig voor hun naaste.³⁶ Fysieke beperkingen van de patiënt leiden tot aanzienlijke sociale beperkingen voor zowel de patiënt als de naasten, soms leidend tot sociale isolatie. Soms kunnen zelfs de kleinste taken van het dagelijks leven slechts met een zorgvuldige voorbereiding uitgevoerd worden. Naasten van patiënten met ernstig hartfalen voelen zich verantwoordelijk voor het monitoren van de patiënt, met name wat betreft medicatie, gewicht en niveau van activiteiten. Terwijl naasten door hun jarenlange betrokkenheid hierin expertise opbouwen, hebben zij regelmatig het gevoel dat hun expertise niet erkend wordt door professionele zorgverleners.³⁵ Een deel van de mantelzorgers (22%) rapporteert depressieve klachten. Depressieve klachten zijn geassocieerd met een hogere belasting voor de mantelzorger. De belasting van de mantelzorger is hoger bij patiënten met NYHA-klasse III en IV in vergelijking met NYHA-klasse II.³⁶ Bij de zorg voor patiënten met ernstig hartfalen is aandacht voor de mantelzorgers dan ook van groot belang. Tegelijkertijd met een analyse van de zorgbehoefte van de patiënt, dient ook de belastbaarheid en de belasting van de mantelzorger(s) in kaart gebracht te worden om samen met de patiënt en naaste(n) de zorg te optimaliseren.

Conclusie

In de zorg voor patiënten met hartfalen en hun naasten dient meer aandacht besteed te worden aan palliatieve zorg. Chronisch hartfalen is een frequent voorkomende aandoening bij verpleeghuispatiënten die aanzienlijke gevolgen kan hebben voor de dagelijkse symptoomlast, de kwaliteit van leven en de levensverwachting. Een regelmatige en geïntegreerde analyse van symptomen is noodzakelijk om symptomen vroeg te identificeren en te behandelen. Tegelijkertijd met een analyse van de zorgbehoefte van de patiënt, dient ook de belastbaarheid en de belasting van de mantelzorger(s) in kaart gebracht te worden om samen met patiënt en naaste(n) de zorg te optimaliseren. Daarnaast is communicatie over prognose, voorkeuren voor levensverlengende behandelingen en palliatieve zorg van groot belang om de zorg in de laatste levensfase af te kunnen stemmen op de wensen van de patiënt. Behandelprogramma's die gespecialiseerde hartfalenzorg en palliatieve zorg integreren,

zijn nodig om aan de behoefte van patiënten met ernstig chronisch hartfalen en hun naasten tegemoet te komen. Voor het ontwikkelen van behandelprogramma's is wetenschappelijk onderzoek naar de symptomen en zorgbehoeften van patiënten met ernstig chronisch hartfalen noodzakelijk.³⁷ Met deze kennis wordt het mogelijk om behandelprogramma's te ontwikkelen die de kwaliteit van leven van patiënt en naasten kunnen verbeteren.

Samenvatting

Chronisch hartfalen is een aandoening met hoge morbiditeit en mortaliteit. Chronisch hartfalen komt frequent voor bij patiënten in het verpleeghuis. De behoefte aan palliatieve zorg van patiënten met ernstig chronisch hartfalen is vergelijkbaar met de behoefte van patiënten met een maligne aandoening. Het nauwkeurig voorspellen van de levensverwachting bij hartfalenpatiënten is niet mogelijk. Het aanbieden van palliatieve zorg bij patiënten met chronisch hartfalen zou dan ook gebaseerd moeten zijn op de behoefte aan zorg en behandeling en niet op de geschatte levensverwachting.

De symptoomlast bij patiënten met ernstig chronisch hartfalen is hoog. Een regelmatige en geïntegreerde analyse van symptomen is dan ook noodzakelijk. Alleen hiermee kunnen symptomen vroeg geïdentificeerd en behandeld worden en kan kwaliteit van leven verbeterd worden of behouden blijven.

Communicatie over prognose, voorkeuren voor levensverlengende behandelingen en palliatieve zorg is van groot belang om de zorg in de laatste levensfase af te kunnen stemmen op de wensen van de patiënt.

Niet alleen de patiënt met hartfalen wordt geconfronteerd met de ziekte en beperkingen, maar ook voor de naasten kan de ziekte significante gevolgen hebben. Tegelijkertijd met een analyse van de zorgbehoefte van de patiënt, dient ook de belastbaarheid en de belasting van de mantelzorger in kaart gebracht te worden om samen met patiënt en naaste de behoefte aan zorg te inventariseren. Behandelprogramma's die gespecialiseerde hartfalenzorg en palliatieve zorg integreren zijn nodig om aan de behoefte van patiënten met ernstig chronisch hartfalen en hun naasten tegemoet te komen en hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Abstract

Chronic heart failure is a major cause of morbidity and mortality. Chronic heart failure is highly prevalent in nursing home patients. Palliative care needs are comparable for patients with advanced chronic heart failure and patients with a malignant disease. Prediction of prognosis of survival is very difficult for patients with chronic heart failure. Therefore, provision of palliative care needs to be based on care needs instead of the expected prognosis of survival.

Daily symptom burden is high for chronic heart failure patients. A regular and integrated assessment of daily symptoms is necessary for early identification and treatment of daily symptoms and improvement of quality of life.

Furthermore, patient-physician communication regarding prognosis of survival, life-sustaining treatment preferences and palliative care is essential to provide end-of-life care according to the patient's wishes.

The disease may also have significant consequences for the loved ones of patients with chronic heart failure. Careful analysis of possibilities for care giving and caregiver burden is needed to assess care needs of the patient and informal caregiver.

Management programs which integrate specialized heart failure care and palliative care are necessary to address needs of patients with advanced chronic heart failure and their loved ones and to improve their quality of life.

Literatuur

1. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004; 25: 1614-1619.
2. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, et al. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3: 315-322.
3. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, et al. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2009; 11: 433-443.
4. Velden LF van der, Francke AL, Hingstman L, Willems DL. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. *BMC Palliat Care* 2009; 8: 4.
5. Martin-Pfitzenmeyer I, Gauthier S, Bailly M, et al. Prognostic factors in stage D heart failure in the very elderly. *Gerontology* 2009; 55: 719-726.
6. Daamen MA, Schols JM, Jaarsma T, Hamers JP. Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci* 2010; 24(1): 202-208.
7. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, et al. Symptom distress and qua-

- lity of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 594-603.
8. Opasich C, Gualco A, De Feo S, et al. Physical and emotional symptom burden of patients with end-stage heart failure: what to measure, how and why. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2008; 9: 1104-1108.
 9. Janssen DJ, Spruit MA, Wouters EF, Schols JM. Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliat Med* 2008; 22: 938-948.
 10. O'Leary N, Murphy NF, O'Loughlin C, et al. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *Eur J Heart Fail* 2009; 11: 406-412.
 11. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, et al. Health-related quality of life and stages of heart failure. *Int J Cardiol* 2008; 129: 238-244.
 12. Mistiaen P, Ruth L van, Francke AL. Monitor palliatieve zorg; Rapport 2006 en bevindingen over drie jaar monitor. Utrecht: Nivel, 2006.
 13. Kuin A, Courtens AM, Deliens L, et al. Palliative care consultation in The Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 53-60.
 14. Goodlin SJ, Kutner JS, Connor SR, et al. Hospice care for heart failure patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 525-528.
 15. Gibbs LM, Khatri AK, Gibbs JS. Survey of specialist palliative care and heart failure: September 2004. *Palliat Med* 2006; 20: 603-9.
 16. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-1011.
 17. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age Ageing* 2005; 34: 218-227.
 18. Selman L, Harding R, Beynon T, et al. Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: 'Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't'. *Heart* 2007; 93: 963-967.
 19. Gibbs JS, McCoy AS, Gibbs LM, et al. Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. *Heart* 2002; 88 Suppl 2: ii36-39.
 20. Daley A, Matthews C, Williams A. Heart failure and palliative care services working in partnership: report of a new model of care. *Palliat Med* 2006; 20: 593-601.
 21. Harding R, Selman L, Beynon T, et al. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 149-156.
 22. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 592-598.
 23. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, et al. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: S101-109.
 24. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ* 2000; 321: 605-607.
 25. Rohling R, Berman M, Froeling PGAM, et al. NNVA-richtlijn Hartfalen. *Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde* 1999.
 26. Tanvetyanon T, Leighton JC. Life-sustaining treatments in patients who died of chronic congestive heart failure compared with metastatic cancer. *Crit Care Med* 2003; 31: 60-64.
 27. Krumholz HM, Phillips RS, Hamel MB, et al. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT project. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Circulation* 1998; 98: 648-655.
 28. MacIver J, Rao V, Delgado DH, et al. Choices: a study of preferences for end-of-life treatments in patients with advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2008; 27: 1002-1007.
 29. Caldwell PH, Arthur HM, Demers C. Preferences of patients with heart failure for prognosis communication. *Can J Cardiol* 2007; 23: 791-796.
 30. Formiga F, Chivite D, Ortega C, et al. End-of-life preferences in elderly patients admitted for heart failure. *QJM* 2004; 97: 803-808.
 31. Hauptman PJ, Swindle J, Hussain Z, et al. Physician attitudes toward end-stage heart failure: a national survey. *Am J Med* 2008; 121: 127-135.
 32. Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, et al. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. *Ann Intern Med* 2004; 141: 835-838.
 33. Goldstein NE, Mehta D, Siddiqui S, et al. 'That's like an act of suicide' patients' attitudes toward deactivation of implantable defibrillators. *J Gen Intern Med* 2008; 23 Suppl 1: 7-12.
 34. Goldstein NE, Mehta D, Teitelbaum E, Bradley EH, Morrison RS. 'It's like crossing a bridge' complexities preventing physicians from discussing deactivation of implantable defibrillators at the end of life. *J Gen Intern Med* 2008; 23 Suppl 1: 2-6.
 35. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, et al. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *Eur J Heart Fail* 2004; 6: 585-591.
 36. Barnes S, Gott M, Payne S, et al. Characteristics and views of family carers of older people with heart failure. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12: 380-389.
 37. Janssen DJ, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA. Self-perceived symptoms and care needs of patients with severe to very severe chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure or chronic renal failure and its consequences for their closest relatives: the research protocol. *BMC Palliat Care* 2008; 7: 5.

De ICD, levenslijn of struikelblok

Tjomme de Graas, specialist ouderengeneeskunde / Correspondentie: tdegraas@evean.nl

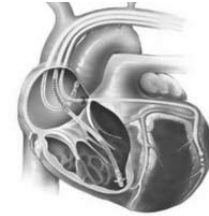
Casus

De heer Z is 40 jaar oud. Sinds 10 jaar is hij bekend met een morbus Kahler waarvoor hij destijds chemotherapie en radiotherapie heeft gekregen. Secundair aan de Kahler heeft hij amyloïdose ontwikkeld, waarbij in de laatste drie jaar complicaties zijn ontstaan. Zo heeft hij een cardiomyopathie ontwikkeld met ernstig hartfalen, hypotensie en frequente episodes van ventrikeltachycardie. Daarvoor kreeg hij in 2007 een biventriculaire pacemaker met ICD. Ook in 2007, ontwikkelt hij toenemende nierfunctiestoornissen door de amyloïdose, waardoor hij dialyseafhankelijk wordt, waarbij wordt gekozen voor peritoneaal dialyse. Dan wordt hij met een ernstige peritonitis opgenomen in het ziekenhuis waarvoor hij uitgebreid behandeld wordt. Het blijkt echter ook dat het, ten gevolge van zijn cardiomyopathie en dialyse samen, bijna onmogelijk is om voldoende bloeddruk te krijgen waardoor hij bij overeind komen in bed al bijna collabeert. Er wordt dan ook gesteld dat er inmiddels sprake is van terminaal hart- en nierfalen, waarbij er geen opties voor verbetering zijn en zowel aan hem als zijn familie wordt meegedeeld, dat hij waarschijnlijk zal gaan overlijden bij een nieuwe peritonitis of een andere complicatie. Voor patiënt is een nog veel groter probleem dat in het ziekenhuis zijn ICD driemaal defibrilleert terwijl hij nog bij bewustzijn is; een pijnlijke en angstige situatie die hem vanaf dat moment continu bezighoudt. Anderzijds is hij juist heel bang dat de ICD zijn werk niet zal doen als dit echt nodig is.

Bespreking

De ICD (implantable cardioverter/defibrillator) wordt ook in Nederland in toenemende mate geïmplant. Er werden in 2000 in totaal 581 implantaties gedaan; in 2006 waren dit er 3582, inclusief vervangingen van ICD's.¹ De verwachting is dan ook dat dit aantal snel zal toenemen, enerzijds door de techniek en kennis en anderzijds door de verbreding van de indicaties. Het implanteren gebeurt alleen in daarvoor gespecialiseerde centra door cardiologen met ervaring op dit gebied.

Het principe van een ICD lijkt op dat van de



Tekening van de drie leads van een biventriculaire pacemaker en ICD. De korte lead ligt in het rechteratrium, de lead daarlangs in de rechterventrikel. De derde lead lijkt opwaarts te gaan. Op deze plek gaat hij via de sinus coronarius het veneuze systeem in naar de linkerventrikel.

pacemaker. Ook een ICD senset de elektrische activiteit en reageert daarop afhankelijk van de instellingen. De klassieke ICD heeft een lead in het rechterventrikel waar het de elektrische activiteit senset en kleine stroomstootjes geeft bij bijvoorbeeld een langzamere VT of defibrilleert bij een snelle VT of VF. Hij kan echter ook twee leads hebben waarbij er ook een lead in het rechteratrium ligt; deze treedt dan op als pacemaker voor de supraventriculaire ritmestoornis. Een aparte categorie is de biventriculaire pacemaker voor chronische resynchronisatietherapie (CRT). Hierbij liggen er leads in het rechteratrium, rechterventrikel en via de sinus coronarius een lead voor het linkerventrikel (zie figuur). Hierbij worden beide ventrikels gepaced om daarmee weer synchrone wandbewegingen te krijgen. Hieraan kan de ICD-functie worden toegevoegd; dit is dan CRT met ICD. Er zijn verschillende indicaties voor een ICD. In het geval van primaire preventie van acute hartdood wordt deze toegepast bij mensen met een sterk verhoogd risico op een ventriculaire aritmie, bijvoorbeeld familiair (verlengd QT-syndroom, Brugada-syndroom). Bij secundaire preventie is de indicatie ontstaan op basis van een al doorgemaakte hartstilstand of VT/VF, op basis van een onderliggende hartziekte. De indicatie voor CRT (met of zonder ICD) is vooral hartfalen waarbij er sprake is van het niet meer synchroon samentrekken van de beide ventrikels waardoor er sprake is van een slechte output.²

Bij onze patiënt was er sprake van ernstig hartfalen op basis van een cardiomyopathie, waarbij er een indicatie bestond voor CRT. De effecten van CRT op de functie van het hart, conditie en reductie van het aantal ziekenhuisopnamen zijn gunstig. Bij hem is de ICD-functie toegevoegd omdat hij bij zijn cardiomyopathie al regelmatig perioden van VT had doorgemaakt.

Casus, vervolg

Patiënt wordt vanuit het ziekenhuis voor palliatieve zorg in ons verpleeghuis opgenomen. Vanaf het begin is de regie over zijn behandeling en wensen moeilijk te voeren. Hij voelt zich fysiek uitermate slecht, is volkomen afhankelijk en durft eigenlijk in zijn bed niet te bewegen. Hij is bang dat hij dan weer flauwvalt of dat zijn ICD zal vuren terwijl hij bij bewustzijn is. Hij geeft echter ook aan zeker niet dood te willen. Er worden veelvuldig gesprekken gevoerd met de arts en psycholoog om helder te krijgen wat zijn wensen en inzichten zijn. Tijdens deze gesprekken wisselt hij veelvuldig van het uitzetten van de ICD en het stoppen van de dialyse naar juist alles op alles zetten om te blijven leven. De kern lijkt te zijn dat hij zo angstig is voor het opnieuw ondergaan van de schok van de ICD dat hij hem daarom wil laten uitzetten. De situatie wordt nog meer gecompliceerd als blijkt in overleg met de cardioloog dat zijn ICD heel scherp is afgesteld gezien het type VT dat hij heeft. De ICD zo instellen dat deze een langere pauze heeft voordat hij vuurt, zal zeker bewusteloosheid induceren, maar waarschijnlijk ook te veel hypoxie van de hartspier met een verdere verslechtering. Hij zal dan echter wel weer bijkomen. De enige andere optie is de ICD geheel uitzetten. Patiënt wil dit niet waarbij uiteindelijk de afspraak wordt gemaakt dat wij hem acuut diep sederen mocht de ICD vuren bij bewustzijn.

Bespreking

Het uitzetten van de ICD-functie (dus niet van de pacemakerfunctie) is technisch niet ingewikkeld. Het plaatsen van een bepaald soort magneet op de ICD schakelt deze functie uit. Uiteraard kan dit in een toegerust centrum ook gebeuren.

Onze patiënt laat echter zien dat de beslissing daartoe verre van simpel kan zijn. Hierin is een aantal factoren te onderscheiden.

Enige tijd geleden verscheen in *Medisch Contact* een interview over het uitzetten van pacemakers of ICD's binnen een palliatief traject.³ De daarin gepresenteerde richtlijn geeft aan om de ICD uit te zetten. Daarop is ook een reactie gekomen vanuit de NVVC (Nederlandse Vereniging voor Cardiologie) waarbij aangegeven wordt dat zo'n soort richtlijn een ingewikkelde materie is, mede omdat de kennis vooral in ziekenhuizen aanwezig is en het probleem bij de eerste lijn. Dit geeft weer dat er blijkbaar wel behoefte is om een kader te scheppen voor het uitzetten van ICD's of pacemakers, maar dat daarvoor veel kennis nodig is die nu juist niet bij de professionals aanwezig is die de beslissing moeten nemen.

Dit raakt vervolgens het probleem, zoals ook bij onze patiënt, dat het bespreken van het wel of niet uitzetten van een ICD kennis omtrent de werking en exacte indicatie vraagt. Tevens is de vraag wat er eigenlijk gebeurt en wanneer er wat gebeurt als je een ICD uitzet. Bij onze patiënt was dat bijvoorbeeld ingewikkeld gezien het karakter van zijn ritmestoornis. Juist zo'n moeilijke beslissing vraagt om gedegen communicatie met de patiënt waarbij de arts deze goed en volledig moet informeren. De vraag is wie hier verantwoordelijk voor is en of niet-cardiologen dat voldoende kunnen.

Ten slotte is de vraag in hoeverre wij patiënten kunnen belasten met dit soort keuzes en informatie. Bij onze patiënt was duidelijk dat zijn vragen en keuzes vooral emotioneel waren. Zijn angst om dood te gaan en zijn angst om niet dood te gaan maakten dat de ICD een centrale rol kreeg. Dit is voorstelbaar gezien het concrete effect van de ICD, maar is in beleid moeilijk te rijmen. Als wij als professionals al niet goed weten wat de ICD exact doet en wat de consequenties zijn van het stilzetten ervan, dan is het bijna onmogelijk om zo'n emotioneel beladen keuze te kunnen begeleiden.

De NVVC heeft voornemens om een werkgroep op te zetten die zich multidisciplinair gaat richten op beleid omtrent het stilzetten van ICD's en/of pacemakers. Dit is een goed voornemen, zeer zeker ook voor de specialist ouderengeneeskunde die zich in de toekomst meer geconfronteerd zal zien met patiënten met een ICD en andere ernstige comorbiditeit.

Casus, vervolg

Onze patiënt bleef, voorstelbaar, veel moeite houden met het overzien van alle mogelijkheden aangaande de ICD en vooral de consequenties daarvan. Zijn emotionele beleving was van een andere aard en wij konden samen met hem hier geen eenduidig beleid op maken. Na enige weken echter ontwikkelde hij hoge koorts en buikpijn op basis van een nieuwe peritonitis. Er is toen afgesproken deze niet te behandelen en er is gestart met pijnstilling en sedatie. Eenmaal in sedatie is de ICD met behulp van een magneet stilgezet. Twee dagen later is hij rustig overleden.

Literatuur

1. Vaartjes I, Peters RJG, Dis SJ van, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2007, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlands Hartstichting, 2007.
2. Erven L van, et al. Guidelines ICD implantation 2005 – an update. Versie april 2006. Richtlijnen NVVC, via: www.nvvc.nl.
3. Broersen SFM, Pacemaker vertraagt sterven; interview met Kea Fogelberg. Med Contact, 2010; nr. 5: 206-207.

4-delige omnibus

Toegepaste neurowetenschappen

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde / Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

Auteur: dr. Ben van Cranenburgh

Deel 1: Neurowetenschappen, een overzicht, 3e herziene druk ★★★★★☆

Aantal pagina's: 409, ISBN: 9 789035 230767

Deel 2: Neuropsychologie, over de gevolgen van hersenbeschadiging,

2e herziene druk ★★★★★

Aantal pagina's: 372, ISBN: 9 789035 230699

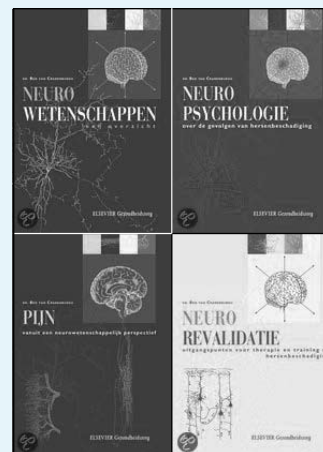
Deel 3: Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief, 7e herziene versie ★★★★★☆

Aantal pagina's: 501, ISBN: 9 789035 230576

Deel 4: Neurorevalidatie, uitgangspunten voor therapie en training na hersenbeschadiging, 2e herziene versie ★★★★★

Aantal pagina's: 428, ISBN: 9 789035 230774

Uitgever: Elsevier gezondheidszorg te Maarssen



Al vele jaren zijn de boeken uit deze serie (ook per deel te bestellen) een uitstekend naslagwerk voor hulpverleners die intensief betrokken zijn bij of geïnteresseerd zijn in de neurowetenschappen.

Deel 1: In 19 hoofdstukken wordt de hele opbouw en het functioneren van de hersenen onderbouwd. Na eerst een algemene inleiding wordt overgegaan op de speciale functies van de verschillende hersengebieden, waarbij gebruikgemaakt wordt van veel schematische vertalingen en tekeningen. Deze werken zeer verduidelijkend in de toch wel complexe stof. De nadruk in dit deel ligt op de relatie met de praktijk. Het is volgens mij goed gelukt om de theorie te vertalen naar het dagelijks handelen. Dit boek is essentieel voor verduidelijking als u de overige delen wilt gaan gebruiken.

Deel 2: Revalidatie na CVA start eigenlijk pas goed als men inzicht heeft in de neuropsychologische schade. In dit deel worden de functiestoornissen uit deel 1 theoretisch en praktisch uitgebouwd. In de hoofdstukken 2, 3 en 4 worden de gevolgen van hersenbeschadiging besproken. Hoofdstuk 5 en 6 gaan in op de verschillende functies van de hemisferen, waarna in zes hoofdstukken de verschillende stoornissen uitvoerig worden besproken. Hoofdstuk 13 biedt hulp bij de selectie van neuropsychologisch onderzoek. Als de specialist ouderengeneeskunde de regie wenst te voeren over het revalidatieproces, dan is het lezen en bestuderen van dit boek een must. Als we dit achterwegen laten, zullen we klakkeloos de conclusies van psychologen moeten opvolgen.

Deel 3: De kennis over pijn is sinds de eind jaren tachtig fors veranderd. Het boek is opgebouwd uit vijf delen: concepten van pijn, neurowetenschappelijke onderbouwing, psychologische effecten, chronische pijnsyndromen en ten slotte evaluatie en behandeling. Specifieke aandacht wordt gegeven aan neuromodulatietherapieën, maar helaas weinig aan de medicamenteuze interventies. Het boek leert je wel om steeds goed te analyseren waarom er pijn ontstaat. Pijn is een signaal, en men dient altijd de gevolgen van interventies op pijnsymptomen te beoordelen op wenselijkheid.

Deel 4: Dit laatste deel uit de serie heeft de minste wijzigingen ondergaan, doordat de eerste versie nog gebaseerd is op zeer recente kennis. Heel lang is gedacht dat herstel van functies na een CVA niet mogelijk is. Inmiddels is er steeds meer kennis over de plasticiteit van de hersenen. Na het beschrijven van de biologische basis wordt in drie hoofdstukken ingegaan op de leertheorieën en in de daarop volgende drie hoofdstukken op de praktische toepassingen. Het boek wordt beëindigd met een hoofdstuk over de evidence-based medicine-stroming en zijn beperkingen.

Resumerend ben ik van mening, dat de aanschaf van deze vier delen aangaande toegepaste neurowetenschappen een zeer gewenste is. Hopelijk zal de serie up-to-date gehouden worden door Van Cranenburgh of een net zo bevoegen opvolger. Zijn werk mag niet verloren gaan!

Evidence-based case report:

Orale antistolling bij oudere patiënten en het risico op intracraniële bloedingen

M. Grammata, S. Visser, M.C.A Smit, namens Me-doc / Correspondentie: m.smit@me-doc.nl

Casus

Een 85-jarige man is opgenomen op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis vanwege M. Alzheimer. Sinds zes weken is zijn situatie achteruit gegaan. Patiënt is minder mobiel en de communicatie is verslechterd, patiënt praat onduidelijker dan voorheen. Bij lichamelijk onderzoek wordt een lichte dysartrie en krachtsverlies van het rechter been waargenomen. Er zijn geen aanwijzingen voor een delier. Patiënt gebruikt orale antistolling (acenocoumarol) in verband met chronisch niet-valvulair atriumfibrilleren. Tevens heeft patiënt hypertensie in de voorgeschiedenis. Het beleid is terughoudend, onder andere is afgesproken om ziekenhuisopnamen te voorkomen.

Tijdens het multidisciplinaire overleg wordt de patiënt besproken. Er wordt gedacht aan een infarct of bloeding als oorzaak van de verslechtering van het toestandbeeld. De betrokken arts vraagt zich af of de kans op een intracraniële bloeding bij deze patiënt verhoogd is.

Achtergrond

Atriumfibrilleren (AF) heeft in de Verenigde Staten een prevalentie van 1% waarbij 70% van de patiënten 65 jaar of ouder is.⁴ In een Nederlandse prospectieve studie is er zelfs sprake van een prevalentie van 17,8% bij patiënten boven de 85 jaar.⁵ Patiënten met AF hebben een vijfmaal zo groot risico op een CVA vergeleken met patiënten zonder AF.⁶ Dit risico kan worden verlaagd door het gebruik van bloedverdunnende medicatie. Er zijn echter aanwijzingen dat orale anticoagulantia geassocieerd zijn met een verhoogde kans op het ontstaan van grote bloedingen.^{7,8}

In de ouderengeneeskunde wordt de arts regelmatig geconfronteerd met patiënten die ingesteld zijn op orale antistolling (OAS) vanwege non-valvulair AF. Hoewel is aangetoond dat OAS een risicoreductie op thrombo-embolische complicaties teweegbrengt, wordt deze groep medicijnen nog steeds weinig gebruikt bij patiënten boven de leeftijd van 75 jaar vanwege het vermeende risico op hemorragische complicaties. Enerzijds behoort OAS tot de categorie medicijnen die de meeste bijwerkingen veroorzaakt

binnen de ouderengeneeskunde, anderzijds zijn er aanwijzingen dat ouderen het meest baat bij OAS zouden hebben. In dit evidence-based case report zal worden onderzocht hoe hoog het risico is op het ontstaan van intracraniële bloedingen bij oudere mensen boven de 65 jaar die orale antistolling gebruiken vanwege chronisch non-valvulair atriumfibrilleren.

Zoekstrategie

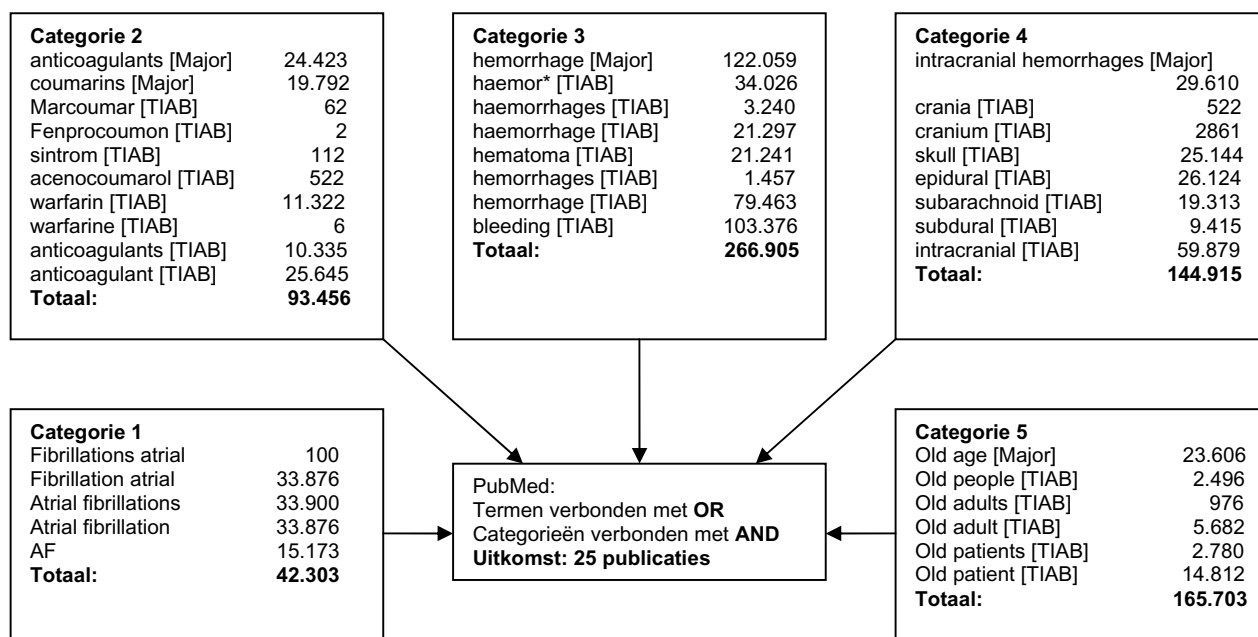
Met behulp van een uitgebreide, van tevoren opgezette zoekstrategie werd in PubMed, Embase en the Cochrane Library naar relevante artikelen gezocht. (zie figuur 1). Wij hebben daarbij gezocht naar gecontroleerde gerandomiseerde onderzoeken naar de kans op een intracraniële bloeding bij 65-plussers die OAS gebruiken vanwege AF. De 25 overgebleven studies werden gescreend op aanwezigheid van ons domein en onze determinant in titel en abstract. Van de relevante artikelen werden de referenties bekeken.

Resultaten

De zoekactie op PubMed leverde vier relevante en beschikbare artikelen op, waarvan drie randomized controlled trials (RCT's) en een casecontrolstudie. Embase en Cochrane library leverden geen nieuwe resultaten op. De drie RCT's zijn geclassificeerd, gevalideerd en getoetst op bruikbaarheid voor bovengenoemde patiënt (tabel 1).

Gulløv et al. beschreven 677 patiënten boven de leeftijd van achttien jaar die chronisch non-valvulair atriumfibrilleren hadden. De patiënten zijn in vier groepen verdeeld (zie tabel). Er werd zowel naar kleine als naar grote bloedingen ('minor and major bleeding') gekeken. Major bleeding werd geclassificeerd als potentieel fataal of (potentieel) levensgevaarlijk, minor bleeding varieerde van hematoom tot occult gastro-intestinaal bloedverlies. De onderzoekers beschreven dertien 'major bleeding' incidenten. Deze traden op 14 tot 830 dagen na het starten van de behandeling. Vier van deze bloedingen waren intracerebraal, waarvan twee traumatisch (een in de warfarinegroep en de andere in de aangepaste dosis warfarinegroep) en twee niet-traumatisch (één in de aspirinegroep en één in de aangepaste dosis warfarinegroep). Er werd geen significant verschil

Figuur 1: Zoekcriteria in MEDLINE



Tabel 1: Validatie en uitkomst van geselecteerde artikelen

	Gulløv ¹	Amadeus ²	Mant ³
Studie ontwerp	Prospectief cohort	Prospectief cohort	Prospectief cohort
Domein	- n = 677 - Chronisch non-valvulair AF - Leeftijd >18 jaar - extra-muraal	- n = 4576 - Non-valvulair AF+ - Indicatie voor lange termijn OAS o.a. leeftijd ≥75 jaar of tussen 65-75 jaar met DM of symptomatische corona-ria lijden	- n = 973 - AF - Leeftijd ≥75 jaar
Determinant	Vier groepen: 1. warfarine 1,25 mg/dag 2. aspirine 300 mg/dag 3. warfarine +aspirine 4. aangepaste dosis warfarine (INR 2-3) <i>Primaire eindpunten:</i> CVA trombo-embolieën	Twee groepen: 1. idraparinux 2,5 mg/week s.c. 2. aangepaste dosis warfarine <i>Primaire eindpunten:</i> cumulatieve incidentie van CVA's en embolieën + klinisch relevante bloeding	Twee groepen: 1. aspirine 75 mg/dag 2. aangepaste dosis warfarine (INR 2-3) <i>Primaire eindpunten:</i> CVA, intracranieële bloedingen + klinisch relevante embolieën
Uitkomst in aantal intracranieële bloedingen	Geen significant verschil	Meer bloedingen in idraparinuxgroep	Geen significant verschil
Follow-up & lost to follow-up	- 3 en 6 maanden na inclusie, hierna ieder 6 maanden - Bij afloop van studie: alle patiënten geïnterviewd voor bloedingen of voor andere complicatie	- 311 dagen idraparinux-groep en 339 dagen warfarinegroep - Ieder 6 maanden na inclusie - Week 1, 2, 6, 13 en ieder 3 maanden	- Iedere 6 maanden na inclusie en ieder jaar vragenlijst - 4 in iedere groep lost to follow-up
Level of evidence	1b	1b	1b
Critical appraisal of methods	randomisatie	++	++
	blinding	-	- (open-label)
	vergelijkbaarheid groepen	+	++
	volledigheid van follow-up	+/-	+
	analyse van patiënten	++	++
	gelijke behandeling groepen	+	+
inclusie	?	- *	- **

++ = goed, + = voldoende, +/- = matig, ? = onbekend, - = niet aanwezig/onvoldoende uitgewerkt.

* Van de 8312 gescreende patiënten zijn er uiteindelijk 4576 geïncludeerd.

** Van de 4639 gescreende patiënten zijn er uiteindelijk 973 geïncludeerd.

gevonden in de hoeveelheid intracerebrale bloedingen tussen alle groepen. Na drie jaar therapie, was het cumulatieve bloedingspercentage respectievelijk 24,7%, 24,4%, 30%, 41,1%. Deze cumulatieve incidentie was significant hoger bij patiënten die een aangepaste dosis warfarine hadden gekregen dan in de andere groepen. Dit werd met name veroorzaakt door het grote aantal kleine bloedingen. De conclusie van deze auteurs was dat het innemen van een aangepaste dosering OAS de enige significante onafhankelijke risicofactor voor een bloeding is.¹

Mant et al. includeerden 973 patiënten boven de 75 jaar die atriumfibrilleren hadden. Patiënten werden gerandomiseerd in twee groepen: een groep kreeg een aangepaste dosis warfarine en de ander groep nam aspirine in (75 mg/dag). In beide behandelgroepen werd er gekeken naar fatale en niet-fatale CVA's (zowel ischemisch als hemorrhagisch), intracraniale bloedingen en andere klinisch significante arteriële embolieën. Er werden significant minder ischemische CVA's gezien in de OAS-groep vergeleken met de aspirinegroep, 10 in de warfarine- en 32 in de aspirinegroep. Er werden twee intracraniale bloedingen (subdurale hematomen) geconstateerd in de warfarinegroep en een in de aspirinegroep. Tevens werden er zes hemorrhagische CVA's gezien in de warfarinegroep versus vijf in de aspirinegroep. Dit verschil was niet significant.

De auteurs concludeerden uit deze resultaten dat de frequentie van grote CVA's en arteriële embolieën significant lager was in de warfarinegroep vergeleken met de aspirinegroep, terwijl het aantal intracraniale bloedingen niet toenam.²

De 'Amadeus investigators' includeerden 4576 patiënten met AF en die een indicatie hadden voor lange termijn antistolling. Patiënten werden gerandomiseerd in twee groepen: toediening van idraparinux s.c 2,5 mg/week (factor Xa-antagonist) of gebruik na een aangepaste dosis OAS zodanig dat de INR waarde tussen de 2-3 blijft. De primaire eindpunten waren het aantal CVA's (ischemisch of hemorrhagisch) of systemische embolieën. Tevens werd er gekeken naar grote bloedingen ('major bleeding'). Er werden 30 intracraniale bloedingen geconstateerd waarvan 21 in de idraparinuxgroep en 9 in de OAS-groep. Een van de conclusies is dat patiënten die idraparinux gebruiken een hogere kans hebben op een (intracraniale bloeding) vergelijkbaar met de OAS-groep.³

Discussie

Volgens deze RCT's hebben oudere patiënten baat bij orale antistolling ter preventie van thrombo-embolische complicaties bij atriumfibrilleren en is er geen verhoogd risico op intracraniale bloedingen. Dit

wordt bevestigd in de case-control studie van Fang et al.⁹ Er zijn echter wel wat kanttekeningen te plaatsen.

Alle drie RCT's hebben warfarine (Coumadine®) gebruikt als OAS, behalve de Amadeus-studie waar zowel acenocoumarol als warfarine gebruikt werd.³ In Nederland wordt er meestal acenocoumarol of marcoumar gebruikt. Aangezien alle middelen coumarinederivaten zijn, wordt er geen verschil in werking verwacht.

In de studie van Mant² werd er 75 mg aspirine gebruikt in vergelijking met 300 mg in de AFASAK 2 studie.¹ Dit zou mogelijk kunnen verklaren waarom Mant et al. nauwelijks bloedingen heeft kunnen constateren in die groep. In deze studie werd opgemerkt dat patiënten die beginnen met een OAS-behandeling vatbaarder zouden kunnen zijn voor een bloeding dan patiënten die reeds jaren dit middel innemen. Mant en Gulløv hebben patiënten geïnccludeerd die vaak al gestart waren met deze behandeling. Dit zou het aantal (intracraniale) bloedingen op een positieve manier kunnen beïnvloeden.

In de RCT van Gulløv et al. is er sprake van een jaarlijks incidentie van ongeveer 0,3% voor intracraniale bloedingen in de OAS-groep met of zonder aspirine. Deze resultaten waren significant lager dan die van de SPAF II studie.⁸ Daar was het overall risico voor een grote bloeding voor dezelfde categorie patiënten 2,3% per jaar. De verschillen tussen deze studie en die van Gulløv is dat er een relatief intensiever OAS-regime werd gevolgd. (streefwaarde INR tussen 2 en 4,5) en dat Gulløv een relatief jonge patiëntengroep heeft geïnccludeerd. Het advies in de studie van Gulløv is om een INR tussen de 2,0-3,0 aan te houden. Andere studies hebben deze aanbeveling ook geuit.⁹⁻¹² Bij alle studies zijn patiënten zeer regelmatig gezien door een arts om de INR nauwlettend in de gaten te houden en om te vragen naar mogelijke bijwerkingen. Dit is in de praktijk wellicht moeilijker te bereiken.

Zowel Gulløv et al. als Mant et al. geven aan dat er relatief weinig patiënten geïnccludeerd zijn. Hierdoor is de power van hun studie te laag en zijn de betrouwbaarheidsintervallen te groot om significante verschillen aan te kunnen tonen.

Bij Gulløv is de trial vroegtijdig gestopt, omdat er snel aangetoond kon worden dat OAS statistisch significant lagere trombo-embolische complicaties gaf in vergelijking met aspirine. Bij Mant werd ook geconstateerd dat een derde van de patiënten die gerandomiseerd werd voor OAS niet met de behandeling gestart is of later is gestopt; 17% van de aspirinegroep was aan het einde van de studie warfarine aan het gebruiken. Deze 'crossover' in

Tabel 2: Resultaten

Studie	Therapie	Intracranieële bloedingen	p-waarde	Trombo-embolische complicaties	p-waarde
Gulløv	Warfarine 1,25 mg/dag	1	n.b	n.b	n.b
	Aspirine 300mg/dag	1		n.b	
	Warfarine+ aspirine	0		n.b	
	Aangepaste dosis warfarine	2		n.b	
Amadeus	idraparinux 2,5 mg/week	21	0,04	18	0,007
	Aangepaste dosis warfarine	9		27	
Mant ***	Aspirine 75 mg/dag	6	NS	47*	0,003
	Aangepaste dosis warfarine	8		22**	

n.b= niet bekend, NS= niet significant.

* Waarvan 44 CVA's en 3 systemische embolieën

** Waarvan 21 CVA's en 1 systemische embolie.

*** De cijfers van trombo-embolische complicaties includeren zowel de ischemische als de hemorragische CVA's. Er waren in de studie van Mant 32 gevallen van ischemische CVA's in de aspirinegroep en 10 gevallen in de warfarinegroep; dat leverde een p-waarde van 0,0002 op.

therapie heeft mogelijk de verschillen tussen de twee behandelingen vervaagd.

Een opvallende punt onder andere in de studie van Mant zijn de inclusiecriteria. Er zijn 224 patiënten geëxcludeerd op basis van comorbiditeit (reuma, voorgeschiedenis van grote bloeding, bloeddruk boven 180/110 mmHg, terminale ziekte, nierinsufficiëntie, recent CVA) terwijl ouderen juist vaak meerdere aandoeningen hebben die de kans op een intracranieële bloeding zou kunnen beïnvloeden. Daarentegen waren er in de European Atrial Fibrillation Trial studie waarin 225 patiënten geïnccludeerd waren die recentelijk een CVA of een TIA hadden doorgemaakt, niet meer intracranieële bloedingen te bemerken bij de patiënten die OAS gebruikten ten opzichte van de controlegroep.¹² Daarnaast zijn er 1995 patiënten geëxcludeerd omdat er vooraf beoordeeld werd dat zij warfarine zouden moeten krijgen ($n=1570$) of juist geen warfarine zouden moeten krijgen ($n=417$). Zowel in deze studie als in de AFASAK 2 (Gulløv) studie was een aantal patiënten thuis overleden zonder dat de oorzaak hiervan terug was te vinden.

In de AFASAK 2 studie werden er geen grote verschillen bemerkt in de aantal grote en intracranieële bloedingen, maar er werd wel een significant groter aantal 'minor bleeding' events geconstateerd tussen de groep die een aangepaste dosis OAS kreeg en de controlegroepen (42 patiënten in de eerste groep versus 21 in de warfarinegroep, 28 in de gecombineerde en 26 in de aspirinegroep); dit was te zien in een groter aantal patiënten die macroscopische hematurie en neusbloedingen kreeg. De onderzoekers vragen zich af of dit een effect op de therapietrouw zou kunnen hebben.

In de studie van Amadeus is er een subgroepanalyse uitgevoerd en hieruit is gebleken dat oudere patiënten

met nierinsufficiëntie een grotere kans hebben op hemorragische complicaties bij OAS gebruik.³ In de studie van Gulløv is er een significant hogere kans op kleine bloedingen bij patiënten die eerder een myocardinfarct hebben doorgemaakt. De reden die de auteurs noemen, is dat deze patiënten mogelijk reeds aspirine gebruikten en die blijven gebruiken gedurende de studie. Een belangrijke andere onafhankelijke factor die de intracranieële bloedingen zou kunnen doen stijgen is verhoogde leeftijd. De meningen zijn hierover verdeeld. In de SPAF II studie is het risico op een grote bloeding hoger (4,2%) bij patiënten boven de leeftijd van 75 jaar.⁸ Andere studies hebben dezelfde conclusie getrokken onder anderen Landefeld et al.¹² Tevens is er in een prospectieve cohortstudie geconstateerd dat ouderen meer bloedingen en andere fatale bijwerkingen kregen vergelijkbaar met de jongere patiënten.¹⁴ Daar tegenover liet Gulløv samen met anderen zien dat het veilig zou zijn om ouderen met OAS te behandelen.¹⁵⁻¹⁸

Een punt dat niet belicht is tijdens deze studies, is of en welke medicijnen de patiënten gebruiken vóór en tijdens de studie. Dit zou van groot belang kunnen zijn vanwege een interactie van OAS met andere medicijnen (denk aan amiodarone, cimetidine, cotrimoxazol, miconazol).

Concluderend, kunnen wij stellen dat, op basis van de literatuur die gevonden is, er geen significant hogere kans is op een intracranieële bloeding bij oudere patiënten met AF die OAS gebruiken en die relatief weinig comorbiditeit hebben, mits de INR nauwlettend in de gaten gehouden wordt. Om verdergaande uitspraken te doen zijn meer RCT's nodig met een significant groter aantal patiënten, waarbij meer rekening gehouden wordt met de invloed van andere geneesmiddelen en ziekten.

Samenvatting

Achtergrond: Er is terughoudendheid met het gebruik van orale anticoagulantia (OAS) bij de patiëntenpopulatie van 65 jaar en ouder met atriumfibrilleren (AF), onder andere vanwege het risico op een intracranieële bloeding. Ons doel is om door een gestructureerde zoektocht te bepalen hoe reëel de kans is op een intracranieële bloeding bij patiënten boven de 65 jaar die OAS gebruiken wegens non-valvulair AF.

Zoekstrategie: Er is gezocht via PubMed, Embase en Cochrane Library met behulp van de zoektermen atrium fibrillation, anticoagulants, intracranial hemorrhage, old age naar relevante Engelstalige of Nederlandse artikelen.

Resultaten: Er werden 25 artikelen gevonden waarvan vier relevant voor onze zoekvraag. Drie van deze publicaties waren randomized controlled trials. Deze werden geanalyseerd. In de studies van Gulløv¹ en Mant² werd er geen significant verschil gevonden in intracranieële bloedingen tussen de OAS-groep en de controlegroepen. De Amadeus-groep heeft een duidelijk verschil in intracranieële bloedingen gevonden tussen de OAS-groep en idraparinuxgroep (factor Xa-antagonist) ten nadele van de laatste groep.³

Klinische toepassing: OAS lijkt de kans op een intracranieële bloeding bij ouderen niet significant te vergroten.

Literatuur

1. Gulløv AL, Koefoed BG, Petersen P. Bleeding during warfarin and aspirin therapy in patients with atrial fibrillation. The AFASAK 2 study. Arch Intern Med 1999; 159: 1322-1328.
2. Mant J, Hobbs R, Fletcher K, et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged study, BAFTA): a randomized controlled trial. Lancet 2007; 370: 493-503.
3. Amadeus Investigators. Comparison of idraparinux with vitamin K antagonists for prevention of thromboembolism in patients with atrial fibrillation: a randomized, open-label, non-inferiority trial. Lancet 2008; 371:315-321.
4. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of atrial fibrillation in adults: National implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) study. JAMA 2001; 285: 2370.
5. Heeringa J, Kuip DA van der, Hofman A, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006; 27: 949.
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study. Stroke 1991; 22: 983-988.
7. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med 1994; 154: 1449-1457.
8. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Bleeding during antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation. Arch Intern Med. 1996;156:409-416.
9. Fang MC, Chang Y, Hylek EM, et al. Advanced age, anticoagulation intensity and risk for intracranial hemorrhage among patients taking warfarin for atrial fibrillation. Ann Intern Med. 2004; 141: 745-752.
10. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on practice guidelines and the European society of cardiology committee for practice guidelines and policy conferences (committee to develop guidelines for the management of patients with atrial fibrillation): developed in collaboration with the North American society of pacing and electrophysiology. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1231-1266.
11. Landefeld CS, Goldman L. Major bleeding in outpatients treated with warfarin: incidence and prediction by factors known at the start of outpatient therapy. Am J Med. 1989; 87: 144-152.
12. Landefeld CS, Rosenblatt MW, Goldman L. Bleeding in outpatients treated with warfarin: relation to the prothrombin time and important remediable lesions. Am J Med. 1989; 87: 153-159.
13. EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischemic attack or minor stroke. Lancet 1993; 342: 1255-1262.
14. Palareti G, Leali N, Coccheri S, et al. on behalf of the study on complications of oral anticoagulant therapy. Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective study (SCOAT). Lancet. 1996; 348: 423-428.
15. Dunn M, Blackburn T. anticoagulant treatment of atrial fibrillation in the elderly. Postgrad Med J 1992; 68(suppl 1): §57-§60.
16. Gurwitz JH, Goldberg RJ, Holden A, et al. Age-related risks of long-term oral anticoagulant therapy. Arch Intern Med. 1988;148: 1733-1736.
17. Fihn SD, Callahan CM, Martin DC, et al. The risk for and severity of bleeding complications in elderly patients treated with warfarin. Ann Intern Med. 1996; 124:970-979.
18. Gitter MJ, Jaeger TM, Petterson TM, et al. Bleeding and thromboembolism during anticoagulant therapy: a population-based study in Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc. 1995; 70: 725-733.

Cardiovascular risk management in old age

Martin van Leen / Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

Met een waardig 'Hora Est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn/haar proefschrift. In deze rubriek wordt aan het proefschrift van Wouter de Ruijter aandacht besteed.

Op 25 juni 2009 promoveerde Wouter de Ruijter (huisarts) aan de Leidse Universiteit op het proefschrift 'Cardiovascular risk management in old age' (promotoren: prof.dr. W.J.J. Assendelft, prof. dr. J. Gussekloo, prof.dr. R.G.J. Westendorp).

Cardiovasculair risicomanagement is al jaren een onderwerp waaraan veel aandacht wordt besteed. In de laatste 10 jaar is veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar risicofactoren en de mogelijkheden om die te beïnvloeden.

Helaas is er vrijwel geen onderzoek verricht bij ouderen boven 75 jaar, en wordt beleid afgesproken op extrapolatie van data bij jongeren met meestal geen ernstige comorbiditeit.

In zijn proefschrift maakt De Ruijter gebruik van data uit langdurige cohortstudies, zoals het Ergo-onderzoek in de wijk Ommoord te Rotterdam en het Leids 85+-onderzoek te Leiden e.o.

Na een inleiding wordt in hoofdstuk 2 een retrospectieve studie gedaan naar het post-myocardbeleid. In de laatste 10 jaar wordt er meer medicamenteus nabehandeld conform geldende richtlijnen, maar met name bij de 80-plusser is er nog veel ruimte voor verbetering.

In hoofdstuk 3 wordt gekeken naar oorzaken van een niet optimaal risicomanagement. Hierbij blijkt dat met name praktische problemen een belemmering zijn.

Met het nieuwe zorgplan CVRM in aantocht is dit een belangrijke conclusie, aangezien organisatie van deze zorg facilitering vereist.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de rol van een routinematig ecg. Bij ouderen komen vaak ritmestoornissen (atriumfibrilleren 10%) en verborgen myocardinfarcten (9%) voor. De Ruijter concludeert dan ook mijns inziens terecht dat een jaarlijks ecg van waarde kan zijn bij de risicobepaling. In hoofdstuk 5 bespreekt hij een cohortonderzoek gedurende vijf jaar van ouderen met een voorgeschiedenis van hart-

en vaatziekten. Vergelijken met ouderen zonder deze voorgeschiedenis bleek er sprake te zijn van een hogere mortaliteit en morbiditeit. Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat bij aanwezigheid van een accuraat medisch dossier het programmatisch maken van een ecg geen meerwaarde heeft. Dit zou kunnen leiden tot een conclusie op basis van hoofdstuk 4 en 5 dat de huisarts twee mogelijkheden heeft om goed risicomanagement uit te voeren.

In hoofdstuk 6 is hij op zoek gegaan naar nieuwe biomarkers ter ondersteuning van de besluitvorming. Hij concludeert dat bij 85-plussers de bepaling van het homocysteïne mogelijk een hulpmiddel zou kunnen zijn, terwijl ook uit zijn studie blijkt dat klassieke factoren zoals geslacht, systolische bloeddruk, totaal- en HDL-cholesterol, diabetes, roken en LVH op ecg niet discrimineren.

Hoofdstuk 7 kan tot veel discussie leiden. Er is al vele jaren veel discussie over de bovengrenzen van de systolische bloeddruk. Streefwaarden als <140 mmHg algemeen en <130 mmHg bij diabetes zijn opgenomen in veel nationale en internationale richtlijnen. Uit zijn onderzoek bleek, dat bij ouderen boven 75 jaar zonder hart- en vaatziekten met een bloeddruk > 140 mmHg niet leidt tot een verhoogde mortaliteit en bij ouderen boven 85 er zelfs een verlaagde mortaliteit is. Dit feit dient ons specialisten ouderengeneeskunde wederom aan het denken te zetten.

Interessant is ook zijn onderzoek naar de waarde van NT-proBNP bij 90-plussers. Het bleek dat een verhoogd NT-proBNP zowel in de groep met als zonder hart- en vaatziekten leidt tot een verhoogde totale mortaliteit, zowel cardiovasculair als niet-cardiovasculair.

De Ruijter besluit zijn proefschrift met de conclusie dat hart- en vaatziekten zich uitstekend lenen voor preventie, zowel primair als secundair. Alles met als doel een langer leven *met* een betere kwaliteit.

Dit proefschrift leidt wederom tot veel vragen, maar kan ook de discussie weer van nieuw bloed voorzien.

Nieuwe orale antistollingsmiddelen, winst of verlies?

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde, manager Advies- en BehandelCentrum Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur / **prof.dr. Koos Brouwers**, klinisch farmacoloog, RU Groningen en Ephor Utrecht / **Felix van der Meer**, internist, afdeling Trombose en Hemostase en Trombosedienst Leiden en Omstreken, LUMC / **prof.dr. Hugo ten Cate**, internist-vasculair geneeskundige, afdeling Interne geneeskunde, MUMC+ en Cardiovasculair Research Institute Maastricht / **Correspondentie: M.van.leen@avoord.nl**

Inleiding

De huidige eerste keuze antitrombotische therapie bij patiënten met atrium(boezem)fibrilleren (AF) met ten minste één risicofactor voor het ontwikkelen van een cerebrovasculair accident (CVA), is de behandeling met vitamine-K-antagonisten (VKA's). Deze behandeling leidt tot een reductie van CVA van 64% ten opzichte van placebo ofwel een absolute risicoreductie van 2,7% per jaar.¹ In de literatuur bestaat consensus over de inzet van VKA's bij een risico op een CVA van 4% per jaar of hoger.² Om één CVA te voorkomen moeten 37 patiënten gedurende 1 jaar worden behandeld (NNT=37). Niet alle daarvoor in aanmerking komende patiënten met AF worden met VKA's behandeld, vaak uit angst voor bloedingen, medicijninteracties of onvoldoende patiënt-compliance. Beneden een grens van 4% wegen de bezwaren van VKA's, zoals interacties met medicijnen en voedingsmiddelen en de noodzaak tot regelmatige controle van de International Normalized Ratio (INR), zwaarder dan de voordelen. Bij patiënten met atriumfibrilleren en een doorgemaakt CVA/TIA bedraagt het jaarlijks risico op een recidief CVA gemiddeld 10,8% bij gebruik van acetylsalicylzuur.² Bij hen zijn VKA's dus altijd geïndiceerd, tenzij er contra-indicaties bestaan.

Na de introductie 50 jaar geleden van VKA's ofwel cumarinen, zijn er onlangs nieuwe, breed toepasbare, orale anticoagulantia ontwikkeld. De verwachting is dat deze middelen dit jaar worden geregistreerd voor de indicatie atrium(boezem)fibrilleren.

De naderende registratie van de trombineremmer dabigatran en de factor Xa-remmers rivaroxaban en apixaban voor de indicatie boezemfibrilleren zal mogelijk een belangrijke wijziging geven in het beleid van de medicamenteuze behandeling ter profylaxe van cerebrovasculaire problemen bij AF. Het is niet langer nodig het stollingsniveau te monitoren, waardoor de patiënt het prikken en de bezoeken van en naar de trombosedienst bespaard blijven, zo luidt de verwachting. Er is vooralsnog een aantal vragen te beantwoorden voor een brede inzet van de nieuwe generatie antistollingsmiddelen verantwoord is.

Huidige situatie

Nederland heeft als een van de weinige landen in de wereld een dicht netwerk van trombosediensten waar deskundigen waken over patiënten die met VKA's worden behandeld. In Nederland wordt de INR-waarde van patiënten door de trombosedienst gecontroleerd, waar nodig gevolgd door aanpassing van de dosering. Dit leidt ertoe dat circa 70-80% van de INR-waarden bij deze patiënten binnen het therapeutische gebied liggen (2,0-3,5 IE). Helaas zijn er veel potentieel gevaarlijke interacties tussen VKA's en geneesmiddelen die door de verpleeghuispopulatie vaak worden gebruikt. Als behandelend arts dient men dan ook continu alert te zijn bij medicatiewijzigingen zoals het starten en stoppen van een interacterend medicament. Formeel zal de toezichthoudend apotheker meldingen afgeven over interacties, maar als men niet beschikt over een elektronisch voorschrijfsysteem met interactiebewaking komt deze informatie meestal later dan gewenst.

Circa 30% van alle ziekenhuisopnamen die geneesmiddelgerelateerd zijn, zijn te wijten aan bloedingscomplicaties door VKA's, trombocytenaggregatieremmers, NSAID's en SSRI's, alleen of in combinaties. Het aandeel van (ernstige) bloedingen door VKA's bij geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnamen is circa 6%.³

Nieuwe ontwikkeling

De farmaceutische industrie heeft gedurende jaren veel geld geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe orale antistollingsmiddelen. Voor de indicatie boezemfibrilleren is er nog veel onduidelijkheid over de meerwaarde van deze nieuwe middelen. Uit de eerste vergelijkende studies met dabigatran blijkt dat er nog geen overtuigende voorkeur kan worden uitgesproken boven de behandeling met warfarine.⁴ Op dit moment zijn er nog geen onderzoeken die dabigatran vergelijken met de in Nederland geregistreerde acenocoumarol en fenprocoumon. Ook lijkt dabigatran minder goed verdragen te worden vanwege optredende maagklachten bij een deel van de patiënten. Van rivaroxaban

zijn tot nu toe nog geen vergelijkende studies gepubliceerd bij boezemfibrilleren. De resultaten van een aantal andere grote dubbelblinde trials worden naar verwachting in 2010 gepubliceerd. De registratie en daarmee verdere introductie van de nieuwe antistollingsmiddelen voor indicaties zoals boezemfibrilleren lijken daardoor binnen afzienbare tijd plaats te kunnen vinden. De farmaceutische industrie zet in haar marketing hier al zwaar op in.

Bijwerkingen, contra-indicaties en interacties

De belangrijkste bijwerking van elke vorm van antistollingsbehandeling is het optreden van bloedingen. De bloedingsrisico's van VKA's zijn bij oudere patiënten viermaal hoger dan bij jongere patiënten en hangen vooral samen met te hoge INR-waarden.⁵ Het kunnen traceren van relatieve overdosering en het kunnen couperen van de antistolling is dan ook zeer belangrijk. Aangezien in verpleeghuizen regelmatig geconstateerd wordt dat de INR te hoog is of dat er bloedingen optreden, is het gewenst direct al in het verpleeghuis te kunnen handelen. Voor de nieuwe middelen is (nog) geen antidotum aanwezig, dit in tegenstelling tot de behandeling met VKA's. Over bijwerkingen na langdurig gebruik kunnen vooralsnog geen uitspraken gedaan worden.

In vergelijking met VKA's heeft dabigatran weinig interacties met andere medicijnen. Gelijktijdig gebruik van verapamil, amiodaron en claritromycine kan bij dabigatran wel leiden tot een versterkte werking.¹⁰ Bij lever- of nierinsufficiëntie is dabigatran gecontra-indiceerd. Nog onvoldoende informatie is beschikbaar over het gebruik door zeer lichte (<50 kg) en zeer zware patiënten (>110 kg). Van de oudere kwetsbare patiënt (>75 jaar), bij wie atriumfibrilleren veel voorkomt, zijn geen onderzoekgegevens beschikbaar.

Metingen

Volgens de fabrikanten is monitoren of meten niet nodig – de middelen hebben een vrij voorspelbare en stabiele farmacokinetiek en er zouden geen bijzondere redenen zijn om de doses aan te passen. Voor bijzondere omstandigheden, zoals patiënten met nierinsufficiëntie of gebruik van andere geneesmiddelen die mogelijk interacteren, worden protocollen ontwikkeld ter aanpassing van de dosering.

Artsen blijken echter toch te hechten aan metingen in geval van problemen, zoals bij een acute bloeding, bijvoorbeeld om vast te stellen of er sprake is van overdosering. Bij middelen die niet gemonitord worden, is het altijd de vraag hoe we kunnen nagaan of en hoe patiënten de middelen innemen. Therapietrouw is ook bij deze middelen dus een belangrijk onderwerp. Naast dosiscontrole en

monitoring van therapietrouw zou het ook mogelijk moeten zijn de dosering individueel aan te passen.⁹ In de huidige antistollingsbehandeling met VKA's zijn deze zaken door de regelmatige INR-bepaling uitgevoerd door de trombosedienst op dit moment goed geregeld. Er komen nieuwe methoden waardoor het effect van de medicatie op het stollingsproces beter is te voorspellen.⁶ Het beschikbaar zijn van genetische informatie is ook van belang om bepaalde geneesmiddelinteracties met VKA's te kunnen voorspellen.⁷

Een belangrijk gezegde is 'meten = weten' en de vraag rijst waarom we met minder genoeg zouden nemen?

Voorschriften

Die vraag is ontstaan bij patiënten door de publiciteit na het verschijnen van de RELY-studie en de RE-COVER-studie (respectievelijk ook wel met Barcelona- en Einstein-studie aangeduid) en de media-aandacht die het daarna kreeg.^{4,8} Patiënt en/of familie zullen door de intrigerende wijze van marketing in aanraking komen met het nieuwe middel. Het is onduidelijk of naast de huidig voorschrijvende specialisten (cardiologen, internisten, neurologen, hematologen) ook huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde de antistollingsbehandeling met dabigatran in toenemende mate gaan initiëren. Gezien de positionering van de farmaceutische industrie dat monitoring van de nieuwe middelen overbodig is, ligt laagdrempelig voorschrijven voor de hand.

Kosten

Op basis van de huidige prijzen zou het op grote schaal voorschrijven van de nieuwe middelen bij cardiologische indicaties een grote aanslag zijn op het geneesmiddelenbudget. Bijvoorbeeld: 300 mg dabigatran per dag betekent € 3500 per patiënt per jaar (€ 8,00 per dag). Ter vergelijking: de jaarlijkse kosten van de huidige behandeling inclusief de dienstverlening van de trombosediensten bedragen per jaar ongeveer € 250 per patiënt.¹⁰ Ook al gaan de prijzen naar verwachting na registratie – en dus vergoeding – voor de indicatie atriumfibrilleren dalen, dan nog gaat het hier om een sterke verhoging van de medicijnkosten, die een verpleeghuis zelf moet betalen. Bij een opname aan kosten voor geneesmiddelen in de zorgzwaarte pakketprijs van circa € 2,75 en de wetenschap dat tussen 10 en 30% van de opgenomen patiënten bekend is met AF, zal dit ongetwijfeld leiden tot een discrepantie tussen geneesmiddelenbudget en de nieuwe medicatie. Het is dan ook voor specialisten ouderengeneeskunde te hopen dat specialisten (cardiologen, internisten, neurologen) het middel niet frequent gaan voorschrijven aangezien dat kan leiden tot hele moeizame discussies met patiënt en/of familie.

Begeleide introductie

Zoals aangegeven is er een aantal kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van de nieuwe orale antistollingsmiddelen. Dat betekent zeker niet dat zij geen waardevolle aanwinst kunnen zijn.

De introductie van de nieuwe middelen gaat gepaard met veel onduidelijkheden en mogelijke grote consequenties voor kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. Een overhaaste introductie kan grote gevolgen hebben, ook voor de beschikbaarheid van de middelen zelf. De Vioxx®-affaire heeft geleerd dat berichtgeving over bijwerkingen kan leiden tot vroegtijdig verdwijnen van een middel dat intrinsiek veilig is voor de maag, maar door onjuiste toepassing bij hartpatiënten (waar andere NSAID's ook niet toegepast moeten worden) schadelijk bleek.

Het is daarom wenselijk de nieuwe antistollingsmiddelen geleidelijk te introduceren, tijdens de introductie effectiviteit en bijwerkingen te monitoren en zo mogelijk te spiegelen aan de vitamine-K-antagonisten in de dagelijkse Nederlandse praktijk. Gezien het feit dat meestal circa drie jaar na de introductie het scala aan bijwerkingen pas bekend wordt, lijkt het onwenselijk om de kwetsbare groep ouderen met complexe pathologie nu al bloot te stellen aan de vervangers van de VKA's.

Via het monitoren en registreren van de werking en bijwerkingen kan een veilige introductie van de nieuwe middelen bewaakt worden. Gegevens kunnen regionaal en landelijk verzameld en geanalyseerd worden om de werking en mogelijke bijwerkingen in kaart te brengen en openbaar te maken. Samenwerking tussen Lareb (met het Lareb Intensieve Monitoringsysteem), SFK, het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik en Ephor (Expertise Centrum Pharmacotherapie bij Ouderen) wordt momenteel onderzocht. Onderzocht kan worden om ook de farmaceutische industrie een positie te geven in dit initiatief. Regionale initiatieven, leidend tot afspraken over het uitwisselen en registreren van informatie hieromtrent in de keten trombosezorg, zijn wenselijk en in sommige regio's al in gang gezet. Zo kan de kwaliteit, patiëntveiligheid en doelmatigheid van antistollingszorg bewaakt en geborgd worden.

Samenvatting

In alle huidige richtlijnen, nationaal en internationaal, wordt behandeling met antitrombotische middelen ter voorkoming van arteriële embolievorming bij patiënten met atrium(boezem)fibrilleren en aangeraden. In Nederland worden meestal vitamine-K-antagonisten gebruikt.

Momenteel komen er nieuwe orale toe te passen medicijnen op de markt.

Omdat dit tot een ommekeer in het behandelbeleid kan leiden, worden de voor- en nadelen van deze middelen besproken, zodat de specialist ouderengeneeskunde een verantwoorde keuze kan maken. Door de onduidelijkheid met betrekking tot de neveneffecten van de nieuwe middelen en de hoge kosten lijkt een terughoudend beleid gewenst.

Literatuur

1. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non-valvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007; 146: 857-867.
2. NHG-standaard Atriumfibrilleren, herziene versie december 2009.
3. Leendertse A, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt PM van den, HARM-study. Efficacy and risk factors for prevention of medication related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1890-1896.
4. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrium fibrillation. *NEJM* 2009; 361: 1139-151.
5. Torn M, Bollen WLEM, Meer FJM van der, et al. Risk of oral anticoagulant therapy with increasing age. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1527-1532.
6. Beinema M, Brouwers JRBJ, Schalekamp T, Wilffert B. Pharmacogenetic differences between warfarin, acenocoumarol and phenprocoumon. *Thromb Haemostasis* 2008; 100: 1052-1057.
7. Beinema M, Jong PH de, Salden HJM, et al. The influence of NSAIDs on coumarin sensitivity in patients with CYP2C9 polymorphism after total hip replacement. *Mol Diagn Ther* 2007; 11: 123-128.
8. Buller HR. Once daily oral rivaroxaban versus placebo in long term prevention of recurrent symptomatic venous thromboembolism, the EINSTEIN extension Study (On line Abstract 51th ASH Annual Meeting New Orleans, December 5-8, 2009).
9. Cate H ten. Anticoagulantia in vaste dosis. Haken en ogen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: A325.
10. www.cvz.nl, zie rivaroxaban CFH rapport 09/03 en dabigatran CFH rapport 08/16.
11. *Geneesmiddelenbulletin* 2008; 42: 120-121.

ICD en AED: wat kunnen wij ermee?!

Reindert van Dijk, specialist ouderengeneeskunde, reanimatie- en AED-instructeur, verpleeghuis Pniël, Rotterdam /
Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg & Wonen te Etten-Leur/Zundert / **Correspondentie:**
r.van.dijk@zorggroeprijnmond.nl

Inleiding

Dat ouderenzorg een vak is van wikken en wegen, en dat door ons, specialisten ouderengeneeskunde, daarin regie wordt gevoerd binnen de verpleeghuizen/ woonzorgcentra, is genoegzaam bekend. Dat het wikken en wegen, keuzes maken en de regie voeren soms ook specifiek gaat over aan- of uitzetten en/of over aanschaf van cardiologische apparatuur, zal in dit artikel worden toegelicht.

Implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD)

Consulent palliatieve zorg huisarts Kea Fogelberg schrijft in een door haar opgestelde richtlijn voor de praktijk¹ over de dubieuze combinatie van een (palliatief) sterfbed en het plotseling afgaan van een ICD. Door een ICD-technicus het apparaat in de laatste levensdagen te laten uitzetten is men ervan verzekerd dat het leven in ieder geval niet door dit apparaat eventueel ongewenst kan worden verlengd. Door het uitzetten van een ICD kan voorkómen worden dat er op het moment dat het einde daar is een ICD-schok door het lichaam van de stervende gaat, die ook de betrokkenen die in de kamer aanwezig zijn, niet zal ontgaan. Daarmee heeft zij wel een punt!

Ook in een recent artikel in Medisch Contact van Broersen wordt dit probleem aangekaart.²

Door middel van een ingezonden brief als een reactie op dit artikel merken cardiologen Van Erven en Daniels³ op dat het toch niet kan zijn dat een ingevlogen technicus het overlijdenstijdstip van een cliënt ongeveer kan bepalen door het uitzetten van de ICD. Het kan soms namelijk snel gaan na het stoppen van de ICD-functie, lees ik daar. En daar hebben zij dan weer een (juridisch en ethisch) punt, denk ik! Aangezien het aantal patiënten met pacemaker en met name ICD's de laatste jaren sterk is toegenomen, vooral door zich uitbreidende indicatiestellingen, zien huisartsen en andere intra- en extramuraal werkende artsen zich steeds vaker geconfronteerd met de vraag of en op welk moment de programmering van een pacemaker of ICD zou moeten worden aangepast. Ook wordt door beide cardiologen aangegeven dat de kennis van en opvattingen over de functie van deze

apparaten het specifieke terrein is van een cardioloog, en pleiten zij daarom juist voor de ontwikkeling van een richtlijn door cardiologen, de specialisten op dit gebied, maar dan wel in samenspraak met de eerste lijn en andere betrokkenen. Verschillen in zorgterreinen en kennisniveaus bemoeilijken de ontwikkeling van een dergelijke richtlijn dus aanzienlijk. Daarnaast is het echter de vraag hoe de verantwoordelijkheden en beslissing- en handelingsbevoegdheden liggen. Het uitzetten van de zogenoemde tachytherapie van een ICD zal het leven dus mogelijk beëindigen. Er dient een juridische toetsing plaats te vinden voor wat betreft verantwoordelijkheden en bevoegdheden waarbij de rolverdeling tussen zorgverleners nog nader bepaald dient te worden.

De vraag is bovendien of bij het uitzetten van een pacemaker met de dood als direct gevolg zorgvuldigheidseisen moeten worden gehanteerd zoals bij actieve euthanasie.

Recent is hiertoe binnen de cardiologische beroepsgroep een initiatief gestart om tot een dergelijke richtlijn te komen. Bij deze richtlijnontwikkeling zal een samenwerking gezocht worden met de eerste lijn en andere betrokken hulpverleners.

Maar intussen wacht de specialist ouderengeneeskunde aan het sterfbed natuurlijk niet af.

De cardioloog, ter zake deskundig, wordt geconsulteerd over de mogelijkheden. Het overleg met de cliënt en zaakwaarnemer wordt aangegaan, gevolgd door een second opinion. Hierbij worden alle mogelijkheden uitvoerig besproken.

De specialist ouderengeneeskunde maakt, na wikken en wegen, een verstandige keuze: waarmee de cliënt rustig kan sterven en... de achterblijvers kunnen leven.

Momenteel is het uitzetten van een ICD nog geen vaak ingezette optie, terwijl in het stervensproces alle mogelijkheden binnen bereik van de behandelaars moeten liggen.

Wel of geen AED?

De handreiking Reanimatie van de NVVA (2000)⁴ geeft allerlei kaders aan waarmee de discussie over het algemene en ook individuele reanimatiebeleid in de

verpleeghuizen gevoerd kan worden. En... het goed gemotiveerde levensreddende duwen en blazen wordt met een zuinig mondje voorzichtig het verpleeghuis binnengeloodst. Het is dan: nee, tenzij. Maar dus ook: doen, soms! De daarbij toegepaste technische handelingen beperken zich grofweg tot het verrichten van een juiste hartmassage- en beademingstechniek en (niet te vergeten) het direct alarmeren via 112 om professionele hulp door middel van een ambulance in te schakelen.

We weten intussen dat, als, naast een basale reanimatie, ook snel een AED wordt ingezet, de overlevingskansen fors toenemen.^{5,6} En daar was het ons toch in eerste instantie om te doen bij die levenslustige senior-revalidant? Overleven! Gelukkig is de doorontwikkeling van dit apparaat de laatste jaren goed van de grond gekomen, en ingewikkeld in gebruik is dit apparaat al helemaal niet. De AED is dus de laatste jaren ook in de ouderenzorg bezig aan een gestage opmars.

Als de inzet van de AED een forse vergroting geeft van overlevingskansen bij een behandeling waar incidenteel en weloverwogen voor is gekozen, dan moet op zijn minst in ons eigen managementoverleg de discussie gevoerd worden om het apparaat aan te schaffen! De specialist ouderengeneeskunde doet er dan goed aan om ook te wijzen op het belang van een goed zichtbare plaatsing op een centrale plaats in de instelling: in de hal of receptie. Daar zullen het restaurant, de prikpoli, en de vraagwijzer voor ouderen en hun mantelzorgers zich mogelijk bevinden. Ook zal daar dichtbij de oefenruimte van de fysiotherapie aanwezig zijn en tevens kan hier de verbinding met het verzorgingshuis gesitueerd zijn. Hier passeren per dag tientallen senioren en bezoekers of meer! Op zo'n kruispunt van bedrijvigheid in dienst van ouderen kan de AED het beste scoren. Vergeet de strategische pr-waarde ook niet van een goed zichtbaar opgehangen AED: hier wordt goed voor ouderen gezorgd! Voor een bedrag vanaf 1500 euro met wat scholing is het verpleeghuis dan met de AED helemaal bij de tijd. Het is uiteraard dan wel gewenst om ná aanschaf over te gaan tot een gedegen scholing aan verzorgend personeel, aangezien zij in de meeste gevallen als eerste betrokken zullen zijn bij bewustzijnsdalingen door cardiale problematiek.

Discussie

Eind 2010 krijgt de specialist ouderengeneeskunde de update binnen van de handreiking Reanimatie. Hiermee zullen allerlei zaken rond reanimatie van aan onze zorg toevertrouwde ouderen weer geactualiseerd zijn. Momenteel is het dus nog onduidelijk of we de procedure al of niet reanimeren bij onze doelgroep moeten bijstellen.

In het nadenken en handelen ten aanzien van het al dan niet uitschakelen van een ICD in de terminale fase moet vooralsnog mijns inziens behoedzaam worden geschakeld om geen situaties te creëren die juridisch of ethisch juist meer problemen opwerpen dan oplossen. Hopelijk brengt de in wording zijnde richtlijn van de vereniging van cardiologie hierin ook meer duidelijkheid. Gezien de complexe problematiek aangaande de beslissing lijkt participatie van Verenso binnen de werkgroep zeer gewenst.

Toepassing van de AED ook binnen de muren van een verpleeghuis, met name gericht op de groep ouderen waar toepassing nog gewenst is en mogelijkheden geeft, verdient aanbeveling. Zeker voor de doelgroep revalidanten (geheel of deels), medewerkers en bezoek is ondersteuning bij een zo optimaal mogelijke reanimatie door middel van de beschikbaarheid van een AED nauwelijks nog een optie. Overal in den lande worden op openbare plekken AED's geplaatst. De specialist ouderengeneeskunde dient zich een mening te vormen over de mogelijkheden van toepassing van ICD en AED en het implementeren van nieuwe inzichten binnen verpleeghuizen/ woonzorgcentra.

Samenvatting

Steeds vaker worden in verpleeghuizen cliënten opgenomen met een pacemaker (PM) of implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD). In de terminale fase kan de discussie ontstaan of dit niet resulteert in ongewenste levensverlenging. Ook de discussie over al dan niet reanimeren en de eventuele beschikbaarheid van een automatische elektrische defibrillator (AED) is actueel, mede gezien de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn/handreiking Reanimatie.

In deze beschouwing wordt ingegaan op deze twee zaken.

Literatuur

1. Fogelberg K. Pacen tijdens het hemelen. Gaan we daarmee door? of zou stoppen beter zijn? www.keafogelberg.nl.
2. Broersen S. Artsen vergeten apparaatje vaak uit te schakelen. *Med Contact* 2010; nr. 5: 206-207.
3. Erven L van, Daniels MCG. Ingezonden reactie op bovenstaand artikel 10 februari 2010.
4. Handreiking Reanimatie. Utrecht: NVVA, 2000.
5. Meinders AJ. Sterven op de Europese intensive care toont grote regionale verschillen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148(21): 46-47.
6. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al.; ROC Investigators. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55(16): 1713-1720.

Impressie IPA-congres, Montréal, Canada, september 2009

Congresverslag

Vorig jaar september zijn vijf AIOS ouderengeneeskunde naar Montréal, Canada, gereisd om het IPA (International Psychogeriatric Association)-congres bij te wonen; Carla ten Cate (AIOS Gerion & toenmalig voorzitter VASON), Eveline Cours (AIOS Gerion & toenmalig penningmeester VASON), Lonneke Peerenboom (AIOS Gerion), Kim Wissink (AIOS VOSON) en Pauline Duijkers (AIOS VOSON).

De reis werd georganiseerd door het VASON-bestuur (Vereniging voor AIOS Specialisme Ouderengeneeskunde Nederland) en de reis, het verblijf, een tegemoetkoming voor de maaltijden en de congreskosten werden gesponsord door onze werkgever, de SBOH.

Maandag 31 augustus hebben we ook de 2009 Annual Scientific Meeting van het CAGP (Canadian Academy of Geriatric Psychiatry) bezocht met als thema 'Treating the untreatable? Treatment-Refractory Mental Disorders in Older Adulthood'.

Dinsdag 1 september woonden we de 'Residential Care Expert Meeting' van het IPA bij en van woensdag 2 t/m zaterdag 5 september het algemene programma van het IPA 14th International Congress 'Path to Prevention'.

We hebben inhoudelijk veel geleerd, het is onmogelijk om alles te delen. Er zal een reader met wat inhoudelijke highlights op de website van VASON geplaatst worden. Verder viel ons als AIOS op dat de organisatie van zorg over de hele wereld verschilt, maar dat de problemen die we tegenkomen in de zorg voor mensen met dementie, grotendeels universeel zijn. In Nederland zijn we goed op de hoogte van de laatste inzichten; er werden regelmatig onderwerpen besproken die ook op Nederlandse symposia of zelfs al in de opleiding behandeld zijn. Nederland was ook erg goed vertegenwoordigd op het congres, we hebben veel landgenoten ontmoet. Ook al kan het altijd beter: we realiseerden ons hoe goed we de zorg voor ouderen in Nederland geregeld hebben. Nederland werd regelmatig genoemd als voorbeeld voor westerse landen; in landen zoals de Verenigde Staten, Canada en Groot-Brittannië wil men ook graag alle disciplines in huis, met een aparte ouderenarts als regisseur.



We zijn op werkbezoek geweest naar een particulier verzorgingshuis 'Sunrise Residence', waar de bewoners kamer, maaltijden en zorg apart inkopen. Dit was meer dan luxe en vergelijkbaar met de particuliere verzorgings-/verpleeghuizen in Nederland. Omdat er een keuze gemaakt moest worden, hebben we helaas niet ook een overheidsgeleide instelling kunnen bezoeken.

We merkten dat het, naast de inhoudelijke voordrachten, tijdens het congres ook belangrijk is kennis en ervaring uit te wisselen en te bouwen aan een (internationaal) professioneel netwerk. Dus, naast het bijwonen van de vele voordrachten hebben we druk 'genetwerkt' en onze visie op het vak zowel kunnen uitdragen als kunnen bijstellen en verdiepen.

In 2010 zal er wederom een International Meeting van het IPA plaatsvinden, 24 tot 29 september, in Santiago de Compostella, Spanje met als thema 'Diversity, Collaboration, Dignity'. De SBOH heeft toegezegd dat er ook dit jaar budget beschikbaar gesteld zal worden voor internationalisering van het vak. Het VASON-bestuur zal wederom de reis organiseren.

Met vriendelijke groet

Carla, Eveline, Kim, Lonneke en Pauline

Implicaties van Evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) voor kwetsbare ouderen

Inge van der Stelt / Correspondentie: ivdstelt@verenso.nl

Je kunt een richtlijn zien als basis voor het kwaliteitssysteem van professionals, dat op zijn beurt de basis vormt voor het kwaliteitssysteem van de instelling. De veiligheid van en het vertrouwen in de gezondheidszorg is zo gebaseerd op het professionele en instellingskwaliteitssysteem.

De belangrijkste motivatie voor een beroepsgroep om richtlijnen te ontwikkelen ligt in het terugdringen van ongewenste interdoktervariatie, onderbouwing leveren voor het professioneel handelen en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit stelt hoge eisen aan de ontwikkeling van een richtlijn: het moet het relevante wetenschappelijk bewijs omvatten en beoordelen.

Sinds 2004 gebruikt Verenso in toenemende mate de (inter)nationale systematiek van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO-methodiek). Deze methodiek is vastgelegd in de procedure voor de ontwikkeling van een 'Verenso-richtlijn'.

Evidence-based richtlijnen voor kwetsbare ouderen stellen ons echter wel voor een bijzondere uitdaging, omdat deze doelgroep:

- is ondervetegenwoordigd in klinische trials;
- vaak multipale morbiditeit met polyfarmacie en beperkte levensverwachting heeft;
- meer kwetsbaar is voor neveneffecten van behandelingen;
- vaak niet in staat is om (voldoende) te participeren in behandelbeslissingen.

Waarom is dit een bijzondere uitdaging?

Om deze vraag te beantwoorden is een kort uitstapje naar de methodiek van richtlijnontwikkeling gewenst, waarbij de focus ligt op de kwaliteit van het gevonden bewijs.

Een evidence-based richtlijn heeft als basis specifieke vragen geformuleerd volgens de PICO-systematiek: patiënt (P), interventie (I), controle (C) en uitkomstmaat (O). Vervolgens wordt systematisch gezocht naar literatuur van waaruit een antwoord op

de specifieke vragen gegeven kan worden. Transparantie is hierbij het *credo*. Transparant over gebruikte bronnen, transparant over gebruikte trefwoorden, transparant over gebruikte inclusie- en exclusiecriteria en transparant over *de kwaliteit van bewijs*.

Er zijn verschillende manieren om de *kwaliteit van bewijs* te beoordelen (graderen).

Het CBO hanteert voor de gradatie van bewijs een indeling die is gebaseerd op het type onderzoek (onderzoeksopzet) en de kwaliteit van de (uitvoering van) het onderzoek. Zo scoort bijvoorbeeld een Randomized Controlled Trial (RCT) hoog en observationeel onderzoek laag.

Recent is de GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-systematiek in opmars. Hierbij krijgt een RCT niet per definitie de hoogste score en observationeel onderzoek niet per definitie de laagste score. Dit is voor het ontwikkelen van een richtlijn voor kwetsbare ouderen van belang omdat voor deze doelgroep juist ook uit (longitudinale) observationele studies belangrijke informatie naar voren kan komen. Het risico van schade door een nieuwe behandeling is bijvoorbeeld in potentie groter bij oudere patiënten dan bij jongere patiënten: met longitudinaal observationeel onderzoek kan dit goed opgemerkt worden. RCT's hebben hiervoor vaak een te beperkte looptijd en besteden daarnaast vaak minder zorg en aandacht aan het meten van bijwerkingen dan aan de meting van de opbrengsten/baten.

Bij GRADE wordt de conclusie van wetenschappelijk bewijs geformuleerd op basis van het:

- beoordelen van de kwaliteit van bewijs;
- kwantificeren van (on)gewenste effecten in het algemeen (benefit & risk);
- kwantificeren van (on)gewenste effecten voor de specifieke patiëntengroep (benefit & risk en time to benefit).

Van belang is hierbij of de 'benefit' en 'risk' van een interventie uit de literatuur in gelijke mate geldt

voor de kwetsbare oudere. Ook de 'time-to-benefit' is essentieel in de behandeling van deze doelgroep. De 'time-to-benefit' in het kader van primaire of secundaire preventie kan bijvoorbeeld enkele jaren duren.* Dat vraagt steeds een afweging of je met het oog op de levensverwachting van een patiënt wel een bepaalde behandeling inzet.

GRADE gebruikt voor het ontwikkelen van aanbevelingen (na het trekken van conclusies) de volgende overwegingen:

- benefit-riskratio ofwel hoe groot zijn de nettobaten in de context van 'time-to-benefit';
- kwaliteit van het bewijs;
- waarden en voorkeuren van patiënten en cliënten;
- beslag op middelen (kosten) [optioneel].

De Verenso-richtlijnen Influenzapreventie, Urineweginfecties, Mondzorg, en herziening Probleemgedrag zijn grotendeels opgesteld volgens de door het CBO gehanteerde methodiek voor gradering van de kwaliteit van bewijs.

Evidence profielen volgens GRADE worden nu toegepast bij de ontwikkeling van de Verenso-richtlijn Herkenning, diagnostiek en behandeling van pijn voor het thema non-farmacologische interventies.

De GRADE-systematiek heeft grote voordelen, zeker voor de doelgroep kwetsbare ouderen, maar heeft als nadeel dat de uitwerking zeer arbeidsintensief is. Gebruik maken van de GRADE-systematiek heeft dan ook (financiële) consequenties voor het aantal uitgangsvragen dat we in een ontwikkelproces kunnen verwerken.

Voor de toekomst van het Verenso-richtlijnenbeleid betekent dit, dat we steeds nauwkeuriger moeten gaan kijken op welke uitgangsvragen we graag een antwoord willen. Vervolgens zal, op basis van een inschatting van het te verkrijgen wetenschappelijk bewijs, per uitgangsvraag een keus gemaakt moeten worden welke graderingsmethodiek we willen hanteren.

Voor multidisciplinaire disciplinaire richtlijnen die door andere organisaties worden ontwikkeld, geldt eveneens dat de (beantwoording van de) uitgangsvragen kritisch wordt gezien. Is deze van toepassing op de doelgroep kwetsbare ouderen? Met het CBO zijn we momenteel bezig met de ontwikkeling van een zoekfilter specifiek voor onze doelgroep. De verwachting is dat dit in multidisciplinaire richtlijnen leidt tot meer aanbevelingen toepasbaar op de behandeling van kwetsbare ouderen.

Al met al kunnen we concluderen dat de ontwikkeling van EBRO-richtlijnen ons voor een interessante uitdaging stelt.

Het is niet zinvol voor alle thema's een EBRO-richtlijn te willen ontwikkelen. We moeten kritisch kijken voor welke onderwerpen we dat willen en kunnen én waar we op andere manieren (door middel van handreikingen, onderwijs, e.d.) tot kwaliteitsverbetering en uniformiteit van handelen kunnen komen. Onlangs hebben we met de studiemiddag *Evidence based richtlijnontwikkeling voor kwetsbare ouderen, sense or nonsense?* hiertoe een aanzet gegeven die nu verder wordt uitgewerkt.

*Bijvoorbeeld: behandelen van microalbuminurie bij patiënten met diabetes duurt 10 jaar om nefropathie te beperken. Behandelen van hypertensie om cardiovasculaire incidenten te voorkomen vergt 2-3 jaar.

Klinische neurologie

Martin van Leen / Correspondentie: M.van.Ieen@avoord.nl

Titel: Klinische neurologie ★★★★★

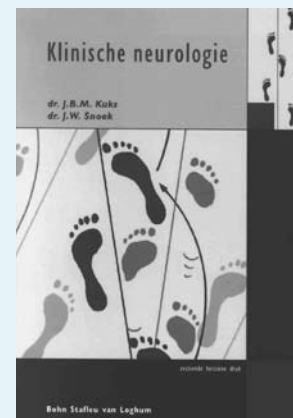
Auteurs: Prof.dr. JBM Kuks, prof.dr. JW Snoek (red)

Aantal pagina's: 461

ISBN: 978-90-313-4633-2

Uitgever Bohn Stafleu Van Loghem

Prijs: € 64,50



Reeds in 1972 verscheen de eerste druk van dit boek onder auspiciën van prof. Oosterhuis en nu zijn we al aan editie 16. Anders dan eerdere drukken is dit boek probleemgericht geschreven. De schrijfwijze maakt dat het ook leesbaar voor niet-medici. Na een inleiding (met o.a. aandacht voor anamnese en onderzoek) en 9 hoofdstukken aangaande neurologische basiskennis volgen de klinische hoofdstukken. Deze zijn rond een ziektemodel geschreven gebaseerd op de laatste richtlijnen. De hoofdstukken zijn voorzien van duidelijke tekeningen, foto's en samenvattingen in kaders die

het zoeken vergemakkelijkt. Mede hierdoor is dit boek compleet. Het boek is duidelijk niet geschreven voor neurologen of artsen in opleiding tot neuroloog. De onderbouwing van de tekst is niet terug te vinden in een literatuurlijst, wat voor sommige artsen de waarde van dit boek doet verminderen. Toch ben ik van mening dat door de korte bondige teksten dit boek heel goed als naslagwerk kan dienen voor specialisten ouderengeneeskunde en in het verpleeghuis werkzame paramedici. Voor diegene die onderbouwing van hun werk zoeken, is dit boek niet geschikt.

Palliatieve zorg

Wilco Achterberg / Correspondentie: Wp.achterberg@vumc.nl

Titel: Palliatieve zorg: medische en verpleegkundige praktijk in Nederland en België

★★★★☆

Onder redactie van: Luc Deliens, Michael A. Echteld, Bregje Onwuteaka-Philipsen

Bohn Stafleu van Loghem, Houten 2009

ISBN 978 90 313 6471 8 NUR 897



Dit boek is een compilatie van herschreven onderzoeksartikelen, die in 2007 of 2008 zijn verschenen over de praktijk van palliatieve zorg in Nederland en België. Er is getracht een brede selectie te tonen, zodat het boek uiteindelijk 29 hoofdstukken bevat uitgespreid over 6 hoofdthema's: problemen en symptomen in de palliatieve zorg (4 artikelen), behandelingen in de palliatieve zorg (5 artikelen), palliatieve sedatie (5 artikelen), medische beslissingen aan het levenseinde (6 artikelen), rol van de verpleegkundige in de palliatieve zorg (4 artikelen) en kenmerken van de zorg (5 artikelen). Het is daarmee inderdaad een breed georiënteerd boek geworden, waar geïnteresseerde lezers goed op de hoogte kunnen worden gebracht van de meest recente onderzoeksresultaten. Het voldoet in die zin aan het doel van de redactie: een brug slaan

tussen wetenschap en praktijk. De Nederlandse teksten zijn goed leesbaar, waarschijnlijk mede dankzij de redactie van een wetenschapsjournaliste. Het is niet eenvoudig om op een andere manier op de hoogte te blijven: eerst zelf literatuur zoeken, dan proberen te pakken te krijgen en vervolgens in het Engels lezen. Wel vind ik het jammer dat manieren om snel een indruk te krijgen van de inhoud onvoldoende gebruikt zijn: samenvattingen en key-points missen bijvoorbeeld. Ook is de opbouw niet altijd hetzelfde, zo wordt er soms van 'discussie' gesproken, dan weer over 'beschouwing', en soms ook 'bespreking'. Kortom: ondanks wat kleine onvolkomenheden, een waardevolle verzameling artikelen voor artsen en verpleegkundigen die in de Nederlandse palliatieve zorg werken!

Werken met het hart!

Mieke Draijer, voorzitter Verenso



In dit themanummer *Cardiovasculaire problemen* word ik geacht het onderwerp van de column aan te passen aan het thema. Dat is altijd een lastig probleem. Schrijven heeft te maken met inspiratie en dat kun je niet zo maar oproepen voor een bepaald thema. Ik had de nieuwe richtlijn Reanimatie willen bespreken, maar die is nog niet klaar. De richtlijn wordt verwacht in het voorjaar van 2011.

Reanimatie is een onderwerp dat mij erg kan bekoren. Vooral de ethische afwegingen rondom reanimatie, niet zozeer de medisch-technische aspecten. Sorry, uiteraard heel belangrijk, maar niet mijn 'ding'. Ik ben niet zo'n technische dokter, niet zo'n technisch mens ook trouwens. Wel van het evidence based, maar mijn lol zit in werken met het hart. En ja hoor, we zijn er! Werken met het hart. Ik geef toe dat het een beetje gezocht is, maar wel een typisch ouderengeneeskundig onderwerp. Specialisten ouderengeneeskunde staan erom bekend dat zij werken met het hart. Gelukkig betekent dat niet zonder hoofd, want dat zou te veel ellende veroorzaken!

Werken met het hart heeft natuurlijk ook evidence nodig. Je kunt niet een vak op academisch niveau uitoefenen en alle besluitvorming op 'je water' en met je hart doen. Alle afwegingen moeten gebaseerd zijn op wetenschap, kennis en ervaring. Een professionele afweging gecombineerd met betrokkenheid bij de patiënt. In ons verpleeghuis noem ik dit altijd 'professionele nabijheid'.

Professionele nabijheid is niet alle dokters in Nederland gegeven. Professioneel lukt meestal wel, maar de nabijheid wordt lastig. Dit leidt in veel gevallen tot miscommunicatie met familieleden, die uiteraard wel de patiënt nabij zijn. De focus is te verschillend. Natuurlijk is het goed om, naast een emotionele en liefdevolle betrokkenheid van de familie, de professionele inbreng van de dokter te weten. Wanneer alle argumenten naast elkaar worden afgewogen, gaat er vast iets goeds uit voortkomen. Alleen komt de emotionele familie in medisch-technische gesprekken vaak onvoldoende uit de verf en valt het besluit herhaaldelijk op basis van de eenzijdige argumenten van de dokter. Specialisten

ouderengeneeskunde zijn doorgaans heel goed in het combineren van de emotie met de medisch-professionele afwegingen en het nemen van een besluit waar de familie op dat moment en in de toekomst een goed gevoel bij kan hebben. Een unieke eigenschap in de huidige Nederlandse geneeskundige beroepsgroep. Ik hoop en verwacht dat met de toekomstige grote groep kwetsbare ouderen meer dokters op deze manier met patiënten en hun familie willen en kunnen communiceren.

En wat cardiologie betreft; ik heb veel cursussen ecg lezen gedaan. Ik kan het namelijk steeds maar niet onthouden, gewoon omdat ik het te weinig doe. Maar eigenlijk vind ik dat ik het moet kunnen. De beste herinneringen heb ik aan een cursus waarbij de cardioloog, steeds als hij een verschrikkelijk ecg liet zien, tegen de groep zei: 'Kijk... en als je dit ziet, dan is het enige wat je kunt doen: koffiezetten voor de familie!' Joepie; die familie, daar kan ik wat mee. Dat ecg fax ik wel naar de cardioloog... Sorry.