



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **To stop or not to stop : deprescribing preventive cardiovascular medication in low-risk general practice patients**

Luymes, C.H.

### **Citation**

Luymes, C. H. (2018, June 7). *To stop or not to stop : deprescribing preventive cardiovascular medication in low-risk general practice patients*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/63081>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/63081>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The following handle holds various files of this Leiden University dissertation:

<http://hdl.handle.net/1887/63081>

**Author:** Luymes, C.H.

**Title:** To stop or not to stop : deprescribing preventive cardiovascular medication in low-risk general practice patients

**Issue Date:** 2018-06-07

# CHAPTER 9

Samenvatting (summary in Dutch)

Dankwoord

Curriculum vitae

## **SAMENVATTING**

Wereldwijd zijn hart- en vaatziekten (HVZ) de belangrijkste oorzaak voor het verlies van levensjaren en is de sterfte aan HVZ hoog. Veelal worden aanbevelingen om het voorkomen van HVZ te verminderen geïntegreerd in nationale richtlijnen. Ondanks het feit dat het doel van de richtlijnen uit de diverse landen hetzelfde is, is er geen consensus over de weg daar naar toe: wat is optimale preventieve zorg? Doordat de wetenschappelijke zoektocht hiernaar ononderbroken voortgaat, worden richtlijnen op het gebied preventie van HVZ met enige regelmaat herzien. De meeste recente herziening van de Nederlandse richtlijn vond plaats in 2012. Het is onduidelijk welke implicaties deze nieuwe richtlijn heeft gehad voor de dagelijkse praktijk. De onderzoeksvragen van dit proefschrift hebben betrekking op de impact van deze herziening van de richtlijn had op de dagelijkse praktijk. Om deze onderzoeksvragen zo goed mogelijk te beantwoorden is in dit proefschrift gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, de zogenaamde mixed methods approach.

### **1. OVERZICHT VAN DE BEVINDINGEN VAN DIT PROEFSCHRIFT**

#### **1.1. Deel 1**

Hoofdstuk 2 van dit proefschrift laat zien dat de herziening van de richtlijn gevolgen heeft voor de patiëntenzorg. De herziening heeft geleid tot een verschuiving van risicogroep (hoog-, midden- of laag-risico) bij 20% van de patiënten die preventieve cardiovasculaire medicatie (antihypertensiva en/of lipiden-verlagende medicatie) gebruiken. Tegelijkertijd verandert het medicatieadvies in 12% van de gevallen, uitgaand van gelijkblijvende waarden van de risicofactoren. In Nederland heeft naar schatting ongeveer 60% van de patiënten die preventieve cardiovasculaire medicatie gebruikt, strikt genomen, géén indicatie voor het gebruik van deze medicatie volgens de huidige richtlijn.

#### **1.2. Deel 2**

De ECSTATIC studie, beschreven in Hoofdstuk 3, toont aan dat na twee jaar follow-up de systolische bloeddruk (SBD) bij patiënten die een poging doen om hun medicatie te staken (de interventie) gemiddeld 6 mmHg hoger is dan bij de patiënten die de gebruikelijke zorg ontvangen. Het totaal cholesterol en het low-density-lipoproteïn (LDL) cholesterol zijn beide ongeveer 0,2 mmol/L hoger in vergelijking met de groep die

de gebruikelijke zorg ontvangt. Deze verschillen in SBD en LDL-cholesterol tussen de interventiegroep en de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt zijn al aanwezig vanaf drie maanden follow-up.

In de groep patiënten die bij de start van het onderzoek een anihypertensivum gebruiken is de gemiddelde SBD van patiënten die na twee jaar follow-up nog steeds gestopt zijn met hun anihypertensivum 13 mmHg hoger dan die van patiënten die de gebruikelijke zorg krijgen. Het LDL-cholesterol van de groep patiënten die gestopt is met lipiden-verlagende medicatie is gemiddeld 1,5 mmol/L hoger in vergelijking met het LDL-cholesterol van de patiënten in de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt. Indien een poging tot staken wordt gedaan is het risico op het hebben van hypertensie (SBD  $\geq 140$  mmHg) na twee jaar follow-up ongeveer 20% tot 60% hoger dan in de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt en is het risico op hypercholesterolemie (LDL-cholesterol  $\geq 2,5$  mmol/L) ongeveer 5% tot 15% hoger.

Het voorspelde risico om binnen 10 jaar HVZ te ontwikkelen stijgt in twee jaar tijd met gemiddeld 2,0 procentpunt bij de patiënten die een poging doen de medicatie te staken, versus 1,9 procentpunt in de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt; het verschil van 0,1 procentpunt (95% CI -0,3 tot 0,6) valt binnen de (door ons vooraf gedefinieerde) non-inferiority marge van 2,5 procentpunt. Daarmee toont de ECSTATIC studie aan dat een poging tot staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij patiënten met een laag risico op HVZ in de huisartspraktijk op de korte termijn (twee jaar) veilig is.

De meest gerapporteerde negatieve effecten van het staken zijn tevens de meest voorkomende oorzaken voor het herstarten van de medicatie, te weten: hypertensie, hoofdpijn, nervositeit/stress en hartkloppingen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor ernstige negatieve effecten van het staken op de korte termijn.

De ECSTATIC studie laat daarnaast zien dat na implementatie van een gestructureerde *deprescribing* (het staken van medicatie)-strategie in de huisartspraktijk, 65% van de laag-risico patiënten een poging tot staken van de medicatie doet en dat 27% van de totale interventiegroep na twee jaar nog steeds geen medicatie gebruikt.

De kans dat het implementeren van een gestructureerde *deprescribing*-strategie onder laag-risico patiënten in de huisartspraktijk kosten-effectief is, is 70% tot 80% voor een willingnes-to-pay voor één Quality Adjusted Life Year (QALY) tussen €20.000 en €50.000. Desondanks, zou een gestructureerde *deprescribing*-strategie niet geïmplementeerd moeten worden, omdat het geen verschil maakt voor de totale zorgkosten en het geen verschil maakt voor de kwaliteit van leven van de patiënten. Bovendien was de effectiviteit van de *deprescribing*-strategie tamelijk laag (27% definitieve stoppers).

### 1.3. Deel 3

Hoofdstuk 4 laat zien dat laag-risico patiënten die tijdens een stopconsult het staken van de medicatie bespreken met hun huisarts hun zorgen uitspreken over de mogelijke gevolgen van het staken. Ze vinden het afspreken van vervolgsconsulten en de mogelijkheid tot het herstarten van de medicatie om die reden belangrijk. Hoofdstuk 4 en 5 laten zien dat patiënten over het algemeen positieve houding hebben tegenover het staken van hun medicatie. Ze vertrouwen op de informatie en expertise van de huisarts om te bepalen of het verantwoord is om de medicatie te staken. Individuele patiënten wegen de voor- en nadelen van het staken op verschillende manieren tegen elkaar af en staan daarmee ook wisselend tegenover het staken van de medicatie. Eén van de redenen voor huisartsen om het staken van de medicatie te adviseren is het lage risico op HVZ, berekend volgens de meest recente richtlijn. Daarnaast bepalen huisartsen hun advies op basis van de aanwezigheid van additionele risicofactoren, zoals bijvoorbeeld een positieve familieanamnese voor HVZ of een ongezonde leefstijl. Ook het eerdere (of vermeende) advies van een specialist om de medicatie te continueren/starten speelt een rol in het advies dat huisartsen geven.

Hoofdstuk 6 laat de vier sterkste voorspellers voor het succesvol staken van preventieve cardiovasculaire medicatie bij laag-risico patiënten in de huisartspraktijk zien, te weten: 1) huidige bloeddruk <140 mmHg; 2) ≤10 jaar gebruik van preventieve cardiovasculaire medicatie; 3) het gebruiken van óf een antihypertensivum óf een lipiden-verlagend medicijn (en niet beide); en 4) het gebruiken van ≤1 soort antihypertensivum. Indien al deze vier voorspellers aanwezig zijn dan is de kans dat een patiënt na twee jaar nog steeds gestopt is met preventieve cardiovasculaire medicatie ongeveer 50%.

## 2. CONCLUSIE

Dit proefschrift laat zien dat een poging tot staken van preventieve cardiovasculaire medicatie onder begeleiding van de huisarts bij patiënten van 40 tot 70 jaar met een laag risico op het krijgen van HVZ op de korte termijn veilig is. Het is belangrijk dat de patiënt centraal staat tijdens het stopconsult omdat dit ervoor zorgt dat het beoordelen van mogelijke overbehandeling door de huisarts zo optimaal mogelijk gebeurt.

Gepersonaliseerde risicoscores die het individuele HVZ-risico aangeven en inzicht geven in het nut van medicamenteuze behandeling kunnen dit beslisproces nog verbeteren. Patiëntgegevens die routinematig worden geregistreerd bieden een geschikte mogelijkheid om dergelijke gepersonaliseerde risicoscores in de toekomst te ontwikkelen.

Dit proefschrift verschaft praktische handvatten aan huisartsen voor het beoordelen van overbehandeling bij laag-risico patiënten. Daarnaast bevat het waardevolle informatie voor beleidsmakers die de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement herzien.