

Nieuwsbericht de oudere patiënt in de ketens DM2 en CVRM

Versie 1.0
4 februari 2019
Opgesteld door: Riet ten Hoeve



De oudere patiënt in de ketens DM2 en CVRM

Analyse en conclusies op grond van de standaarden NHG, de Verenso richtlijn voor kwetsbare ouderen en de Indicatoren InEen.

Funduscontrole

NHG-standaard DM2:

Screeningsinterval: eenmaal geen zichtbare retinopathie (R0) : Tweejaarlijks

Tweemaal achtereenvolgende geen zichtbare retinopathie (R0): Driejaarlijks

Milde (achtergrond)retinopathie (R1): Jaarlijks

Preproliferatieve retinopathie (R2), proliferatieve retinopathie (R3), maculopathie (M1) of retinopathie in beide ogen: Verwijzing naar oogarts

Overweeg, in samenspraak met de patiënt, om in geval van een korte levensverwachting niet meer te screenen op diabetische retinopathie.

Verenso:

De kwetsbare oudere bij wie diabetes wordt geconstateerd dient een oogonderzoek (met verwijde pupil) te krijgen, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een oogarts. Als na het eerste oogonderzoek bij de diagnose diabetes mellitus geen retinopathie wordt vastgesteld, lijkt vervolgcontrole hierop niet noodzakelijk tenzij klachten ontstaan. Als na het eerste oogonderzoek bij de diagnose diabetes mellitus wel retinopathie wordt vastgesteld, dient vervolgcontrole plaats te vinden onder verantwoordelijkheid van een oogarts

Indicator InEen

Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met een funduscontrole in afgelopen twee jaar (dit zal in 2019 worden: in de afgelopen drie jaar)

Conclusie

T.a.v. de funduscontrole: het lijkt gerechtvaardigd om bij een patiënt met een korte levens-verwachting (stel < 10 jaar) en bij eerder geen zichtbare retinopathie de funduscontrole achterwege te laten. De patiënt zal voor dit onderzoek vaak moeten reizen en de opbrengst van de screening is in deze situatie gering.

Voetcontrole

NHG-standaard DM2:

Bij alle diabetespatiënten moet minstens eenmaal per jaar de voeten worden onderzocht door een daartoe geschoolde zorgverlener. Voor de follow-up wordt gebruikgemaakt van de gemodificeerde Sims' classificatie. Iedere (voet)professional die bekwaam is in het uitvoeren van onderzoek naar risicofactoren voor de diabetische voet kan de classificatie uitvoeren.

Verenso:

Voetencontrole dient bij hoog risico patiënten een keer per drie maanden plaats te vinden, bij laag risico patiënten een keer per jaar.

Nieuwsbericht de oudere patiënt in de ketens DM2 en CVRM

Versie 1.0
4 februari 2019
Opgesteld door: Riet ten Hoeve



Indicator InEen:

Aantal diabetespatiënten in zorgprogramma met een voetonderzoek

Conclusie

T.a.v. de voetcontrole: dit item zou juist bij de oudere diabeet de volle aandacht moeten krijgen. Het onderzoek kan gewoon bij een thuisbezoek door de POH uitgevoerd worden.

Controle nierfunctie/micro-albuminurie

NHG-standaard CVRM:

Bij een verminderde eGFR en bij patiënten met DM wordt verder onderzoek van de nierfunctie door middel van (micro)albumine in een urineportie geadviseerd.

Verenso:

Controle op microalbuminurie wordt niet aanbevolen als de levensverwachting korter dan tien jaar bedraagt en als er geen intentie bestaat zo nodig ook tot dialyse over te gaan

Indicator InEen:

Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met urineonderzoek (porties) op albumine of albumine/creatinine ratio; dit wordt in 2019: Aantal diabetespatiënten heel jaar in zorgprogramma met urineonderzoek op albuminurie (albumine/kreatinine ratio)

Conclusie

T.a.v. de bepaling van de microalbumine-creatinine ratio in de urine zou het doen van onderzoek nagelaten kunnen worden bij een levensverwachting < 10 jaar. Of je het onderzoek wel of niet doet hangt m.i. met name af van de vitaliteit van de oudere en de inschatting of de patiënt evt. voor dialyse in aanmerking zou komen.

Controle Lipiden

NHG:

De risicotabel is niet van toepassing op personen ouder dan 70 jaar. Het ligt echter in de lijn der verwachting dat het risico van 70-plussers minstens gelijk is aan dat van 70-jarigen.

Statinebehandeling is even effectief bij oudere als bij jongere personen; 1 tot 2 jaar na de start van de behandeling is verbetering van de prognose te verwachten.

Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging dienen de wensen van de patiënt te worden meegewogen.

Verenso:

Statines hebben slechts zin indien de levensverwachting meer dan twee jaar bedraagt.

Terughoudendheid met starten van statines bij hoogbejaarden lijkt gerechtvaardigd.

Aantal patiënten DM2, HVZ of VVR hele jaar in zorgprogramma < 80 jr bij wie LDL is bepaald in de afgelopen 5 jaar met LDL-cholesterolwaarde lager dan of gelijk aan 2,5 mmol/l; het is nog onduidelijk of deze termijn van 5 jaar door InEen ook in 2019 wordt gehandhaafd

Nieuwsbericht de oudere patiënt in de ketens DM2 en CVRM

Versie 1.0
4 februari 2019
Opgesteld door: Riet ten Hoeve



Conclusie

T.a.v. de lipiden: bepalen van het LDL dient (in ieder geval eenmaal per 5 jaar, maar dit wordt mogelijk in 2019 aangepast) gedaan te worden tot de leeftijd van 80 jaar.

HbA1c-streefwaarden

NHG-standaard DM2:

- HbA1c -streefwaarde ≤ 53 mmol/mol: alle patiënten jonger dan 70 jaar, evenals patiënten van 70 jaar en ouder mits alleen behandeld met leefstijladvisering of metformine monotherapie (onafhankelijk van ziekte duur).
- HbA1c -streefwaarde 54-58 mmol/mol: patiënten van 70 jaar en ouder met een ziekte duur korter dan 10 jaar vanaf behandelstap 2 (tabel 5).
- HbA1c -streefwaarde 54-64 mmol/mol: patiënten van 70 jaar en ouder met een ziekte duur van 10 jaar of langer, vanaf behandelstap 2 (tabel 5).
- Een hogere streefwaarde geldt voor kwetsbare ouderen en mensen met een korte levensverwachting (arbitrair: korter dan 5 jaar). Er is bij deze patiënten geen bewijs dat een laag HbA1c zinvol is. Het behandel doel is vooral het voorkomen van symptomatische hypo- of hyperglykemie. Glucosewaarden van 6-15 mmol/l en HbA1c -waarden van 54-69 mmol/mol zijn bij deze patiënten acceptabel.

Verenso:

Streefwaarden voor HbA1c kunnen op zijn minst worden versoepeld tot 69 mmol/mol (8,5%) indien de levensverwachting minder is dan vijf tot zes jaar. Het is belangrijker dat er geen hypoglykemieën optreden dan dat de glucosewaarden scherp worden ingesteld. Vanwege het risico op langdurige hypoglykemieën dienen er geen langwerkende SU derivaten te worden gebruikt. Bij kwetsbare ouderen dient men terughoudend te zijn met thiazolidinedionen. Als insulinetherapie wordt gegeven met langwerkende insulinepreparaten bestaat er een lichte voorkeur voor analoge preparaten indien (nachtelijke) hypoglykemieën een probleem vormen.

Conclusie

T.a.v. de HbA1c: over- en onderbehandeling dient vermeden te worden.

Bloeddruk

NHG-standaard CVRM (deze geldt ook voor Diabeten met een verhoogd cardiovasculair risico):

Hanteer bij de behandeling van 70-plussers de volgende uitgangspunten:

Bij een SBD > 140 mmHg worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. Continuering van eerder gestarte behandeling van hypertensie is zinvol.

Bij een SBD > 160 mmHg en een leeftijd ≥ 80 jaar worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg. Continuëren van al eerder gestarte behandeling van hypertensie is ook bij deze leeftijdsgroep zinvol; eventueel kan de dosering worden aangepast.

Verenso:

Nieuwsbericht de oudere patiënt in de ketens DM2 en CVRM

Versie 1.0
4 februari 2019
Opgesteld door: Riet ten Hoeve



Streefwaarden voor bloeddruk kunnen soepeler gehanteerd worden dan in de meeste richtlijnen staat vermeld. Wanneer de bloeddruk boven de 160 mmHg systolisch is dient behandeling overwogen te worden. Bij zeer hoge leeftijd zijn nog hogere tensies aanvaardbaar. Laat bij voorkeur de systolische bloeddruk niet onder de 140-150 mmHg komen. Een levensverwachting van minder dan twee jaar, orthostatische hypotensie, significante bijwerkingen of patiëntenvoorkeuren kunnen redenen zijn om de streefwaarde naar boven bij te stellen (zie deel 2, hoofdstuk 5).

InEen:

Aantal VVR en HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 70 jr. bij wie de bloeddruk is gemeten met systolische bloeddruk lager dan of gelijk aan 140 mm Hg

Conclusie

Wees alert op mogelijke overbehandeling en bijwerkingen van de behandeling bij oudere (en met name bij kwetsbare) patiënten