Implementatie van een schematisch protocol voor management van het cardiovasculair risicoprofiel

Annelies Blokland, VUB

Dorien Van Damme, KUL

Promotor: Prof. Birgitte Schoenmakers, KUL

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INLEIDING

Veel patiënten zijn belast met verschillende cardiovasculaire risicofactoren (arteriële hypertensie, diabetes, roken, hypercholesterolemie, VKF, ...). In de praktijk is het niet altijd gemakkelijk om aan al deze risicofactoren genoeg aandacht te besteden. Daardoor wordt er bij het instellen van een concomitterende behandeling niet steeds rekening gehouden met alle aanwezige risicofactoren.

Met 40% van het aantal sterfgevallen of twee miljoen doden per jaar zijn cardiovasculaire ziekten de belangrijkste doodsoorzaak in de Europese Unie.[1] Ook in België zijn ze de belangrijkste doodsoorzaak met 38000 overlijdens per jaar.[2] Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden en verminderde levenskwaliteit of invaliditeit in Vlaanderen. De prevalentie hangt samen met de leeftijd. Zodoende wordt met de vergrijzing van de bevolking dit probleem steeds groter.[3]

Hart- en vaatziekten worden bovendien vaak onaangepast behandeld: patiënten met meerdere matige risicofactoren maar een hoog globaal risico worden meestal onderbehandeld, terwijl patiënten met een laag of matig globaal risico met maar één dominante risicofactor vaak overbehandeld worden.[3]

De richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap met betrekking tot het globaal cardiovasculair risicobeheer houden rekening met diabetes mellitus, hypertensie, cholesterol, roken, obesitas, familiale voorgeschiedenis en een cardiovasculair incident in de voorgeschiedenis.[3,4] Met hartfalen, voorkamerfibrillatie of angor wordt evenwel geen rekening gehouden om het globale risico te bepalen. Het is dan ook niet duidelijk of deze patiënten anders dienen behandeld te worden. In de aanbevelingen die deze aandoeningen

apart behandelen wordt de behandeling ook niet geïntegreerd in het globaal cardiovasculair risicobeheer.

In dit onderzoek wordt een algoritme voor huisartsen opgesteld om het totale risicobeheer van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico te optimaliseren.

METHODE

De onderzoeksvraag is tweeledig. In het eerste deel werd een algoritme opgesteld ter ondersteuning van huisartsen in de preventiezorg voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Er werd gestart met een literatuurstudie uitgevoerd aan de hand van de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap in verband met cardiovasculair risicomanagement. Met behulp van deze aanbevelingen werd een algoritme opgesteld om huisartsen bij te staan in de begeleiding van patiënten met een cardiovasculair risico.

Het tweede luik van het onderzoek betreft een interventie waarbij de bruikbaarheid en de haalbaarheid van het algoritme in de dagelijkse praktijkvoering werd getest. De studiepopulatie bestaat uit huisartsen uit de omgeving van Kampenhout, Steenokkerzeel en Elewijt en hun cardiovasculair belaste patiënten. De uitkomstmaten werden geformuleerd als het vervullen van de actiepunten in opvolging van patiënten met cardiovasculaire risicofactoren en de beoordeling van het algoritme. Concreet werd aan de deelnemende huisartsen gevraagd voor vijf cardiovasculair belaste patiënten zes actiepunten te registreren en op te volgen over een periode van drie maanden (oktober 2012 tot en met december 2012). Deze zes actiepunten waren roken, obesitas, hypercholesterolemie, arteriële hypertensie,

diabetes mellitus en hartfalen. Patiënten die in aamerking kwamen waren alle patiënten waarbij minstens één cardiovasculaire risicofactor werd vastgesteld. Er waren geen exclusiecriteria. De huisartsen volgden hun patiënten gedurende deze drie maanden op met behulp van het algoritme. Na drie maanden werd dan aangegeven welke actiepunten vervuld werden. In een tweede luik werd de artsen eveneens gevraagd de bruikbaarheid en haalbaarheid van het algoritme te beoordelen.

RESULTATEN

Algoritme

Met behulp van de richtlijnen met betrekking tot het cardiovasculair risicomanagement werd een algoritme opgesteld. De richtlijnen over globaal cardiovasculair risicobeheer, chronisch hartfalen, hypertensie en diabetes mellitus type 2 van Domus Medica werden gebruikt in het algoritme.[3,5-7] Er werden eveneens verschillende standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap verwerkt in het algoritme, namelijk: cardiovasculair risicomanagement, preventieconsultmodule cardiometabool risico, hartfalen, atriumfibrilleren, CVA, TIA, stabiele angina pectoris en diabetes mellitus type 2.[4,8-14]

Door het combineren van deze richtlijnen werd een overzichtelijk algoritme bekomen voor het totale risicobeheer van cardiovasculair belaste patiënten, gebaseerd op recente gegevens en gericht tot de huisarts. (zie bijlage 1)

Demografische gegevens

Er werd aan vierentwintig huisartsen gevraagd om het algoritme te testen en te evalueren. Van deze groep hebben uiteindelijk negen artsen meegewerkt aan het onderzoek. Tijdsgebrek of minder interesse in het onderzoek waren de voornaamste redenen om niet mee te werken.

Deze groep bestond uit zes mannen en drie vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 48,3 jaar (standaarddeviatie (SD): 9,4). Ze hadden gemiddeld 20,8 jaar ervaring (SD: 9,9). De meerderheid van de artsen werkte in een landelijke praktijk (7 van de 9), in een duo- of groepspraktijk (3 en 4 van de 9). De meeste artsen waren afgestudeerd aan de KUL (7 van de 9).

Demografie	Aantal (Totaal =9)
Man	6
Vrouw	3
Landelijke praktijk	7
Semi-rurale praktijk	2
Groepspraktijk	3
Duopraktijk	4
Solopraktijk	2
Windoc	4
Medidoc	1
Health One	1
Ander EMD	3

Tabel 1 Demografie

Evaluatie algoritme	Aantal "Ja" (Totaal =9)
Gemakkelijk bruikbaar	8
Nuttig	7
Opvolging is eenvoudiger	5
Afgeweken van algoritme	8
Implementatie in EMD is nuttig	6

Tabel 2 Evaluatie algoritme

Evaluatie van het algoritme

De artsen hadden een papieren versie gekregen van het algoritme, samen met een antwoordrooster. In dit rooster konden ze voor vijf cardiovasculaire patiënten aangeven hoe ze deze patiënten behandelden en opvolgden. (zie bijlage 1 en 2)

Daarna werd hun gevraagd de bruikbaarheid en het nut van het algoritme te beoordelen. Dit gebeurde aan de hand van open vragen. (zie bijlage 3)

Bijna alle huisartsen vonden het algoritme gemakkelijk te gebruiken. (zie tabel 2)

Op de vraag of ze het algoritme nuttig vonden in de opvolging van cardiovasculair belaste patiënten antwoordden zeven van de negen artsen bevestigend. Één arts antwoordde dat het algoritme soms nuttig kon zijn.

Een meerderheid vond ook dat opvolgen van cardiovasculaire patiënten eenvoudiger wordt door het volgen van dit algoritme. Het algoritme zou het volgen van de richtlijnen vereenvoudigen, een overzichtelijk schema bieden en handig zijn als checklist. Twee artsen vonden van niet omdat ze het reeds in grote lijnen toepassen in de praktijk, en één huisarts vond het enkel eenvoudiger voor complexe gevallen.

We vroegen de huisartsen ook of ze soms afweken van het algoritme. Acht van de negen artsen hadden dit gedaan. Er werd zes keer gestart met andere medicatie dan aanbevolen in het algoritme. Afwijken van het algoritme had ook te maken met patiëntgebonden factoren zoals bv. intolerantie, nervositas en het weigeren van bepaalde medicatie door de patiënt.

Tot slot werd de artsen gevraagd of ze een implementatie van het algoritme in het elektronisch medisch dossier nuttig zouden vinden. Dit vonden de meeste artsen wel (6 van de 9).

DISCUSSIE

Het opvolgen van patiënten met verschillende cardiovasculaire risicofactoren is een moeilijke taak voor de huisarts. Bovendien zijn de bestaande richtlijnen niet altijd even duidelijk toepasbaar. Uit dit onderzoek bleek dat er een behoefte bij huisartsen is aan een algortime als hulpmiddel bij het opvolgen van patiënten met een cardiovasculaire belasting.

De behoefte aan een duidelijk gestructureerd algoritme werd aangetoond in dit onderzoek: zeven van de negen artsen vonden het nuttig en één vond het soms nuttig. Het zou een duidelijk en praktisch basisschema zijn dat het volgen van de richtlijnen vergemakkelijkt, kan

dienen als een soort checklist en gemakkelijk te gebruiken is in de opvolging van patiënten met een cardiovasculair risico. Uit de literatuur blijkt dat hart- en vaatziekten vaak zowel over- als onderbehandeld worden. Huisartsen weten dus niet altijd wat volgens de wetenschappelijke evidentie het beste beleid is voor hun patiënt.[3] De literatuur toont ook aan dat richtlijnen niet zo regelmatig gebruikt worden door artsen. Een studie die de attitude van artsen ten opzichte van risicotabellen voor primaire preventie van cardiovasculaire ziekten onderzocht, vond dat slechts de helft regelmatig een risicotabel gebruikte. Artsen vonden dit te tijdrovend of waren van mening dat het gebruik van een risicotabel niet bijdroeg aan hun klinische evaluatie.[15] Een andere studie concludeerde dat de meeste artsen richtlijnen wel nuttig vonden, maar dat slechts iets meer dan de helft ze ook effectief gebruikte en toepaste. Vooral huisartsen vertrouwden meer op hun eigen ervaring.[16]

Het algoritme in deze studie werd ontwikkeld om de opvolging van patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel eenvoudiger te maken voor de huisarts. De meeste huisartsen in de studie vonden het algoritme praktisch bruikbaar. Toch werd er regelmatig afgeweken van het algoritme. Dit had te maken met patiëntgebonden factoren maar waarschijnlijk ook met persoonlijke overtuigingen van de huisartsen. Huisartsen lijken hun eigen gewoontes te hebben die ze niet altijd aanpassen aan de voorgestelde behandelingen. De huisartsen die het algoritme getest hebben, hadden gemiddeld twintig jaar ervaring. Uit de literatuur blijkt dat jonge artsen met tien jaar of minder ervaring eerder geneigd zijn om de richtlijnen te volgen dan oudere artsen. Ook artsen die minder patiënten met hypertensie of dyslipidemie opvolgen, volgen vaker de richtlijnen over cardiovasculair risicobeheer, dan artsen die regelmatig deze patiënten zien.[17] Het zou interessant zijn om een jongere artsenpopulatie met minder ervaring het algoritme te laten testen. Mogelijks zouden zij dus minder afwijken van het algoritme.

Jonge huisartsen volgen de richtlijnen sowieso al meer maar hebben toch baat bij gebruik van het algoritme omdat dit het volgen van de richtlijnen vergemakkelijkt.

Mogelijke limieten van deze studie zijn de relatief kleine studiepopulatie en de korte onderzoeksperiode, waardoor sommige patiënten maar eenmalig op consultatie gezien werden tijdens de onderzoeksperiode van drie maanden.

Een sterkte van deze studie is dat een groot aantal cardiovasculaire risicofactoren gevat zitten in het algoritme zodat het een goed overzicht geeft om patiënten met verschillende van deze risicofactoren op te volgen. Daarbij werd het algoritme ook door huisartsen getest op zijn bruikbaarheid.

Zes van de negen artsen zouden een integratie van het algoritme in het EMD nuttig vinden. Intelligente koppelingen en bewakingen in het EMD zorgen ervoor dat het therapeutisch en preventief beleid bij cardiovasculaire patiënten optimaal wordt ondersteund. Het lijkt een gemakkelijke manier om de richtlijnen te volgen. Integratie in het EMD kan dus zeker een interessant doel zijn voor een volgend project.

CONCLUSIE

Dit onderzoek toont aan dat er een behoefte is aan een algoritme dat huisartsen helpt bij de opvolging van cardiovasculair belaste patiënten. Ondanks dat huisartsen het algoritme nuttig en praktisch bruikbaar vinden wordt er toch vaak van afgeweken. Dit heeft waarschijnlijk te maken met persoonlijke overtuigingen. Vooral oudere huisartsen vertrouwen meer op eigen ervaring dan op richtlijnen. Integratie van dit algoritme in het EMD lijkt echter toch nuttig. Dit zou dus zeker een interessant doel zijn voor een volgend project.

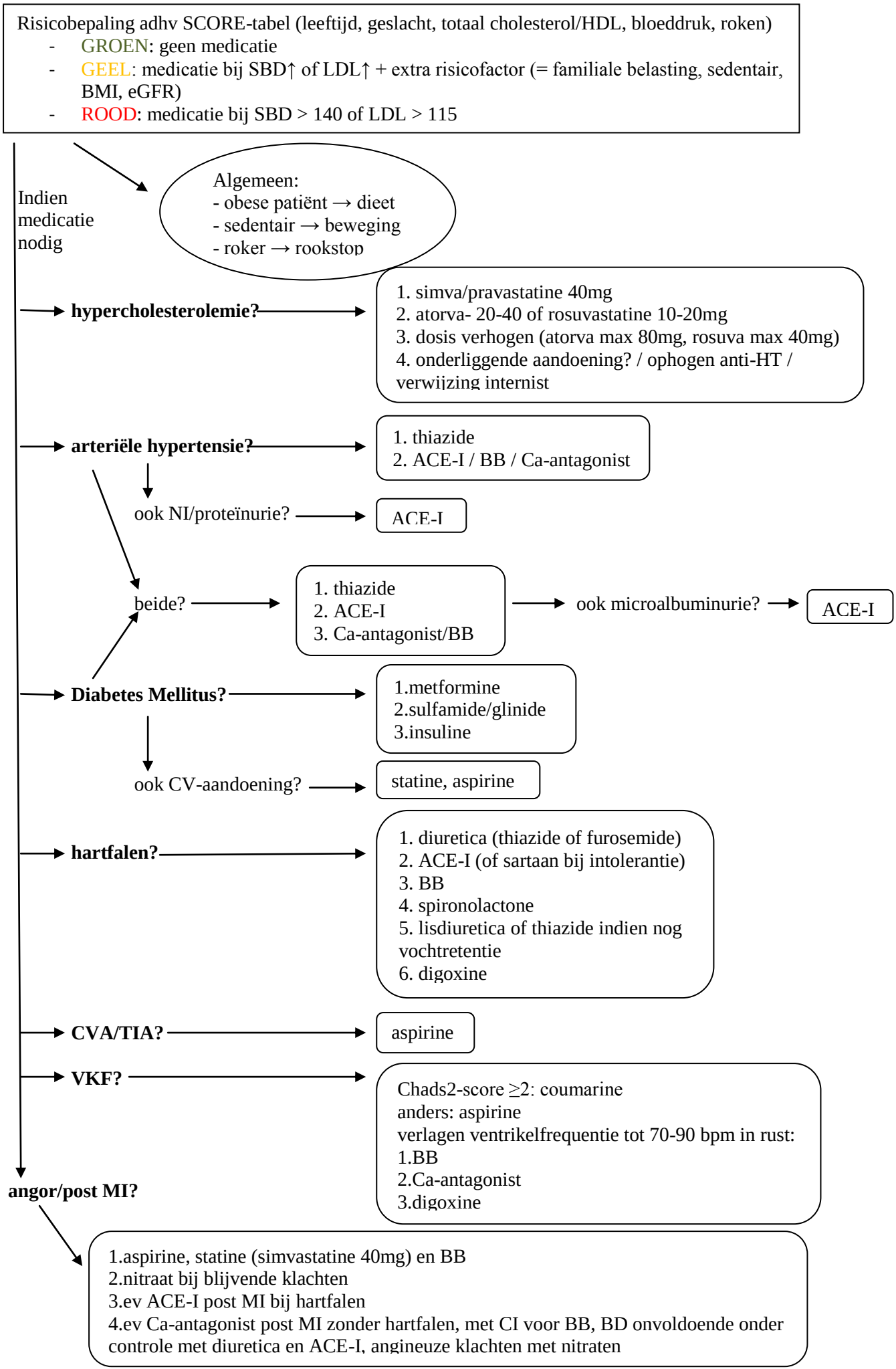
DANKWOORD

Met dank aan onze promotor Prof. Birgitte Schoenmakers, alsook aan de huisartsen die meegewerkt hebben aan ons onderzoek.

LITERATUURLIJST

1. ec.europa.eu
2. www.gezondheid.be
3. Boland B, Christiaens T, Goderis G, Govaerts F, Philips H, Smeets F, Van de Vyver N, Van Duppen D. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu september 2007; 36(7)
4. Banga JD, van Dijk JL, van Dis I, etc. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28
5. Van royen P, Boulanger S, Chevalier P, Dekeulnaer G, Goossens M, Koeck P, Vanhalewyn M, Van Den Heuvel P. Chronisch Hartfalen. Huisarts Nu december 2011; 40(7)
6. De Cort P, Christiaens T, Philips H, Goossens M, Van Royen P. Hypertensie. Huisarts Nu november 2009; 38(9)
7. Wens J, Sunaert P, Nobels F, Feyen L, Van Crombrugge P, Bastiaens H, Van Royen P. WVVH-VDV. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Diabetes Mellitus Type 2. Berchem/Gent: WVVH/VDV, 2005
8. Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Van der Paardt M †, Festen CCS, Van Oosterhout MJW, Van Dijk JL, Van der Weijden T, Gansevoort RT, Dasselaar JJ, Van Zoest F, Drenthen T, Walma EP, Goudswaard AN. PreventieConsult module Cardiometabool Risico. Huisarts Wet 2011:54(3):138-55.
9. Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Huisarts Wet 2010:53(7):368-89.
10. Boode BSP, Heeringa J, Konings KTS, Rutten FH, Van den Berg PJ, Zwietering PJ, Van Lieshout J, Opstelten W. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (Eerste herziening). Huisarts Wet 2009:52(13):646-63
11. Verhoeven S, Beusmans GHMI, Van Bentum STB, Van Binsbergen JJ, Pleumeekers HJCM, Schuling J, Wiersma Tj. CVA. Huisarts Wet 2004;47(101):509-20
12. Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHMI, Pleumeekers HJCM, Wiersma Tj. NHG-Standaard TIA (Eerste herziening). Huisarts Wet 2004;47(10):458-67.
13. Rutten FH, Bohnen AM, Schreuder BP, Pupping MDA, Bouma M. NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (Tweede herziening) Huisarts Wet 2004:47(2):83-95
14. Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, Heine RJ, Van Ballegooie E, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening). Huisarts Wet 2006;49(3):137-52
15. Sposito AC, Ramires JA, Jukema JW, Molina JC, da Silva PM, Ghadanfar MM, Wilson PW. Physicians' attitudes and adherence to use of risk scores for primary prevention of cardiovascular disease: cross-sectional survey in three world regions. Curr Med Res Opin. 2009 May;25(5):1171-8
16. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. Atherosclerosis. 2010 Dec;213(2):598-603
17. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster JA, Foster E, Turakhia MP, Skelding KA, Sagar K, Casebeer LL. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. BMC Family Practice 2008, 9:42

BIJLAGE 1 Algoritme



BIJLAGE 2 Antwoordrooster

Legende:
1e kolom: **X**= patient heeft deze risicofactor
2e kolom: **A**= er werd actie ondernomen (risicofactor werd behandeld)
3e kolom: **V**= behandeling had succes

Patient			Roken			Obesitas			Hyperchol			AHT			DM			Hartfalen		
Vb	*M*	*64j*	*X*	*A*	-	-	-	-	*X*	*A*	*V*	*X*	*A*	-	-	-	-	-	-	-
Voorgeschiedenis: Gastritis, waarvoor nog onder behandeling met omeprazol 20mg																				
Opmerkingen: Rookstop met nicotinepleister, maar niet succesvol *Cholesterol behandeld met simvastatine 40mg, AHT behandeld met captopril 25mg*																				
1																				
VG:																				
Opm:																				
2																				
VG:																				
Opm:																				
3																				
VG:																				
Opm:																				
4																				
VG:																				
Opm:																				
5																				
VG:																				
Opm:																				

BIJLAGE 3 Evaluatie

1. Vond u het algoritme gemakkelijk bruikbaar?

2. Vond u het algoritme nuttig in het opvolgen van cardiovasculair belaste patiënten?

3. Heeft het algoritme de opvolging van cardiovasculair belaste patiënten eenvoudiger gemaakt voor u? Waarom?

4. Heeft u soms afgeweken van het algoritme en waarom of wanneer?

5. Zou u een implementatie in het EMD nuttig vinden?

6. Heeft u nog andere opmerkingen of suggesties?