Cardiovasculaire gezondheid: de beleving van arts en patiënt

Charlotte Van den Enden, KU Leuven

Hannah Vastenavondt, KU Leuven

Promotor: Prof. Geert Goderis, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023– 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Visual abstract 4
Abstract 5
Inleiding 6
Methode 7
Deel 1: Literatuurstudie 7
Deel 2: Interviews 7
I. Onderzoeksmethode 7
II. Inclusiecriteria 7
III. Steekproefgrootte 7
IV. Rekrutering 8
V. Dataverzameling en opslag 8
VI. Analyse 9
Resultaten 10
Deel 1: Literatuurstudie 10
I. Aanpak in de huisartsenpraktijk 10
II. Hulpmiddelen bij cardiovasculaire risicoanalyse 10
III. Implementatie in de huisartsenpraktijk 11
IV. Richtlijnen aanpasbare risicofactoren 11
Deel 2: Interviews 15
I. Werving van deelnemers en steekproefgrootte 15
II. Resultaten interviews 15
Discussie en suggesties 25
Conclusie 27
Limitaties 27
Figuren 28
Bijlagen 35
Bronnen 46

Visual abstract

CARDIOVASCULAIRE GEZONDHEID: DE BELEVING VAN ARTS EN PATIËNT

VAN DEN ENDEN CHARLOTTE & VASTENAVONDT HANNAH | KU LEUVEN | MASTERHESIS 2024

INLEIDING

De hoge prevalentie van hart-en vaatziekten benadrukken de cruciale rol van preventieve cardiovasculaire consulten binnen de huisartsenpraktijk

ONDERZOEKSVRAAG

Wat zijn de percepties van huisartsen en patiënten over de huidige cardiovasculaire preventie in huisartsenpraktijken en hoe kunnen deze percepties bijdragen aan verbeteringen?

METHODEN

Het onderzoek omvat een tweeledig ontwerp



Literatuurstudie

Een korte literatuurstudie over geadviseerde richtlijnen voor cardiovasculaire risicofactoren

Interviews



Een prospectieve kwalitatieve studie met een thematische analyse en fenomenologisch design, waarbij de ervaringen en percepties van zowel patiënten als huisartsen zijn bevraagd via semigestructureerde interviews

RESULTATEN

- Interviews afkomstig van 13 huisartsen
- Interviews afkomstig van 15 patiënten

BEPERKT BEGRIP ROND ERNST EN GEVOLGEN

- Ondanks bekendheid met risicofactoren, ontbreekt vaak begrip van ernstige gevolgen bij patiënten
- Kennis van de gevolgen lijkt vaak pas te ontstaan na eigen ervaring of ervaring in directe sociale kring

SELECTIEVE FOCUS OP SPECIFIEKE RISICOFACTOREN

Huisartsen en patiënten richten zich op 'snelle, makkelijk behandelbare' risicofactoren, i.p.v de meer tijdrovende risicofactoren zoals levenstijl

ONJUISTE PERCEPTIE VAN ELKAAR

Er bestaat een misvatting bij zowel patiënten als huisartsen dat de ander meer belang toekent aan 'snelle, behandelbare risicofactoren'

ONVOLDOENDE BEREIKBAARHEID

- Preventieve cardiovasculaire consulten zijn meestal niet systematisch georganiseerd in huisartspraktijken
- Onduidelijkheid heerst bij patiënten over de frequentie van bloedonderzoek en het tijdstip van vervolgconsultatie

COMMUNICATIEPROBLEMEN

- Terughoudendheid bij huisartsen rond gevoelige topics zoals overgewicht
- Patiënten ontvangen vaak onduidelijk en weinig concreet advies
- Ontwijkend of nonchalant gedrag bij patiënten

SCORE TABEL ALS MOTIVATOR

- Ondanks het veelvuldig gebruik van SCORE tabellen door artsen, is er weinig bekendheid bij patiënten
- Echter afschrikwekkende cijfers worden als een sterke stimulans voor cardiovasculaire gezondheidsverbetering gezien door patiënten

CONCLUSIE

Een gestructureerde aanpak met gerichter informeren, een efficiëntere tijdsinvestering en aandacht voor communicatieproblemen vormen de belangrijkste struikelblokken.
Implementatie van bewustwordingscampagnes, samenwerking, standaardprocedures, training en holistische benadering kan de kwaliteit van de cardiovasculaire zorg verbeteren

Abstract

Context

Hart- en vaatziekten vormen in België de tweede meest voorkomende doodsoorzaak. Gezien deze hoge prevalentie vormt het voorkomen van hart- en vaataandoeningen een belangrijke taak van de gezondheidszorg, meer specifiek van de eerstelijnszorg. Huisartsen spelen hierin een cruciale rol maar worden geconfronteerd met een grote complexiteit aan pathologieën, hoge werkdruk en toenemende administratieve belasting. Dit onderzoek richtte zich op het exploreren van de huidige organisatie van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk. Bijzondere aandacht werd besteed aan de ervaringen en percepties van zowel huisartsen als patiënten met als doel mogelijke verbeteringen of lacunes te identificeren.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de ervaringen, meningen en percepties rond de huidige organisatie van cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk van zowel huisartsen als patiënten, en hoe kunnen deze bijdragen tot een verbetering van de zorg?

Methode

Het onderzoek betreft een tweezijdig ontwerp.
Deel 1: een literatuurstudie met betrekking tot de huidige geadviseerde richtlijnen rond cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk.
Deel 2: een prospectieve kwalitatieve studie waarbij, aan de hand van semigestructureerde interviews van zowel artsen als patiënten, de ervaringen rond cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk werden bevraagd. Het onderzoek combineerde een thematische analyse met een fenomenologisch design.

Resultaten

In totaal werden 13 huisartsen en 15 patiënten geïnterviewd. Het onderzoek identificeerde verschillende uitdagingen binnen de cardiovasculaire zorg, zoals het gebrek aan medische kennis bij patiënten omtrent de ernst van cardiovasculaire aandoeningen, de tijdsbeperkingen bij huisartsen, de selectieve aandacht voor behandelbare risicofactoren bij zowel patiënten als huisartsen, de ontoereikende communicatie en opvolging en de beperkte bereikbaarheid van patiënten.

Conclusie

Het onderzoek toonde aan dat er verdeelde meningen zijn onder zowel huisartsen als patiënten over de huidige aanpak van cardiovasculaire aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Een gestructureerde aanpak met gerichter informeren, een efficiëntere tijdsinvestering met taakdelegatie (multidisciplinair) en aandacht voor communicatieproblemen vormen de belangrijkste struikelblokken. Het implementeren van bewustwordingscampagnes, multidisciplinaire samenwerking en gestandaardiseerde procedures evenals communicatietrainingen en aanmoediging van een holistische benadering, kan de kwaliteit van cardiovasculaire zorg verbeteren.

Inleiding

Hart- en vaatziekten, ook wel cardiovasculaire aandoeningen genoemd, vormen wereldwijd een belangrijke bedreiging voor de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Deze aandoeningen kunnen, indien niet opgespoord of behandeld, ernstige tot potentieel levensbedreigende gevolgen hebben (1). Recent gepubliceerde cijfers van Statbel tonen aan dat hart- en vaatziekten, na kanker, de meest voorkomende doodsoorzaken zijn in België (2). In 2021 waren in België maar liefst 23,6% van alle sterfgevallen het gevolg van een cardiovasculaire aandoening (2).

Gezien deze alarmerende cijfers heeft het voorkomen van hart- en vaatziekten een centrale positie ingenomen binnen de gezondheidszorg en vormt de preventieve zorg een belangrijke taak van de (huis)artsen. Een belangrijk aspect in deze preventieve zorg is het opsporen en aanpakken van aanwezige risicofactoren om zo het cardiovasculaire risico te reduceren (1,6). Onderzoek toont aan dat het inzetten op een gezonde levensstijl de belangrijkste manier is om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen. Toch blijft het verontrustend om vast te stellen dat veel mensen nog kampen met een ongezonde levensstijl.

De cardiovasculaire risicofactoren zijn onder te verdelen in onveranderlijke factoren zoals leeftijd, geslacht en familiale voorgeschiedenis en aanpasbare factoren zoals roken, hoge bloeddruk, verstoorde bloedsuikerspiegel, cholesterolwaarden, lichaamsgewicht, fysieke activiteit en alcoholconsumptie (6). Onderzoek wijst echter uit dat deze cardiovasculaire risicofactoren niet de aandacht krijgen die ze verdienen in de klinische praktijk (1). Dit mede omdat het takenpakket van de huisartsen blijft groeien met complexere/gespecialiseerde zorg, multimorbiditeit bij een vergrijzing van de bevolking en het steeds stijgend aantal administratieve taken (3,4). Deze factoren zorgen voor de noodzaak tot een goede multidisciplinaire aanpak (huisartsen, verpleegkundigen, secretaressen, specialisten, diëtisten…) en een aangepaste taakdelegatie en implementatie van de zorg, globaal en cardiovasculair (5).

Ondanks het bestaan van uitgebreide literatuur en richtlijnen met betrekking tot preventieve maatregelen, de aanpak en opvolging van cardiovasculaire aandoeningen (1,6,11) blijft het sterftecijfer in België erg hoog. Om inzicht te verkrijgen in mogelijke verbeteringen of bestaande lacunes, concentreerde dit onderzoek zich op de huidige organisatie van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk. Aan de hand van semigestructureerde interviews streefden we naar inzicht in hoe huisartsen cardiovasculaire preventie in de praktijk organiseren, hoe zij deze consulten benaderen en welke obstakels zij ervaren. Daarnaast evalueerden we eveneens de ervaringen en struikelblokken van patiënten rond hart- en vaataandoeningen en spiegelden deze aan de verkregen uitspraken van huisartsen. Verder werden ook, aan de hand van een korte literatuurstudie, de huidige richtlijnen rond de aanpak van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk beschreven.

Methode

Het hoofddoel van deze studie was het in kaart brengen van de percepties en ervaringen van zowel artsen als patiënten over de huidige organisatie van cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk. Het onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek gecombineerd met een prospectieve niet-interventionele onderzoekstudie met behulp van interviews.

Deel 1: Literatuurstudie

Een korte literatuurstudie werd opgezet gebaseerd op de huidige richtlijnen rond cardiovasculaire gezondheid en risicofactoren in de huisartsenpraktijk.

Er werd gebruik gemaakt van de meest gebruikte richtlijndatabanken in de huisartsenpraktijk: Domus Medica, EBPnet (Evidence Based Practice net), ESC (European Society of Cardiology) -richtlijnen en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)-standaarden. Alle richtlijnen met betrekking tot de actuele aanbevelingen op het gebied van cardiovasculaire gezondheid (trefwoorden: cardiovasculaire gezondheid, -risicofactoren, -preventie, -organisatie) werden geïncludeerd, geanalyseerd en samengevat.

Deel 2: Interviews

I. Onderzoeksmethode

Dit onderzoek betrof een kwalitatief onderzoek waarbij we middels interviews bij zowel huisartsen als patiënten inzicht verkregen in de ervaringen, opinies en aanpak van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk. De studie was prospectief en niet-interventioneel van aard en vond plaats van 1 januari 2023 tot en met april 2024. De gegevens werden verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews, waarbij we streefden naar een deelname van zowel een twintigtal huisartsen als patiënten.

II. Inclusiecriteria

In dit onderzoek werden specifieke criteria gehanteerd voor de selectie van artsen en patiënten. De studie includeerde patiënten tussen de 40 en 70 jaar oud, ongeacht geslacht, afkomstig uit verschillende gemeenschappen in Vlaanderen, die Nederlands spraken.

Wat betreft de artsen, werden huisartsen en huisartsen in opleiding (haio's) die in Vlaanderen werkzaam waren, ongeacht leeftijd en geslacht, geïncludeerd. Gespecialiseerde en gepensioneerde artsen werden uitgesloten van deelname.

III. Steekproefgrootte

Het doel van het onderzoek was om een steekproef van ongeveer 20 artsen en 20 patiënten te ondervragen. We streefden naar een diverse groep patiënten, waarin beide geslachten en

verschillende leeftijdsgroepen aan bod kwamen. We maakten gebruik van purposive sampling waarbij we ons richtten op personen tussen 40 en 70 jaar oud, aangezien dit de doelgroep is voor actieve cardiovasculaire preventie. Bij de selectie van artsen streefden we naar een brede vertegenwoordiging, waarbij we zowel jonge als ervaren artsen uit heel Vlaanderen betrokken.

We verzamelden interviews tot we een punt van datasaturatie bereikten. Datasaturatie werd bereikt als er geen nieuwe informatie meer naar voren kwam uit de opeenvolgende interviews.

Om onze steekproefomvang te vergroten, maakten we gebruik van het snowballeffect (7). Bij elke geïnterviewde persoon werd gevraagd of hij/zij nog andere geschikte deelnemers konden aanbevelen voor dit onderzoek.

IV. Rekrutering

Potentiële deelnemers werden uitgenodigd via verschillende kanalen, waaronder directe communicatie, e-mail en telefonisch contact. De selectie van patiënten omvatte patiënten afkomstig van onze ziekenhuisstages en huisartsenpraktijken, evenals enkele bekenden uit onze persoonlijke kring. Huisartsen werden benaderd via ICHOs Actua, seminaries, Domus Medica, wachtkringen (Leuven, Hagewacht en Meetjesland), wachtdiensten, bijscholingen en rechtstreeks via e-mail en telefonisch contact.

Indien een persoon akkoord was met deelname aan het onderzoek, werd een tijdstip ingepland voor het afnemen van het interview. De geïnformeerde toestemming (ICF) werd voor het interview aan de deelnemer bezorgd. Deze ICF omvatte informatie over de doelstellingen, methodologie en implicaties van het onderzoek, evenals de mogelijke voordelen en risico's verbonden aan deelname. De verwerking van persoonsgegevens, inclusief bewaartermijn en opslag werden hierin ook toegelicht. Bovendien werd er expliciet vermeld dat er tijdens het interview audio-opnames werden gemaakt, geen video-opnames.

Voorafgaand aan het interview werd de ICF opnieuw met de deelnemer doorgenomen. Het interview ging enkel van start indien de kandidaat instemde met de voorwaarden en het ICF ondertekend retourneerde. In zowel de ICF als bij de start van het interview werd benadrukt dat deelname geheel vrijwillig was en dat er geen negatieve gevolgen waren voor de deelnemer, ongeacht of ze besloten wel of niet deel te nemen. Op verzoek van de deelnemer kon het interview op elk moment worden beëindigd. De gegevens, inclusief de eventuele audiofragmenten, werden niet opgenomen in de data-analyse en werden na het analyseren vernietigd.

V. Dataverzameling en opslag

De interviews werden opgenomen via geluidsfragmenten, zonder visuele opnames. Vervolgens werden deze geluidsfragmenten beluisterd, uitgetypt en daarna vernietigd. De verwerking van de verkregen interviews gebeurde volledig anoniem, dankzij het gebruik van pseudonimisering. Enkel bij de onderzoekers was de identiteit bekend. Er werd een unieke identificatiecode gekoppeld aan elke arts en patiënt. De transcripties werden bewaard op persoonlijke computers die beveiligd werden met een sterk wachtwoord, om de vertrouwelijkheid te waarborgen.

VI. Analyse

Aan de hand van de verkregen interviews, werd een beschrijvend kwalitatief onderzoek verricht. Interviews werden persoonlijk afgenomen en vervolgens door beide onderzoekers besproken en geanalyseerd.

Bij dit kwalitatief onderzoek werd gebruik gemaakt van een thematische analyse met behulp van het programma NVIVO. De verkregen interviews werden eerst ruimdenkend gelezen, waarbij de verschillende tekstfragmenten herhaaldelijk werden doorgenomen. Een verkennende aanpak werd gehanteerd om nieuwe inzichten te ontdekken. Vervolgens werden er codes toegewezen aan relevante zinsdelen. Na het coderen van alle interviews, werden de codes met elkaar vergeleken. Daarna werden er thema's opgesteld op basis van de gegroepeerde codes. Tijdens de analyse werd voortdurend geëvalueerd of de thema's adequaat beantwoordden aan de onderzoeksvraag. Uiteindelijk werden de thema's beschreven in een coherente tekst, die ondersteund werd met interessante citaten.

Daarnaast volgde het onderzoek een fenomenologisch ontwerp (7,8,9,10). Dit type onderzoek tracht een fenomeen, hier cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk, te onderzoeken. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van de ervaringen, belevingen en percepties van de betrokkenen (artsen en patiënten) om het fenomeen te begrijpen en beschrijven. Een fenomenologisch beschrijvend design wordt gebruikt om dieper inzicht te creëren in het denkproces van mensen en de kennis van de onderzoekers over een bepaald fenomeen te vergroten.

Het fenomeen werd geïdentificeerd als “het ter sprake brengen en aanpakken van het cardiovasculaire risico in de huisartsenpraktijk” bij artsen en patiënten. Waarna door de onderzoekers een gedetailleerde beschrijving van het verschijnsel werd opgemaakt. De onderzoeksdata werden bekomen a.d.h.v. semigestructureerde interviews. De interviews werden door beide onderzoekers meermaals geanalyseerd waarbij niet relevante zaken werden geëlimineerd. Tot slot werden significante uitspraken door beide onderzoekers geïdentificeerd, gebundeld en beschreven in relevante thema's.

Resultaten

Deel 1: Literatuurstudie

I. Aanpak in de huisartsenpraktijk

Het vroegtijdig opsporen van hart- en vaatziekten vormt een belangrijke verantwoordelijkheid van de huisarts. Met behulp van zowel opportunistische als systematische screening dient de juiste patiëntengroep binnen de huisartsenpraktijk geïdentificeerd te worden (11). Indien het primaire preventie betreft, wordt er aanbevolen om de screening te starten vanaf 50 jaar bij vrouwen en vanaf 40 jaar bij mannen (6,11). Het wordt aangeraden om deze screening elke vijf jaar te herhalen, of vroeger indien een nieuwe risicofactor aan het licht komt. Nadat de juiste doelgroep is vastgesteld, wordt deze populatie onderworpen aan een risicoanalyse. Deze inschatting gebeurt aan de hand van aanwezige risicofactoren, familiale anamnese en andere comorbiditeiten.

Om een correcte inschatting te maken van het cardiovasculaire risicoprofiel van een patiënt is het belangrijk dat er een grondige anamnese, klinisch onderzoek en een beperkt laboratoriumonderzoek plaatsvindt. Bijlage 1 toont een overzicht van alle elementen die bevraagd en/of onderzocht dienen te worden voor een correcte inschatting (6,11,12,21). Op basis van deze gegevens worden patiënten ingedeeld in een bepaalde risicocategorie (figuur 1). Afhankelijk van de vastgestelde categorie zal de aanpak zich focussen op levensstijladvies en/of medicamenteuze interventies (figuur 2).

II. Hulpmiddelen bij cardiovasculaire risicoanalyse

Een overzichtelijk hulpmiddel bij het bepalen van de correcte risicocategorie in de huisartsenpraktijk is de SCORE-tabel (Systematic Coronary Risk Evaluation). Deze tabel geeft een kwantitatieve inschatting van het risico op een dodelijke afloop binnen de 10 jaar als gevolg van een cardiovasculaire complicatie.

In 2021 werd een vernieuwde versie opgesteld die ook niet-fatale cardiovasculaire gebeurtenissen opneemt in deze risico-inschatting (figuur 3) (13). Deze tabel kan uitsluitend gebruikt worden bij personen van 40 tot 69 jaar, exclusief personen met een onderliggende aandoening zoals suikerziekte of een voorgeschiedenis van een cardiovasculair event. Hoewel niet alle risicofactoren worden opgenomen in de SCORE2-tabel, kan hun aan- of afwezigheid wel cruciaal zijn voor het al dan niet opstarten van een behandeling.

Om aan de slag te gaan met de SCORE2-tabel is het noodzakelijk om de geografische herkomst van de patiënt te kennen. De herkomst bepaalt welke risicotabel dient gebruikt te worden (laag, gematigd, hoog of zeer hoog risicoland) (figuur 4). De SCORE2-tabellen zijn namelijk verschillend ingedeeld naargelang de geografische regio's of landen (figuur 3, figuur 4). België valt volgens de huidige ESC-richtlijnen onder de lage risicolanden (evenals Nederland, Frankrijk en Luxemburg). Aan de hand van vijf belangrijke risicofactoren: geslacht, leeftijd, rookstatus, systolische bloeddruk en cholesterol kan vervolgens een risicoanalyse gemaakt worden (6).

Sinds 2021 is er eveneens een aangepaste versie beschikbaar voor de oudere patiëntenpopulatie (70+ers), de SCORE2-OP (Older Persons)(figuur 5)(14). Deze populatie valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

Een tweede ondersteunend praktijkinstrument voor de bepaling van het cardiovasculair risico is de gezondheidsgids van Domus Medica (15,16,17). Een wetenschappelijk onderbouwd hulpmiddel om per patiënt een globaal risicoprofiel te berekenen en gepersonaliseerd advies te bekomen.

III. Implementatie in de huisartsenpraktijk

In 2018 publiceerde Domus Medica (15) een richtinggevend stappenplan voor de implementatie van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk (bijlage 2). Dit protocol biedt praktijken de mogelijkheid om doelstellingen vast te leggen en een eigen strategie te ontwikkelen: bijvoorbeeld via de praktijkwebsite, in de wachtruimte of per e-mail. Bovendien stimuleert deze handleiding ook de delegatie van taken naar het secretariaat en/of een gekwalificeerde praktijkverpleegkundige. Gezien de toegenomen werkbelasting van de huisartsen, dringt de nood zich op om bepaalde taken te delegeren (3,4,5). Huisartsen zijn daarom ook vragende partij voor betere implementatie van praktijkmedewerkers en verpleegkundigen in de huidige eerstelijnszorg. Deze delegatie en structurele aanpassing zou dan ook een mogelijk hulpmiddel bieden in de verdere oppuntstelling van cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk.

Eerder onderzoek van Loos C. (18) onderzocht reeds de rol van een praktijkverpleegkundige in de preventieve cardiovasculaire oppuntstelling. Dit onderzoek toonde aan dat verpleegkundigen zeker in staat zijn preventieve cardiovasculaire zorg te bieden, maar dat gestructureerde protocollen en de systematische implementatie hiervan in de praktijk ontbreken.

IV. Richtlijnen aanpasbare risicofactoren

De bespreking en aanpak van de volgende aanpasbare cardiovasculaire risicofactoren zullen elk afzonderlijk besproken worden: hypertensie, hypercholesterolemie, roken, overgewicht en alcohol. Vanwege de omvang van dit literatuuronderzoek zullen suikerziekte, chronische nierinsufficiëntie en onveranderlijke risicofactoren buiten beschouwing worden gelaten.

1. Hypertensie

Volgens de ESC-guidelines van hypertensie wordt een verhoogde bloeddruk gedefinieerd als een systolische bloeddrukwaarde boven de 140 mmHg en/of een diastolische bloeddrukwaarde boven de 90 mmHg (19).

Een nauwkeurige diagnose van hypertensie is belangrijk voor het bepalen van de juiste behandeling. Ongeveer 25% van de bevolking heeft last van wittejashypertensie, een tijdelijke bloeddrukverhoging in aanwezigheid van een arts. Bij de diagnose is het belangrijk om onderliggende oorzaken, zoals onder andere nierziekten en schildklierproblemen, uit te sluiten. Deze voorbeelden van secundaire hypertensie komen bij minder dan 5% van de patiënten voor.

De behandeling van hypertensie omvat niet-medicamenteuze maatregelen zoals zoutrestrictie, beperking van alcohol, gezonde voeding, lichaamsbeweging, stressvermindering en stoppen met roken. Daarnaast omvat de medicamenteuze behandeling volgens de ESC-richtlijnen een start met een combinatie van een ACE (angiotensine converterend enzym)-remmer of ARB (angiotensine receptorblokker) samen met een calciumantagonist of een thiazidediureticum als eerste keuze. Het streefdoel voor patiënten onder de 65 jaar is een bloeddruk van <140/90 mmHg. Bij hoge cardiovasculaire risicoprofielen worden er strengere streefwaarden gehanteerd, namelijk <130/80 mmHg (figuur 2)(1,19,21). Er wordt aanbevolen om bij aanvang van medicamenteuze therapie een bloedonderzoek te verrichten om secundaire oorzaken op te sporen en startwaarden te bekomen. Controleer na opstart de nierfunctie met ionogram en vervolgens eenmaal per jaar ter opvolging (frequenter op indicatie) (11).

Volgens de NHG richtlijnen is het voldoende om als huisarts de bloeddruk twee keer per jaar te meten indien deze binnen de gewenste normen valt en vaker als dit niet het geval is (11).

2. Hypercholesterolemie

Uit onderzoek blijkt dat lagere LDL-cholesterolwaarden correleren met een verminderd cardiovasculair risico. De relatieve vermindering van cardiovasculaire aandoeningen hangt af van de absolute verandering in LDL-C, waarbij elke 1 mmol/L (= +/- 38 mg/dL) daling in LDL-C overeenkomt met ongeveer een vijfde reductie van het cardiovasculaire risico (20). Tot nu toe bestaan er geen bekende bijwerkingen van een te lage LDL-C concentratie (20). Voor patiënten met een laag of matig cardiovasculair risico adviseren de ESC-richtlijnen respectievelijk een LDL-C doel van <116 mg/dL en <100 mg/dL. Terwijl voor patiënten met een hoog tot zeer hoog risico de aanbevelingen <70 mg/dL en <55 mg/dL zijn (1).

De aanpak van hypercholesterolemie omvat wederom levensstijladvies met voldoende beweging en aandacht voor gezonde voeding. Indien strengere streefwaarden aangewezen zijn (afhankelijk van het individueel cardiovasculair risicoprofiel) en deze niet bereikt worden met aanpassing van de leefgewoonten, kan de opstart van cholesterolverlagende medicatie noodzakelijk zijn. Als eerste behandeloptie worden statine aanbevolen. Indien een statine onvoldoende krachtig blijkt, kan deze gecombineerd worden met ezetimibe of een PCSK 9 inhibitor. Figuur 6 illustreert een stroomdiagram voor het bereiken van de LDL-C streefwaarden (20). De NHG-richtlijnen adviseren om na start van een cholesterolverlagend geneesmiddel de cholesterol elke 3 maanden te controleren tot het streefdoel bereikt is. Indien het streefdoel bereikt is, is een jaarlijkse controle niet noodzakelijk (10).

3. Overgewicht/obesitas en lichaamsbeweging

Tussen de 5-10% van de wereldbevolking kampt met ernstige obesitas (22). Onderzoek heeft aangetoond dat zowel een verhoogde BMI als een toegenomen tailleomtrek (mannen: >94 cm, vrouwen >80 cm) sterk geassocieerd zijn met cardiovasculaire aandoeningen (1,23). Voeding speelt hierbij een cruciale rol en beïnvloedt ook andere risicofactoren, zoals bloeddruk en cholesterol. Advies op maat voor een gezonde levensstijl zoals een gevarieerd dieet met voldoende groenten, fruit, vis en vezels, evenals gewichtsverlies, zijn belangrijke elementen om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen (22).

Een gewichtsverlies van 5-10% van het huidige lichaamsgewicht over een verloop van 6-12 maanden is een haalbare aanbeveling (22). Dit kan aanzienlijke effecten hebben op cardiovasculair vlak, waaronder een reductie in systolische en diastolische bloeddruk, maar ook in LDL-C en bloedsuikerspiegels (22). Indien gewichtsvermindering niet lukt, is het aangewezen om een diëtist te betrekken (23). Daarnaast wordt er aangeraden om minimaal 1 uur per dag matig intensief te bewegen.

Indien levensstijlaanpassingen onvoldoende blijken, kan bariatrische heelkunde overwogen worden. Patiënten met een BMI >40 kg/m2 of een BMI tussen de 35-40 kg/m2 in combinatie met andere comorbiditeiten komen hiervoor in aanmerking (23).

4. Roken

Roken vormt de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Daarom zal rookstop een zeer doeltreffende maatregel zijn in het verlagen van het totale risico op cardiovasculaire aandoeningen. Een goede omkadering en motiverende begeleiding van de huisarts is hierin cruciaal. Als arts is het noodzakelijk om na te gaan in welke fase van gedragsverandering de rokende patiënt zich bevindt volgens het model van Prochaska en Di Clemente (figuur 7), om vervolgens op passende wijze met de patiënt hierover te communiceren (24, 25, 26).

Patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, kunnen kiezen voor professionele begeleiding via bijvoorbeeld een tabakoloog, eventueel in combinatie met medicamenteuze ondersteuning (24).

Nicotine vervangende middelen worden aanbevolen als eerste keuze, zoals kauwgum, pleisters, mondspray en tabletten. Er is geen significant verschil in effectiviteit tussen deze vormen. Als tweede keuze kunnen nortriptyline (off-label gebruik), bupropion of varenicline worden overwogen. Nortriptyline is kostenefficiënter, hoewel varenicline mogelijks wel effectiever is. Het is aanbevolen om na aanvang van medicamenteuze therapie de patiënt terug te zien binnen de 2-4 weken om de effectiviteit van de medicatie te evalueren (24, 25, 26).

5. Alcoholgebruik

Alcoholmisbruik vormt een belangrijke problematiek in onze huidige maatschappij en blijft gemakkelijk onder de radar. Naar schatting zou 10% van de Vlaamse bevolking problemen ervaren met alcoholgebruik (27). De opsporing en aanpak vormt dan ook een complexe opdracht voor de huisarts. Studies tonen aan dat zwaar alcoholgebruik (>6 eenheden alcohol per dag) het risico op hart- en vaatziekten doet toenemen (6). ESC-richtlijnen raden aan om de wekelijkse consumptie van alcohol te beperken tot 100 g (equivalent met +/- 10 eenheden) (1). Waarbij de hoeveelheid geconsumeerde alcohol lineair in verband staat met een hoger risico op hart- en vaatziekten.

Een problematisch alcoholgebruik wordt vaak indirect opgemerkt, door de aanwezigheid van lichamelijke/psychische en/of sociale problemen (27, 28). Indien aanwijzingen aanwezig zijn of de patiënt het gebruik zelfstandig meldt, dient het alcoholgebruik geëxploreerd te worden. De AUDIT vragenlijst kan hierbij een hulpmiddel vormen. Verwijs door naar gespecialiseerde zorg bij een AUDIT-score >20, bij belangrijke psychiatrische comorbiditeit en wanneer

zelfstandige opvolging onvoldoende blijkt (27). Motiverende en ondersteunende gesprekken met regelmatige opvolging vormen de belangrijkste hoeksteun in aanpak van problematisch alcoholgebruik. De medicamenteuze aanpak beperkt zich tot thiaminesuppletie en de aanpak van ontwenningsverschijnselen m.b.v. benzodiazepines. Er bestaat onvoldoende bewijs dat medicamenteuze terugvalpreventie in de huisartsenpraktijk effectief is. Deze zorg dient doorverwezen te worden naar gespecialiseerde verslavingszorg (28).

Deel 2: Interviews

I. Werving van deelnemers en steekproefgrootte

1. Werving en kenmerken van geïnterviewde van artsen

In totaal werden 13 artsen geïnterviewd, met de focus op het bereiken van diversiteit in leeftijd, geslacht, regio en praktijktype. De geïnterviewde artsen vertegenwoordigden een gevarieerde populatie met een evenwichtige verdeling tussen mannen en vrouwen. De steekproef omvatte zowel huisartsen werkzaam in solo- als groepspraktijken. De leeftijden van de geïnterviewde artsen varieerden tussen 27 en 67 jaar. Er zat voldoende variabiliteit in regio, waarbij verschillende regio's van Vlaanderen werden vertegenwoordigd (Vlaams Brabant, Oost-Vlaanderen en Antwerpen).

2. Werving en kenmerken van geïnterviewde patiënten

In totaal werden 15 patiënten geïnterviewd, met de focus op het bereiken van diversiteit in leeftijd en geslacht. De interviews werden voortgezet tot een punt van datasaturatie werd bereikt. De patiëntensteekproef vertoonde een gelijkmatige verdeling aan mannen en vrouwen met een variatie in leeftijd van 40 tot 70 jaar. De meerderheid van de patiënten was afkomstig uit de provincie Vlaams-Brabant. Een minderheid was afkomstig uit de provincie Antwerpen.

II. Resultaten interviews

1. Perceptie over cardiovasculaire preventie

a. Definitie cardiovasculaire preventie

De geïnterviewde huisartsen beschouwden cardiovasculaire preventie holistisch, door zowel aanpasbare en niet-aanpasbare factoren te evalueren, zoals leeftijd, rookgedrag, levensstijl bloeddruk, cholesterol, bloedsuikerspiegel, stress en familiale voorgeschiedenis. De focus lag op het aanpakken van modificeerbare factoren zoals levensstijl (rookgedrag, alcohol, beweging, gezonde voeding…) en regelmatige controles van bloeddruk, cholesterol en bloedsuikerspiegel, met als doel het risico op cardiovasculaire aandoeningen te minimaliseren.

Veel patiënten hadden moeite met het definiëren van hart- en vaatziekten, maar erkenden het belang van een gezonde levensstijl. Over het algemeen waren patiënten zich niet bewust van de ernstige gevolgen van een slechte cardiovasculaire gezondheid.

b. Belangstelling naar risicofactoren

De meeste huisartsen erkenden alle cardiovasculaire risicofactoren, waarbij sommige factoren zoals hypercholesterolemie, suikerziekte en hypertensie, opvallend meer aandacht kregen vanwege hun behandelbaarheid. "*Het is niet dat ik per se bepaalde zaken belangrijker vind, maar ik vind sommige zaken wel makkelijker te behandelen zoals*

cholesterol, suikerziekte en hypertensie, dus daar steek ik dan ook meer energie en moeite in", merkte een huisarts op.

Roken werd als belangrijkste risicofactor gezien door alle huisartsen, maar complex in aanpak. "*Ik weet dat je met roken het meeste kan beïnvloeden als je erin slaagt om mensen te doen stoppen met roken: dan halveert hun cardiovasculaire score. Maar dat is tegelijkertijd ook een van de moeilijkste dingen om mensen ervan te overtuigen. Je krijgt mensen veel sneller overtuigd om een pilletje te nemen voor hun hoge bloeddruk*" benadrukte een huisarts.

Huisartsen erkenden het belang van een gezond gewicht, maar vonden het een uitdaging om gedragsveranderingen te begeleiden en op te volgen, waardoor dit aspect vaak minder aandacht kreeg.

De meeste patiënten gaven aan dat ze aandacht besteedden aan een gevarieerd dieet met voldoende groenten en fruit, maar worstelden met overmatige suikerconsumptie en gebrek aan lichaamsbeweging. Velen gaven toe: "*Het is moeilijk om hier actie in te ondernemen*", waarbij ze verwachtten dat hun huisarts hen hierover zou aanspreken, motiveren of helpen. Over het algemeen waren patiënten zich bewust van hun cardiovasculair risico, maar vonden het moeilijk om actie te ondernemen, omwille van tijdsgebrek en gemakzucht.

c. Aandacht en begrip van patiënten rond cardiovasculaire preventie

Over het algemeen constateerden huisartsen dat veel patiënten weinig aandacht besteden aan hun cardiovasculaire gezondheid, met variatie tussen verschillende populaties. Een gezonde levensstijl werd door veel patiënten sneller gelinkt aan kanker, suikerziekte of gewrichtsaandoeningen, eerder dan aan cardiovasculaire gezondheid. Hoewel patiënten bekend waren met de risicofactoren, ontbrak een dieper inzicht. De meeste huisartsen vonden dat patiënten de ernst van cardiovasculaire aandoeningen niet begrepen, maar waren het er wel unaniem over eens dat het hun taak was de patiënten hierop te wijzen.

Volgens verschillende huisartsen zochten veel patiënten naar externe factoren en zagen medicatie als de oplossing. "*Dokter, pas mijn pilletjes aan en dan moet ik zelf niet veel extra moeite meer doen*". Levensstijlfactoren werden dan vaak verkeerdelijk aan de kant geschoven. Een andere huisarts deelde de volgende bewering: "*Ik heb een patiënt met een voorgeschiedenis van een infarct die nog steeds extreem verslaafd is aan sigaretten en die er niet in slaagt om te stoppen, niet gemotiveerd is om te stoppen. Hij neemt wel correct zijn medicatie voor zijn bloeddruk en cholesterol. En zo heeft hij de indruk dat hij goed bezig is, maar het zou eigenlijk stukken beter kunnen*". Patiënten stelden echter dat ze wél voldoende aandacht probeerden te besteden aan een gezonde levensstijl en niet noodzakelijk de eenvoudige (medicamenteuze) oplossing verkozen. Ze kaartten wel duidelijk aan dat deze aanpassingen veel inspanning, tijd en motivatie vragen, hetgeen bij sommigen ontbrak.

De meeste huisartsen merkten op dat patiënten vooral aandacht hadden voor meetbare risicofactoren zoals cholesterol- en bloeddrukwaarden en minder voor levensstijl. Patiënten zouden zich vooral focussen op specifieke zaken zoals bijvoorbeeld bloeddruk, eerder dan een holistisch perspectief te behouden. "*Patiënten hebben vooral aandacht voor bloeddruk en cholesterol, in mindere mate voor hun levensstijl. Bloeddruk en cholesterol kan je meten, maar qua levensstijl is dit moeilijker, dan moet je al toegeven dat je slechte dingen eet of dat*

je bijvoorbeeld alcohol drinkt." Dit in tegenstelling tot de uitspraken verkregen van patiënten waarbij werd aangehaald dat artsen juist diegene zijn die zich enkel beperken tot het behandelen van specifieke klachten en meetbare factoren. Met als gevolg minder aandacht voor het volledige preventieve kader. Opvallend was wel dat de aandacht voor preventie toenam bij patiënten wanneer ze in de nauwe omgeving geconfronteerd werden met een cardiovasculair event. Het gebruik van percentages (zoals bij de SCORE-tabel) zou volgens patiënten een goede stimulans bieden om gezondheidsbevorderend gedrag te stimuleren.

Er bestond bij patiënten onduidelijkheid over het optimale tijdstip voor cardiovasculair onderzoek. Sommige patiënten ondergingen jaarlijks een preventief onderzoek op advies van hun huisarts, terwijl anderen niet op de hoogte waren van dergelijk nazicht omdat dit hen nooit expliciet verteld was.

d. Verschillen tussen patiënten

Er was verdeeldheid onder huisartsen over de invloed van sociale klasse op cardiovasculaire gezondheid. Sommigen zagen geen verschil tussen klassen, terwijl anderen opmerkten dat lagere klassen vaak minder aandacht aan hun gezondheid besteden vanwege beperkte middelen. Zo haalde een huisarts aan: “*In termen van sociale klasse lijkt het bewustzijn van cardiovasculaire gezondheid vergelijkbaar te zijn, maar er zijn verschillen in mogelijkheden*”. Er was een verdeeldheid over leeftijd. Sommige huisartsen bemerkten dat ouderen meer aandacht besteden aan hun gezondheid vanwege eerdere (familiale) cardiovasculaire events. Terwijl anderen dachten dat jongeren meer bewust waren over de gevolgen door de hedendaagse aandacht voor levensstijl en opvoeding, vooral met betrekking tot alcohol en roken.

2. Het cardiovasculaire consult

a. Ingangspoort

Er werden verschillende ingangspoorten voor cardiovasculaire preventie aangehaald. Sommige artsen gebruikten diverse informatiebronnen, zoals websites of wachtkamerschermen. Dit om het belang van cardiovasculaire preventie, inclusief bloedonderzoek bij risicogroepen, te benadrukken. Hoewel enkele patiënten aangaven dat een jaarlijks bloedonderzoek de standaard is, waren er toch opvallend veel personen van de onderzoeksgroep die niet op de hoogte waren van een preventieve cardiovasculaire oppuntstelling. Zo vermeldde een persoon duidelijk: “*Als je geen klachten hebt, lijkt me dat ook niet nodig*”.

Een andere veelgebruikte methode was het actief aanspreken van patiënten van middelbare leeftijd tijdens een ander consult. Hierbij werden zij uitgenodigd voor een vervolgafspraak, specifiek gericht op cardiovasculaire preventie, mogelijks gecombineerd met andere preventieve punten zoals vaccinaties.

Uit de interviews bleek dat patiënten soms uit eigen initiatief contact opnamen. Zoals een huisarts vermeldde: "*Een directe ingangspoort bij patiënten is zelden 'ik kom voor cardiovasculaire preventie'. Wat echter wel effectief lijkt te zijn, is het idee van een jaarlijkse check-up.*" Bovendien stelden huisartsen vast dat patiënten uit bezorgdheid of na een gebeurtenis in de familie zelf een afspraak maakten voor een screening, uit angst voor de

mogelijke (familiale) risico's. Deze bevinding werd ook bevestigd vanuit het standpunt van patiënten. Kritieke gebeurtenissen bij patiënten of hun naasten fungeerden vaak als wake-up call, wat leidde tot het consulteren van de huisarts en aanpassing van de levensstijl.

Hoewel huisartsen erkenden dat het moeilijk is om alle patiënten te bereiken voor een cardiovasculaire screening, zijn ze van mening dat het de verantwoordelijkheid van de arts is om patiënten hiervoor actief uit te nodigen. Deze gedachtegang deelden de patiënten, doch merkten op dat er globaal te weinig aandacht aan werd besteed. Zo zei een patiënt: "*Ik vind dat als er geen vraag is of geen nood is van patiënt zelf uit, dat er ook weinig advies wordt gegeven*. *Er wordt vaak alleen gefocust op de klacht en niet zozeer op preventie of het voorkomen van".*

b. Anamnese

Uit de interviews bleek dat huisartsen tijdens een cardiovasculair consult een grondige anamnese uitvoeren. Desalniettemin benadrukte een arts met de volgende uitspraak "*Er is een verschil tussen hoe je het effectief doet en hoe je het zou willen doen, mits voldoende tijd*" dat er een discrepantie bestaat tussen de daadwerkelijke uitvoering en de gewenste aanpak. Tijdens de anamnese werden diverse levensstijlaspecten onder de loep genomen zoals het rookgedrag, de lichaamsbeweging, de voeding en het alcoholgebruik evenals de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis. Artsen bevroegen de therapietrouw, de aanwezigheid van bijwerkingen van medicatie en de aanwezigheid van, al dan niet cardiale, klachten. Volgende aspecten kwamen ook aanbod: tandzorg, mentale gezondheid en consultaties bij specialisten.

Patiënten bleken uit de interviews weinig op de hoogte te zijn van belangrijke componenten tijdens dergelijke consulten. Ze vonden dat er te weinig aandacht werd besteed aan levensstijlfactoren zoals beweging en voeding, een observatie die ook door artsen werd opgemerkt. Bepaalde zaken zouden explicieter en/of frequenter bevraagd moeten worden, zoals alcoholgebruik, lichaamsbeweging en voedingsgewoonten.

c. Klinisch onderzoek

Het klinisch onderzoek verschilde sterk van arts tot arts. Er waren huisartsen die uitsluitend de bloeddruk namen, terwijl de meesten dit combineerden met een long- en hartauscultatie. Perifere oedemen en palpatie van de arteria carotis werden door enkelen gecontroleerd. Slechts weinige artsen namen systematisch het gewicht, de lengte en de buikomtrek. Anderen deden dit enkel in de aanwezigheid van overgewicht of op verzoek van de patiënt. Artsen waren zich welbewust dat deze parameter een standaardonderdeel zou moeten zijn van het klinisch onderzoek. Het confronterende aspect van de gewichtsname leek hier een hinderlijke factor te zijn. Daarenboven gaven patiënten aan dat er geen aandacht werd besteed aan het gewicht. Voor patiënten persoonlijk leek enkel de bloeddruk een essentiële rol te spelen tijdens het klinisch onderzoek. Een hart- of longauscultatie kwam zelden ter sprake.

d. Technische onderzoeken

Zowel huisartsen als patiënten waren het er unaniem over eens dat een nuchter bloedonderzoek niet kon ontbreken in het kader van cardiovasculaire preventie. Hoewel er variatie was in de aangevraagde analyses, waren een nuchtere glycemie en lipidenprofiel de

standaard. De meerderheid van de artsen controleerde eveneens de nierfunctie, leverfunctie en een compleet bloedbeeld. Andere bepalingen zoals urinezuur, schildklierfunctie en ionogram kwamen eveneens ter sprake. Eén arts rapporteerde ook de bepaling van CK's (creatinine kinase) en troponines in aanwezigheid van cardiale klachten. In het kader van een verhoogde bloeddruk, werd ook enkele keren een doorverwijzing voor een 24-uurs bloeddrukmeting aangehaald als bijkomende technische handeling.

e. Gebruik van hulpmiddelen en richtlijnen (tijdens het consult)

Een tool die opvallend frequent naar voren kwam is de SCORE-tabel. Deze tabel bleek een visueel eenvoudig instrument te zijn om advies te geven en kan richtinggevend zijn voor het opstarten van een medicamenteuze behandeling. Hoewel door artsen het regelmatig gebruik van deze tabel werd benadrukt, kwam er uit de patiënteninterviews weinig over ter sprake. Toch benadrukten patiënten dat het bespreken van hun risico (met behulp van cijfers en percentages) een zeer sterke motivator zou zijn in het toepassen van het gegeven advies. De volgende uitspraken van verschillende deelnemers bevestigden deze bevinding: "*Getallen zouden me meer vertellen. Getallen schrikt af, dus dat zou wel helpen om te motiveren. Er is wel een verschil tussen het zeggen van er is 10% meer kans, dan dat er gewoon gezegd wordt 'je moet minderen met eten en meer bewegen want dit is slecht voor je cardiovasculaire gezondheid'. Dit zou te vaag zijn terwijl getallen meer iets zegt en meer concreter zijn*." "*Dat zou veel harder binnenkomen dan gewoon te zeggen van je moet meer bewegen of op je levensstijl letten*."

Hoewel deze tabel een nuttig hulpmiddel lijkt te zijn, werden ook regelmatig zijn beperkingen benadrukt. Zo worden niet alle risicofactoren opgenomen in de risicobepaling en speelt leeftijd de belangrijkste rol. Behoudens de SCORE-tabel werden ook andere (online) tools zoals You Prevent, de Audit vragenlijst, de KCE website, de ABCDE cardiovasculaire vragenlijst, de Findrisc-score, het gezondheidskompas en de statine calculator aangehaald. Het gebruik van hulpmiddelen bij patiënten, met als doel het verbeteren van de cardiovasculaire gezondheid, kwam weinig spontaan ter sprake, met uitzondering van een stappenteller (polshorloge/gsm).

Ook het elektronisch medisch dossier (EMD) vormde voor alle artsen een waardevol instrument om cardiovasculaire gezondheidsinformatie te documenteren. De meeste medische programma's beschikken over aparte secties om gegevens te noteren en automatische berekeningen uit te voeren zoals specifieke risicoscores of het BMI (body mass index). Hoewel het EMD een praktisch hulpmiddel is, kaartten enkele artsen toch aan dat het gebruik hiervan nog geoptimaliseerd kan worden.

In de interviews werd er de nadruk gelegd op evidence based werken. Richtlijnen die door de huisartsen geraadpleegd werden zijn Domus Medica inclusief SCORE-tabel, NHG-richtlijnen en de Evidence linker. Daarenboven vormden ook bijscholingen door specialisten een waardevolle bron van informatie. Toch gaven enkele artsen eerlijk toe dat ze geen beroep meer doen op richtlijnen en zich baseren op jarenlange ervaring. Zo kaartte één van de artsen aan: "*Ik heb het gevoel dat dit wel in mijn vingers zit en ik denk niet dat ik meer dan een jaar achterloop op de feiten*".

f. Bespreking resultaten

De meeste artsen gaven de voorkeur aan het geven van persoonlijk advies tijdens een opvolgconsult, terwijl anderen dit uitsluitend telefonisch deden tijdens een belmoment. "*Ik geef zelf uitleg en neem daar rustig de tijd voor. Als ik weet dat het een complexe uitleg is om telefonisch te geven of ik weet dat uitleg niet goed gaat blijven hangen, die mensen laat ik op raadpleging komen*". Regelmatig hing de bespreking af van de verkregen resultaten. Opvallend bleek uit de patiënteninterviews dat hier de communicatie vaak misliep, met verloren opvolging, moeilijke bereikbaarheid of onduidelijkheid. Merkbaar was het ontbreken van concrete afspraken rond de opvolging, waarbij de verantwoordelijkheid van de arts volgens patiënten centraal stond. "*Geen nieuws is goed nieuws. Ik bel niet zelf voor de resultaten. Als er iets afwijkend zou zijn, dan zou de huisarts mij opbellen*."

Er werd door artsen veelvuldig beroep gedaan op thuisarts.nl, brochures en folders verkregen via vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven om patiënten te informeren. Enkele artsen gebruikten maquettes (modellen van hart en bloedvaten) om uitleg te verduidelijken. Volgens patiënten zou het geven van advies concreter mogen zijn, dit al dan niet met behulp van brochures of een doorverwijzing. Zo vermeldde een patiënt terecht: "*En dan adviseren ze gewoon beweging, gezonde voeding, niet roken, geen alcohol en meer is dat niet. Niet echt to the point, heel basic*." Desondanks gaven artsen aan beperkingen te ervaren bij het systematisch bezorgen van brochures aan patiënten. Een arts benadrukte: "*Het is mogelijk want er wordt ons heel veel gegeven. Maar ik vind vaak als je dat zelf doorleest, dat het heel simplistisch is. Eet gezonder, eet minder suiker in voeding. Het is vaak heel algemeen*". Een andere arts suggereerde: "*Niet alles is zomaar in een brochure te vatten. Misschien zou dit via de Domus Medica moeten gebeuren om een wildgroei aan folders te voorkomen*".

3. Aanpak van risicofactoren

a. Bloeddruk

Bij de geïnterviewde artsen werd een verhoogde bloeddruk meestal opgespoord en opgevolgd via thuismetingen en sporadisch via een 24-uurs bloeddrukmeting. Een richtwaarde voor het starten van therapie was doorgaans 140/90 mmHg, hoewel artsen aangaven strenger te zijn in aanwezigheid van een onderliggende aandoening. Desalniettemin zou het globaal risicoprofiel doorslaggevend zijn voor het opstarten van therapie. Patiënten leken over het algemeen veel aandacht te besteden aan hun bloeddruk en zijn reeds tevreden als deze binnen de normale marge valt.

In de aanpak van hypertensie in de huisartsenpraktijk kon geen eenduidige strategie getrokken worden. De meeste artsen gaven de voorkeur aan een medicamenteuze behandeling met sartanen of ACE-inhibitoren en schakelden snel over naar een combinatietherapie. Het gebruik van calciumantagonisten, bètablokkers of centraal werkende antihypertensivum in monotherapie kwam minder aan bod. De keuze van type antihypertensivum werd meestal beïnvloed door de aanwezigheid van verschillende patiëntkenmerken (hartslag, malleolaire oedemen of de graad van hypertensie). Toch bleven enkele artsen zweren bij één voorkeursaanpak met monotherapie. Opvolging na twee à drie weken met een controle bloedonderzoek en thuismetingen was gebruikelijk, maar kwam weinig ter sprake in de interviews.

b. Cholesterol

De meningen over de aanpak van hypercholesterolemie waren minder verdeeld. De meeste artsen waren het erover eens dat de focus niet uitsluitend op bloedwaarden mocht liggen, maar hierbij het globale risicoprofiel een cruciale rol speelde. Medicatie zou pas gestart worden bij een hoog risicoprofiel en/of hoge cholesterolwaarden. Zo bevestigde een arts het volgende over de opstart van therapie: "*Langs de ene kant dus; wat zijn de bijkomende risicofactoren (risicoprofiel)? En anderzijds ook afhankelijk van de bloedwaarden*".

Sommige artsen benadrukten het belang van een cholesterolarm dieet en levensstijlveranderingen. Hoewel patiënten regelmatig voedings- en levensstijladvies kregen, stootten zij op de beperkte omvang van dit advies. Bij dieper navragen kwam dan ook naar voren dat ze niet kunnen aangeven wat gezonde voeding juist inhoudt.

Alle artsen gaven de voorkeur aan statines, voornamelijk atorva- of rosuvastatine, bij het starten van medicatie. De opvolging gebeurde dan doorgaans na drie maanden met een controle bloedonderzoek (cholesterolprofiel, lever- en nierfunctie), bevraging van nevenwerkingen en het eventueel intensiveren van therapie (vaak door toevoeging van ezetimibe). Bij enkele artsen gebeurde deze opvolging al na één maand.

c. Levensstijl: voeding, lichaamsbeweging en overgewicht

Huisartsen gaven aan wel aandacht te besteden aan levensstijl(advies), met bijzondere aandacht voor het rookgedrag. Toch zou hier volgens het grootste deel van de artsen nog ruimte voor verbetering zijn. Deze bevinding werd beaamd door patiënten, dewelke aangaven dat er te weinig aandacht werd besteed aan deze factoren. Tijdsgebrek vormde hierin volgens artsen de belangrijkste limiterende factor. Ook praktijkverpleegkundigen en diëtisten werden betrokken in het geven van levensstijladvies. Een arts gaf het volgende aan over levensstijlaanpassingen: "*Ze (de patiënten) weten het wel, maar daarom doen ze het nog niet. De patiënt moet ook initiatief nemen.*"

Overgewicht en obesitas bleken in de huisartsenpraktijk delicate onderwerpen te zijn. Huisartsen trachtten hier actief op aan te spreken, maar stuitten gemakkelijk op beperkingen zoals tijdsgebrek, het gebrek aan motivatie bij de patiënt en de gevoeligheid van het onderwerp. Hoewel er terughoudendheid door artsen werd geuit, gaven patiënten toch aan dat dit onderwerp bespreekbaar zou moeten zijn. De huisarts zou hier volgens hen juist een sleutelrol spelen en patiënten actief moeten aanspreken en motiveren tot gewichtsreductie.

Medicatie (o.a. Ozempic, Mysimba, Wellbutrin) werd maar in uitzonderlijke gevallen door de huisarts opgestart, met name bij extreme obesitas of bij aanwezigheid van andere onderliggende pathologieën (suikerziekte, stemmingsstoornis…). Voor de aanpak van overgewicht maakten vrijwel alle artsen gebruik van de expertise van diëtisten, endocrinologen, bewegingscoaches of in extreme gevallen (of op vraag van de patiënt) de obesitaskliniek. De aanpak in de huisartsenpraktijk bleef dus beperkt tot voedings- en bewegingsadvies en het motiveren van de patiënt, waarover een arts het volgende benadrukte: "*Bijna niemand met overgewicht beseft niet dat het een probleem is, quasi iedereen beseft dat. Maar de ene persoon is meer gemotiveerd om er iets aan willen of kunnen te doen*".

d. Roken

De aanpak van rookgedrag bleek een belangrijke maar moeilijke taak van de huisarts. Er werd door vrijwel elke arts benadrukt dat het type patiënt en de motivatie om te stoppen hierin bepalende factoren zijn. Artsen durfden, in tegenstelling tot overgewicht, wel actief aanspreken over het rookgedrag van de patiënt. Initieel werd er nagegaan in welke motivationele fase de patiënt zich bevond. Afhankelijk hiervan zou er verdere begeleiding opgestart worden, vaak in combinatie met ondersteunende medicatie. Champix bleek vroeger een zeer nuttig en veel gebruikt middel te zijn, waarbij veel artsen nu hun teleurstelling uitten over de afwezigheid hiervan. "*Ik vind het op dat vlak wel moeilijk dat champix uit de markt is, want ik werkte wel graag met champix. Dat werkte voor patiënten wel goed. Ik merk dat het sindsdien ook wat moeilijker is voor patiënten (met de nicotine substitutietherapie) om te stoppen.*" Momenteel is het gebruik van nicotine substitutiepreparaten de meest voorkomende aanpak. Andere medicijnen werden slechts zelden opgestart (Bupropion e.a.). Overbrugging door middel van vapen werd slechts eenmaal aangehaald.

Daarenboven maakte een doorverwijzing naar een tabakoloog vrijwel altijd onderdeel uit van de rookstopbegeleiding. Slechts in uitzonderlijke gevallen deed een huisarts de opvolging zelfstandig. Ook hier werden beperkingen aangehaald in de opvolging zoals tijdsinvestering, loss to follow-up, ongemotiveerde patiënten en de schaarste van tabakologen. "*Ik merk wel vaak dat ze snel afhaken en niet naar consulten komen voor opvolging*…"

e. Alcohol

Het begeleiden van patiënten bij alcoholmisbruik bleek een van de moeilijkste topics te zijn, zoals een arts treffend verwoordde: "*Dat vind ik persoonlijk de moeilijkste. Dat is vaak ook de meest demotiverende zowel als arts als voor de omgeving van de patiënt. Omdat heel weinig mensen ervoor gemotiveerd zijn om er iets aan te doen*."

Huisartsen verwezen in kader van alcoholmisbruik snel door naar psychologen en/of psychiaters mede omdat er op dit moment weinig doeltreffende behandelingen op de markt zouden zijn. Indien medicamenteuze interventie werd overwogen, was dit meestal Camprall of Antabuse en vaak in samenspraak met een psychiater. Slechts één arts leek vertrouwen te hebben in het zelfstandig begeleiden van patiënten met een matig gebruik en dit aan de hand van goede gesprekstherapie en praktische tips, zonder het gebruik van medicatie.

4. Organisatie van het cardiovasculaire consult

De organisatie van cardiovasculaire preventie leek volgens de bevraging niet uniform georganiseerd te verlopen. Een algemene jaarlijkse check-up met nuchter bloedonderzoek kwam frequent ter sprake, waarbij zowel arts als patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid hadden. Daarenboven haalden heel wat artsen aan dat ze meestal tijdens een ander consult een vervolgconsult inplannen. Dit opvolgconsult werd dan frequent gekoppeld aan andere preventieve aspecten zoals vaccinaties of deelname aan het bevolkingsonderzoek.

In praktijken waar een verpleegkundige aanwezig was, gebeurde dit meer gestructureerd met eerst een globaal preventieconsult bij de verpleegkundige, gevolgd door een bespreking bij de arts. In aanwezigheid van een onderliggende aandoening zoals suikerziekte leek de organisatie meer gestructureerd te verlopen, met een follow-up elke 3 à 6 maanden.

Voor veel artsen was de leeftijd van 50 jaar richtinggevend voor het starten van jaarlijkse biochemische controles. Ook hier speelde doorgaans het risicoprofiel een leidende rol en zou bij enkele artsen het preventieconsult vroeger starten in aanwezigheid van bepaalde risicofactoren. Uit de patiënteninterviews kwam naar voren dat de actieve organisatie hiervan volgens hen vanuit de huisartsenpraktijk zelf dient te komen.

5. Hindernissen

a. Tijdgebrek als grootste struikelblok

Tijdgebrek vormde het grootste struikelblok voor huisartsen. Het belang van preventieve zorg kwam vaak in het gedrang door de drukte van andere gezondheidsklachten en -consulten. Door tijdgebrek ging vaak waardevolle informatie verloren en was er slechts beperkte interactie met patiënten mogelijk.

Ook patiënten ervaarden de tijdsdruk in de huisartsenpraktijk als een belemmering, waarbij ze het gevoel hadden niet altijd de volledige aandacht te krijgen die ze beoogden. Dit leidde tot een gebrek aan persoonlijke benadering. Er was slechts beperkte ruimte voor diepgaande gesprekken, met aandacht voor bv. mentaal welzijn.

In een interview met een huisarts werd besproken hoe hij in samenwerking met een praktijkverpleegkundige het preventieve aspect van de zorg (tijds)efficiënter aanpakte. De verpleegkundige nam vragenlijsten, parameters en bloedafnames op zich. Deze delegatie resulteerde in twee consultaties: één met de verpleegkundige en één met de huisarts voor bespreking en advies.

b. Bereikbaarheid

Huisartsen gaven aan dat ook de bereikbaarheid van patiënten niet altijd optimaal was voor een uitgebreide screening van cardiovasculaire risico's. In een masterthesis van 2014 werd bv. ook vastgesteld dat er maar 69% van de patiënten boven de 40 jaar voor een jaarlijks bloedonderzoek komt (32).

c. Interactie- en communicatieproblemen

Interactie- en communicatieproblemen vormden uitdagingen binnen de huisartsenpraktijk. Patiënten zouden vaak ontwijkend gedrag vertonen over hun levensstijl, mogelijks uit schaamte of ongemak. Daarnaast ervaarden huisartsen dat patiënten soms hun huidige levensstijl verbloemden of excuses gebruikten om bepaalde gedragingen te rechtvaardigen. Om patiënten te stimuleren hierover eerlijk te zijn, benaderden sommige huisartsen de patiënten actief door hen hierover aan te spreken. Een huisarts zei bijvoorbeeld het volgende ‘*ik ben jouw rechter niet, ik ben je gezondheidsbevorderaar. Je mag gerust eerlijk zijn, het is voor jezelf dat je het moet doen en niet voor mij als arts”.*

Daarnaast vormde het gebruik van medische vaktaal een barrière in de communicatie tussen huisartsen en patiënten, vooral bij patiënten met verschillende culturele achtergronden.

De selectieve focus van patiënten op cholesterol en bloeddruk, met minder aandacht naar levensstijlfactoren, vormde ook een belangrijk obstakel. Een huisarts vertelde het volgende: “*het is soms raar dat patiënten een bloedonderzoek willen doen en medicatie willen innemen*

voor hun bloeddruk of cholesterol om zo een lager cardiovasculair risico te hebben, maar niet bereid zijn te spreken over beweging, voeding of rookstop'.

Huisartsen haalden bovendien aan dat patiënten regelmatig vragende partij waren voor aanvullende onderzoeken. Indien huisartsen deze onderzoeken overbodig vonden, kon dit soms leiden tot ontevredenheid of onbegrip bij patiënten. Daarnaast merkten huisartsen ook op dat patiënten mondiger zijn geworden ten opzichte van vroeger.

d. Gevoeligheid en terughoudendheid bij bespreken van bepaalde materie

Verschillende huisartsen ervaarden terughoudendheid bij het bespreken van gevoelige materie zoals overgewicht, uit angst om patiënten te kwetsen. Echter, patiënten gaven aan dat de huisarts hiervoor de aangewezen persoon is om hen hierop attent te maken en gepast advies te geven.

Het aanpakken van overgewicht en stoppen met roken werden door alle huisartsen als uitdagende onderwerpen gezien. Een huisarts deelde zijn visie erover: "*Overgewicht aanpakken is zeer moeilijk omdat dit gedragsverandering vraagt. Hier heb ik niet veel tijd voor en heb niet veel goesting om hier veel tijd in te steken. Ik stuur dan liever door naar een diëtist. Dit is ook een beetje de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf vind ik*".

e. Opvolgingsproblemen

Patiënten gaven aan enkele hindernissen te ervaren bij de opvolging en bespreking van resultaten. Patiënten verwachtten actieve communicatie van de huisarts bij afwijkende waarden. Een patiënt vertelde het volgende: '*Tegenwoordig is het zo als er niks speciaals is, dan hoor je niks, maar dit vind ik niet een geruststelling. Ik zou liever hebben dat de huisarts me terugbelt, ook al is het maar om te zeggen dat het in orde is*'. Omgekeerd vonden huisartsen dat een gedeelde verantwoordelijkheid hierin belangrijk was.

Een aantal patiënten gaven aan dat ze liever meer gedetailleerde informatie over hun bloedresultaten zouden ontvangen, gecombineerd met concreter advies. Omgekeerd merkten verschillende huisartsen op dat patiënten nonchalance vertoonden, wat kon resulteren in het vergeten van vervolgafspraken, negeren van levensstijladviezen of onvoldoende therapietrouwheid. Patiënten gaven toe dat het gewoonweg niet eenvoudig is de levensstijl aan te passen, dit omwille van sociale gemakken, stress en tijdsgebrek.

Er was een verdeelde mening over medicatie. Sommige patiënten zouden volgens huisartsen medicatie verkiezen boven gedragsveranderingen, terwijl andere huisartsen beweerden dat patiënten vaak terughoudend zijn naar medicatie. Dit vanwege media-aandacht voor de vermeende bijwerkingen van bepaalde medicatie.

Sommige huisartsen ervaarden moeilijkheden bij het exact bepalen wanneer medicatie dient opgestart te worden. Zoals een huisarts bemerkte "*het is geen one size fits all-behandeling, het is individueel allemaal anders, maar dat maakt het boeiend"*.

f. Erkenning

Enkele huisartsen benadrukten dat er een grotere erkenning zou mogen zijn voor de hoeveelheid energie en tijd die gestoken wordt in (cardiovasculaire) preventie.

Discussie en suggesties

Het begrip en de kennis van hart- en vaatziekten lijken beperkt te zijn bij patiënten. Hoewel velen bekend zijn met de meeste risicofactoren, ontbreekt vaak een helder inzicht van de gevolgen. Het besef van de ernstige gevolgen lijkt bij patiënten vaak pas te ontstaan wanneer deze zich voordoen in hun directe sociale kring. Vanwege de aanzienlijke mortaliteit van hart- en vaatziekten is het van groot belang dat patiënten zich meer bewust worden van deze gezondheidsrisico's. Bewustwordingscampagnes, zoals brochures of onderwijslessen, zouden kunnen helpen om meer aandacht en begrip te creëren voor preventie.

Daarnaast ervaren veel huisartsen bepaalde hindernissen, zoals tijdgebrek. Hierdoor kunnen ze onvoldoende aandacht besteden aan intensievere behandelingen als rookstopbegeleiding, gewichtsverlies en alcoholstop. Gezien deze beperkingen in tijd wordt er vaak gefocust op gemakkelijk behandelbare risicofactoren zoals hypertensie, hypercholesterolemie en suikerziekte vanwege hun relatieve haalbaarheid en snelheid van behandeling. Ook de patiënten richten zich vooral op deze risicofactoren. Ze zijn vaak reeds tevreden als deze waarden binnen de norm vallen, zonder aandacht te hebben voor hun ongezonde levensstijl, mede omdat ze veronderstellen dat de huisarts hier minder belang aan hecht. Er lijkt sprake te zijn van een onjuiste perceptie. Daarnaast zou tijdgebrek ook resulteren in een gebrek aan persoonlijke benadering, het verlies van waardevolle informatie en beperkte ruimte voor diepgaandere gesprekken. Om het tijdgebrek tijdens dergelijke consultaties aan te pakken, kan het nuttig zijn om specifieke taken te delegeren naar een praktijkverpleegkundige of -assistent en multidisciplinair samen te werken (4). Dit met als doel alle risicofactoren de nodige aandacht te geven die ze verdienen. Ook het doorlopen van een gestandaardiseerd stappenplan (eventueel geïntegreerd in het medisch programma) gebaseerd op de huidige richtlijnen met specifieke aandachtspunten voor tijdens de anamnese, het klinische onderzoek en het bloedonderzoek, zou een mogelijkheid zijn om de kwaliteit van zorg te bevorderen.

Tevens verloopt de organisatie van preventieve cardiovasculaire consulten in de huisartsenpraktijk niet systematisch georganiseerd/gestructureerd. Meestal melden patiënten zich op eigen initiatief aan of gebeurt dit op advies van de huisarts, tijdens een ander consult. Verder lijkt er veel onduidelijkheid te bestaan bij patiënten over de startleeftijd en frequentie van dergelijke preventieve consulten. Om patiënten beter te informeren en de bereikbaarheid te verhogen zou de implementatie van een vooropgesteld protocol (op maat van elke praktijk), een mogelijke strategie zijn om de aandacht voor preventieve zorg te bevorderen (15). Het gebruik van wachtkamerschermen, een IT-systeem met actieve reminders (vanaf 40/50jaar) of een pop-up via de website zou de interesse kunnen vergroten, hopelijk resulterend in een vermindering van cardiovasculaire risicofactoren en mortaliteit.

Er worden veel verschillende communicatie- en opvolgingsmoeilijkheden ervaren door zowel huisartsen als patiënten. Ten eerste ondervinden huisartsen vaak ontwijkend of nonchalant gedrag bij patiënten, met betrekking tot hun levensstijl, afspraken en therapie. Verder ervaren verschillende huisartsen schroom om gevoelige topics zoals gewicht, aan te kaarten

bij patiënten uit vrees voor schade aan de arts-patiëntrelatie. Deze terughoudendheid lijkt volledig misplaatst te zijn, aangezien patiënten juist benadrukken dat ze het de verantwoordelijkheid van de huisarts vinden hen hierover aan te spreken en te motiveren. Daarnaast zouden er weinig concrete afspraken zijn betreffende de opvolging en bespreking van resultaten. Onduidelijke telefonische adviezen, moeilijke bereikbaarheid en vluchtig advies kwamen zoal ter sprake. Er lijkt eveneens een misvatting te zijn over de verantwoordelijkheid hierrond. Een gedeelde verantwoordelijkheid met duidelijke (vervolg)afspraken zou de huidige communicatieproblemen kunnen reduceren. Het implementeren van aanvullende (communicatie)trainingen voor huisartsen over het gedrag en de aanpak van dergelijke problematiek kan een andere aanvulling zijn.

Patiënten gaven opvallend frequent aan dat het verkregen advies rond levensstijlaanpassing onduidelijk en weinig concreet was. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn om een gestandaardiseerd document te ontwikkelen waarin gedetailleerd advies wordt gegeven over gezonde voeding, gewichtsverlies en lichaamsbeweging. Dit document kan vervolgens aan alle patiënten worden verstrekt in wachtzalen, bij apotheken of via campagnes. Daarnaast blijkt dat niet alle huisartsen consequent de huidige richtlijnen of SCORE-tabel volgen en dat ervaring soms de boventoon voert bij de behandeling. Hoewel patiënten weinig bekend zijn met de SCORE-tabel, erkenden ze de kracht ervan als potentieel motivatiemiddel, gezien de afschrikwekkende aard van getallen en percentages. Een suggestie zou kunnen zijn om de SCORE-tabel op een efficiënte manier te includeren in de medische programma's en deze systematisch en actiever te gebruiken ter bespreking van de resultaten met patiënten.

Verder toonde eerder onderzoek aan dat er een duidelijk verband bestaat tussen sociale determinanten (economische, psychosociale en omgevingsfactoren) en hart- en vaatziekten (29,30,31). Daaruit bleek dat patiënten die zich in een lagere klasse bevinden een slechte cardiovasculaire gezondheid/uitkomst vertonen. Dit door de afwezigheid van beschikbare middelen, educatie en sociale steun (30). Ons onderzoek wijst op een verdeelde mening onder huisartsen: sommigen merken geen verschillen op, terwijl anderen benadrukken dat lagere sociale klasse vaak minder middelen hebben voor een goede gezondheid te handhaven.

Als laatste lijkt de drempel om medicatie op te starten laag te zijn en wordt het aanzien als 'de gemakkelijke' oplossing. Echter wanneer gezondheidsproblemen uitsluitend medicamenteus worden behandeld, zal dit het risico met zich meebrengen dat een ongezonde levensstijl gehandhaafd blijft. Dit kan ten onrechte het gevoel creëren gezond bezig te zijn, terwijl men eigenlijk meer zou moeten streven naar een holistische benadering van gezondheid. Desalniettemin uiten patiënten een zekere vorm van terughoudendheid bij de opstart van medicatie, waar artsen juist aangeven dat patiënten vragende partij zijn, eerder dan gedragsaanpassingen toe te passen. Onze mening is dat de maatschappelijke focus zou moeten verschuiven naar het aanmoedigen van patiënten om zelf hun risicofactoren te beheersen. Dit zou kunnen bereikt worden door het opzetten van meer initiatieven die beweging stimuleren, gezonde voeding promoten en mentale problematiek bespreekbaar maken. Dit zou een positieve beweging kunnen creëren waarbij patiënten worden aangemoedigd om op natuurlijke wijze aan hun gezondheid te werken.

Conclusie

In deze masterthesis werd onderzocht wat de meningen, percepties en ervaringen zijn rond de huidige aanpak van cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk. Ondanks de vele initiatieven en uitgebreide richtlijnen, blijven cardiovasculaire aandoeningen een prominente plaats innemen in de top 3 van mortaliteitsoorzaken in België. Onze analyse heeft aangetoond dat er aanzienlijke hindernissen bestaan en er ruimte is voor verbetering in zowel kennis als aanpak met betrekking tot hart- en vaatziekten. In onze Westerse samenleving, waar de risicofactoren lijken toe te nemen, benadrukken we het belang van een grondige en multidisciplinaire aanpak van deze ernstige problematiek door (huis)artsen, paramedici, patiënten en de samenleving als geheel. Het implementeren van bewustwordingscampagnes, multidisciplinaire samenwerking en gestandaardiseerde procedures evenals communicatietrainingen en aanmoediging van een holistische benadering, kan de kwaliteit van cardiovasculaire zorg verbeteren. Het verder identificeren en aanpakken van deze hindernissen kan leiden tot een effectievere samenwerking tussen alle betrokken partijen en uiteindelijk bijdragen aan het verminderen van cardiovasculaire mortaliteit.

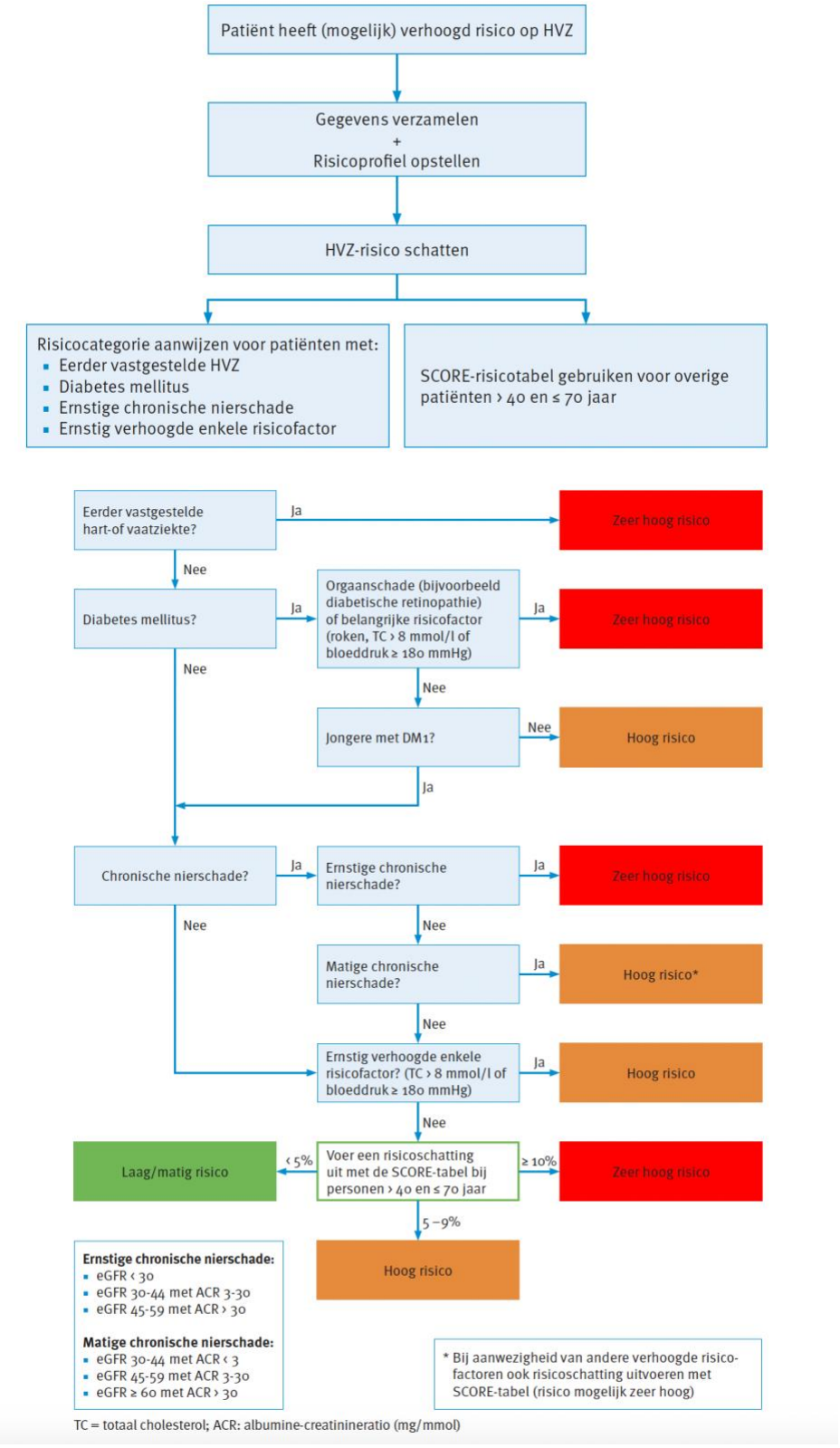
Limitaties

Deze kwalitatieve studie stootte op enkele beperkingen. In eerste instantie bleek het een uitdaging om voldoende deelnemers te werven voor de interviews. Gezien de moeilijke bereikbaarheid van lage sociale klasse, konden we weinig informatie documenteren over deze patiëntenpopulatie. Bij de interviews werd er echter wel een duidelijk punt van datasaturatie bereikt. Huisartsen waren in het algemeen moeilijk te motiveren tot deelname, wederom gezien tijdgebrek.

Daarnaast bestaat bij interviews het risico dat deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven, waardoor de waarheidsgetrouwheid van de verstrekte informatie in twijfel kan worden getrokken. Het gedrag van zowel artsen als patiënten tijdens de interviews, evenals de mate waarin zij de besproken benaderingen daadwerkelijk in de praktijk brengen, blijft een subjectieve kwestie. Bovendien kan het subjectieve karakter van kwalitatief onderzoek ervoor zorgen dat de interpretatie mogelijk beïnvloed wordt, wat invloed kan hebben op hoe we de informatie uit de interviews analyseren en begrijpen.

Figuren

Figuur 1: Risicoschatting hart- en vaatziekten



Figuur afkomstig uit 'Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)' (21).

Figuur 2: Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid



Zeer hoog risico Hoog risico Laag tot matig verhoogd risico

	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)**			Beleid
	≤ 70 jaar	> 70 jaar		≤ 70 jaar	> 70 jaar		
		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	
Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom; angina pectoris; coronaire revascularisatie; TIA of beroerte; aorta-iliofemorale atherosclerose; aorta-aneurysma; claudicatio intermittens of perifere revascularisatie). Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie	< 1,8	< 2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting: < 2,6	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Diabetes mellitus met orgaanschade, zoals proteïnurie, **of met een belangrijke risicofactor**, zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (TC > 8 mmol/l) of ernstig verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg)	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	
Ernstige chronische nierschade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30							
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met **SCORE ≥ 10%**							
Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 met ACR < 3; eGFR 45-59 met ACR 3-30; eGFR ≥ 60 met ACR > 30	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
De meeste andere personen met **diabetes mellitus** die geen zeer hoog risico hebben							
Ernstig verhoogde enkele risicofactor (TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg)							
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met **SCORE ≥ 5% en < 10%**							
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met **SCORE < 5%**. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie. **Jongeren met DM type 1 zonder klassieke risicofactoren**	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Leefstijladvies aanbevolen Medicamenteuze therapie zelden aangewezen

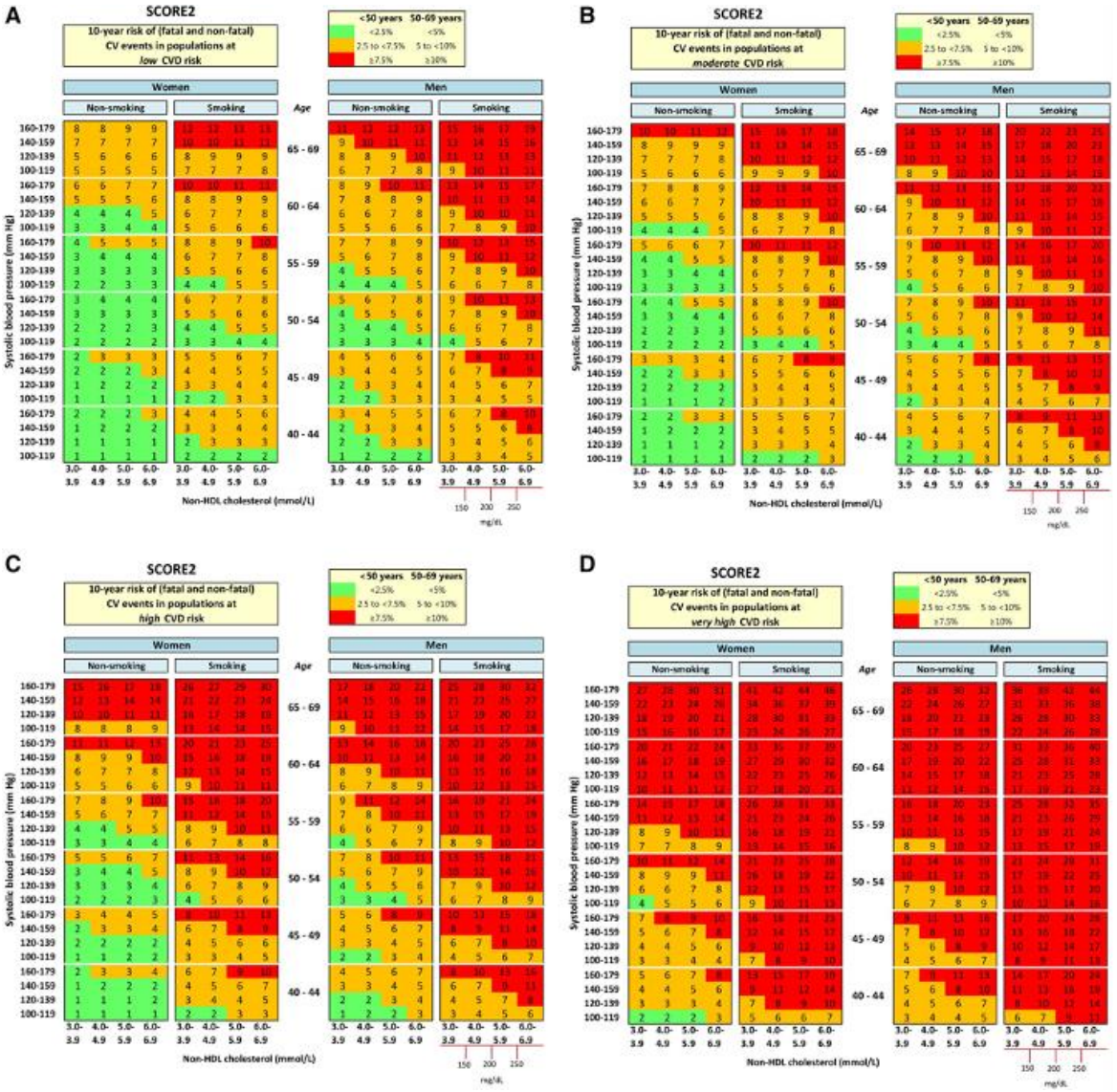
eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol); SCORE = Systematic Coronary Risk Evaluation; TC = totaal cholesterol.

* Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

** De streefwaarden in deze tabel betreffen spreekkamermetingen.

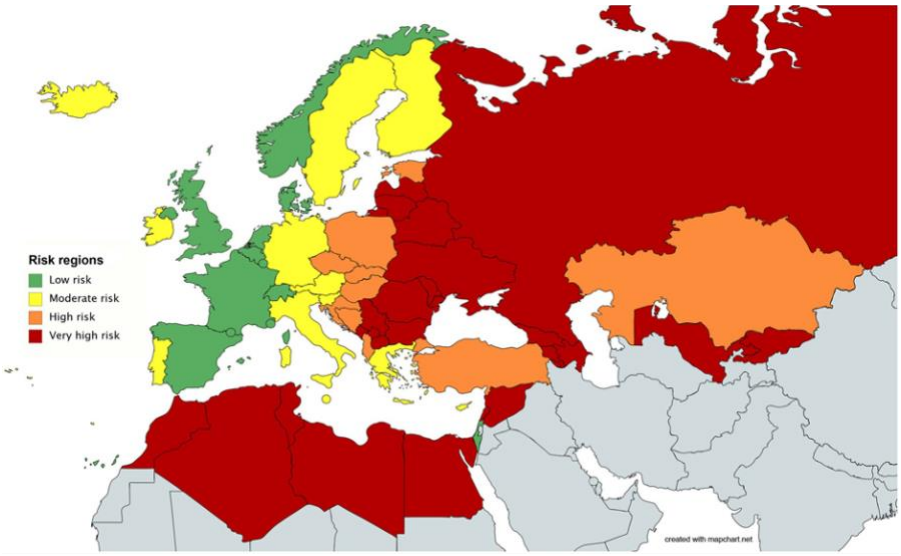
Figuur afkomstig uit 'Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019)' (21).

Figuur 3: SCORE2 tabellen voor inschatting van het 10-jaars cardiovasculaire risico in vier Europese risicoregio's.



Figuur afkomstig uit 'SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe' (13). Zie Figuur 4 en 5 voor Europese risicoregio's. ***A*** *laag risico -* ***B*** *gematigd risico -* ***C*** *hoog risico -* ***D*** *zeer hoog risico.*

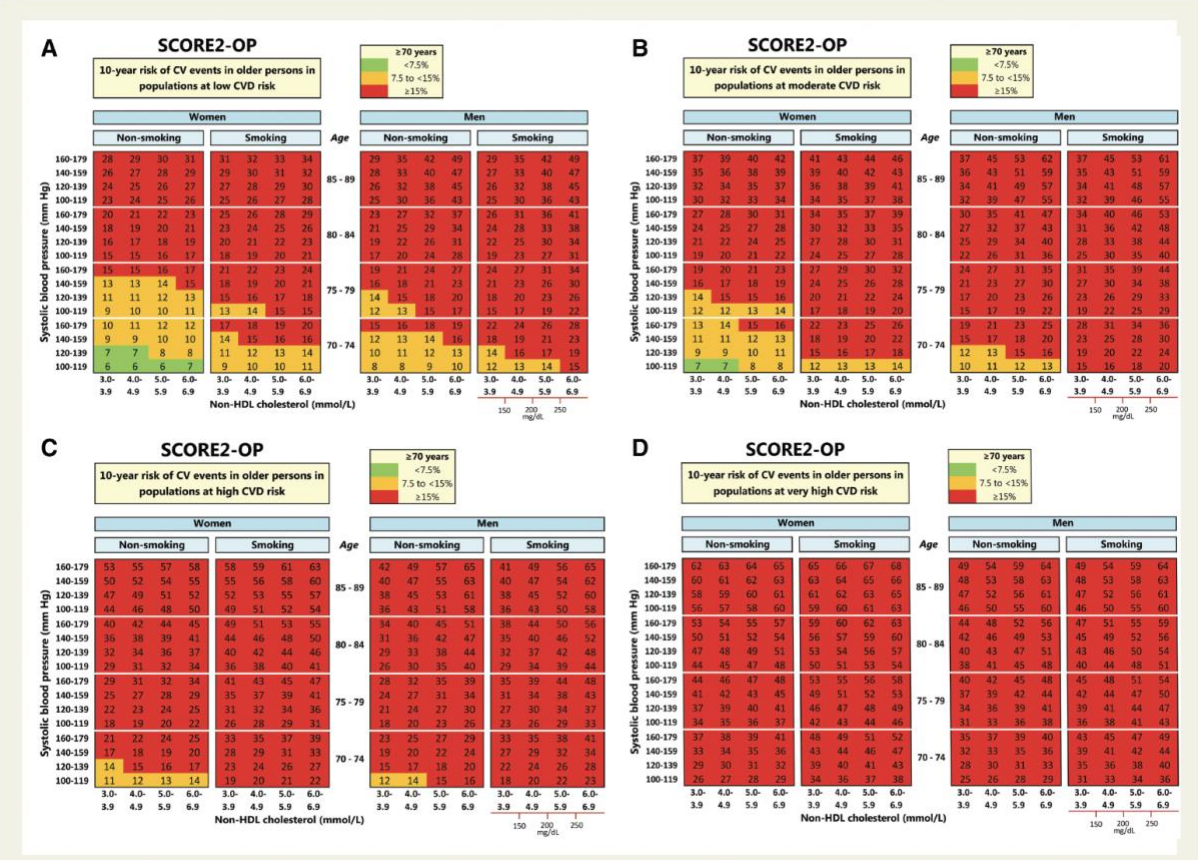
Figuur 4: Risicoregio's gebaseerd op gestandaardiseerde mortaliteitscijfers voor hart -en vaatziekten.



Figuur afkomstig uit 'SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe' (13).

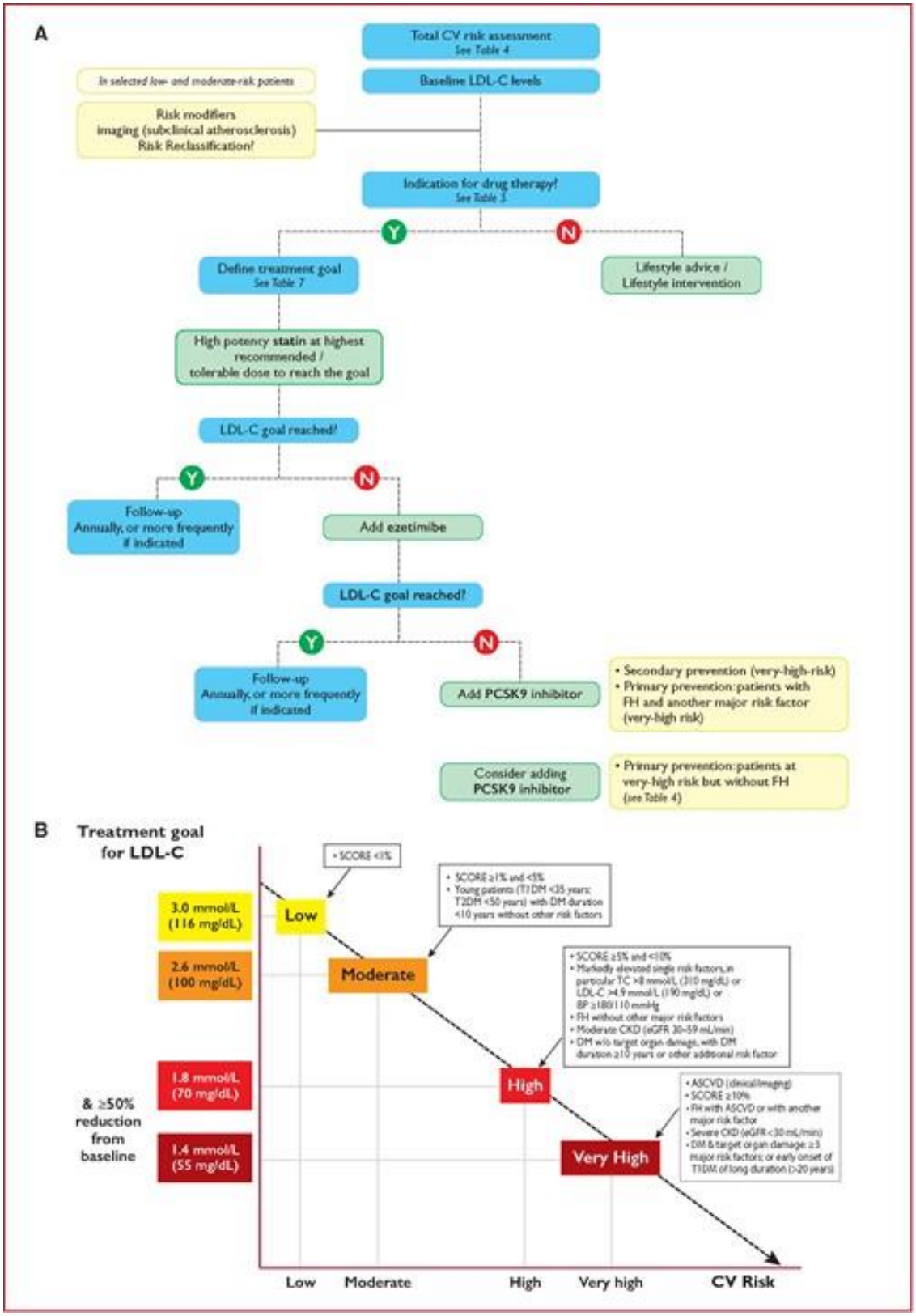
Europese landen werden gegroepeerd in vier risicoregio's aan de hand van de meest recente WHO cardiovasculaire sterftecijfers per 100.000 inwoners. Laag risico (groen): <100 sterften per 100.000 inwoners. Gematigd risico (geel): 100 tot <150 sterften per 100.000 inwoners. Hoog risico (oranje): 150 tot <300 sterften per 100.000 inwoners. Zeer hoog risico (rood): >300 sterften per 100.000 inwoners.

Figuur 5: SCORE2-OP: tabellen voor inschatting van het 10-jaars cardiovasculaire risico in vier Europese risicoregio's bij 70 + ers.



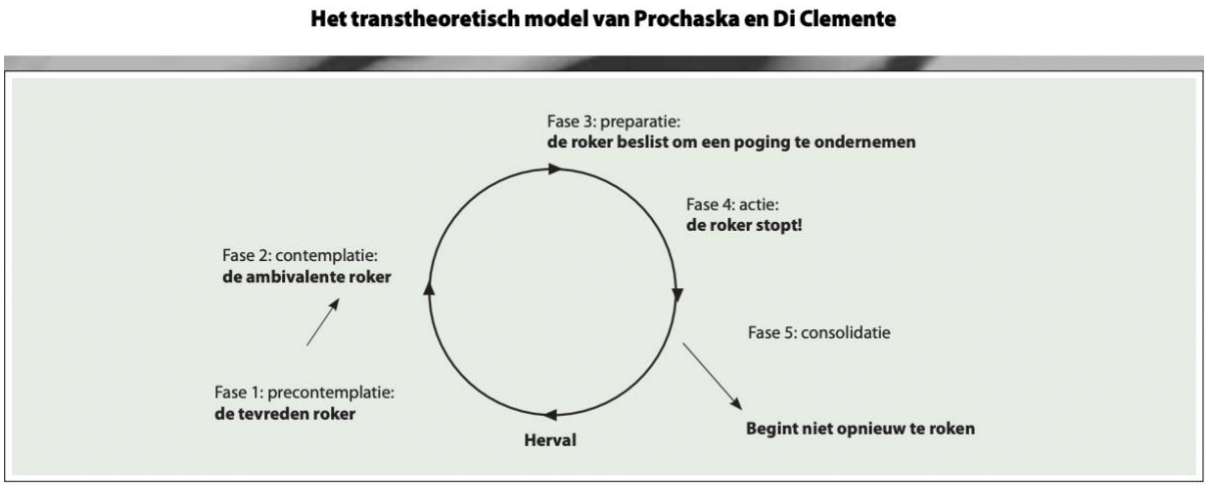
Figuur afkomstig uit 'SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions.' (14). ***A*** *laag risico -* ***B*** *gematigd risico -* ***C*** *hoog risico -* ***D*** *zeer hoog risico. (zie figuur 4).*

Figuur 6: Behandelingsalgoritme voor farmacologische daling van LDL-cholesterol en behandelingsdoelen voor LDL-cholesterol op basis van totaal cardiovasculair risico.



Figuur afkomstig uit '2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk' (20).

Figuur 7: Het model van Prochaska en Di Clemente



Figuur afkomstig uit 'Stoppen met roken.' (26)

Bijlagen

Bijlage 1: Anamnese - klinisch onderzoek - aanvullende onderzoeken in de bepaling van het cardiovasculaire risicoprofiel.

Anamnese	Klinisch onderzoek	Onderzoeken
● Leeftijd ● Geslacht ● Rookgedrag (in pakjaren) ● Lichamelijke activiteit ● Familiale anamnese van hart- en vaatziekten ● Voorgeschiedenis ● Voedingsgewoonten ● Psychosociale risicofactoren ● Alcoholgebruik (in eenheden/dag)	● Bloeddruk ● Pols ● BMI, eventueel aangevuld met buikomtrek	Laboratoriumonderzoek ● Lipidenprofiel: totaal cholesterol (TC), HDL-C, TC-HDL-ratio, LDL-C en triglyceriden ● Glucose ● Creatinine en eGFR Urine onderzoek ● Albumine-creatinine ratio

Noodzakelijke elementen uit de anamnese, het klinisch onderzoek en aanvullende onderzoeken voor een correcte cardiovasculaire oppuntstelling.

Tabel werd opgesteld op basis van geadviseerde richtlijnen: Domus Medica - Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn (6), NHG - cardiovasculair risicomanagement (11) en Praktijkhandleiding NHG - CVRM (21).

Bijlage 2: Protocol cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk Domus Medica (15)

Protocol: Cardiovasculaire preventie in de huisartsenpraktijk

Inleiding

Wat is dit protocol?

Dit protocol is een leidraad om binnen een huisartsenpraktijk de cardiovasculaire preventie op gestructureerde wijze te integreren in de bestaande praktijkvoering en om een taakverdeling op te stellen.

Waarom dit protocol?

Dit protocol helpt huisartsenpraktijken die werk willen maken van de preventie van cardiovasculaire ziekten. Het is zo opgesteld dat gelijk welk lid van het team het initiatief kan nemen om er mee aan de slag te gaan.

Hoe kunnen jullie dit protocol gebruiken?

Dit protocol is een stappenplan om binnen de huisartsenpraktijk taakafspraken te maken en op te volgen.

Stappenplan

1. Bepaal je eigen doelstelling(en)

- Om heel de praktijk betrokken te krijgen bepaal je de doelstellingen best met alle medewerkers samen
- Je verhoogt de motivatie van de praktijkmedewerkers met volgende argumenten:
  - Cardiovasculaire aandoeningen zijn in veel gevallen te voorkomen
  - De belangrijkste preventieve maatregelen zijn levensstijlinterventies. Hoogrisicopersonen hiervan bewust maken en begeleiden is zeer belangrijk.
  - De verwachtingen van de patiënt: zij verwachten een proactief aanbod vanuit de huisartsenpraktijk
  - Het advies van de huisarts dat hoog ingeschat wordt
  - Verminderen van de werkbelasting op lange termijn als een aantal gevallen van cardiovasculair lijden kunnen vermeden of uitgesteld worden
- Formuleer de doelstellingen zo SMART mogelijk:
  - Specifiek
  - Meetbaar
  - Aanvaardbaar
  - Realistisch
  - Tijdsgebonden
- Bespreek ook wat je gaat doen met mensen ouder dan 85 jaar, of met beperkte levensverwachting

2. Kies je strategie

Hierbij zijn er heel veel mogelijkheden, die je eventueel ook kan combineren.

Dit zijn slechts enkele suggesties:

Via de wachtzaal

- Vraag stimuleren via affiches of wachtzaalscherm

Via de website van de praktijk of het online afsprakensysteem

- Melden dat ze op afspraak kunnen komen voor een preventieconsult + aangeven wie ze daarvoor kunnen aanspreken, + de link naar de Gezondheidsgids vermelden, als voorbereiding voor dat preventieconsult

Mailing vanuit de praktijk

- Post of e-mail
- Spreiding in de tijd:
  - op verjaardag
  - aantal per maand
- algemeen of preselectie op één of meerdere risicofactoren (dit veronderstelt wel dat deze risicofactoren op een bruikbare manier werden geregistreerd in het EMD).
  Suggestie:
  - op of vanaf een bepaalde leeftijd, bijvoorbeeld mannen vanaf 40 jaar en vrouwen vanaf 50 jaar
  - buikomtrek boven 88cm bij vrouwen of 102cm bij mannen
  - BMI >30 / Obesitas
  - Familiale cardiovasculaire belasting
  - Hypertensie
  - Hypercholesterolemie/dyslipidemie
  - Roken
  - Diabetes
  - Weinig fysieke activiteit
  - Persoonlijke cardiovasculaire antecendent
  - Nierinsufficiëntie vanaf stadium 3b
  - Alcohol boven 6 porties/dag
  - Obstructieve slaapapnoe
  - Reumatoïde atritis
- Vermijd dat volgende patienten toch zouden aangeschreven worden:
  - Persoonlijke cardiovasculaire voorgeschiedenis
  - Familiale hypercholesterolemie
  - Diabetes Mellitus met tekens van orgaanschade of > 10 jaar
  - Chronische nierinsufficiëntie vanaf stadium 3b (eGFR <45 ml/min/1,73m²)

Tijdens de consultatie

- activeren van een pop-up in het EMD
- naar aanleiding van de opstart of verlenging van het GMD
- op basis van de klinische indruk
- bij vaststelling van een risicofactor
- als concreet antwoord op de vraag voor een check-up

Nieuwe patiënten

- Op intake gesprek laten komen

3. maak een lijst van de taken en verdeel

Overloop stap voor stap alle acties voor de gekozen strategie.
Bedenkt welke taken de huisartsen kunnen en willen delegeren naar het secretariaat en de VIPH.
Bepaal indicaties voor doorverwijzing binnen en buiten de praktijk (oa wie zeker door de huisarts moet gezien worden)

Hou bij de taakverdeling ook rekening met volgende factoren:

- bevoegdheden
  - voor het uitvoeren van de taken
  - voor toegang tot gegevens uit het EMD
  - voor toegang tot de gegevens op andere toepassingen
  - voor het aanvragen van bijkomende onderzoeken
  - voor het opstellen van verwijsdocumenten
- bekwaamheden
  - gebruik EMD, inclusief gerichte zoekacties op risicofactoren
  - opstellen en verzenden van mailings
  - opstellen verwijsbrieven
- kennis
  - cardiovasculaire risicofactoren
  - verwijsmogelijkheden
- beschikbare tijd van de medewerker
- de beschikbare ruimten
- en de beschikbaarheid van het nodige materiaal in die ruimte:
  - weegschaal
  - lintmeter
  - lengtemeter
  - (calculator BMI)
  - Bloedname materiaal
  - computerterminal met toegang tot EMD en internet

Achteraan in dit protocol vind je de basismatrix die je kan aanpassen en gebruiken voor een duidelijke taakverdeling

4. Monitor

- bepaal je indicatoren op basis van je doelstellingen
  - structuur (bv: materiaal beschikbaar in de aangewezen ruimte, vaardigheden verworven,...)
  - proces (bv aantal uitgevoerde preventieconsulten, aantal verwijzingen naar welke leefstijlinterventies, aantal berekende risicoscores...
  - uitkomst
- spreek af op welke manier je de nodige gegevens gaat registreren en wie daarvoor verantwoordelijk is.
- agendeer het project met regelmatige intervallen op het praktijkoverleg en bespreek hoe het proces verloopt

5. Informeer de patiënten

- zorg er voor dat alle praktijkmedewerkers dezelfde informatie doorgeven aan de patiënt
- breng de patiënten op de hoogte dat er voor dit onderwerp binnen de praktijk een taakverdeling is afgesproken

6. Evalueer

Bespreek op het einde van de afgesproken periode of de doelstelling gehaald werd.

Beslis in groep hoe het verder zal lopen:

a. Stoppen
b. Bijsturen
c. Voortzetten

Het is aanbevolen om een cardiovasculaire risicobepaling 5-jaarlijks te laten uitvoeren, eerder bij optreden nieuwe risicofactor. Bij opstart van medicatie is op zijn minst een jaarlijkse opvolging aan te raden.

Nuttige links

Het themadossier van Domus Medica:
https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-cardiovasculair-risico

De richtlijn van Domus Medica:

https://www.domusmedica.be/richtlijnen/cardiovasculaire-risicobepaling-de-eerste-lijn

https://www.domusmedica.be/richtlijnen/hypertensie

Bijlage 3: Coderingen en thema's van interviews

Patiënteninterviews

Coderingen	Thema's	Coderingen	Thema's
Aandacht cardiovasculaire preventie buiten huisartsenpraktijk	Communicatie tussen (huis)arts en patiënt	Inschatting eigen cardiovasculaire gezondheid	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid + Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid + Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe
Aandacht levensstijl	Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid + Aanpak	Maatregelen of motivatiepunten	Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe + Aanpak + Motivatie + Communicatie tussen (huis)arts en patiënt
Aanleiding bij patiënten om naar cardiovasculair preventie te streven	Motivatie	Onwetendheid	Hindernissen
Bespreking resultaten	Aanpak + Communicatie tussen (huis)arts en patiënt	Redenen waarom het niet lukt om aan cardiovasculaire gezondheid te doen	Hindernissen
Concreetheid advies	Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe + Aanpak + Hindernissen + Communicatie tussen (huis)arts en patiënt	Tevredenheid over huisarts	Communicatie tussen (huis)arts en patiënt

Definitie cardiovasculaire preventie	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid	Verantwoordelijkheid	Hindernissen + Communicatie tussen (huis)arts en patiënt
Frequentie opvolging	Aanpak	Verbeterpunten naar huisartsen toe	Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe
Geadviseerde richtlijnen	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid + Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid	Verwijzing	Aanpak
Gekregen cardiovasculair advies	Aanpak	Voorkeursbehandelingen	Aanpak
Gevolgen van slechte cardiovasculaire gezondheid	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid	Voorstellen om cardiovasculaire preventie te verbeteren	Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe
Hindernissen	Hindernissen	Wat kan beter naar in hun eigen cardiovasculaire gezondheid	Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid Verbetervoorstellen volgens patiënten voor eigen gezondheid en naar artsen toe
Huidige gewoonten - aandacht naar cardiovasculaire gezondheid	Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid	Wat patiënten denken dat belangrijk is voor een goede cardiovasculaire gezondheid	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid
Huisarts als manager, aanspreekpunt	Communicatie tussen (huis)arts en patiënt	Wat patiënten denken dat artsen belangrijk vinden	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid

Hulpmiddelen bij het geven van advies	Aanpak	Wat patiënten in verleden al hebben geprobeerd	Aandacht naar eigen cardiovasculaire gezondheid + Aanpak + Motivatie
Inhoud cardiovasculair consult	Perceptie van patiënten naar een goede cardiovasculaire gezondheid + Aanpak + Hindernissen	Welke uitlegbehandelingen hebben patiënten gekregen van artsen	Aanpak

Artseninterviews

Coderingen	Thema's	Coderingen	Thema's	Coderingen	Thema's
Levensstijl	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Ingangspoorten om aan cardiovasculaire preventie te doen	Het cardiovasculaire consult + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Aandacht	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Gedragsverandering	Hindernissen	Afwezigheid	Hindernissen	Meetbare factoren	Het cardiovasculaire consult
Verloning	Hindernissen	Verantwoordelijkheden van de huisarts	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Behandeling van risicofactoren	Aanpak van risicofactoren
Cholesterol	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Populatieverschillen	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Klinisch onderzoek	Het cardiovasculaire consult
Overdreven testen	Hindernissen + Het cardiovasculaire consult	Medische overtuigingen van patiënt	Hindernissen + Huisartsperceptie naar	Het betwijfelen/argwaan	Hindernissen

			cardiovasculaire preventie		
Glycemie en diabetes	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Multifactoriële benadering	Aanpak van risicofactoren	Dossierbeheer	Het cardiovasculaire consult
Ontwijking	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Routines en vaardigheden van huisarts	Aanpak van risicofactoren + Aanpak van risicofactoren + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Verschil in mogelijkheden	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Bloeddruk	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Aanwezigheid van systematiek	Hindernissen + Aanpak van risicofactoren	Reactie preventie	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Niet opvolgen van advies	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Bereikbaarheid	Hindernissen + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Motivatie	Hindernissen + Aanpak van risicofactoren + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Te veel informatie	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Therapietrouw	Hindernissen	Toegeving	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Roken	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Gedragsverschillen	Hindernissen + Aanpak van risicofactoren + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Samenwerking	Aanpak van risicofactoren + Organisatie van cardiovasculaire consulten

Terughoudendheid en gevoeligheid van materie	Hindernissen + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Tijd	Hindernissen + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Onzekerheid	Hindernissen
Fabels	Hindernissen	Individuele verschillen in behandeling	Aanpak van risicofactoren + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Educatie(materiaal)	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren
Verbetervoorstellen	Organisatie van cardiovasculaire consulten	Afweging van voordelen en nadelen bij voorschrijven van medicatie	Aanpak van risicofactoren	(Passieve) nieuwsgierigheid	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Aanpak en uitleg	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Begrip van risicofactoren en ernst	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Onbekendheden	Hindernissen
Familiale voorgeschiedenis	Het cardiovasculaire consult	Preventieraadpleging	Het cardiovasculaire consult + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Anamnese	Het cardiovasculaire consult
Secundaire preventie	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren	Niet voor de hand liggend doel	Hindernissen	Aandacht van patiënten naar cardiovasculaire preventie	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie
Gemak	Hindernissen + Aanpak van risicofactoren	Selectieve focus op bepaalde risicofactoren	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Evolutie	
Onmodificeerbare factoren	Het cardiovasculaire consult	Bezorgdheid	Huisartsperceptie naar	Hindernissen	Hindernissen

			cardiovasculaire preventie		
Bloedonderzoek	Het cardiovasculaire consult	Belangstelling van risicofactoren	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Waarschuwing	Aanpak van risicofactoren
Opvolging	Hindernissen + Aanpak van risicofactoren + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Leeftijd	Het cardiovasculaire consult + Organisatie van cardiovasculaire consulten	Jargon	Hindernissen
Medicamenteuze aanpak	Aanpak van risicofactoren	Medicatie aversie	Hindernissen	Holistische benadering	Aanpak van risicofactoren
Preventieve maatregelen	Aanpak van risicofactoren + Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Cardiovasculaire events	Het cardiovasculaire consult	Richtlijnen en tools	Het cardiovasculaire consult + Aanpak van risicofactoren
Smoesjes/liegen	Hindernissen	Perceptie huisarts over patiënten	Huisartsperceptie naar cardiovasculaire preventie	Ruimere impact buiten cardiovasculaire gezondheid	Organisatie van cardiovasculaire consulten

Bijlage 4: Goedkeuring OBC – Ethische commissie



KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023130
Uw kenmerk: Masterproef studie: Cardiovasculaire preventie: de beleving van arts en patiënt
Leuven, 05-01-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Geert Goderis
Geachte Hannah Vastenavondt, Charlotte Van den Enden

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 05-01-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Dit project betreft een kwalitatief prospectief onderzoek waarbij met behulp van interviews bij huisartsen en patiënten gepeild zal worden naar ervaringen en belevingen rond cardiovasculaire gezondheid in de huisartsenpraktijk. Het protocol is in orde. Bijlage zijn voldoende toegevoegd. Er zijn geen bezwaren tegen deze studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 04-01-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
OnderwijsBegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Bijlage 5: Recruitment huisartsen

Beste collega huisarts (in opleiding),

In het kader van onze masterproef voor de MANAMA huisartsgeneeskunde zijn wij op zoek naar artsen die geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan een interview rond cardiovasculaire gezondheid. Onder begeleiding van prof. Geert Goderis zullen we een kwalitatief prospectief onderzoek uitvoeren rond de belevingen, ervaringen en meningen betreffende cardiovasculaire preventie bij zowel artsen als patiënten. Het interview zal ongeveer 30-40 minuten in beslag nemen en zal fysiek of online plaatsvinden.

Alvorens u kan deelnemen aan het onderzoek, wordt er u gevraagd kennis te nemen van wat de studie zal inhouden zodat u vervolgens geheel vrijblijvend kan beslissen al dan niet deel te nemen aan de studie. Dit zal verlopen via een 'informed consent'.

Indien u graag wenst deel te nemen aan het onderzoek of bijkomende informatie wenst, kan u contact opnemen met de onderzoekers en/of promotor.

Charlotte Van den Enden (charlotte.vandenenden@gmail.com)

Hannah Vastenavondt (hannah.vastenavondt@telenet.be)

Prof. Dr. Geert Goderis (geert.goderis@kuleuven.be)

Bijlage 6: Informed consent (zie aparte bijlage)

Bijlage 7: Goedgekeurd OBC protocol (zie aparte bijlage)

Bijlage 8: Interviewguide

Interview huisarts

1. Artskarakteristieken
    a. Wat is uw leeftijd?
    b. In welke provincie werkzaam?
    c. HAIO of huisarts?
    d. Praktijkvorm?
2. Wat verstaat u onder cardiovasculaire gezondheid/preventie?
    a. Wat is volgens u essentieel binnen de cardiovasculaire preventie? Vindt u het als huisarts belangrijk om in te zetten op cardiovasculaire preventie? Welke punten vind je belangrijk naar CV preventie? Waar besteedt u aandacht aan?
    b. Wat denkt u dat voor de patiënten essentieel is? Waar besteden uw patiënten aandacht aan? Hebben ze meer aandacht voor bepaalde risicofactoren dan andere?
    c. Wat denkt u dat patiënten onder cardiovasculaire preventie verstaan? Denkt u dat patiënten de ernst van CV aandoeningen begrijpen?
3. Besteden patiënten voldoende aandacht aan cardiovasculaire preventie? Leg uit
    a. Welke verschillen bemerkt u tussen de patiënten? Leg uit. Is er verschil tussen jong/oud, sociale klassen/ andere origines/…?
4. Kunt u beschrijven hoe een consult rond cardiovasculaire preventie verloopt?
    a. Anamnese: bepaalde dingen die u zeker navraagt?
    b. Klinisch onderzoek + technische onderzoeken? (meten van BD, gewicht, labo? Welke aanvragen labo?)
    c. Welke tools gebruikt u tijdens een dergelijk consult?
5. Welke hindernissen ervaart u tijdens een consult cardiovasculaire gezondheid en hoe gaat u hiermee om?
    a. Zijn er problemen bij anamnese?
    b. Bij klinisch onderzoek?
    c. Bij bespreken van labo of beleid?
6. Hoe organiseert u cardiovasculaire preventie in de praktijk?
    a. Op afspraak? Tijdens ander consult? Gepland?
    b. Bij welke patiënten? Vanaf welke leeftijd? Cut off?
7. Hoe geeft u advies aan patiënten rond cardiovasculaire aandoeningen/preventie?
    a. Maakt hierbij gebruik van bepaalde brochures, websites, video's … Zo ja, welke?
    b. Welk advies geeft u mee? Volgt u hierbij een bepaalde systematiek?
8. In de behandeling van cardiovasculaire preventie, maakt u gebruik van richtlijnen? Zo ja, dewelke?
9. Wat is uw aanpak voor de volgende risicofactoren?
    a. Aanpak van hypercholesterolemie: vanaf wanneer start met medicatie? Opvolging?
    b. Hypertensie: vanaf wanneer start medicatie, opvolging?
    c. Alcoholmisbruik: doorverwijzing? Zelf starten van medicatie? Welke? Audit vragenlijst?
    d. Obesitas: doorverwijzing? Aanspreken van patiënt? Medicatie? Adviezen?
    e. Rookstop: doorverwijzing? Medicatie? Opvolging?i

Interview patiënt

1. Patiëntkarakteristieken
    a) Wat is uw leeftijd?
    b) In welke provincie woont u?
    c) Wat is uw geslacht?
    d) Heeft u een voorgeschiedenis van een cardiovasculair event? (hartinfarct, hersentrombose, hersenbloeding, …)
2. Welke factoren zijn belangrijk om een goede gezondheid van hart en bloedvaten te hebben?
3. Wat zijn de risico's van een slechte cardiovasculaire gezondheid?
4. Hoe schat je je eigen cardiovasculaire gezondheid in?
5. Besteed je zelf veel aandacht hieraan?
    a. Wat denk je wat beter zou kunnen voor jouw persoonlijke cardiovasculaire gezondheid?
    b. Zijn er verbeterpunten naar (huis)artsen toe in jouw aanpak naar cardiovasculaire gezondheid?
    c. Zouden er bepaalde initiatieven of maatregelen zijn die jou zouden kunnen motiveren om er meer aandacht aan te besteden?
        i. Moest jouw huisarts jou morgen vertellen dat je 10% kans hebt om binnen 10 jaar te sterven aan hart en vaatziekten, zou je dan meer gemotiveerd zijn om er iets aan te doen?
6. Hoe frequent zie jij je huisarts met betrekking tot jouw cardiovasculaire gezondheid?
7. Hoe tevreden ben je met het contact met jouw huisarts?
    a. Weet je wat er allemaal wordt bevraagd en onderzocht in een dergelijk consult?
    b. Zijn er bepaalde hindernissen of storende factoren in dergelijke consultaties?
    c. Wordt er voldoende nadruk ook gelegd naar levensstijl maatregelen?
    d. Hoe verloopt de bespreking van bloedresultaten? Wat kan beter?
    e. Heb je reeds advies gekregen omtrent levensstijlveranderingen?
        i. Is het advies concreet genoeg dat je krijgt van huisartsen?

Bronnen

(1) Frank L.J. Visseren et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*; 7 september 2021; Volume 42, Issue 34: p3227-3337.

(2) Belgische Federale Overheidsdiensten. Doodsoorzaken (Internet). België: Statbel: België in cijfers; 23 januari 2024. (Geraadpleegd op 28 januari 2024). Beschikbaar via: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#news

(3) Verdonck P. Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu*; september 2001; 30 (7): p286-294.

(4) Vynckier E., Avonts D. Welke taken kan een huisarts delegeren? Onderzoek naar de perceptie van de patiënt. *Huisarts Nu*; juli-augustus 2017; 46: p151-155.

(5) L. Coenen, N. De Clercq, 4, R. Remmen. Naar een betere omkadering van de huisartsenpraktijk in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*;17 maart 2023; 4: p329-334

(6) Govaerts F, Delvaux N, Van Thienen K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn. Antwerpen: Domus Medica; 2020.

(7) Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. 18 September 2022. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

(8) Kars Marijke C. Fenomenologie. In: van Oostveen Catharina J. en Eskes Anne M, editors. Onderzoek langs de meetlat. Bohn Stafleu van Loghum; 4 februari 2021.

(9) Sundler A.J., Lindberg E, Nilsson C, Palmér L. Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. Nurs Open; April 2019; 7; 6(3): p733-739.

(10) Delve. Ho, L., en Limpaecher, A.(2022c, March 17). What is Phenomenological Research Design? Essential Guide to Coding Qualitative Data. https://delvetool.com/blog/phenomenology

(11) Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard: Cardiovasculair risicomanagement (M84). Versie 4.0, juni 2019.

(12) Massimo F Piepoli et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*; 1 augustus 2016; Volume 37; Issue 29: p2315–2381.

(13) SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*; 1 juli 2021; Volume 42; Issue 25: p.2439–2454.

(14) SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *European Heart Journal*; 1 juli 2021; Volume 42; Issue 25: p2455–2467.

(15) Domus Medica. Themadossier cardiovasculair risico (Internet). België; 14 september 2018. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-cardiovasculair-risico

(16) Domus Medica. Gezondheidsgids Domus Medica (Internet). België; 28 februari 2023. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/preventie-gezondheidspromotie/gezondheidsgids-domus-medica

(17) Domus Medica. Gezondheidsgids. België. Beschikbaar via: https://gezondheidsgids.be/

(18) Loos Charlotte. De rol van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk omtrent primaire cardiovasculaire preventie: een descriptief kwalitatief onderzoek (Masterproef). (Antwerpen): UAntwerpen; 2018-2019. 54 p.

(19) Bryan Williams et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*; 1 september 2018; Volume 39; Issue 33: p3021–3104.
(20) François Mach et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*; 1 januari 2020; Volume 41; Issue 1: p111–188.
(21) Nederlands Huisartsen Genootschap. Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019). Utrecht. Versie 2.1, Juli 2020.
(22) Van Royen P., Bastiaens H., D'Hondt A., Provoost C., Van der Borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Nu;* april 2006; 35(3); p.118-140.
(23) Nederlands Huisartsen Genootschap: Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-standaard: Obesitas (M95). Versie 1.1; september 2020.
(24) Nederlands Huisartsen Genootschap: Chavannes N, Drenthen T, Wind L, Van Avendonk M, Van den Donk M, Verduijn M. NHG-Behandelrichtlijn: Stoppen met Roken. Versie 1.0; oktober 2017.
(25) Ebpracticenet. Stoppen met roken. Duodecim Publishing Company Ltd. 8 september 2017. Beschikbaar via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/1002?searchTerm=stoppen+met+roken
(26) Gailly J. Stoppen met roken. *Huisarts Nu*; september 2006; 35(7): p395-425.
(27) Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: aanpak door de huisarts. *Huisarts Nu;* 2011; 40: p.137-S160.
(28) Nederlands Huisartsen Genootschap: Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijkx JJHM, Meerkerk GJ, Valken N, Verduijn M, Burgers JS, Van der Weele GM, Sijbom M. NHG-standaard: Problematisch alcoholgebruik. Versie 4.1; april 2021.
(29) Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, Quyyumi AA, Taylor HA, Gulati M, Harold JG, Mieres JH, Ferdinand KC, Mensah GA, Sperling LS. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation*; 15 mei 2018; 137(20): p2166-2178.
(30) Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, Davey-Smith G, Dennison-Himmelfarb CR, Lauer MS, Lockwood DW, Rosal M, Yancy CW. Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*; 1 september 2015; 132(9): p873-98.
(31) Powell-Wiley TM, Baumer Y, Baah FO, Baez AS, Farmer N, Mahlobo CT, Pita MA, Potharaju KA, Tamura K, Wallen GR. Social Determinants of Cardiovascular Disease. *Circ Res*; 4 maart 2022; 130(5): p782-799.
(32) Verschaeve Astrid. De kennis en verwachtingen van de patiënt over een bloedonderzoek in de huisartsenpraktijk (Masterproef). (Leuven): KU Leuven; 2017; 29 p.