Implementatie van de Domus Medica richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer: een onderzoek naar de hindernissen in de dagdagelijkse praktijk.

Krijger Katrien, VUB

Promotor: Prof. Dr. Devroey Dirk, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding: Cardiovasculaire sterfte is nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in België. Het belang van primaire preventie van risicofactoren zoals tabagisme, sedentarisme, obesitas, hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes is onmiskenbaar. Ondanks het bestaan van verschillende richtlijnen omtrent de aanpak van cardiovasculaire preventie bestaat er een suboptimale aanpak van de risicofactoren bij de populaties met verhoogd tot hoog cardiovasculair risico (CVR). Doel: Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate het mogelijk is om de richtlijnen in kader van het cardiovasculair risicobeheer (Domus Medica) te implementeren in dagdagelijkse huisartsenpraktijk, meer bepaald toegespitst op de behandeling van hypercholesterolemie en om na te gaan wat de hindernissen zijn die worden ondervonden door de praktiserende artsen. Methode: Met een dwarsdoorsnede onderzoek deden we een steekproef naar de toepassing van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer en de invulling van het EMD wat betreft de cardiovasculaire risicofactoren. Het probleem van suboptimale aanpak van de richtlijnen werd met de FOCUS-PDCA techniek benaderd. Aan de hand van enkele case findings trekken we de lijn open naar een kwaliteitsbevordering wat betreft cardiale preventie en extrapoleren dit naar de eerste lijn. De resultaten werden met behulp van SPSS statistisch geanalyseerd, er werd gebruik gemaakt van Chi-kwadraat testen voor wat betreft de vergelijking naar geslacht, een p-waarde <0,05 werd als significant beschouwd. Resultaten: De afzonderlijke risicofactoren en het CVR werd bij geen enkele patiënt van de onderzoekpopulatie op een duidelijke plaats in het dossier vermeld. De richtlijnen werden op suboptimale manier toegepast: 1 op 2 van de hoog risico groep was onderbehandeld, bij 2 op 3 van de patiënten met een verhoogd risico kon een statine worden opgestart. We zijn er in geslaagd om enkele problemen te identificeren zoals de werkbelasting van de artsen, een beperkte knowhow van het EMD en het ontbreken van een consensus omtrent de richtlijnen in de praktijk. Besluit: Het is wel mogelijk de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer toe te passen in de praktijk, dit vraagt echter om een inspanning van de huisarts naar tijdsmanagement en organisatie toe, wat in tijden van hoge werkbelasting niet altijd evident is. Het project leidde tot een beter inzicht in de moeilijkheden die het opvolgen van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer met zich meebrengen. Aan de hand van sensibilisatie van arts en patiënt en het opstellen van een praktijkconsensus kon reeds op korte termijn een positieve invloed van dit project worden gezien: er werd meer aandacht besteed aan cardiovasculaire preventie en aan de invulling van het EMD. Met zekerheid kan gezegd worden dat de positieve gevolgen eveneens op lange termijn zullen gelden.

Inhoudstafel

1. INLEIDING 3

1.1. CARDIOVASCULAIRE MORTALITEIT EN MORBIDITEIT IN BELGIË 3

1.2. BEPALEN CARDIOVASCULAIR RISICO EN PRIMAIRE PREVENTIE 3

1.3. HOOG RISICO POPULATIE EN SECUNDAIRE PREVENTIE 6

1.4. GEVOLGEN VOOR DE PRAKTIJKVOERING EN ROL VAN DE HUISARTS 7

2. DOEL VAN HET ONDERZOEK 8

3. METHODE 9

4. RESULTATEN 9

4.1. CHOLESTEROLEMIE 9

4.2. ANDERE RISICOFACTOREN 10

4.3. CARDIOVASCULAIR RISICO 11

5. BESPREKING RESULTATEN NAAR AANLOOP VAN PROJECT 12

6. FOCUS – PDCA 13

7. ENKELE CASE FINDINGS TER ILLUSTRATIE 16

8. EVALUATIE PROJECT EN AANDACHTSPUNTEN 17

9. BESLUIT 18

10. TOEKOMSTPERSPECTIEVEN 19

DANKWOORD 21

REFERENTIES **22**

BIJLAGE 23

1. Inleiding

1.1. Cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit in België

Cardiovasculaire sterfte is nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in België [1]. In 2010 stierven in totaal 18.728 inwoners van het Vlaamse Gewest door hart- en vaataandoeningen, dit is goed voor 32,3% van het totaal sterftecijfer. Vrouwen stierven voornamelijk door minder goed omschreven hartaandoeningen (zoals hartdecompensatie), cerebrovasculaire accidenten en ischemische hartziekten. Mannen stierven vooral door ischemische hartziekten [2]. Als we de belangrijkste doodsoorzaken voor het Vlaamse gewest per geslacht bekijken, zien we sinds 2005 een verschuiving ontstaan voor de mannen: de cardiovasculaire sterfte staat niet meer bovenaan het lijstje maar meer overlijdens worden sindsdien veroorzaakt door oncologische aandoeningen. Van de 28.969 mannen die overleden in 2010 stierf 32% aan een oncologische aandoening, 30% stierf ten gevolge van een cardiovasculaire aandoening, terwijl dit voor vrouwen 35% uitmaakte van de 29.037 overlijdens, 25% stierf ten gevolge van oncologische aandoeningen [3]. Desondanks kent België sinds de jaren zeventig een daling van de cardiovasculaire sterfte. In Vlaanderen bedraagt die daling 13-14% per vijf jaar; in Wallonië en Brussel is de daling 10%. Deze trend geldt ook voor de incidentie van ischemische hartziekten: per vijf jaar is er een daling van 16% voor mannen en 17% voor vrouwen in Vlaanderen. In Wallonië en Brussel bedraagt de daling per vijf jaar 13% voor mannen en 12% voor vrouwen. Betere behandelmogelijkheden en betere preventie liggen aan de basis van deze dalende trend [1].

Hart- en vaatincidenten zijn tevens de belangrijkste oorzaak van verminderde levenskwaliteit en invaliditeit in Vlaanderen, doch kent de incidentie ervan een gunstige evolutie [1]. Volgens cijfers van het Intego-netwerk is de incidentie van CVA-TIA in Vlaanderen ongeveer 9 600 nieuwe gevallen per jaar, voor acuut myocardinfarct zou dit 7200 per jaar zijn. Daarentegen blijft de incidentie van hartfalen de laatste jaren toenemen en wordt geschat op 13900 nieuwe gevallen per jaar [4]. Bijgevolg is het niet verwonderlijk dat deze de belangrijkste cardiale doodsoorzaak vormt onder de ouderen (>75jaar) [2].

1.2. Bepalen cardiovasculair risico en primaire preventie

De belangrijkste risicofactoren voor hart en vaatziekten zijn: leeftijd, geslacht, diabetes, tabagisme, hypertensie en hypercholesterolemie. Volgens de laatste richtlijnen van Domus Medica en het BCFI moet de aanpak van hypercholesterolemie en hypertensie gesitueerd worden binnen een globale aanpak van het cardiovasculaire risico (CVR). Niet-medicamenteuze maatregelen zoals rookstop, gezonde voeding en lichaamsbeweging vormen de basis van de cardiovasculaire preventie. Primaire preventie wordt gedefinieerd als het gebruik van medicatie bij personen zonder gekende cardiale voorgeschiedenis maar met risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Op basis van de cardiovasculaire risicoscore van de patiënt kan al dan niet beslist worden een behandeling met cholesterolverlagende en/of bloeddrukverlagende geneesmiddelen op te starten.

De risicostratificatie gebeurt aan de hand van Score Belgium-risicotabellen. Deze risicoschatting is gebaseerd op een groot aantal prospectieve Europese onderzoeken en voorspelt fatale atherosclerotische cardiovasculaire complicaties over een periode van tien jaar. Het risico wordt ingeschat op basis van geslacht, leeftijd, roken, systolische bloeddruk en hetzij het totaalcholesterolgehalte of de cholesterol/HDL-ratio. Met deze tabellen kan het individuele risico van een patiënt worden afgelezen om in de komende tien jaar het slachtoffer te worden van een fataal cardiovasculair incident. Dit risico wordt gecategoriseerd in 3 groepen, namelijk laag (<5%), matig verhoogd (≥5%) of sterk verhoogd risico (≥10%).

Vanaf een sterk verhoogd risico dienen patiënten intensief, al dan niet medicamenteus, behandeld te worden voor levensstijldeterminanten en risicofactoren zoals hypertensie en hypercholesterolemie [5].

a) Domus Medica richtlijnen

Er zijn enkele risicofactoren die in de risicotabellen niet gekwantificeerd worden zoals de body mass index (BMI), sedentarisme en belangrijke familiale voorgeschiedenis. Ingeval deze bij een patiënt aanwezig zijn, kan zijn risico mogelijks onderschat worden.

Voor patiënten met diabetes of een eerder doorgemaakt cardiovasculair event kunnen deze tabellen niet gebruikt worden, zij worden meteen als hoog risico patiënt beschouwd. Daarom opperen ze in de richtlijn voor het cardiovasculair risicobeheer van Domus Medica voor een meer globale aanpak, er dient meteen rekening gehouden te worden met 6 risicofactoren: leeftijd ≥50 jaar (A+), bloeddruk ≥140/90 mmHg of bloeddrukmedicatie (B+), roker (C+), diabetes mellitus type 2 (D+), persoonlijk ischemisch event (cardiaal, cerebraal of perifeer) (E+), familiale voorgeschiedenis (<55 jaar bij vader/broer, <65 jaar bij moeder/zus) (F+). Zoals reeds vermeld wordt er voor patiënten die de risicofactoren F en D bezitten geen CVR berekend, zij worden meteen als hoog risicopatiënt beschouwd. Bij patiënten die roken (zonder andere risicofactoren) wordt in eerste instantie rookstop geadviseerd en bij patiënten met A en B wordt het CVR berekend aan de hand de score risicotabellen (cfr. supra). Indien de patiënten ook roken wordt rookstop geadviseerd, indien ze een familiale voorgeschiedenis hebben (F+) wordt hun score met 1,5 vermenigvuldigd.

Bij patiënten met een bloeddruk hoger van >140/80 zowel bij thuismeting, als in het kabinet bevestigd en een CVR van meer dan 5% wordt een bloeddrukverlagend medicament opgestart. Bij diabetespatiënten ligt de streefwaarde voor de bloeddruk op 130/80. Patiënten met een normaal risico maar hoge bloeddrukwaarden, namelijk systolisch >160 mmHg en diastolisch >100 mmHg worden het best ook behandeld, gezien deze bloeddrukwaarden op lange termijn eveneens nefaste gevolgen heeft [6].

Voor de cholesterol is in België, de streefwaarde bij consensus <190 mg/dl (totaal cholesterol) en <115 mg/dl voor het LDL cholesterol in primaire preventie. Voor patiënten met diabetes of een eerder doorgemaakt cardiovasculair event (dan spreken we van secundaire preventie; zie verder) worden de streefwaarden voor deze populatie verlaagd naar respectievelijk 175 en 100 mg/dl [5]. Volgens de MONICA Gent-Charleroi Studie uit 2000 [7], heeft in België in de leeftijdsgroep van 45-65 jarigen 87,7% van de mannen en 85,8% van de vrouwen een totaalcholesterol hoger dan 190 mg/dl.

In geval van hypercholesterolemie mag zoals eerder besproken in eerste instantie een niet medicamenteuze behandeling niet vergeten worden, met name optimale beweging, rookstop en een evenwichtig dieet.

Concreet betekent dit dat statines geïndiceerd zijn bij patiënten met een verhoogd cardiovasculaire risicoprofiel, dit is vanaf 5% risico in de SCORE tabellen. Hoe hoger echter het cardiovasculair risico van de patiënt hoe groter de winst op vlak van morbiditeit en mortaliteit [7].

In een meta-analyse gepubliceerd in The Lancet werd een statistisch significant effect gevonden van statines in de primaire preventie van cardiovasculaire events bij personen met laag cardiovasculair risico: men vond 39% verlaging van het relatieve risico van majeure cardiovasculaire events per 1 mmol/l (1 mmol/l = 40 mg/dl) reductie van het LDL-cholesterol. Maar aangezien bij deze populatie het basisrisico heel laag is, is de absolute winst zeer klein: zo moet men in de groep met het laagste risico 167 personen 5 jaar behandelen om 1 extra majeur cardiovasculair event te vermijden. Er wordt geen significant effect gevonden op de mortaliteit in deze populatie het laag risico [8]. We kunnen dus concluderen dat het nut van het behandelen van patiënten met een laag risico voorlopig niet wordt aangetoond, hoewel een significant voordeel gevonden wordt bij de behandeling van deze populatie met statines, echter de number needed to treat (NNT) blijft ontzettend hoog, waardoor de absolute winst laag blijft [5].

Daar en boven rekening houdend dat de statines de meest gebruikte geneesmiddelenklasse zijn in België en ze zelfs 7% van de totale uitgaven voor ambulant geneesmiddelengebruik voor hun rekening nemen, kan men aannemen dat naar alle waarschijnlijkheid een grote groep van de populatie met een laag cardiovasculair risico ten onrechte wordt behandeld [9].

b) NHG-standaarden

In de richtlijnen van de Nederlands huisartsengenootschap, wordt ondertussen geopperd voor het verhogen van de drempel van 5 naar 10% cardiovasculair risico, om zodoende zich meer toe te spitsen op de hoog-risicogroep en voornamelijk de patiënten te gaan behandelen waarbij de meeste winst kan geboekt worden in termen van absolute daling van het cardiovasculair risico.

c) Aanbevelingen RIZIV

In het rapport van de consensusvergadering in het kader van het rationeel voorschrijven van hypolipimiërende middelen van het RIZIV, worden eveneens de Belgium Score tabellen gebruikt en wordt statine gebruik aanbevolen in kader van verhoogd risico (>5% risico) en in kader van secundaire preventie. Gebruik van fibraten en rode gistrijst preparaten worden afgeraden als hypolipemiërende middel. Gezien geen verdere daling van de morbiditeit onder fibraten en de onwetendheid over mogelijke nevenwerkingen van de rode gistrijst preparaten. Het grote verschil hier is dat er tevens besloten wordt dat het soort statine voorgeschreven van weinig belang is. Het opnieuw controleren van de streefwaarden heeft weinig therapeutisch nut. De opstart van een statine is van groter belang dan het behalen van de beoogde streefwaarden [10].

Als eindconclusie van wat betreft de primaire preventie kan men stellen dat een globaal cardiovasculair risicobeheer de voorkeur geniet en voornamelijk de hoog risico groep geviseerd dient te worden. Tevens moet er stil gestaan worden bij het gevaar van het medicaliseren van de gezonde populatie [11].

1.3. Hoog risico populatie en secundaire preventie

Zoals reeds vermeldt wordt volgens de Domus Medica richtlijnen de diabetes type 2-patiënten met minstens één bijkomende risicofactor (≥50 jaar, hypertensie, of het nemen van medicatie) het best beschouwd en behandeld als patiënten met een hoog cardiovasculair risico. Deze overweging is perfect te verdedigen gezien het cardiovasculaire risico twee- tot viermaal hoger ligt bij een diabetespatiënt dan bij een niet-diabetespatiënt met gelijke andere risicofactoren. Tevens is het cardiovasculaire risico van een diabetespatiënt pre-event gelijk aan dat van een niet-diabetespatiënt post-event en verliezen vrouwen met diabetes hun geslachtsgebonden bescherming tegenover cardiovasculaire aandoeningen. 65% van de diabetes type 2-patiënten sterft door macro-vasculaire verwikkelingen. Zowel de 'Joint European Task Force' in 2003 als het National Cholesterol Education Program (NCEP) in 2004 erkenden diabetes reeds als een hoog cardiovasculair risico, waardoor de SCORE tabellen niet van toepassing zijn op deze populatie.

Eveneens worden patiënten die reeds een cardiovasculair even of een acuut myocard infarct doormaakten niet meer beoordeeld volgens de score tabellen. Het nut van het gebruik van statines bij deze patiënten wordt in verschillende artikels aangetoond. Concreet zou het toedienen van een statine aan standaarddosis het LDL-cholesterol verminderen met gemiddeld 41,37 mg/dl wat geassocieerd is aan een daling met 22% van het risico van majeure vasculaire events. [12]

Volgens een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum [9] worden statines nog te weinig gebruikt in de secundaire preventie van cardiovasculaire events. Uit het rapport blijkt dat in België het gebruik van statines de laatste 12 jaar vertwintigvoudigd is, maar dat deze stijging vooral te wijten is aan een toename van het statinegebruik in primaire preventie (cfr. supra). Er zou eveneens geen evidentie bestaan dat statines aan hun standaarddoses verschillen in cardio-protectief effect (dit is vergelijkbaar met de aanbevelingen van het RIZIV; cfr. supra).

Ondanks deze richtlijnen en wetenschap concludeerde men in het Eurospire IV onderzoek van 2015 dat binnen de hoog risicopopulatie en in geval van secundaire preventie de controle van de cardiovasculaire risicofactoren suboptimaal is. Het betreft een grootschalig onderzoek over 26 Europese landen naar de toepassing van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer [12]. Een gelijkaardig onderzoek legde in België een vergelijkbare trend bloot, hier ging het om een niet systematische review met de betrekking tot de data uit 4 recente onderzoeken (EURIKA, OPTIMISE, Eurospire III, Intego) [13].

Een duidelijke tweede conclusie wat betreft ons literatuuronderzoek betreft de noodzaak tot een betere implementatie van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer bij de hoog risicopopulatie en in geval van secundaire preventie binnen de huisartsenpraktijk.

1.4. Gevolgen voor de praktijkvoering en rol van de huisarts

Als we bovenstaande richtlijnen extrapoleren naar de eerstelijnsgeneeskunde, kunnen we concluderen dat onderstaande punten moeten doordringen in de dagdagelijkse consultvoering van de huisarts:

- De behandeling van hypercholesterolemie moet gesitueerd te worden binnen een globale aanpak van het cardiovasculaire risico. Verhoogd cholesterol is hier maar een deelaspect van, en toenemende leeftijd of roken hebben een veel grotere invloed op het cardiovasculaire risico dan verhoogde cholesterolspiegels.

- De cardiovasculaire risicoscore van de patiënt kan berekend worden aan de hand van de SCORE-risicotabellen aangepast aan de Belgische situatie.

- Niet-medicamenteuze maatregelen zoals rookstop, gezonde voeding en lichaamsbeweging moeten de basis vormen van de cardiovasculaire preventie. Maar mogen eveneens zeker niet vergeten worden in secundaire preventie. Rookstop bijvoorbeeld leidt tot een grotere risicodaling dan een behandeling met statines.

- In primaire preventie is de mogelijke winst het grootst bij personen met het hoogste cardiovasculaire risico zoals patiënten met diabetes, met chronische nierinsufficiëntie, familiaal vroegtijdig cardiovasculair lijden of met een duidelijk verhoogd globaal cardiovasculair risico, ingeschat met het SCORE-model. Er zijn momenteel geen argumenten om deze systematisch voor te schrijven, zeker niet bij de laagrisicopatiënten in deze groep gezien de absolute winst zo gering is.

Het is de taak van de huisarts om bij elke patiënt het globaal cardiovasculair risico te gaan bepalen om zodoende de cardiovasculaire risicofactoren op een efficiënte manier aan te pakken. Er wordt gestreefd naar een doelbewuste en proactieve aanpak van de huisarts om op die manier de levensstijldeterminanten van de patiënten op te sporen en te behandelen en de therapietrouw van de patiënten aan te sporen en te onderhouden. Met nadruk dienen ook de hoog risicopatiënten geviseerd te worden in deze benadering, de huisarts ziet als eerste de groep van hoog risico patiënten die nog geen symptomen vertonen van een hart- en vaatziekte, en bovenstaande gegevens toonden net dat dit de groep is waarbij we met primaire preventie het grootste voordeel halen.

2. Doel van het onderzoek

Ondanks de richtlijnen vooropgesteld door Domus Medica omtrent het cardiovasculair risicobeheer en de duidelijke rol van de huisarts hierbij als gezondheidscoach, kunnen we tevens uit ons literatuuronderzoek onthouden dat de controle van de risicofactoren zowel in primaire als secundaire preventie suboptimaal is en dat de beoogde streefdoelen van wat betreft de cholesterolwaarden niet worden behaald.

Gezien de maatschappelijke belasting inzake de statine consumptie wordt eveneens de hypothese gesteld dat teveel patiënten met een normaal risico reeds een statine worden aangeboden.

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate het mogelijk is om de richtlijnen in kader van het cardiovasculair risicobeheer (Domus Medica) te implementeren in dagdagelijkse huisartsenpraktijk, meer bepaald toegespitst op de behandeling van hypercholesterolemie en om na te gaan wat de hindernissen zijn die worden ondervonden door de praktiserende artsen.

Concreet leidde dit tot volgende onderzoeksvragen:

- Worden de richtlijnen omtrent globaal cardiovasculair risicobeheer in onze praktijk opgevolgd?
- Worden de risicofactoren op regelmatige basis bevraagd, het cardiovasculair risico berekend en op een duidelijke plaats in het dossier vermeld?
- Kunnen we doormiddel van een steekproef nagaan in hoeverre de risicofactoren/ het cardiovasculair risico wordt genoteerd in het dossier?
- En kunnen we eventueel hoog risico patiënten vinden die niet behandeld zijn voor hypercholesterolemie? Of laag risico patiënten die overbehandeld zijn?
- Wat zijn de voornaamste redenen waarom de richtlijnen niet wordt toegepast?
- Kan het elektronisch medisch dossier (EMD) gebruikt worden voor een beter implementatie van de richtlijnen?
- Wat zijn eventuele tekortkomingen van de richtlijn omtrent cardiovasculair risicobeheer?
- Kunnen we de aanpak nog optimaliseren naar de toekomst toe (zowel binnen de praktijk als op maatschappelijk vlak)?

3. Methode

Aan de hand van een dwarsdoorsnedeonderzoek kregen we inzicht op de kwaliteit van de zorg wat betreft het documenteren van de risicofactoren en het cardiovasculair risico in het EMD en meer specifiek het toepassen van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer. Met behulp van onze HealthOne database werd een steekproef gedaan naar patiënten in de periode van oktober 2014 tot en met januari 2015, waarbij een cholesterolemie van >190mg/dl werd vastgesteld. Zodoende konden we ons toespitsen op een populatiegroep die reeds 1 risico factor had.
Bij die populatie gingen we na of er andere risicofactoren waren en of deze in het dossier duidelijk genoteerd werden. We keken na of het cardiovasculair risico (CVR) berekend werd en als er eventueel een statine werd opgestart. Bij wijze van kwaliteitscontrole gingen we voor deze populatie ook na in welke gevallen een statine zou moeten worden opgestart met behulp van de Domus Medica richtlijnen en de Score Belgium tabellen.

Gezien geen gegevens omtrent de familiale antecedenten van de patiënten werd hiermee geen rekening gehouden, wat globaal gezien een onderschatting kan geven van het CVR.

We pasten de FOCUS-PDCA techniek toe, dit hield in dat we een probleem definieerden en door middel van interviews met de andere artsen in de praktijk we de barrières identificeerden die ons tegenhielden om de richtlijnen toe te passen. Nadien kwamen we samen tot een consensus voor de aanpak van de primaire preventie van hart- en vaatziekten binnen de praktijk, zowel op korte als lange termijn met als einddoel de verbetering van de kwaliteit van de zorg naar de patiënten toe.

Aan de hand van enkele case findings trokken we de lijn open voor een optimalisatie van de implementatie van deze richtlijnen in de dagdagelijkse consultatie van de artsen. We sluiten af met een kwalitatief onderzoek bij wijze van evaluatie van het project en koppelen terug naar de literatuur.

De resultaten werden met behulp van SPSS statistisch geanalyseerd, er werd gebruik gemaakt van Chi-kwadraat testen voor wat betreft de vergelijking naar geslacht, een p-waarde <0,05 werd als significant beschouwd.

4. Resultaten

4.1. Cholesterolemie

In totaal werden bij 110 patiënten een bloedafname uitgevoerd waarbij een totaal cholesterol > 190mg/dl werd gevonden. Het ging om 72 mannen (65,5 %) en 38 vrouwen (34,5 %). 76 patiënten waren 50 jaar of ouder (69 %), de mediane leeftijd bedroeg 57,4 jaar met een standaarddeviatie (SD) van 16,2 %. De oudste patiënt was 90 jaar oud was en de jongste 27. Bij de vrouwen bedroeg de mediane leeftijd 56,4 jaar met een standaarddeviatie van 10,7 jaar. Bij de mannen was de mediane leeftijd 58,2 jaar met een standaarddeviatie van 18,6 jaar. Dit leverde geen significant verschil op (p>0,05).

	Mannen	SD	Vrouwen	SD	p-waarde
Mediane leeftijd (jaar)	58,2	18,6	56,4	16,2	0,50
Mediane waarde totaal cholesterol (mg/dl)	224,2	24,6	215,2	22,5	0,058
Onder behandeling met statine	9		9		0,275

Tabel 1: leeftijd en cholesterolemie, vergelijking naar geslacht

Voor de cholesterolwaarden was de mediane waarde 216 mg/dl met een standaarddeviatie van 24 mg/dl. Als we dit opdelen in functie van geslacht zien we dat bij de vrouwen de mediane waarde op 215,2 was (SD 22,5) en bij de mannen 224,2 (SD 24,6). Dit verschil was net niet significant (p=0,058).

In totaal namen toen reeds 18 patiënten een statine (16,4 %) en werd op het moment van de bloedafname bij geen enkele patiënt een nieuwe statine opgestart. De verdeling naar geslacht toe bedroeg 50-50%, t.t.z. 9 mannen en 9 vrouwen namen reeds een statine. Een man en een vrouw stond onder behandeling met een fibraat. 90 patiënten (83,6%), namen geen statine, dit waren 28 vrouwen (= 73,3 % van alle vrouwen) en 62 mannen (86,1 % van alle mannen). Voor het gebruik van statines en de vergelijking tussen mannen en vrouwen kon geen significant verschil gevonden worden (p>0,05).

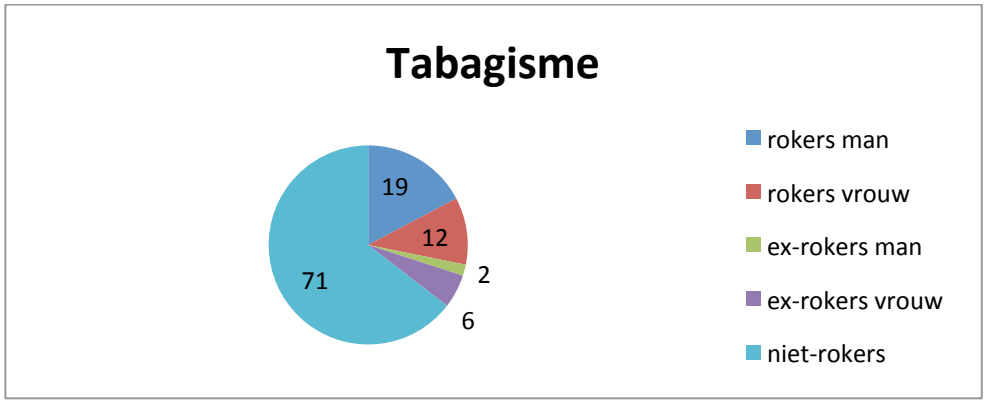
4.2. Andere risicofactoren

Bij 38 patiënten werd ooit een **hoge bloeddruk** vastgesteld en 37 patiënten (33,6 %) stonden reeds onder behandeling met een antihypertensivum. Het cardiovasculair risico was voor geen enkel van de patiënten zichtbaar in het dossier vermeld. Van 38 patiënten waren 24 van het mannelijk geslacht (62,2 %) en namen deze allemaal een bloeddrukverlagend medicament. Bij 14 vrouwen (37,8 %) werd in het verleden een verhoogde bloeddruk vastgesteld en 13 ervan namen medicatie.

Er werd geen significant verschil gevonden tussen man in vrouw voor zowel het bezitten van de risicofactor hypertensie als in de behandeling met hypertensieve medicatie.

Elk van de **elektronisch medische dossiers** (EMD's) van de patiënten van ons dwarsdoorsnede onderzoek werd onder de loep genomen, slechts bij 15 (13,6 %) was de chronische medicatie op de juiste plaats in het dossier ingevuld.

Bij 19 (17,2 %) kon in een van de verslagen worden teruggevonden dat er sprake was van **tabagisme**. Bij nadere bevraging en overlopen van de patiënten met de collega's kon er geconcludeerd worden dat 31 van de totale populatie rookte nog op het moment van het onderzoek (28,4%). Wat betekent dat slechts bij 61,3% van de rokers in het dossier iets kon terug gevonden worden. Een kanttekening hierbij is dat er voor die gegevens moest terug gegaan worden naar verslagen van consultaties al dan niet bij een cardioloog . Het cardiovasculair risico tabagisme werd bij geen enkele patiënt op een duidelijke plaats in het dossier genoteerd.



Tabel 2: taartdiagram rookgedrag onderzoekspopulatie

Als we het rookgedrag tussen mannen en vrouwen vergelijken zien we dat 19 van de 31 rokers mannen waren (61,3 %) en 12 van de rokers vrouw (38,7 %) (zie tabel 2). Dit verschil tussen mannen en vrouwen was significant (p>0,05). In de totale populatie was bij 6 vrouwen sprake van ooit gerookt te hebben ten opzichte van 1 man.

In onze onderzoekspopulatie werden 11 (10 %) patiënten met **diabetes** terug gevonden en 3 (2,7 %) patiënten met pre-diabetes. Van de diabeten waren er 5 vrouw (13,2 % van alle vrouwen) en 6 man (8,3 % van alle mannen), geen significant verschil kon weerhouden worden.

2 van de 3 pre-diabetes patiënten was een man, en één een vrouw.

Als we de groep van diabetes patiënten nog verder analyseren, zien we dat 8 van de 11 patiënten ook hypertensie had (72,8 %). Van die 8 patiënten kreeg iedereen anti-hypertensieve medicatie. Omgekeerd betekent dit dat van de 38 patiënten met hoge bloeddruk 8 patiënten diabetes hadden (21 %). Van de 3 pre-diabeten had 1 persoon hypertensie en werd hiervoor behandeld. Van de 11 diabetes patiënten rookten er 2 (18,2 %) en hadden er 2 in het verleden gerookt.

2 van de 3 pre-diabeten rookten. We vonden dat 6 van de 11 patiënten reeds een statine nam (54,5 %), van de 3 pre-diabeten nam geen enkele patiënt een statine. Van de niet diabeten namen er 12 patiënten een statine (12,5 %), wat een significant verschil oplevert tussen deze groepen (p<0,05).

Gegevens over familiale voorgeschiedenis ontbraken in het dossier, slechts bij 6 patiënten (5 %) kon in verslagen iets van informatie teruggevonden: 2 van de 6 hadden met zekerheid een positieve familiale voorgeschiedenis en 4 van de 6 hadden met zekerheid geen familiale antecedenten.

4.3. Cardiovasculair risico

Op basis van leeftijd, geslacht, tabagisme en cholesterol kon het CVR voor elke patiënt worden berekend. Gezien over de familiale antecedenten te weinig gekend was, werd hier geen rekening mee gehouden. 60 patiënten (38,3 %) hadden een normaal risico , 27 (45 %) een verhoogd risico (≥ 5% CVR) en 23 patiënten (16,7 %) een hoog risico (≥10 % CVR). 23 patiënten hadden een hoog risico. Voor 12 van hen werd een hoog risico berekend, 11 ervan behoorden reeds tot deze groep omwille van het feit dat ze diabetes hadden.

De groep telde 14 mannen (60,8 %) en 9 vrouwen (39,1 %) (geen significant verschil; p=0,206). In de groep met een verhoogd risico (≥ 5 % CVR) zag de verdeling er als volgt uit: 11 vrouwen en 16 mannen, respectievelijk 35,3% ten opzichte van 64,7 %.

Als we kijken naar de groep met een laag risico, tellen we 18 vrouwen ten opzichte van 42 mannen, wat goed is voor een vergelijkbare verdeling van 30 % vrouwen en 70 % mannen. Hier kon opnieuw geen significante verschillen op basis van geslacht gevonden worden.

Van de 11 diabetes patiënten nam slechts 6 een statine (54,5 %) en behaalden deze niet de streefwaarde van <175 mg/dl totale cholesterol (op het moment van onderzoek zelfs niet <190 mg/dl). De andere 5 diabetes patiënten hadden een totaal cholesterol van > 190 mg/dl en stonden niet onder een statine.

Na evaluatie van het CVR zouden bij 34 patiënten (30,9 %) volgens de richtlijnen een statine moeten worden opgestart, 13 van deze patiënten behoorden tot de hoog risico groep (38,2 %) de overige 21 (61,8%) tot de groep met verhoogd risico (≥5 % CVR).
Van deze 34 patiënten waren 22 patiënten man (64,7 %) en 12 vrouw (35,3 %).

Omgekeerd betekent dit dat 13 van de 23 patiënten met CVR ≥10 % niet behandeld was (56,6 %) of meer dan 1 op 2 van de hoog risico groep niet correct behandeld werd. Voor de groep met CVR ≥ 5 % kwam dit op zelfs 21 van de van 27 patiënten (77,7 %).

Wat betekent dat 2 op 3 van deze groep niet correct werd behandeld. Desalniettemin stonden 12 van de 60 patiënten (20 %) met een normaal risico onder behandeling met een statine (1 op 5 in onze populatie).

5. Bespreking resultaten naar aanloop van project

Uit bovenstaande resultaten kunnen we besluiten dat voor onze populatie de afzonderlijke risicofactoren bij geen enkele patiënt op een duidelijke plaats in het dossier vermeld stond. Hetgeen er voor zorgt dat het berekenen van het CVR bemoeilijkt wordt.
De waarde van het CVR was ook bij geen enkele van onze patiënten vermeld, wat de vraag doet reizen of de indicatie stelling voor de opstart van een statine op een juiste manier is gebeurd. Bovenstaande gegevens wijzen erop dat de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer onvoldoende worden toe gepast.

1 op 2 van de hoog risico groep was onderbehandeld, tevens kon bij 2 op 3 van de patiënten met een verhoogd risico een statine worden opgestart.

1 op 5 van de patiënten met een normaal risico kreeg in het verleden onterecht een statine aangeboden.
Na evaluatie van deze resultaten verdienen 2 subgroepen extra aandacht. Een belangrijke subgroep van onze onderzoekspopulatie wordt gevormd door onze diabetes patiënten, daar bleek geen enkel van de 11 patiënten de streefwaarden voor cholesterol te behalen en namen slechts 6 patiënten een statine.

De andere groep waren de rokers. 28,7% van de onderzoekspopulatie rookte, wat grofweg wil zeggen 1 op 3 patiënten. Gezien rookgedrag een hoger risico met zicht meebrengt dan louter de cholesterolwaarde op zich, zullen we in ieder geval meer aandacht moeten schenken aan de proactieve aanpak van rookstopadvies en –begeleiding. Opvallend was wel dat 37 van de 38 met een verhoogde bloeddruk een bloeddrukverlagend medicament nam. En dat we kunnen stellen dat de bloeddruk als zijnde risicofactor voor onze onderzoekspopulatie goed opgevolgd werd.

6. Focus – PDCA

Aan de hand van een focus-PDCA (plan, do, clarify, act) techniek konden we met volgende resultaten verder werken: we wilden het probleem verder uitdiepen, kijken welke hindernissen we waren tegengekomen in het toepassen van de richtlijnen en naar de toekomst toe een plan uitbouwen om de kwaliteit van onze zorg te verbeteren.

- ✓ **Find a process to improve**

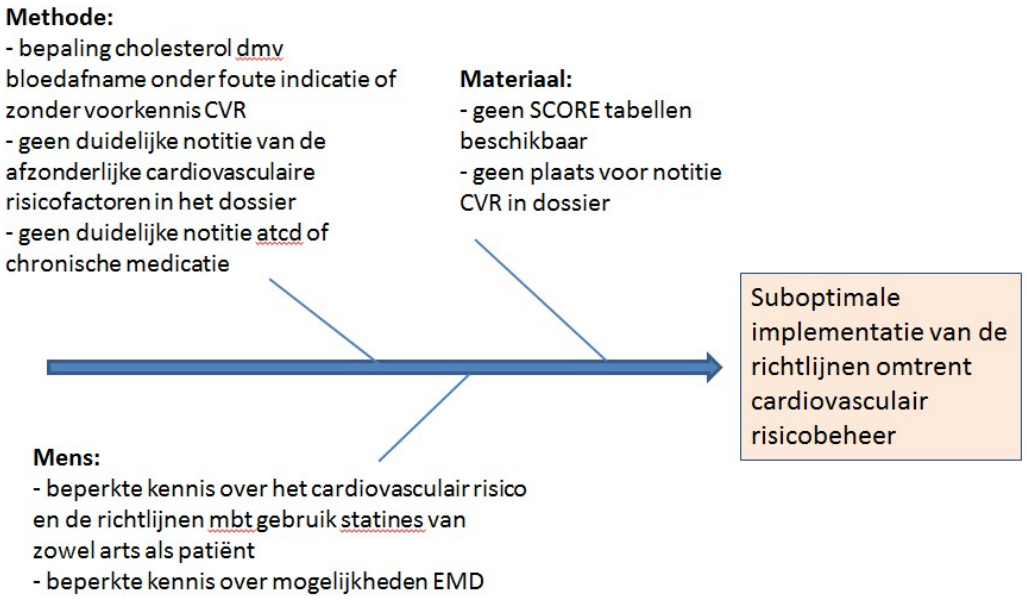
  We willen een betere implementatie van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risico (CVR) beheer binnen onze praktijk.

- ✓ **Organize an effort to work on improvement**

  De eerste stap naar een kwaliteitsbevordering toe, is het erkennen van het probleem, kijken waarom het probleem tot stand gekomen is en een brainstorming voeren over hoe het beter kan en wat de verwachte hindernissen zijn die we zullen tegenkomen. Dit deden we aan de hand van enkele praktijkvergaderingen.

- ✓ **Clarify current knowledge of the process**

  Om dit gestructureerd te kunnen aanpakken werd in de eerste vergadering een visgraat analyse gemaakt van de mogelijke oorzaken die er toe bijdroegen waarom de richtlijnen niet werden geïmplementeerd (zie figuur 1).



Figuur 1: visgraatanalyse over de suboptimale implementatie van de richtlijnen

Als eerste stap voor de optimalisatie van de aanpak werd gekozen voor de sensibilisatie van alle artsen binnen de praktijk omtrent de richtlijnen in een vervolg praktijkvergadering. Meteen werden ook enkele pijnpunten aangekaart: ons elektronisch medisch dossier is onvolledig waardoor noch de chronische medicatie, noch de antecedenten (ATCD), noch de afzonderlijke CV risicofactoren duidelijk in het dossier vermeld stonden. Deels heeft dit te maken met een te hoge werkbelasting in de praktijk maar ook met een beperkte kennis wat betreft het elektronisch medisch dossier anderzijds. Samen met de collega artsen binnen de praktijk werd nog eens overlopen hoe we de chronische medicatielijst moesten aanvullen, de ATCD op de juiste plaats dienden in te brengen, het CVR berekenden en waar we deze opties konden terugvinden in het EMD.

✓ **Understand process variation and capability**

Voor de implementatie van de richtlijnen omtrent het CVR beheer moeten de risico factoren van de patiënten gekend zijn (A,B,C,D,E,F ; zie inleiding). Uit onze steekproef werd duidelijk dat bij geen enkele patiënt de familiale voorgeschiedenis gekend was (F) en dat bij slechts 1 op 16 rokers in het dossier stond dat ze rookten (C). We kunnen dus besluiten dat we als eerstelijnsarts niet enkel de tijd moeten nemen om het dossier van onze patiënten te vervolledigen maar bij elke preventieve consultatie eveneens de tijd moeten nemen om deze afzonderlijke risicofactoren te bevragen, te noteren en opnieuw te controleren op regelmatige basis.

✓ **Select a strategy for continued improvement**

Dit leidde tot het kunnen opstellen van enkele concrete doelen en afspraken binnen de praktijk op zowel korte als lange termijn.

Op kort termijn:

- De patiënten dossiers van de steekproefpopulatie wordt aangevuld.
- De patiënten van de steekproef die in aanmerking komen voor de opstart van een statine worden via een telefonisch gesprek opgeroepen voor een opvolgconsultatie.
- Tevens worden de patiënten die roken per brief op de hoogte gebracht van hun cardiovasculair risico en op de hoogte gebracht van de gevaren van roken en de mogelijkheid tot begeleiding van een rookstop binnen de praktijk (persoonlijke sensibilisatie).

Op lange termijn:

- Bij alle patiënten tussen de leeftijd van 50 tot 75 die komen voor een preventieve bloedafname moet het dossier worden aangevuld: chronische medicatie, atcd (zowel persoonlijk als familiaal), rook- en drinkgedrag moeten vermeld staan.
- Dit zal tevens ook de opportuniteit met zich meebrengen om leefstijladvies te geven omtrent roken, voeding en beweging en eventueel aan intensieve rookstopbegeleiding te gaan doen.
- Bij alle patiënten dient het CVR berekend te worden en hierover dient informatie gegeven te worden naar de patiënt toe.
- Infofolders omtrent preventieve consultaties zullen in de wachtzaal liggen om zodoende ook de patiënten te sensibiliseren.
- Bij elke bloedafname moet over het nut van het bepalen van cholesterolemie nagedacht worden, zal het bepalen ervan leiden tot een therapeutische interventie? Enkel indien het antwoord op deze vraag ja is, dient de cholesterol bepaald te worden.

7. Enkele case findings ter illustratie

Lange termijn resultaten leverden deze studie voorlopig nog niet op naar kwaliteitsbevordering toe. Hieronder reeds enkele voorbeelden van de patiënten die ik zelf opvolgde, een statine startte of een wijziging in levensstijl induceerde om zodoende het cardiovasculair risico van de patiënt te reduceren.

Leeftijd	Geslacht	AHT	Tabagisme	DB	Pers/ fATCD	Totaal cholesterol (mg/dl)	CVR	Evolutie
56	M	neen	ja	neen	neen/ neen	352	7%	Levensstijlaanpassingen: beweging, rookstop, dieet start statine, controle cholesterol 178 mee
51	V	neen	neen	ja	neen/ neen	275	>10 %	Nieuwe diagnose diabetes, start metformine, statine, na 2m HbA1C 6,9% en cholesterol 180
61	M	neen	ja	neen	neen/ neen	218	6%	Levensstijlaanpassingen: rookstop, beweging en dieet, statine en asaflow werden opgestart ikv. arteriële insufficiëntie (+ingreep), controle totaal cholesterol 169
68	M	ja	neen	neen	neen/ neen	226	8%	Levensstijlaanpassingen: beweging, dieet, was reeds behandeld voor AHT, goede controle, start statine, niet meer terug gekomen voor controle bloedafname
58	M	neen	Neen	ja	neen/ neen	248	>10 %	Diabetes goed gecontroleerd, doch motivatie levensstijlaanpassingen, start statine, controle cholesterol 192
51	V	ja	neen	neen	neen/ ja	233	1,5%	Uitleg, gezien positieve familiale anamnese motivatie dieet, verder AHT medicatie
62	V	neen	neen	neen	neen/ neen	278	3%	Uitleg, levensstijlaanpassingen: beweging, dieet
77	M	ja	neen	neen	neen/ neen	248	>10 %	Levensstijl voor deze pt = ok, opstart statine, controle cholesterol 196
83	V	neen	neen	neen	neen/ neen	239	6%	Gezien leeftijd en beperkt risico geen start statine

Tabel 3: case findings preventieve consultatie CVR

Bovenstaande patiënten meldden zich allemaal aan voor een controle bloedafname ter preventie, de gelegenheid deed zich voor om de tijd te nemen voor een preventief consult, waarbij het EMD van bovenstaande patiënten in orde werd gebracht wat betreft de risicofactoren: persoonlijke en familiale antecedenten, tabagisme en het CVR werd genoteerd in het dossier. Aan elke patiënt werd uitleg gegeven omtrent zijn cardiovasculair risico en de desbetreffende risicofactoren. De score tabellen werden bij het consult gebruikt ter illustratie. Voor de patiënten werd een follow up voorzien na 3 maand (1 van de 9 patiënten daagde niet op), na 2 maand (voor de 2 diabetes patiënten) of er werd geen follow up voorzien op korte termijn (voor de patiënten met een laag risico). Aan deze laatste groep werd de keuze gegeven voor eventuele opvolging in kader van levensstijlaanpassingen zoals dieet. De 2 patiënten die een rookstop overwogen, werden 1 week na het oorspronkelijk consult gezien. De ene patiënt stopte zonder

hulpmiddelen en kwam enkel na 3 maand terug voor een controle bloedafname (nu 5 maand gestopt), de andere patiënt kwam op 2 wekelijkse controle (gezien ook arterieel lijden met doorverwijzing) en stopte met behulp van Champix.

8. Evaluatie project en aandachtspunten

Het project werd in de praktijk goed ontvangen en na een periode van 4 maand konden we reeds een positieve evolutie merken in kader van de opvolging van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer. Met dit project werd de eerste stap gezet naar een hervorming van de aanpak binnen de praktijk die noodzakelijk is om zodoende een betere zorg te bieden naar primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen toe.

Na afloop werd tot op heden bij 119 patiënten de patiëntendossiers aangevuld wat betreft de afzonderlijke risicofactoren en het CVR. De 34 patiënten die in aanmerking kwamen voor het starten van een therapie (statine), werden gecontacteerd voor een vervolgafspraak. De 31 rokers van de onderzoekspopulatie werden per brief geïnformeerd en gesensibiliseerd over rookstop en CVR (bijlage 2). Bij 6 patiënten werd een statine gestart, bij 1 patiënt metformine. Bij 2 patiënten werd een rookstop bekomen van tot nu toe respectievelijk 3 en 5 maand.

Opvallend was ook dat tot op heden geen gebruik werd gemaakt van het GMD plus in deze praktijk en dat we na de evaluatie van het project met de artsen tot het inzicht zijn gekomen dat mochten we gebruik maken van het GMD plus, automatisch ook meer tijd zou voorzien worden voor de primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Interessant zou zijn om patiënten aan de hand van folders op de hoogte te brengen over het bestaan van GMD plus.

Voor de opvolging van diabetes patiënten werd tot op heden in de praktijk te weinig gebruik gemaakt van diabetespas of het zorgtraject diabetes. Dit valt echter uit het bestek van ons onderzoek, maar dient genoteerd te worden als aandachtspunt.

De moeilijkheden voor het uitvoeren van dit project konden we vinden bij het feit dat de werkbelasting in de praktijk zo hoog was zodat het voor de artsen niet altijd gemakkelijk was om veel tijd uit te rekken per patiënt naar berekening van het CVR toe en om het EMD op orde te zetten. Tevens ondervonden de artsen dat er wat weerstand was bij de patiënten voor de opstart van statines, voornamelijk door negatieve ervaringen die ze hoorden van andere mensen zoals spierpijn of het feit dat ze al veel medicatie namen.

Gezien de beperkte tijd en de werkdruk werden de afspraken van de opgeroepen patiënten voorzien op een moment na afloop van dit project. Verder zijn deze hindernissen specifiek voor deze praktijk en kunnen ze niet met zekerheid door getrokken worden naar alle huisartsenpraktijken.

9. Besluit

Als algemeen besluit kunnen we stellen dat het wel mogelijk is de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer te gaan toepassen in de praktijk. Maar dat het om een inspanning van de huisarts vraagt, niet alleen naar tijdsmanagement toe maar ook naar organisatie. En dat is in tijden van hoge werkbelasting niet altijd evident.

Idealiter wordt per patiënt een preventieconsult ingelast (GMD plus) om op een gestructureerde manier te werk te gaan. Noodzakelijk is een volledig en up to date EMD waarbij alle risicofactoren op tijd en stond bevraagd en aangevuld worden.

Met het dwarsdoorsnede onderzoek konden we besluiten dat voor onze populatie zowel de afzonderlijke risicofactoren als het CVR bij geen enkele patiënt op een duidelijke plaats in het dossier vermeld stond. Dit is een van de redenen waarom het moeilijk was voor de artsen om de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer voldoende toe te passen.

1 op 2 van de hoog risico groep was onderbehandeld. Bij 2 op 3 van de patiënten met een verhoogd risico kon een statine worden opgestart. 1 op 5 van de patiënten met een normaal risico kreeg in het verleden onterecht een statine aangeboden. De bloeddruk als zijnde risicofactor voor onze onderzoekspopulatie werd goed opgevolgd.

2 subgroepen van patiënten die het hoogste cardiovasculair risico hadden zouden extra aandacht moeten krijgen binnen de praktijk: namelijk de diabetespatiënten en de rokers. De diabetes patiënten dienen strikter te worden opgevolgd en hun andere risicofactoren moeten worden aangepakt. Gezien rookgedrag een hoger risico met zicht meebrengt dan louter de cholesterolwaarde op zich, moet met een proactieve aanpak, rookstopadvies en -begeleiding op gang worden gezet. De patiënten die als rokers werden geïdentificeerd in ons onderzoek werden per brief op de hoogte gebracht van hun cardiovasculair risico en op de hoogte gebracht van de gevaren van roken en de mogelijkheid tot begeleiding van een rookstop binnen de praktijk. De patiënten van de steekproef die in aanmerking komen voor de opstart van een statine werden via een telefonisch gesprek opgeroepen voor een opvolgconsultatie.

Het project leidde tot een beter inzicht in de moeilijkheden die het opvolgen van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer met zich meebrengen binnen de praktijk. We zijn er in geslaagd om enkele problemen te identificeren zoals de werkbelasting van de artsen, een beperkte knowhow van het EMD en het ontbreken van een consensus omtrent de richtlijnen in de praktijk. Door middel van praktijkvergaderingen konden we tot een consensus komen in de aanpak van cardiovasculaire preventie binnen de praktijk: als eerste stap dienen de risicofactoren (opnieuw) bevraagd te worden bij elke preventieve consultatie voor de patiënten tussen 50 en 75 jaar oud. Hiervoor kan beroep gedaan worden op het GMD plus. De artsen binnen de praktijk werden bijgeschoold wat betreft het gebruik van het EMD voor een optimalisatie van het gebruik en terugvinden van gegevens.

Op korte termijn zagen we reeds een positieve invloed van deze duidelijke afspraken: er werd meer aandacht besteed aan cardiovasculaire preventie en aan de invulling van het EMD.

We moeten tijd investeren om de organisatie en de management omtrent primaire preventie te optimaliseren willen we de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer op een goede manier kunnen implementeren.

Als eindbesluit kunnen we stellen dat met dit onderzoek de eerste stappen gezet werden naar een betere cardiale preventie in de praktijk. Dat dit project lopende is en de positieve gevolgen zowel op korte als zeker ook op lange termijn zullen gelden.

10. Toekomstperspectieven

Binnen de praktijk zal met deze gegevens en afspraken rekening gehouden worden om de zorgkwaliteit aan te houden op lange termijn.

Er zijn heel wat verbeterpunten op vlak van organisatie en management binnen de praktijk (zoals het optimaal gebruik van het EMD) die het werk van de collega artsen zou kunnen vergemakkelijken.

Deze bevindingen zijn echter ook te veralgemenen. Wanneer we enkele recente KCE rapporten lezen, onder meer deze van chronische zorg en cardiale zorgnetwerken, zien we dat managing van de zorg brandend actueel is en er één rode draad kan gevonden worden: er is nood aan hervorming van de eerstelijnszorg.
Door de stijgende werkbelasting moeten patiënten in sommige gevallen inboeten op kwaliteit van de zorg, dit valt naar de toekomst op te lossen door een betere managing van de zorg, t.t.z. het beter delegeren van de taken die vroeger op de schouders van de huisarts terecht kwamen, alsook door een betere gestructureerde zorg. Met een zorgnetwerk wordt het uitbouwen van een netwerk rond een bepaalde chronische pathologie (vb. cardiale zorg) bedoeld, om zodoende patiënten zowel multidisciplinair als volgens een vooropgesteld protocol te gaan opvolgen.

We dienen meer aan patiëntempowerment te doen, dit houdt in dat we afstappen van de paternalistische aanpak en meer verantwoordelijkheid gaan leggen bij de patiënt zelf. Hiervoor dient de patiënt uiteraard eerst voldoende geïnformeerd en gesensibiliseerd te zijn.

Onderzoeken zijn lopende naar hervorming van de eerste lijn met behulp van extra personeel waardoor taken van de huisarts kunnen gedelegeerd worden. Een casemanager of een advanced practice nurse zijn termen die meer en meer opduiken in deze onderzoeken. Ze zouden de zorg moeten stroomlijnen en de werkbelasting van de huisarts moeten minderen. Met case management wordt eigenlijk een uitgewerkt en multidisciplinair zorgplan bedoeld, er moet iemand zijn die instaat voor de opvolging van de patiënten met complexe chronische pathologie en die de verschillende zorgverleners met elkaar in contact brengt. Een advanced practice nurse is dan weer een opgeleide persoon die zich in de praktijk bevindt en speciaal werd opgeleid voor bijvoorbeeld bloedafnames en wondzorg maar tevens ook het bevragen van de risicofactoren en het aanvullen van het EMD.

Een extrapolatie van huidig onderzoek op grote schaal zou eventueel nieuwe inzichten aan het licht kunnen brengen wat betreft de noden binnen de eerstelijns geneeskunde voor een optimalisatie van de implementatie van de richtlijnen omtrent de preventie van cardiovasculaire aandoeningen. In de literatuur werd een studie gevonden toegepast op grotere schaal in Nederland, dewelke de implementatie van cardio-metabolische gezondheidsevaluaties nagaat in de huisartsen zorg, hoewel zowel de patiënten als de artsen enthousiast waren over een globale en grootschalig preventieprogramma in plaats van case-finding, leken ze op vergelijkbare hindernissen te stoten als bij ons onderzoek: er waren problemen met de communicatie van de resultaten naar de patiënten toe en er was geen afgesproken protocol voor preventie en follow-up beschikbaar [14].

We kunnen stellen dat een stijgende werkbelasting de algemene trend is die wordt gezien binnen de huisartsenpraktijken en willen we de kwaliteit van de eerstelijnszorg hoog houden dan dient er uitgekeken te worden naar oplossingen en alternatieven voor een betere organisatie en delegatie van die eerste lijn.

Dankwoord

Tot slot nog een dankwoord aan iedereen die geholpen heeft om deze masterproef te kunnen realiseren en het project tot een goed einde te brengen.

Aan mijn promotor Prof. Dr. Devroey Dirk voor de hulp en ondersteuning.

Aan mijn collega en praktijkopleider Dr. Brouillard Marianne en collega Dr. De Paepe Elsie voor de medewerking in het project en de ondersteuning gedurende mijn 2 haio-opleidingsjaren.

Referenties

1. *Capet F, Van Oyen H. Ischemische hartaandoeningen. Huidige toestand en aanbreng voor een gezondheidsbeleid. Brussel IPH/EPI Reports, 2001-014*
2. *Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Sterfte door ziekten van het hart- en vaatstelsel [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 10/02/2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/*
3. *Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Cijfers over doodsoorzaken [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [geraadpleegd op 10/02/2013], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/*
4. *http://www.intego.be/ (laatst geraadpleegd 02 mei 2013) Intego 1994-2010.*
5. *http://www.BCFI.be*
6. *http://www.domusmedica.be/ Richtlijnen, Globaal vasculair risicobeheer (laatst geraadpleegd april 2015)*
7. *De Henauw S, De Bacquer D, de Smet P, Kornitzer M, De Backer G. Trends and regional differences in coronary risk factors in two areas in Belgium: final results from the MONICA Ghent-Charleroi Study. J Cardiovasc Risk 2000;7(5):347-57.*
8. *Lancet 2012; 380: 581-90 (doi:10.1016/S0140-6736(12)60367-5) met editoriaal : 545-7(doi:10.1016/S0140-6736(12)60694-1)]*
9. *http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5260&CRF=18220*
10. *NHG standaarden, cardiovasculair risicobeheer*
11. *RIZIV, Juryrapport consensus vergadering rationeel voorschrijven hypolipimiërende geneesmiddelen 2014*
12. *Lancet 2010; 376: 1670-81 , met editoriaal : 1622-4*
13. *Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur J Prev Cardiol. 2015 Feb 16.*
14. *Godefrooij et al, Implementing cardiometabolic health checks in general practic: a qualitive process evaluation, BMC family practice 2014*

Bijlage

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 30-04-2014

Ons Kenmerk: **2014/116**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft :
Implementatie van de domus medica richtlijn met betrekking tot het cardiovasculair risico beheer en de aanpak van hypercholesterolemie
B.U.N. 143201420785

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **30 april 2014**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL