

# Integrale cardiometabole zorg als ketenzorgprogramma

Carline van den Dries, Sander van Doorn, Frans Rutten, Geert-Jan Geersing

**Atriumfibrilleren (AF) is geen geïsoleerde hartritmestoornis, maar een signaal van cardiometabole veroudering. Een integraal zorgprogramma, georganiseerd vanuit de huisartsenpraktijk, blijkt de algehele sterfte onder oudere patiënten met AF aanmerkelijk te verlagen. Een apart ‘ketenzorgprogramma AF’ boven op de reeds bestaande ketenzorgprogramma’s voor diabetes, CVRM en COPD is echter niet wenselijk, gezien de onderlinge verwevenheid van al deze chronisch progressieve cardiometabole ziekten. De auteurs pleiten daarom voor een overkoepelend ketenzorgprogramma ‘integrale cardiometabole zorg’.**

Elke huisarts kent de oudere, vaak kwetsbare patiënt met ‘stabiel’ atriumfibrilleren (AF) die wordt terugverwezen door de cardioloog. Omdat de prevalentie van AF stijgt, zien huisartsen deze patiënten steeds vaker.<sup>1</sup> De controle is echter niet goed geregeld: een aanzienlijk deel van de patiënten in kwestie is niet goed in beeld bij een POH, huisarts of cardioloog. Uit ALL-IN, een groot, door ons uitgevoerd onderzoek onder AF-patiënten bleek dat slechts ongeveer de helft een bestaand ketenzorgprogramma volgde vanwege een comorbiditeit zoals hypertensie, COPD of diabetes type 2 (ongepubliceerde data).<sup>5</sup> De controles in die ketenzorgprogramma’s zijn bovendien niet specifiek gericht op AF en sinds de komst van de directe orale anticoagulantia (DOAC’s) controleert ook de trombosedienst niet meer alle patiënten. Net als de patiënten in de ketenzorgprogramma’s diabetes, COPD en CVRM hebben patiënten met AF een verhoogd risico

op hartfalen. Door het specifieke klachtenpatroon blijft de geleidelijke ontwikkeling van hartfalen echter vaak onopgemerkt.<sup>2-4</sup> ALL-IN wees uit dat een integrale, proactieve aanpak met aandacht voor vroegdetectie van comorbiditeit, zoals hartfalen, de levensverwachting kan verbeteren.<sup>5</sup> Het lijkt ons daarom een goed idee om de langzaam ontstane ‘verzuiling’ tussen de individuele ketenzorgprogramma’s te doorbreken en te komen tot een overkoepelend, risicogestuurd ketenzorgprogramma ‘integrale cardiometabole zorg’, met meer aandacht voor de elkaar overlappende cardiovasculaire risico’s.

## INTEGRALE ZORG WERKT

Voor ons onderzoek randomiseerden we 26 huisartsenpraktijken in de regio’s Zwolle, Hardenberg en Deventer naar integrale zorg dan wel gebruikelijke zorg voor 65-plussers met AF. De integrale zorg bestond uit 4 controles per jaar (waarvan 3 door een getrainde POH-somatiek en 1 door de huisarts) waarin leefstijl, comorbiditeit, hartfrequentie en tekenen van hartfalen werden nagegaan. In nauwe samenwerking met cardioloog en trombosedienst werd ook de antistolling gecontroleerd (INR bij gebruik van een vitamine K-antagonist; nierfunctie en therapietrouw bij gebruik van een DOAC). De gebruikelijke zorg verschilde per deelnemer, maar bijna de helft werd niet routinematig gecontroleerd door een POH. De [infographic] vat de belangrijkste resultaten samen; voor een uitgebreide beschouwing verwijzen we naar de oorspronkelijke publicaties.<sup>5,6</sup>

De belangrijkste conclusie van het ALL-IN onderzoek was dat vooral de niet-cardiovasculaire sterfte bij integrale zorg significant lager was. Een verklaring is de sterke relatie tussen cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire doodsoorzaken: iemand met slecht ingesteld AF en onbe-



Patiënten met atriumfibrilleren hebben baat bij een integraal zorgprogramma met regelmatige controles in de huisartsenpraktijk.

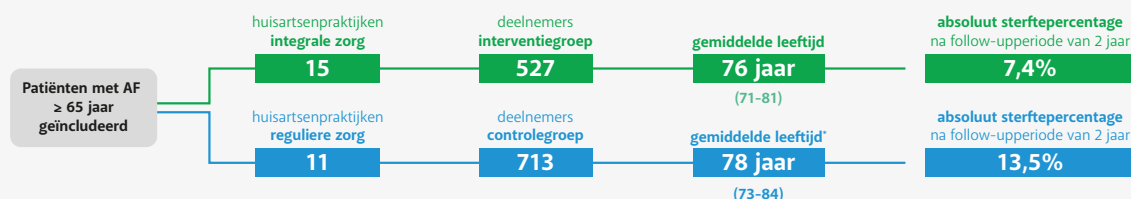
Foto: ANP

## Kernpunten onderzoek

# Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren (AF)

## Is toepassing in de huisartsenpraktijk veilig?

### Onderzoeksopzet



\* Statistisch significant verschil tussen de patiënten die integrale en reguliere zorg kregen

### Forestplot van de onderzoeksresultaten

primaire uitkomstmaat	integrale zorg*	reguliere zorg*	relatief risico** (95%-BI)	ten gunste van integrale zorg	ten gunste van reguliere zorg
sterfte ongeacht de oorzaak	3,45 (39)	6,72 (96)	0,55 (0,37-0,82)	■	
<b>secundaire uitkomstmaat</b>					
sterfte door cardiovasculaire oorzaak	1,86 (21)	3,22 (46)	0,63 (0,37-1,06)	■	
sterfte door niet-cardiovasculaire oorzaak	1,59 (18)	3,50 (50)	0,47 (0,27-0,82)	■	
MACE***	4,76 (50)	4,59 (62)	0,90 (0,62-1,32)		■
herseneninfarcten	1,35 (15)	1,28 (18)	1,19 (0,60-2,39)		■
ernstige bloedingen	2,54 (28)	2,01 (28)	1,36 (0,70-2,62)		■
ziekenhuisopnames	28,72 (323)	32,91 (466)	0,84 (0,69-1,03)	■	
door cardiovasculaire oorzaak	9,25 (104)	10,95 (155)	0,86 (0,60-1,22)	■	
door niet-cardiovasculaire oorzaak	19,48 (219)	21,97 (311)	0,83 (0,66-1,05)	■	
niet-ernstige bloedingen	16,90 (190)	17,37 (246)	0,99 (0,80-1,23)	■	

\* Incidentie per 100 persoonsjaren (n)

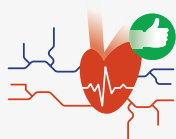
\*\* Hazardratio's (behalve bij ziekenhuisopnames en niet-ernstige bloedingen; dan incidentieratio's), gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, kwetsbaarheid en clustering

\*\*\* Major Adverse Cardiac Events

### Kernpunten



Atriumfibrilleren gaat voornamelijk bij ouderen veelal gepaard met cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire **multimorbiditeit**, wat vraagt om een **generalistische benadering**.



Eerdere onderzoeken lieten zien dat integrale zorg op gespecialiseerde poli's leidt tot **minder sterfte en ziekenhuisopnames door een cardiovasculaire oorzaak**.



Integrale zorg kan ook veilig in de huisartsenpraktijk worden georganiseerd en kan leiden tot een **sterftereductie van 45% in vergelijking met reguliere zorg**.



Deze **sterftereductie was het grootst** voor sterfte door een **niet-cardiovasculaire oorzaak**, wat het belang van een integrale benadering duidelijk maakt.

#### Meer informatie

Deze infographic toont de kernpunten uit het artikel 'Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren'.

Zie voor het volledige artikel:

Van den Dries C, Van Doorn S, Rutten F, Oudega R, Van de Leur S, Elvan A., et al. Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren. Ned Tijdschr Geneesk 2020;164:D5054.

*Voor deze verkorte, visuele weergave hebben auteurs en uitgever toestemming verleend.*

handeld hartfalen zal sneller overlijden aan bijvoorbeeld een pneumonie dan iemand bij wie het AF goed onder controle is en het hartfalen adequaat behandeld wordt. Ook kregen de patiënten in de interventiearm extra zorg en waren ze dus beter in beeld dan de controlegroep.

### **HET AF-MULTIMORBIDITEITSCUSTER VRAAGT OM DEFRAGMENTATIE**

De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat AF meer is dan alleen een hartritme probleem. Het is een uiting van veroudering van het hart en onderhevig aan een complex samenspel van cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire aandoeningen. Analoot aan het cluster van aandoeningen rondom diabetes type 2 – obesitas, retinopathie, nefropathie, neuropathie, cardiovasculaire complicaties – kun je ook bij AF spreken van een cluster van aandoeningen, deels als rechtstreeks gevolg van AF en deels door gemeenschappelijke risicofactoren. Dit ‘multimorbiditeitscluster’ bij AF omvat beroerte, vasculaire demantie, hartfalen, nierziekte, obesitas, hypertensie, slaapapneu, vaatlijden, diabetes mellitus, inflammatoire en infectieuze processen, en kwetsbaarheid.<sup>7</sup> Het ligt voor de hand de behandeling te richten op dit hele cluster en niet alleen op het hartritme. AF leent zich dan ook bij uitstek voor integrale zorg: de verleende zorg moet ‘op maat’ zijn, individueel, risicogestuurd en vooral gedefragmenteerd.<sup>8</sup>

Voor defragmentatie van zorg is een eerste vereiste dat de vaak talrijke, betrokken zorgverleners intensiever samenwerken. Patiënten, en al helemaal die met multimorbiditeit, bevinden zich niet in de eerste óf in de tweede lijn. Ze zijn voornamelijk thuis, dus een vast en laagdrempelig aanspreekpunt dichtbij, in de vorm van een (vaste) huisarts en een breed geschoolde POH, moet het uitgangspunt zijn. In de praktijk hebben POH, huisarts, specialist, apotheek, mantelzorg, thuiszorg, wijkteam, maatschappelijk werk en andere paramedische disciplines vaak al korte lijnen, maar die kunnen nog steviger. In ons onderzoek ontstonden er daarnaast ook kortere lijnen met de trombosedienst en de AF-verpleegkundigen in het ziekenhuis. Bij complexe vragen zijn meekijkconsulten en andere vormen van *shared care* tussen specialist en huisarts een veelbelovende mogelijkheid.<sup>9</sup> Eigenlijk is het vreemd dat een cardioloog de jaarlijkse controle doet bij AF-patiënten, terwijl een huisarts of POH deze controle ook zou kunnen uitvoeren.

### **EEN OVERKOEPELEND KETENZORGPROGRAMMA ‘INTEGRALE CARDIOMETABOLE ZORG’**

Als je de zorg wilt defragmenteren, moet je ook denken aan de integratie van afzonderlijke ketenzorgprogramma's. Het ligt voor de hand patiënten met AF te laten aansluiten bij het CVRM-ketenzorgprogramma, maar dan zou de brede benadering van zowel cardiale als niet-cardiale comorbiditeit (het ‘AF-multimorbiditeitscluster’) te weinig aandacht krijgen. Anderzijds zou een apart AF-ketenzorgprogramma de fragmentatie tussen de verschillende ketenprogramma's juist versterken.

Het ALL-IN-onderzoek levert geen volledige onderbouwing,

maar naar onze mening zou er als vervolg op de onderzochte interventie een overkoepelend ketenzorgprogramma ‘integrale cardiometabole zorg’ moeten komen. Daarin zouden in ieder geval patiënten met diabetes type 2, hypertensie, coronaire hartziekte, hartfalen en AF thuishoren. Maar ook patiënten met COPD kunnen deelnemen, want cardiovasculaire aandoeningen komen bij COPD veel voor en hartfalen kan ten onrechte worden aangezien voor COPD doordat overvulling zorgt voor een obstructief beeld bij spirometrie.<sup>3,10</sup> De gemeenschappelijke deler in dit overkoepelende ketenzorgprogramma zou dan zijn ‘cardiovasculaire en metabole zorg’. Deze visie sluit aan bij het *Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen* van InEen, dat tevens pleit voor een persoonsgerichte aanpak.<sup>11</sup> Als je de controlefrequentie van stabiele patiënten kunt verlagen, komt er tijd vrij voor de begeleiding van complexere patiënten. En als je via e-health en zelfmonitoring de patiënt meer betreft bij de zorg, verlaagt dat de belasting voor POH en huisarts.

De nieuwe elementen in zo'n overkoepelend ketenzorgprogramma vergen natuurlijk wel goede aanvullende scholing van POH en huisarts, en de aanpassing vereist medewerking van de zorgverzekeraars. De huidige financieringsstructuur met schotten tussen de eerste en de tweede lijn maakt echt integrale zorg veelal onmogelijk. Momenteel sluit ‘controle in de tweede lijn’ deelname aan een ketenzorgprogramma namelijk uit.<sup>12</sup> Veel AF-patiënten (in het ALL-IN-onderzoek ruim 40%) zijn nog onder controle bij de cardioloog en zouden daardoor worden uitgesloten van integrale zorg, die juist voor deze (complexe) groep toegevoegde waarde kan hebben. Nu financieren zorgverzekeraars soms weliswaar regionale initiatieven voor integrale zorg, maar vaak gaat het om tijdelijke projecten voor selecte patiëntengroepen en leidt onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars alsnog tot versnippering. Voor de landelijke (huisartsen)zorg verandert er daardoor weinig. Dat is zonde, want de in ons onderzoek beschreven interventie is kosteneffectief. Zorgverzekeraars zouden toch gevoelig moeten zijn voor dat argument.<sup>13</sup>

### **CONCLUSIE**

Bij AF is, net als bij diabetes, vaak sprake van multimorbiditeit. AF-patiënten blijken daarom baat te hebben bij een integraal zorgprogramma met regelmatige controles in de huisartsenpraktijk. Een apart ketenzorgprogramma voor AF – naast de reeds bestaande ketenzorgprogramma's voor diabetes, CVRM en COPD – is onwenselijk. Omdat cardiovasculaire problematiek in alle ketenzorgprogramma's een rol speelt, pleiten wij voor een overkoepelend ketenzorgprogramma ‘integrale cardiometabole zorg’, waarin multidisciplinaire samenwerking en regelmatige controles op comorbiditeit, waaronder hartfalen, centraal staan. ■

### **DANKBETUIGING**

De auteurs danken alle huisartsenpraktijken, patiënten, trombosediensten en cardiologen die hebben deelgenomen aan het ALL-IN-onderzoek.

## LITERATUUR

1. Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GY, Franco OH, Hofman A, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *Eur Heart J* 2013;34:2746-51.
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2020;50:1-126.
3. Rutten FH, Cramer MJ, Grobbee DE, Sachs AP, Kirkels JH, Lammers JW, et al. Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Heart J* 2005;26:1887-94.
4. Boonman-De Winter LJ, Rutten FH, Cramer MJ, Landman MJ, Liem AH, Rutten GE, et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2012;55:2154-62.
5. Van den Dries CJ, Van Doorn S, Rutten FH, Oudega R, Van de Leur SJ, Elvan A, et al. Integrated management of atrial fibrillation in primary care: results of the ALL-IN cluster randomized trial. *Eur Heart J* 2020;41:1-9.
6. Van den Dries CJ, Van Doorn S, Rutten FH, Oudega R, Van de Leur SJ, Elvan A, et al. Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren: Is toepassing in de huisartspraktijk veilig? *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D5054.
7. Chen MA. Multimorbidity in older adults with atrial fibrillation. *Clin Geriatr Med* 2016;32:315-29.
8. Goodwin N. Understanding integrated care. *Int J Integr Care* 2016;16:1-4.
9. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:108-12.
10. Rutten FH, Broekhuizen BD. Misclassification of both chronic obstructive pulmonary disease and heart failure. *JAMA Netw Open* 2018;1:8-10.
11. Klomp M, Mutsaerts JF, Rempe J, Neumann R, Vogelzang F. Denkraam integratie zorgprogramma's voor chronische aandoeningen. Utrecht: Ineen, 2020.
12. Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's. Versie december 2019. Utrecht: Ineen, 2019.
13. Van den Dries CJ. Management of patients with atrial fibrillation in primary care [proefschrift]. Utrecht: University Utrecht, 2020.

Van den Dries CJ, Van Doorn S, Rutten FH, Geersing GJ. Integrale cardiometabole zorg als ketenzorgprogramma. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1352-3.  
UMC Utrecht/Universiteit Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde: dr. C.J. van den Dries, huisarts en onderzoeker, c.j.vandendries@umcutrecht.nl; S. van Doorn, huisarts, universitair docent huisartsgeneeskunde; prof. dr. F.H. Rutten, huisarts, hoogleraar cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn; dr. Geert-Jan Geersing, huisarts, universitair hoofddocent huisartsgeneeskunde.  
Mogelijke belangenverstrengeling: het ALL-IN onderzoek werd gefinancierd door Stichting Achmea Gezondheidszorg, de Hein Hogerzeil Stichting en Roche Diagnostics.