



Ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement

PRAKTIJKVRAAG

Wat is het effect van ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM)?

HUIDIG BELEID

In Nederland speelt de huisarts, samen met assistentes en praktijkondersteuners, een belangrijke rol in de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). De afgelopen jaren is in veel regio's ketenzorg voor CVRM ingevoerd, gebaseerd op de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement en regionale transmurale afspraken tussen eerste en tweede lijn (RTA's). De doelgroep bestaat uit patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en patiënten met HVZ. Deze patiënten worden systematisch opgeroepen voor het bepalen van het cardiovasculair risicoprofiel en het toepassen van individuele risicoreductie. Naast implementatie van goede zorg is zorgsubstitutie een belangrijk neven doel. Goed onderzoek naar de effectiviteit van ketenzorg voor CVRM ontbreekt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak met hoge morbiditeit en mortaliteit. Met vroegtijdig ingrijpen middels medicatie en leefstijlinterventies zijn veel gezonde jaren te winnen. De prevalenties van de meeste cardiovasculaire risicofactoren, zoals overgewicht, bewegingsarmoede, ongezonde voeding en stress, nemen toe de laatste jaren.¹ Hoewel het percentage rokers vanaf eind jaren zeventig is afgenomen, blijft het nu steken rond de 30%. Door de vergrijzing is de verwachting dat het aantal patiënten met HVZ in Nederland zal toenemen van 850.000 in 2011 tot 1,4 miljoen in 2040. Gezien deze epidemiologische ontwikkelingen is preventie van HVZ belangrijk. De eerstelijnszorg speelt hierin een belangrijke rol. Ongeveer 10% van de eerstelijns praktijkpopulatie komt in aanmerking voor ketenzorg voor CVRM.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Ketenzorg voor CVRM bevat veel elementen van het Chronic Care Model (CCM). In dit model staat het informeren en activeren van patiënten door proactieve zorgverleners centraal. Elementen die hierin een belangrijke rol spelen zijn patiëntgerichte zorg, het gebruik van een ketenzorg-informatiesysteem, een gestructureerde praktijkorganisatie met een praktijkverpleegkundige en een laagdrempelige samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Eerder onderzoek laat zien dat CCM een positief effect heeft op zorggebruik en kosten.² Er is voornamelijk geen solide wetenschappelijke analyse verricht naar de effecten van ketenzorg. De tot nu toe verrichte onderzoeken zijn heterogeen in opzet, interventie en populatie.³ De resultaten van deze onderzoeken kunnen daarom niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie.

De evaluatie van ketenzorg voor CVRM in Nederland is tot nu toe gedaan door verschillende zorggroepen en bestond uit het vergelijken van het cardiovasculair risicoprofiel voor en na invoering van ketenzorg. Een belangrijk beperking van deze evaluatie is dat het verschil in risicoprofiel mogelijk minder groot is bij praktijken die hun CVRM-zorg vóór de invoer van ketenzorg al goed op orde hadden. Deze factor is vaak niet meegenomen in de huidige vergelijkingen. Voor een goede wetenschappelijke evaluatie van ketenzorg voor CVRM is een systematische dataverzameling nodig, onder meer over behandeling van bestaande risicofactoren en comorbiditeit voorafgaande aan inclusie in de ketenzorg voor CVRM. Daarnaast is het van belang dat zowel patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico als patiënten die reeds HVZ hebben worden geïncludeerd en dat een vergelijking wordt gemaakt met een geschikte controlegroep die gebruikelijke zorg ontvangt.

CONCLUSIE

In de preventie van HVZ speelt de huisarts een belangrijke rol. De invoer van ketenzorg heeft als doel om het risico op HVZ te verlagen, patiënten indien mogelijk te behandelen in de eerste lijn en zorgkosten te verlagen. Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit hiervan ontbreekt tot nog toe.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van ketenzorg voor CVRM voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico of HVZ onder behandeling in de eerste lijn ten opzichte van gebruikelijke zorg? ■

LITERATUUR

- 1 Bots ML, Buddeke J, Van Dis I, Vaartjes I, Visseren FLJ. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2015. Den Haag: Hartstichting, 2015.
- 2 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14. Doi: jip21005 [pii].
- 3 Alvarez-Bueno C, Caverio-Redondo I, Martinez-Andres M, Arias-Palencia N, Ramos-Blanes R, Salcedo-Aguilar F. Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. *Prev Med* 2015;76 Suppl:S68-75. Doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.028.

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij aan het promoveren is. Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl