

Patiënten met hart- en vaatziekten: is het cholesterol bekend?

HJ Lamers

Samenvatting

Lamers HJ. Patiënten met hart- en vaatziekten: is het cholesterol bekend? *Huisarts Wet* 2001;44(10):453-5.

Inleiding De herziene NHG-Standaard Cholesterol geeft richtlijnen voor patiënten met ischemische hart- en vaatziekten (HVZ) in de anamnese. Bij patiënten die niet (meer) onder geregelde controle staan, is het cholesterolgehalte niet altijd bekend.

Achtergrond Gezondheidscentrum in Den Haag met gemiddeld 4233 ingeschreven patiënten in de onderzoeksperiode. Doel was het opsporen van deze patiënten in het huisartsinformatiesysteem, ontbrekende cholesterolwaarden aan te vullen en zo nodig de behandeling aan te passen.

Belangrijkste kwaliteitsmaten Percentage patiënten met HVZ in de relevante leeftijdscategorieën met een bekende cholesterolwaarde; percentage patiënten bij wie de cholesterolwaarde en/of behandeling voldoet aan de NHG-Standaard; percentage patiënten dat gehoor geeft aan een schriftelijke oproep; percentage patiënten met een gevonden verhoogd cholesterol dat op het spreekuur komt om het beleid te bespreken; investering in extra consulttijd (uren).

Interventie Door middel van een zoekscript werden HVZ-patiënten op relevante ICPC-codes geselecteerd. Patiënten met HVZ bij wie geen cholesterolwaarde in het dossier stond vermeld, werden schriftelijk uitgenodigd dit te laten bepalen. Hierna werden patiënten met een te hoog cholesterol verzocht een afspraak te maken voor aanpassing van de behandeling.

Effecten Bij 27% van de 115 patiënten met hart- en vaatziekten was het cholesterol bekend. Slechts 14% had een cholesterolwaarde conform de NHG-Standaard. Na het oproepen van de 84 patiënten zonder bekende cholesterolwaarde werd bij 57 (68%) een cholesterolwaarde verkregen; deze bleek bij 36 patiënten te hoog. Uiteindelijk werden 24 van de 115 geselecteerde patiënten (21%) op het spreekuur gezien. In 20 gevallen werd besloten tot behandeling met een statine. Aan extra spreekuurtijd werd 4 uur geïnvesteerd.

Leerpunten en vervolg Het is goed mogelijk de praktijk te screenen op patiënten met HVZ die in aanmerking komen voor behandeling vanwege hun verhoogde cholesterolgehalte. Huisartsinformatiesystemen zouden ingericht moeten worden om screening en oproepen van de praktijkpopulatie mogelijk te maken.

Correspondentie: H.J. Lamers, huisarts, Meloenstraat 126, 2564 TL Den Haag; e-mail: hjlammers@wanadoo.nl

Inleiding

De herziene cholesterolstandaard geeft aparte richtlijnen voor de groep patiënten met ischemische hart- en vaatziekten in de anamnese (HVZ). Elk cholesterolgehalte $\geq 5,0$ mmol/l bij mannen onder 70 jaar en vrouwen onder 75 jaar dient behandeld vanwege het hoge risico op een nieuw vaataccident. Behandeling van vijftien personen met HVZ en een cholesterol $> 5,0$ mmol/l gedurende vijf jaar zou één ischemische coronaire hartziekte (CHZ) voorkomen.¹ Secundaire preventie bij 11 patiënten in 2,9 jaar zou één fataal of niet-fataal vaataccident (CHZ + CVA) voorkomen.²

Een deel van de HVZ-patiënten is niet meer bij een cardioloog of internist onder behandeling. Voor deze patiënten is de huisarts degene die moet beoordelen of zij in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling van het cholesterol. Deze patiënten zijn vaak klachtenvrij en bezoeken de huisarts niet regelmatig. Om ook deze patiënten te behandelen volgens de richtlijnen van de nieuwe cholesterolstandaard is actieve opsporing nodig.

De Kern

- In onze huisartspraktijk bleek bij een aanzienlijk deel van de HVZ-patiënten het cholesterol niet bekend. Bij ongeveer een kwart was het cholesterol bekend; hiervan had de helft een cholesterol $< 5,0$ mmol/l of gebruikte maximale statinemedicatie.
- Twee derde van de opgeroepen patiënten voldeed aan de vraag het cholesterolgehalte te laten bepalen; van de verkregen cholesterolwaarden was ongeveer tweederde deel te hoog; uiteindelijk werd met twee derde van de patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen een gesprek over de behandeling gevoerd.
- De extra inspanning van assistente en huisarts is beperkt.

Verberk zocht in 1999 in de eigen praktijk met behulp van de computer naar medicatie die door patiënten met diabetes en hart- en vaatziekten gebruikt werd.³ Hij vroeg patiënten schriftelijk hun cholesterol te laten bepalen en riep personen met een verhoogd cholesterolgehalte op voor een gesprek op het spreekuur. Hij concludeerde dat het screenen van risicopatiënten weinig tijds- en arbeidsintensief was.

Achtergrond

Het onderzoek werd uitgevoerd in het gezondheidscentrum Nieuw Waldeck in Den Haag. In dit gezondheidscentrum werken

drie huisartsen in deeltijd. Ten tijde van het onderzoek (februari-september 2000) waren gemiddeld 4233 patiënten ingeschreven. Patiënten zijn grotendeels van autochtone afkomst; het percentage in de categorie 45-64 jaar is 27%; het percentage 65-plussers is 13%. Alle medische gegevens worden in het huisartsinformatiesysteem (GECOS-ARCOS van de firma EuroNed) geregistreerd en de zogenaamde E-regels worden gecodeerd volgens de ICPC. Belangrijke ziekten en aandoeningen worden op de Probleemlijst gezet.

De vraag rees hoe vaak het cholesterolgehalte bekend was bij patiënten met hart- en vaatziekten en wie van deze patiënten een cholesterol had $\geq 5,0$ mmol/l. Daarnaast is onderzocht is of het praktisch uitvoerbaar is om in een oproepcampagne alle patiënten met HVZ en een verhoogd cholesterol op het spreekuur te zien en het veranderde beleid te bespreken.

Belangrijkste kwaliteitsmaten

De belangrijkste kwaliteitsmaten zijn:

- ▶ het percentage patiënten met HVZ (in de relevante leeftijds categorieën) van wie het cholesterolgehalte bekend is;
- ▶ het percentage HVZ-patiënten met bekend cholesterolgehalte dat voldoet aan de behandelcriteria van de NHG-Standaard Cholesterol;
- ▶ het percentage HVZ-patiënten zonder bekend cholesterolgehalte dat reageert op een schriftelijke oproep om het cholesterol te laten bepalen;
- ▶ de hoeveelheid tijd die het kost om deze patiënten op te roepen voor cholesterolbepaling en patiënten met een te hoog cholesterolgehalte op het spreekuur te zien.

Interventie

Door middel van een zoekscript werden patiënten geïdentificeerd met hart- en vaatziekten in de Probleemlijst, het Journaal en de Voorgeschiedenis. Er werd daartoe gezocht naar de volgende ICPC-codes: K74, K75, K76, K77, K89, K90, K92, K99.1

Zoekstrategie

ICPC code	beschrijving
K74	angina pectoris
K75	acuut myocard-infarct
K76	andere chronische ischemische hartziekte
K77	decompensatio cordis
K89	passagere cerebrale ischemie
K90	CVA
K91	atherosclerose exclusief coronaire en cerebrovasculaire doeningen
K92	andere ziekte perifere arteriën
K99.1	aneurysma aortae

De gevonden patiëntengegevens werden geëxporteerd naar een spreadsheet. De auteur verwijderde handmatig die patiënten die geen hart- en vaatziekten hadden in de zin van de NHG-

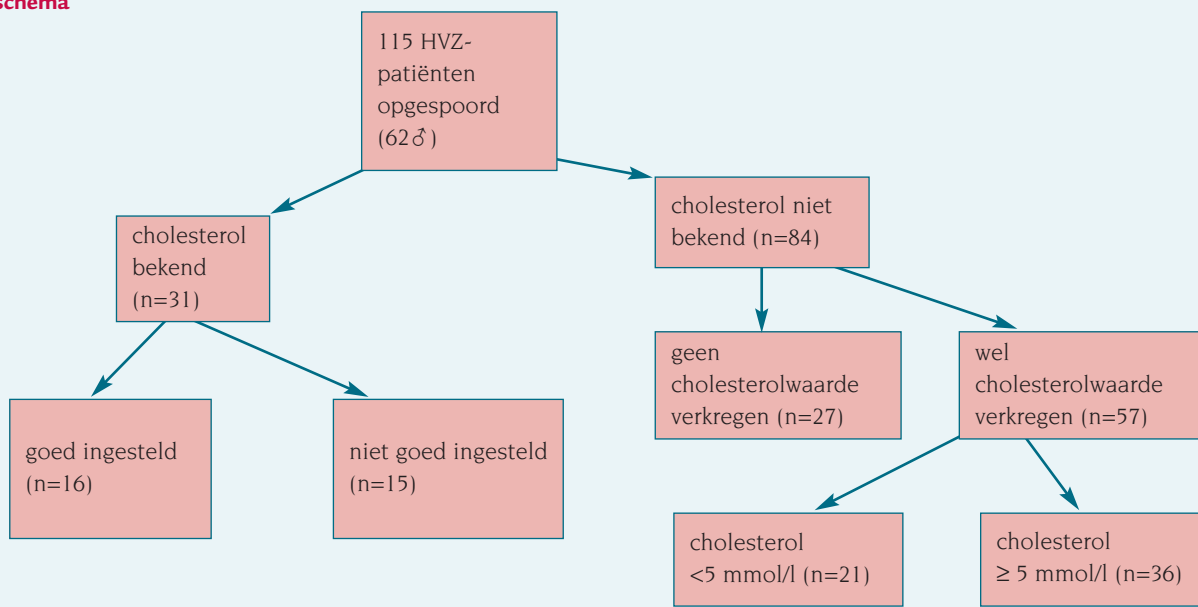
Standaard Cholesterol, zoals de ziekte van Raynaud (K92.3). Patiënten met meerdere relevante ICPC-codes werden slechts één keer meegeteld. Mannen ouder dan 70 jaar en vrouwen ouder dan 75 jaar werden uitgesloten. De praktijkassistente zocht de cholesterolwaarde handmatig op in de Meetwaarde (Diagnostisch Archief) en noteerde de laatst bekende waarde. Vervolgens kregen de patiënten bij wie het cholesterol niet bekend was een schriftelijke oproep om het cholesterol te laten bepalen in een laboratorium. De assistente belde patiënten op die niet binnen een maand op deze oproep reageerden om te vragen waarom zij niet meededen. Alle patiënten bij wie een verhoogd cholesterolgehalte werd gevonden werden telefonisch benaderd door de assistente voor een afspraak met een huisarts (de auteur). Op het spreekuur werd door patiënt en huisarts besproken of het gebruik van een statine een zinvolle reductie van de kans op een nieuw vaataccident geeft. Er is abusievelijk geen tweede cholesterolbepaling gedaan zoals de NHG-Standaard Cholesterol voorschrijft.

Effecten

Bij de selectie werden 115 patiënten met hart- en vaatziekten gevonden die voldeden aan de leeftijds criteria (*stroomschema*). Mannen waren enigszins in de meerderheid. Bij 31 patiënten was het cholesterol bekend. Bij de helft van deze patiënten voldeed de spiegel aan de criteria van de nieuwe NHG-Standaard: een cholesterol lager dan 5,0 mmol/l (6 patiënten) en/of een maximale dosis van een statine (tien patiënten). De vijftien patiënten met een bekend verhoogd cholesterol werden onder de aandacht van hun eigen huisarts gebracht. Zij werden in dit onderzoek niet verder vervolgd omdat het doel het opsporen van onbekende patiënten was.

De 84 patiënten van wie geen cholesterolwaarde bekend was, kregen een brief en werden zo nodig eenmaal telefonisch herinnerd. Ook na een telefonisch rappel door de assistente werd van 27 patiënten geen cholesterolwaarde ontvangen. Twaalf patiënten gaven bij (telefonische) navraag als reden op de controle aan hun behandelende specialist te willen overlaten. Twee patiënten werden na oproep alsnog uitgesloten omdat er geen indicatie was: hun aandoening was ten onrechte als een CVA gecodeerd (geboortetrauma, subarachnoïdale bloeding). Verder bleek een patiënt terminaal ten gevolge van een longcarcinoom en werd daarom alsnog uitgesloten. In twaalf gevallen kon niet worden achterhaald waarom niet gereageerd werd op de oproep. Nadere analyse van de 57 ontvangen cholesteroluitslagen laat zien dat 36 (63%) waarden hoger zijn dan 5,0 mmol/l. Zes patiënten werden ondanks hun verhoogde cholesterol niet opgeroepen. In vier van deze gevallen behandelde de specialist nog actief; in één geval bleek de eigen huisarts al actie ondernomen te hebben en een ander geval was niet te achterhalen. Van de 30 voor het spreekuur opgeroepen patiënten met een cholesterolwaarde hoger dan 5,0 mmol/l verschenen 24 patiënten. Deze 24 gesprekken leidden in 20 gevallen tot het starten

Stroomschema



van statinemedicatie. In één geval werd besloten te proberen het cholesterol (5,3 mmol/l) met dieet te verlagen. In drie gevallen werd – in overleg met de patiënt – geheel van behandeling afgezien, eenmaal omdat het cholesterol nauwelijks te hoog te noemen was (5,1 mmol/l) en in twee gevallen omdat de diagnose hart- en vaatziekten onzeker was. Eén patiënt staakte na twee weken het gebruik van de statine wegens ernstige spierklachten.

Hoewel geen exacte registratie bijgehouden is van de aan dit project bestede tijd wordt het identificeren van HVZ-patiënten geschat op ongeveer één uur werk. Het handmatig opsporen van cholesterolwaarden in het dossier kostte enige uren; het schriftelijk oproepen en telefonisch rappelleren door de assistente eveneens. Het spreken van 24 patiënten op het spreekuur kostte – op basis van een standaard consultduur van tien minuten – ongeveer vier uur.

Leerpunten en vervolg

Het bleek in GECOS-ARCOS goed mogelijk om op basis van ICPC-codes patiënten met hart- en vaatziekten te identificeren. Enige vervuiling van het bestand met patiënten met een geboortetrauma liet zien dat niet altijd correct gecodeerd was. Er was na de eerste selectie relatief veel handmatige controle en zeefwerk nodig om tot een opgeschoond bestand te komen. Uiteraard kunnen werkwijze en mogelijkheden bij andere HIS'sen verschillen.

Uiteindelijk werden 24 van de 115 geselecteerde patiënten (21%) op het spreekuur gezien. In twintig gevallen werd besloten tot het instellen op een statine. Theoretisch (als alle patiënten de medicatie blijven gebruiken) is te verwachten dat door deze

actie in onze praktijk de komende drie jaar twee vaataccidenten (CVA, coronaire hartziekte, of sterfte door HVZ) kunnen worden voorkomen.

Verdergaande automatisering van dit proces zou tijd besparen indien het patiëntenbestand niet alleen op ICPC-code zou worden geselecteerd, maar ook op bekende cholesterolwaarde, voorgeschreven cholesterolverlagers en behandeling door specialist. Het is wenselijk dat met een door de computer gevonden selectiebestand een op naam gerichte brief afgedrukt kan worden. Een andere mogelijke werkwijze is om per patiënt een memo te koppelen aan het EMD zodat het beleid besproken kan worden bij het eerstvolgende consult. Voor dit doel zouden huisartsinformatiesystemen de mogelijkheid moeten krijgen om een patiëntgebonden memo automatisch te laten vullen op basis van selectiebestanden zoals in dit onderzoek.

Het is goed mogelijk de praktijk met behulp van de computer te screenen op patiënten met hart- en vaatziekten die in aanmerking komen voor een behandeling van hun verhoogde cholesterolgehalte. Het is wenselijk dat de huisartsinformatiesystemen ingericht worden voor het doen van soortgelijke acties op praktijkniveau.

Literatuur

- 1 Thomas S, Van der Weijden T, Van Drenth BB, Haverkort AFM, et al. NHG-Standaard Cholesterol (eerste herziening). Huisarts Wet 1999;42(9):406-17.
- 2 Bandolier. Geraadpleegd op 7-3-2001: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band47/b47-2.html>
- 3 Verberk H. Is screening op cholesterol zinvol? Patiënt Care 1999;1:10-13.