

Differentiatieproject cardiovasculair risicomanagement: Het gehele traject in één oogopslag

Aios Ariane van Hintum stelde zich voor haar differentiatieproject ten doel om een spreekuur cardiovasculair risicomanagement op te zetten in haar stagepraktijk. Omdat zij stuitte op de grote berg informatie over de aanpak van HVZ die de huisarts moet onthouden, ontwikkelde ze een stroomdiagram. Daarmee is in één blik te zien wat in welk geval moet worden gedaan en ook is aan patiënten inzichtelijk te maken waarom voor een bepaalde aanpak wordt gekozen.

Steeds meer CVRM

Voor mijn differentiatie in het derde jaar van de huisartsenopleiding koos ik voor het onderwerp cardiovasculair risicomanagement omdat het momenteel erg actueel is en hart- en vaatziekten veel voorkomen in de huisartsenpraktijk. Onder invloed van de vergrijzing en de medisch-technische ontwikkeling (waardoor mensen langer blijven leven) zal het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor (secundair) cardiovasculair risicomanagement nog verder toenemen.

Binnen de huisartsgeneeskunde wordt al enige jaren veel aandacht besteed aan preventie, wat te zien is aan de diverse standaarden op dit gebied. Steeds meer huisartsenpraktijken hebben aparte diabetes- en hypertensiesprekuren, al dan niet gedelegeerd aan praktijkondersteuners. Zo ook in mijn stagepraktijk.

Onhandig en omslachtig

Meekijkend met de praktijkondersteuner viel me op dat er tijdens het consult binnen het journaal moet worden gewisseld tussen probleem- en meetwaardenschermen als een patiënt voor zowel hypertensie als diabetes wordt gecontroleerd. Dit is omslachtig en onhandig. Beide patiëntengroepen vallen onder cardiovasculair risicomanagement en kunnen dus binnen één consult onder een gezamenlijk probleem en in een gezamenlijk meetwaardenscherm ondergebracht worden. Dat betekent een consult met het totale cardiovasculaire risicoprofiel als uitgangspunt. Binnen dit consult zou je naast hypertensie en diabetes ook andere risicofactoren kunnen monitoren, zoals hypercholesterolemie, roken en stabiele angina pectoris.

Het doel van mijn differentiatieproject was dan ook het opzetten van een spreekuur cardiovasculair risicomanagement door verbetering van de bestaande categorale spreekuren en toevoeging van andere risicogroepen volgens de nieuwe NHG-Standaard *Cardiovasculair risicomanagement*.

Te veel informatie

Uiteraard begon ik met het bestuderen van de standaard. En dat kostte me nogal wat moeite! Omdat er zoveel informatie is, kon ik de verschillende stappen niet onthouden. Bij iedere in aanmerking komende patiënt moest ik opnieuw de standaard bekijken.

Van de redactie:

In de rubriek *Aios doen verslag* geeft *In de praktijk* ruimte aan artsen in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde die willen berichten over het onderzoek of verbeteringsproject dat zij in hun stagepraktijk hebben uitgevoerd. De artikelen worden wel geredigeerd, maar de inhoud ervan blijft geheel het gedachtegoed van de auteur. Soms bereikt een verbeteringsproject niet (meteen) het beoogde doel, maar kunnen toch de opzet en uitvoering goed zijn geweest. Ook dan kan hiervan verslag worden gedaan.

Want hoe zat het nu ook weer met patiënten zonder HVZ of DM? Wanneer is het bij hen zinvol om een risicoschatting te maken? En welke parameters moet ik daarvoor weten? Wanneer moet iemand met een sterfterisico door HVZ van 8 procent toch medicamenteus behandeld worden? Welke medicatie moet een diabetespatiënt in elk geval gebruiken om zijn sterfterisico door HVZ te verlagen? Hoe vaak moet je een patiënt controleren en wat controleer je dan? Heb je eindelijk de juiste stappen gezet en blijkt dat de patiënt behandeld moet worden voor hypertensie, dan loop je tegen de volgende hindernis aan. De patiënt zonder comorbiditeit is redelijk gemakkelijk. Echter, voor een patiënt mét HVZ is er geen duidelijke richtlijn, maar wordt volstaan met het volgende advies: 'De keus wordt mede bepaald door de aard van de HVZ.' De desbetreffende standaard moet er dan bij worden gepakt en het speurwerk lijkt opnieuw te beginnen...

Dat kan duidelijker...

Als je een CVRM-spreekuur wilt delegeren aan een praktijkondersteuner, is een duidelijk protocol onontbeerlijk. De samenvattingkaart van de standaard volstaat dan naar mijn idee niet. Daarom heb ik een schema gemaakt waarin het medicamenteuze beleid van hypertensie voor de verschillende patiëntengroepen gemakkelijk terug is te vinden.

Vervolgens heb ik naar een oplossing gezocht om in één oogopslag te kunnen zien wat het samenvattingkaartje met veel woorden bedoelt. Dit resulteerde in een stroomdiagram waarmee je snel en gemakkelijk kunt uitzoeken wat het beleid moet worden. Je kunt het zelfs gebruiken om samen met de risicotabel aan de patiënt te laten zien waarom je kiest voor een bepaald beleid.

Het is me weliswaar niet gelukt om binnen de voor mijn differentiatieproject beschikbare tijd het CVRM-spreekuur op te zetten in mijn stagepraktijk, maar ik heb daar wel een goede aanzet voor kunnen geven. Momenteel werkt de praktijkondersteuner het verder uit met behulp van mijn schema en stroomdiagram.

Ariane van Hintum, arts in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde

Het stroomdiagram dat Ariane van Hintum heeft ontwikkeld is vrijwel identiek aan dat van het CBO. Om te voorkomen dat er verschillende versies in omloop raken, wordt onderstaand het CBO-stroomdiagram afgebeeld. Hiermee is dus niets gezegd over de kwaliteit die Ariane heeft geleverd in haar werk. Integendeel! Een NHG-stafid verwoordde het als volgt: 'Leuk dat deze

aios dit onderzoek heeft gedaan en is gekomen tot een flowchart die in de praktijk handig lijkt te zijn. Deze komt vrijwel overeen met de flowchart die het CBO in samenwerking met het NHG heeft gemaakt bij de richtlijn *Cardio-vasculair risicomangement*. Is die ook gebruikt voor het schema van deze aios? Zo niet, dan heeft zij een goed voor gevoel gehad.'

Flowchart Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement

