

PATIËNT GEBAAKT BIJ POLI VOOR HARTRITMESTOORNISSEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

# Boezemfibrilleren goed te controleren in eerste lijn

Vier huisartsenpraktijken in Noord-Groningen ontwikkelden samen met zelfstandig behandelcentrum Cavari Clinics een effectief model om de zorg voor patiënten met hartritmestoornissen naar de eerste lijn te verplaatsen.

**M**et het oog op kostenbeheersing bij een verouderende populatie is er veel politieke aandacht voor het verschuiven van zorg uit de tweede naar de eerste lijn. Patiënten met boezemfibrilleren staan in dat kader erg in de belangstelling, omdat deze aandoening veel voorkomt en goede behandeling mogelijk én essentieel is. Dit laatste vanwege het risico op ernstige complicaties, met name CVA. Hoe bereik je nu in de praktijk op een verantwoorde wijze een herverdeling van taken én behoud van kwaliteit van zorg? De Pool, een samenwerkingsverband van vier huisartsenpraktijken in Noord-Groningen, heeft samen met zelfstandig behandelcentrum (zbc) Cavari Clinics een model ontwikkeld én in de praktijk getest dat erg effectief bleek en de kwaliteit ten goede kwam.

## Poli op locatie

De huisartsen verbonden aan De Pool Eerstelijnszorg vroegen zich in 2014 af: kan de zorg voor onze patiënten met boezemfibrilleren worden verbeterd en kan deze zorg hoofdzakelijk in onze eerstelijnspraktijken plaatsvinden? Om deze vraag te beantwoorden gingen zij, in samenwerking met een cardioloog verbonden aan zbc Cavari Clinics (auteur RvD), als volgt te werk:

- Huisarts (auteur BM) en cardioloog doorliepen samen de HIS-dossiers van alle bekende patiënten met boezemfibrilleren.
- De patiënten bij wie geen duidelijke reden leek te zijn voor ziekenhuiscontrole, werden uitgenodigd voor eenmalig onderzoek.
- Er werd een boezemfibrillerenpoli op locatie ingericht, waar vanuit het zbc een cardioloog, een physician assistant en een

echolaborant aanwezig waren.

- Er werd een mobiel computernetwerk aangelegd om het mogelijk te maken hetzelfde computerprogramma (Disease Management Systeem; DMS) te gebruiken als op de AF (atriumfibrilleren)-poli's in ziekenhuizen in Maastricht en Groningen. Dit programma gaf daar een sterke verbetering van zorg te zien in vergelijking met de standaardzorg door de cardioloog alleen.<sup>1</sup>
- Voordat de patiënten kwamen, was de relevante medische voorgeschiedenis in het DMS gezet, waren alle beschikbare historische INR-waarden opgevraagd en was waar nodig laboratoriumonderzoek gedaan.

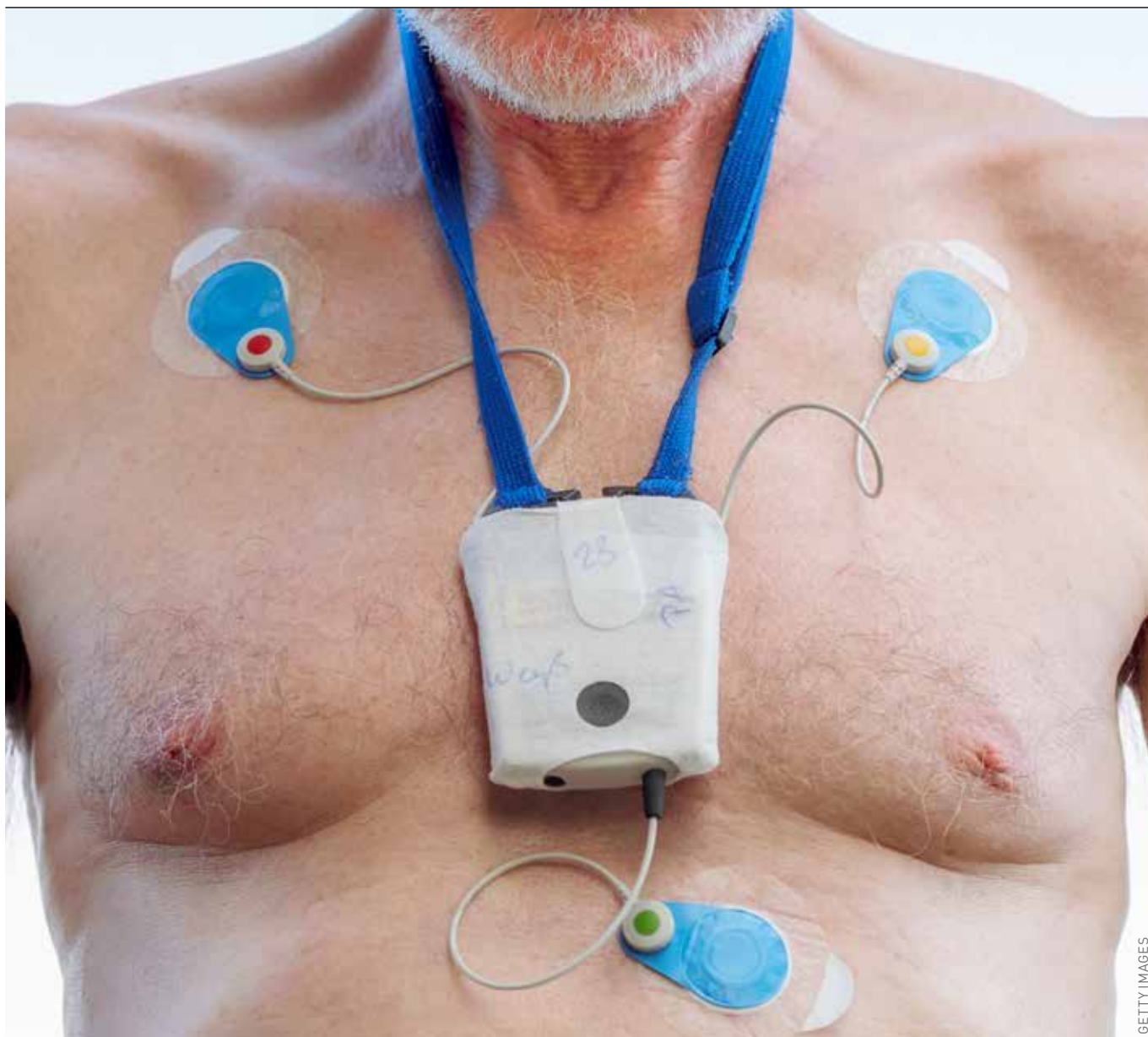
De opzet van het polimoment op locatie was gericht op het krijgen van antwoorden op de volgende vragen:

- Welk type boezemfibrilleren heeft de patiënt?
- Wordt hij volgens de richtlijnen behandeld, ook wat betreft het cardiovasculair risicomanagement (CVRM)?
- Is de antistolling adequaat?
- Kan de patiënt na bezoek aan de AF-poli op locatie verder verantwoord door de huisarts in zijn eigen praktijk worden gecontroleerd en zo ja, onder welke voorwaarden?

Er vond overigens geen zorgoverdracht plaats naar het zbc; de patiënten met een indicatie voor blijvende behandeling in het ziekenhuis bleven gewoon bij hun eigen cardioloog. De betrokken cardioloog uit het zbc had een eenmalige rol.

## Zonder sponsoring

De huisartsenpraktijken en het zbc besloten dit zorginnovatieproject zonder sponsoring van externen – bijvoorbeeld verzekeraar of farmaceut – op locatie te organiseren. De huisartsen stelden hun praktijkruimtes gratis ter beschikking en brachten hun eigen uren niet in rekening, de vergoeding van extra uren van assistentes kwam uit een eerstelijnsinnovatiepotje. Het zbc nam genoegen met het bedrag voor een cardiologische poliklinische DOT voor een niet-gecontracteerde zorgverlener. Binnen deze systematiek betekende dit dat het zbc er geen enkel belang bij



GETTY IMAGES

Patiënten ervaren de Noord-Groningse aanpak als zeer positief. Vooral het feit dat het onderzoek plaatsvindt in hun eigen omgeving wordt op prijs gesteld.

had om vervolgonderzoek te doen; dit gaf alleen extra kosten. Uiteindelijk investeerden alle betrokkenen op deze wijze.

### **79 patiënten**

In de periode november 2014 t/m juni 2015 werden, verdeeld over zes dagen, 79 patiënten met boezemfibrilleren gezien op drie locaties. De populatie bestond uit 52 mannen en 27 vrouwen (66 versus 34%). De spreiding in leeftijd was 55 tot 88 jaar; de helft van de mensen was ouder dan 75. 42 patiënten (53%) waren regelmatig onder controle van de cardioloog in een ziekenhuis. Bij 80 procent van de patiënten kon in één bezoek de diagnostiek worden afgerond; 20 procent van de patiënten werd nog in het zbc

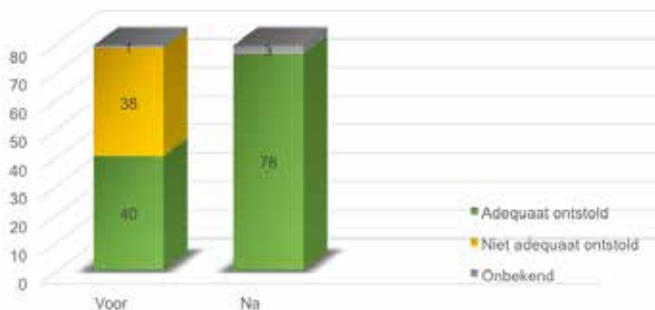
gezien voor vervolgonderzoek.

De patiënten kwamen bij de physician assistant of cardioloog voor de bespreking van de digitale anamnese en/of afname van een aanvullende anamnese en lichamelijk onderzoek. Er werden een eeg en echo gemaakt en hierna nam de cardioloog, eventueel samen met de physician assistant, de resultaten met de patiënt door, aan de hand van het computerprogramma. Gemiddelde duur van een volledig bezoek was anderhalf uur.

### **Antwoorden**

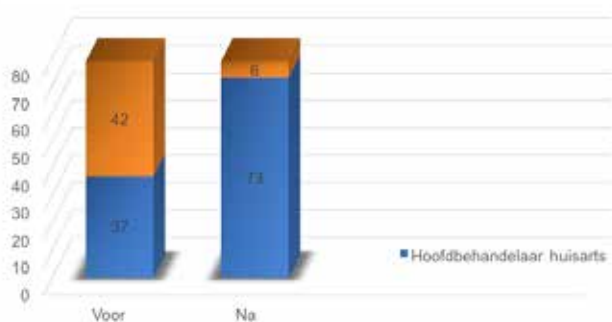
De vier hierboven gestelde vragen leverden de volgende antwoorden op.

## 1. Adequate antistolling



De mate waarin de patiënten voor en na de AF-poli op locatie adequaat ontstold waren.

## 2. Hoofdbehandelaar



Herverdeling van patiënten over verschillende echelons eerste en tweede lijn met bijpassende hoofdbehandelaar: voor en na AF-poli op locatie.

### Wat is het type boezemfibrilleren?

36 (46%) patiënten hadden paroxismaal boezemfibrilleren en 35 (44%) hadden de ritmestoornis permanent. Eén patiënt had een permanente flutter. Zeven (9%) patiënten hadden geen boezemfibrilleren (meer). Bij twee van deze zeven patiënten was de stoornis nooit aangetoond.

### Wordt de patiënt volgens de richtlijnen behandeld?

64 (81%) patiënten werden volgens de vigerende richtlijnen behandeld. Zeven (9%) patiënten bleken nog voor de diagnose boezemfibrilleren te worden behandeld terwijl daar geen indicatie meer voor bestond. Na uitleg werd de medicatie gestopt. Bij patiënten bij wie behandeling niet volgens de richtlijnen was, werd de medicatie bijgesteld.

### Is de antistolling adequaat?

Het grote gevaar van boezemfibrilleren zit in het verhoogde risico op trombo-embolieën, die in 70 procent van de gevallen een CVA veroorzaken. Volgens de richtlijnen moeten vrijwel alle

mensen met boezemfibrilleren worden ingesteld op een vitamine-K-antagonist (VKA) of een nieuw oraal anticoagulans (NOAC). Als patiënten een VKA gebruiken, moet de INR gecontroleerd worden. Het streven is een INR-waarde tussen de 2,5 en 3,5. We spreken van adequate antistolling als patiënten die een VKA gebruiken ten minste 70 procent van de tijd een INR-waarde hebben die binnen de gestelde range valt.

Bij ons onderzoek bleek dat 38 (48%) patiënten niet adequaat ontstold waren en vaak al gedurende lange tijd. Van één patiënt ontbraken de historische INR-gegevens. De patiënten die niet goed ontstold waren onder VKA, kregen conform de richtlijnen de mogelijkheid om over te stappen op een NOAC; 35 patiënten maakten hiervan gebruik.

De patiënt van wie de gegevens ontbraken, koos er eveneens voor om overgezet te worden op een NOAC. Uiteindelijk konden 76 patiënten adequaat ontstold worden. Bij drie patiënten is de actuele status van adequate antistolling onbekend. Ten tijde van het onderzoek bleek bij hen de antistolling niet adequaat (figuur 1).

### Kan de patiënt in de huisartsenpraktijk vervolgd worden en zo ja, onder welke voorwaarden?

Van de patiënten die meededen aan ons onderzoek kan een grote meerderheid (92%) met de juiste ondersteuning op een verantwoorde manier gecontroleerd worden in de eerste lijn. Hiervoor is het noodzakelijk dat de huisarts de beschikking krijgt over het aanvragen van echo-, ergo- en holteronderzoek, en zo nodig telezorg. In ons onderzoek hebben we bij elke patiënt aangegeven of en wanneer in de toekomst hulponderzoek nodig is – voor zover dat nu voorspelbaar is. Zo hebben we twintig patiënten geadviseerd om nog eens een echo te laten maken van het hart over één of twee jaar. Naast de mogelijkheid van selectief aanvragen van hulponderzoek moet een cardioloog te consulteren zijn (figuur 2).

### Opmerkelijk

In dit onderzoek bleek dat het in de ziekenhuisomgeving ontwikkelde Disease Management Systeem voor boezemfibrilleren ook in de eerste lijn goed toepasbaar is als toets op gestelde diagnose en behandeling, of het bijstellen daarvan. Tevens kan het gebruikt worden als basis voor bepaling hoofdbehandelaarschap of contracteren van zorg door de eerste lijn, met het oog op substitutie van tweede naar eerste lijn. Als duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is, kan de zorg ook regulier gefinancierd worden.<sup>2</sup> Boezemfibrilleren is een veelvoorkomende ritmestoornis, die oudere mensen vaak relatief weinig klachten bezorgt, mits volgens de richtlijn behandeld. Onschuldig is de hartritmestoornis echter allerm minst en dit komt met name door het hoge risico op het krijgen van een CVA bij onvoldoende nauwkeurige antistolling. Het was opmerkelijk dat zoveel mensen niet goed ontstold bleken. Op de poli in het ziekenhuis wordt dit doorgaans niet ontdekt, omdat de cardioloog nooit de historische INR-waarden als overzicht krijgt aangereikt.

# PRAKTIJKPERIKEL

## GEEN GEZICHTSVERLIES

**E**r zijn momenten waarop je als dokter niet weet hoe je dokter moet zijn. Zo word ik betrokken bij een jonge Syriër in een asielzoekerscentrum, bij wie ik een visite moet afleggen omdat hij te ziek zou zijn om naar het gezondheidscentrum op locatie te komen. Gelukkig wijst een bedrijfshulpverlener mij de weg. Midden in een gang van een paviljoen waar zo'n honderd mensen kunnen bivakkeren, zie ik een jongeman op de grond liggen. Zoals het een moderne huisarts betaamt, loop ik mijn ABCD af en ik constateer dat deze jongeman prima zou moeten kunnen lopen. Hoe krijg IK dat echter voor elkaar? Ik kijk om me heen. Inmiddels hebben we wat toeschouwers erbij. Plots zie ik het licht! Terwijl de waarschijnlijkheidsdiagnoses in mijn hoofd de revue passeren, trek ik mijn ampullenetui open, zoek naar de buitenste bovenkwadrant van zijn bil en spuit er diclofenac in. Vervolgens vraag ik de jongeman op te staan en met me mee te lopen. Warempel, het werkt! Geen gezichtsverlies voor ons allebei...

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Er waren vijf mensen die ooit boezemfibrilleren hadden gehad en nog steeds werden behandeld als zodanig, terwijl daar geen indicatie meer voor was. Dit betrof mensen die de stoornis hadden ontwikkeld in een zeer specifieke setting: infectie, schildklierlijden of postoperatief. Blijkbaar is het lastig om te signaleren dat indicatie voor behandeling ook kan verdwijnen. Uiteraard is dit wel zeer van belang, want deze mensen gebruiken medicijnen die niet nodig zijn en lopen daardoor extra risico, bijvoorbeeld op bijwerkingen.

### Verbetering van zorg

Met onze aanpak – eerste lijn, cardioloog en slimme ICT – is het gelukt om substantiële substitutie samen te laten gaan met een verbetering van zorg, op een manier die de patiënt als zeer positief ervaart. Vooral dat het onderzoek plaatsvond in hun eigen omgeving, stelden de patiënten zeer op prijs.

De verbetering van de zorg zit dan met name in het stoppen van overbodige medicatie, het op het spoor komen van onvoldoende antistollingsbehandeling en het aanpassen van de medicatie conform de richtlijn.

Het sluit aan bij verschillende landelijke en regionale projecten die vanuit zorggroepen en cardiologiepraktijken worden opgestart met als doel een verbetering van zorg voor deze patiëntengroep te bereiken.

Momenteel wordt onderzocht of het ook mogelijk is om alleen door gebruik te maken van de digitale vragenlijst uit het Disease Management Systeem, een belangrijk deel van het effect kan worden bereikt. Op deze manier zou het veel makkelijker worden om een bestaande populatie patiënten met boezemfibrilleren te screenen.

### Veel effect

Grootschalige implementatie van onze aanpak kan veel effect hebben. In de eerstelijnsnormpraktijk (2168 patiënten) zijn gemiddeld 52 patiënten bekend met boezemfibrilleren; dat betekent minimaal 270 duizend patiënten in Nederland.<sup>3</sup> Ook weten we dat ongeveer twee derde van de patiënten bekend is met boezemfibrilleren en een derde het wel heeft, maar nog niet bekend is.<sup>4</sup> Op basis hiervan kunnen we stellen dat er ongeveer 450 duizend patiënten met boezemfibrilleren zijn in Nederland. De gebruikte methodiek zou, in combinatie met andere initiatieven, een substantiële bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van zorg voor een grote groep patiënten.

### Kosteneffectiviteit

Of de aanpak ook kosteneffectief is, is nog moeilijk te zeggen. Dan moeten ook zaken meewegen als: onterecht gebruik van medicatie; de gevolgen van onvoldoende antistolling (meer CVA's en dus invaliditeit en mortaliteit); minder consultaties in de tweede lijn en het feit dat meer mensen op NOAC's worden ingesteld. Deze medicijnen zijn duurder dan VKA, maar effectiever, makkelijker in gebruik en behoeven geen controle van een trombosedienst. Deze inmiddels aangetoonde eigenschappen maken

dat ze in de behandelrichtlijnen van boezemfibrilleren een steeds belangrijker plaats krijgen. Volgens de meest actuele richtlijn voor in Europa werkende cardiologen, verdienen NOAC's de voorkeur bij boezemfibrilleren. In diezelfde richtlijn staat dat men patiënten die slecht zijn ingesteld, dient over te zetten.<sup>5</sup> Aan de Rijksuniversiteit Groningen wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de kosteneffectiviteit van NOAC's bij verschillende groepen patiënten. Resultaten worden in 2017 verwacht.<sup>6</sup>

In de kosteneffectiviteit zal ook gaan meespelen dat de huisarts sinds kort zelf het eerste recept NOAC mag uitschrijven, wat eerder alleen de cardioloog mocht. ■

**contact**  
[rene.van.dijk@cavari.nl](mailto:rene.van.dijk@cavari.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

**web**  
De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).