

Patiënten met boezemfibrilleren o

Huisarts Bob Meijer en cardioloog René van Dijk uit Groningen besloten samen te onderzoeken of patiënten met boezemfibrilleren de juiste zorg op de juiste plek krijgen. In een pilot met vier huisartsenpraktijken in Noord-Groningen werd een model ontwikkeld om de zorg – indien mogelijk en gewenst – naar de eerste lijn te verplaatsen. Een ICT-tool ondersteunt de screening van patiënten in de huisartsenpraktijk.

Boezemfibrilleren komt veel voor. Een goede behandeling is van belang en meestal niet complex. Dat maakt het een interessant ziektebeeld voor substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Huisarts Bob Meijer wilde weten welke patiënten hij had, of het in alle gevallen noodzakelijk was om controles in het ziekenhuis uit te voeren en of zijn patiënten conform de richtlijn werden behandeld. “Doe ik het als huisarts goed?, maar ook: volgt de behandelaar in het ziekenhuis het juiste spoor? We moeten af van de hokjesgeest. Er is een medisch probleem en dat moet op de juiste wijze én zo eenvoudig en goedkoop mogelijk worden opgelost. Tegelijkertijd moet je je grenzen kennen. Ik heb me aardig ingelezen in het onderwerp, maar het kan geen kwaad om een ander af en toe eens mee te laten kijken naar de zorg die je biedt.”

In cardioloog René van Dijk vond hij de ideale partner. Van Dijk is naast cardioloog ook mede-ontwikkelaar van software gericht op onder meer het behandelen van boezemfibrilleren. “Mijn doel is om met slimme ICT de zorg te verbeteren en toegankelijk te houden.” Het computerprogramma voor cardiologen (Disease Management Systeem Atriumfibrilleren), dat zich al bewezen heeft op de poli's voor atriumfibrilleren in Groningen en Maastricht, werd ook ingezet bij de pilot in de Groningse huisartsenpraktijken.

Boezemfibrillerenpoli

Voor de pilot selecteerden de huisartsen in overleg met de cardioloog patiënten met boezemfibrilleren die onder con-

trole waren bij zowel de huisarts als de specialist. Zij werden uitgenodigd voor een eenmalig onderzoek. Mensen die een bekende, dwingende reden hadden voor tweedelijnszorg en onverbeterlijke zorgmijders werden niet uitgenodigd. Speciaal voor de pilot werd een tijdelijke boezemfibrillerenpoli ingericht in de huisartsenpraktijk, waar deze patiënten werden onderzocht. Voorafgaand aan

de patiënt. Dit resultaat besprak de cardioloog uitgebreid met de patiënt.

Van ieder onderzoek werd een verslag gemaakt voor de huisarts. Daarin stond welk type boezemfibrilleren de patiënt had, of hij/zij volgens de richtlijn werd behandeld, of de antistolling adequaat was en of de patiënt ook verantwoord door de eigen huisarts gecontroleerd zou kunnen worden.

“Het is gelukt om substantiële substitutie samen te laten gaan met een verbetering van de zorg”

hun komst werd de relevante medische historie ingevoerd in het Disease Management Systeem Atriumfibrilleren, alle historische stollingswaarden waren opgevraagd en er was zo nodig al laboratoriumonderzoek gedaan. Van Dijk: “Alle huisartsen zaten er heel positief in. Soms was de poli lastig in te passen in het drukke weekschema van de praktijken en werd deze op zaterdag georganiseerd.”

De patiënten vulden een vragenlijst (digitale anamnese) in, die onderdeel is van het Disease Management Systeem. Vervolgens bespraken zij deze met de cardioloog of physician assistant, werd er lichamelijk onderzoek gedaan en werden een ECG en echo gemaakt. Alle resultaten kwamen samen in het Disease Management Systeem en zo ontstond een overzichtelijk profiel van

Resultaten

“Over het algemeen was de zorg vanuit de huisartsenpraktijk goed op orde”, vat Meijer samen. 64 van de 79 in het onderzoek geïnccludeerde patiënten werden volgens de richtlijn behandeld. Zeven werden nog voor boezemfibrilleren behandeld terwijl daar geen indicatie meer voor bestond.

Met de antistolling bleek het minder goed gesteld. Inadequate antistolling kan leiden tot trombo-embolieën, die in zeventig procent van de gevallen een CVA veroorzaken. Patiënten moeten worden ingesteld op een vitamine-K-antagonist (VKA) of een nieuw oraal anticoagulans (NOAC). Bij mensen die een VKA gebruiken, moet de stollingswaarde gecontroleerd worden. Deze moest tussen 2,5 en 3,5¹ liggen. Bij 38 patiënten (48 procent) was dat al lan-

p controle bij de huisarts

gere tijd niet het geval. 35 patiënten kozen ervoor om over te stappen op een NOAC. Van Dijk vindt het schokkend dat bijna de helft van de patiënten niet goed ontstold bleek te zijn. “Als arts weet je dat niet, omdat je nooit de volledige historie van de Trombosedienst krijgt. Bij het gebruik van NOAC's heb je dit probleem sowieso niet. In de Europese richtlijn voor het behandelen van atriumfibrilleren zijn NOAC's de eerste keuze², maar in Nederland start het merendeel van de patiënten nog met een VKA.”

De vraag of de patiënt ook verantwoord door de eigen huisarts kan worden gecontroleerd, werd in bijna alle gevallen (92 procent) positief beantwoord. Meijer pakt dat geleidelijk op. “Ik bespreek het op een geschikt moment met de patiënt. Wil hij of zij de controles voortaan bij mij doen, dan regel ik dat. Blijft iemand liever bij de cardioloog, dan is dat ook goed. De cardiologen hebben er over het algemeen geen moeite mee dat ik de controles ga doen. Ze hebben hun handen vol aan complexe zorg en vinden het prima om routinezorg over te laten aan de huisarts.”

Veelbelovend

De bevindingen uit de pilot zijn veelbelovend, vindt Van Dijk. “Het is gelukt om substantiële substitutie samen te



laten gaan met een verbetering van de zorg. Bovendien vinden veel patiënten het prettig om in de huisartsenpraktijk te blijven voor de controles.” Om een gestructureerde screening op de geleverde zorg bij atriumfibrilleren ook voor andere huisartsenpraktijken mogelijk te maken, ontwikkelde Van Dijk een ‘light versie’ van het Disease Management Systeem Atriumfibrilleren: CardioQuest (zie kader). “Daarmee kun je alle patiënten met atriumfibrilleren onder de loep nemen zonder fysiek consult, met als belangrijkste doelen het optimaliseren

van de antistolling, het vergroten van de kwaliteit van leven en het vergroten van de kennis over de ziekte bij patiënten. Meijer gaat de tool zeker proberen en Van Dijk krijgt meer positieve reacties van huisartsen en zorggroepen. Die laatste zijn interessant, vindt hij, omdat ze meer slagkracht hebben en in staat zullen zijn om een passende vergoeding af te spreken met de zorgverzekeraar. Maar zover is het nog niet: het komende half jaar is gereserveerd voor het testen en doorontwikkelen van de tool in de eerste en tweede lijn. Zodra de tool zich in de praktijk heeft bewezen, wordt hij breed aangeboden. <<

Tekst: Margriet van Lingen

Screeningstool bij atriumfibrilleren

Cardioloog René van Dijk ontwikkelde als afgeleide van zijn Disease Management Systeem Atriumfibrilleren de screeningstool CardioQuest AF. De tool brengt door middel van gevalideerde, digitale vragenlijsten en analyses in beeld of patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. De uitkomsten worden in een resultaatsscherm gepresenteerd aan de professional. In de loop van 2017 worden ook een tekstuele terugkoppeling naar de patiënt en een terugkoppeling in een brief voor professionals toegevoegd.

- 1 In het onderzoek werden de waarden van 2015 gehanteerd. Tegenwoordig moet de stollingswaarde tussen 2.0 en 3.0 liggen.
- 2 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, Kirchhof P. et al. Eur Heart J (2016) 37 (38): 2893-2962. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>

LNLMTGM.02.2017.0864