

Editoriaal: De aanpak van cardiovasculair risico op de eerste lijn

Dat cardiovasculaire ziekten door hun belangrijke morbiditeit en mortaliteit een bedreiging vormen voor de volksgezondheid behoeft geen betoog. De gedeeltelijke omkeerbaarheid van dit risico is voldoende aangetoond¹. Screening en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren is het werkkterrein van de huisarts. Dus ligt de verantwoordelijkheid voor een kwalitatief hoogstaand management van deze problematiek in de eerste plaats bij de huisarts. En deze is zich hiervan bewust.

In het verleden is aangetoond dat er niet altijd sprake was van een efficiënte behandeling. Op basis van een onderzoek bij de bevolking toonde bijvoorbeeld Mancia in 1997 in Milaan aan dat er geen verschil bestond tussen behandelde en niet-behandelde hypertensieve patiënten wat het niveau van de gemiddelde 24-uurs systolische bloeddruk betreft². Meer recent toonde Fagard in een Belgisch beschrijvend onderzoek aan dat 80% van alle hypertensiepatiënten (n=3 761) behandeld wordt, maar dat dit in 69% van de gevallen onvoldoende gebeurt³. Tevens stelde hij vast dat het globaal cardiovasculair risico van de patiënt in mindere mate dan de bloeddrukwaarden bijdraagt tot het starten van de antihypertensieve therapie.

Het nieuwe model bestaat er inderdaad in niet langer te focussen op één risicofactor, maar eerder het globaal individueel risico te berekenen. Dit is ook het besluit van de consensusconferentie over hypolipemiërende middelen die het RIZIV in mei 2002 inrichtte⁴. Hierin stelde men voor om als basis voor behandeling de lipidendosering te vervangen door het globaal risicoprofiel van de patiënt. De beste oefening in deze richting is voorlopig de herziene CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk'⁵. Hierbij weet de huisarts in één oogopslag hoe de bloeddruk én de cholesterolwaarde van zijn patiënt behandeld moeten worden.

De werkgroep 'preventie' van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) en een interuniversitaire werkgroep (UCL, KUL, ICHO, SSMG) zoeken verder naar een globaal cardiovasculair risico algoritme, dat bruikbaar is voor de huisarts en voorzien is van richtlijnen voor de benadering van alle risicofactoren. Hiervoor worden zorgplannen ontworpen met de volgende principes als vertrekpunt: efficiënte screening op basis van case-finding, handelen gebaseerd op het berekenen van het globale risicoprofiel, bruikbare in de praktijk getoetste aanbevelingen voor de huisarts die volledig gebaseerd zijn op de principes van evidence-based medicine, een 'horizontale' samenwerking tussen nulde, eerste, tweede en derde lijn met duidelijke afspraken en afbakening van de verantwoordelijkheden, een maximale 'communicatieve' huisartsengeneeskunde die door middel van 'counseling' de patiënt volledig betreft, ondersteuning van bevolkingscampagnes door het ministerie, het invullen van de noodzakelijke randvoorwaarden en ten slotte samenwerking met alle andere partners zoals apothekers, paramedici, ziekenfondsen, farmaceutische industrie enzovoort.

Bij de realisatie van een dergelijk zorgenplan zijn de huisartsen bereid om de kwaliteit van hun werk permanent bij te sturen. Individuele feedback betreffende voorschrijfgedrag en andere beleidsparameters (zoals bijvoorbeeld de Farmanet-profielen of praktijkaudits) kunnen waardevolle instrumenten zijn voor het realiseren van een cultuur van permanente bijsturing en peer review. Een werkgroep van het RIZIV bereidt momenteel een dergelijk programma voor rond het voorschrijfgedrag van antihypertensiva.

De beroepsgroep zelf zit ook niet stil: zowel de WVVH (realiseren van aanbevelingen), de SSMG (implementatiecampagnes van richtlijnen onder andere in de provincie Henegouwen) als de universitaire centra (aangepaste interactieve leertrajecten) nemen volop initiatieven ter verbetering van de kwaliteit.

Het ultieme doel is de constante kwaliteitsverbetering van het huisartsengeneeskundig handelen omtrent cardiovasculaire ziekten. Elke huisarts weet dat dit één van de juiste reflecties is om de (her)waardering van het beroep waar te maken. Minerva draagt hieraan haar EBM-steentje bij.

P. De Cort

Literatuur

1. Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet* 1990;335:827-38.
2. Mancia G, Sega R, Milesi C, et al. Blood pressure control in the hypertensive population. *Lancet* 1997;349:454-7.
3. Fagard R, Van Den Enden M, Leeman M, Warling X. Survey on treatment of hypertension and implementation of WHO/ISH risk stratification in primary care in Belgium. *J Hypertens* 2002;20:1297-302.
4. Het doelmatig gebruik van de hypolipemiërende geneesmiddelen. Systematisch literatuuronderzoek. Consensusvergadering 28 mei 2002, Brussel. Brussel: RIZIV, 2002.
5. Grobbee DE, Tuut MK, Hoes AW. CBO-richtlijn 'Hoge bloeddruk' (herziening). *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;43: 2071-6.