

Vroegopsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Vroegopsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten

Chantal Leemrijse
Joke Korevaar

Mei 2019

ISBN 978-94-6122-554-2

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een rapport over de rol van de huisarts bij de vroegopsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (selectieve preventie). In dit rapport worden de resultaten van het SPIMEU project gepresenteerd, een Europese studie uit 2015-2018 om inzicht te krijgen in selectieve preventieprogramma's in Europa. In het kader van deze studie vulden 118 Nederlandse huisartsen een enquête in over hun activiteiten en mening ten aanzien van selectieve preventie van cardiometabole aandoeningen. Ook worden de resultaten weergegeven van drie online focusgroepen met huisartsen (2018-2019) over hun rol in vroegopsporing van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (selectieve preventie), hun mening ten aanzien van verschillende initiatieven om vroegopsporing buiten de huisartsenpraktijk te stimuleren en over hun behoefte aan ondersteuning bij vroegopsporing. Het onderzoek is gesubsidieerd door de Hartstichting.

Wij willen alle deelnemers aan de focusgroepen bedanken voor hun enthousiaste bijdrage. Daarnaast bedanken we dr. Ineke van Dis en dr. David Smeekes van de Hartstichting voor de constructieve discussies over de tussentijdse resultaten van dit onderzoek.

De auteurs, mei 2019

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Voorwoord | 3 |
| Samenvatting | 6 |
| 1 Inleiding | 8 |
| 1.1 Aanleiding voor het onderzoek | 8 |
| 1.2 Doel en vragen | 9 |
| 1.3 Inhoud van dit rapport | 9 |
| 2 Aanpak van het onderzoek | 10 |
| 2.1 Dataverzameling | 10 |
| 2.2 Werving van deelnemers | 11 |
| 2.3 Data-analyse | 11 |
| 3 Resultaten SPIMEU vragenlijst | 12 |
| 3.1 Respondenten | 12 |
| 3.2 Wat doen huisartsen aan identificatie van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie, of iets breder een hoog risico op HVZ? | 12 |
| 3.3 Hoe kijken huisartsen tegen selectieve preventie aan? | 15 |
| 3.4 Wat zijn volgens huisartsen knelpunten in selectieve preventie? | 19 |
| 3.5 Hoe zou, volgens huisartsen, de ideale situatie voor vroegopsporing van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie eruit moeten zien? | 20 |
| 4 Resultaten focusgroepen | 23 |
| 4.1 Wat vinden huisartsen van risicotests en het meten van bloeddruk en cholesterol buiten de spreekkamer ? | 23 |
| 4.2 Welke rol hebben huisartsen momenteel in de vroegopsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten? | 26 |
| 4.3 Waar hebben huisartsen behoefte aan om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico te optimaliseren en hoe kan de Hartstichting hierin bijdragen? | 30 |
| 5 Discussie | 34 |
| 6 Referenties | 37 |
| Bijlage A Kernbevindingen | 39 |
| A.1 Wat doen huisartsen aan identificatie van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie, of iets breder een hoog risico op HVZ? | 39 |
| A.2 Hoe kijken huisartsen tegen selectieve preventie aan? | 39 |
| A.3 Wat zijn volgens huisartsen knelpunten in selectieve preventie? | 39 |
| A.4 Hoe zou, volgens huisartsen, de ideale situatie voor vroegopsporing van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie eruit moeten zien? | 39 |
| A.5 Wat vinden huisartsen van risicotests en het meten van bloeddruk en cholesterol buiten de spreekkamer ? | 40 |

| | | |
|---|---|-----------|
| A.6 | Welke rol hebben huisartsen momenteel in de vroegopsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten? | 40 |
| A.7 | Waar hebben huisartsen behoefte aan om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico te optimaliseren en hoe kan de Hartstichting hierin bijdragen? | 41 |
| Bijlage B SPIMEU vragenlijst | | 42 |
| Bijlage C Topiclijst voor focusgroepen | | 57 |
| C.1 | Focusgroep 1 | 57 |
| C.2 | Focusgroep 2 | 59 |
| C.3 | Focusgroep 3 | 61 |

Samenvatting

Een van de manieren om hart- en vaatziekten (HVZ) te voorkomen is het vroeg opsporen van mensen met een verhoogd risico door middel van selectieve preventie. Selectieve preventie van HVZ is het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren. Na het identificeren van individuen met een hoog risico (bijvoorbeeld vanwege roken, hoge bloeddruk en/of hoog cholesterol), kunnen behandeling op maat en preventieve activiteiten worden gestart om achteruitgang te voorkomen en dit maakt dat het tijdig starten met preventie belangrijk. Preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) is dan ook een belangrijk speerpunt van de Hartstichting. De Hartstichting wil weten wat zij kan doen voor huisartsen om de vroegopsporing en behandeling van patiënten een hoog risico op HVZ te optimaliseren.

Om deze vraag te beantwoorden brachten we op grond van de SPIMEU enquête, een Europese studie uit 2015-2018 om zicht te krijgen op selectieve preventieprogramma's in Europa, in kaart wat Nederlandse huisartsen aan identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ doen, hoe zij tegen selectieve preventie aan kijken en wat volgens hen kansen en knelpunten zijn. In drie online focusgroepen vroegen we huisartsen naar hun mening over verschillende initiatieven om vroegopsporing en behandeling van mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten te verbeteren. Daarnaast vroegen we de huisartsen hoe de Hartstichting zou kunnen bijdragen om identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ te optimaliseren.

Zes op de tien huisartsen zegt (pro)actief te zijn in selectieve preventie van hart- en vaatziekten

Van de 118 huisartsen die de enquête invulden (respons 9%) roept 20% zijn of haar patiënten alleen actief op om hun risico te laten bepalen en 25% bepaalt alleen opportunistisch risico, dat wil zeggen wanneer de patient op consult is voor een al dan niet gerelateerde klacht. Bijna een vijfde van de huisartsen doet beiden, zij roepen patiënten actief op en bepalen soms opportunistisch risico. Bij elkaar opgeteld is 63% van de huisartsen dus (pro)actief op het gebied van preventie van HVZ en 37% niet. De pro-actieve huisartsen besteden gemiddeld in 6 consulten per week tijd aan selectieve preventie, maar de verschillen tussen huisartsen zijn groot.

In de focusgroepen, met in totaal 37 deelnemers, zijn weinig huisartsen die hun patiënten actief oproepen om hun bloeddruk te laten meten of dit opportunistisch bepalen. De huisartsen die mee doen aan de ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM) roepen hun patiënten wel actief op. Zowel de huisartsen die de enquête invulden als de huisartsen uit de focusgroepen nodigen vooral mensen uit met reeds bekende risicofactoren.

De meeste huisartsen vinden selectieve preventie nuttig, vooral voor mensen met een hoog risico

Tachtig procent van de huisartsen die de enquête invulden vindt selectieve preventie nuttig, maar 63% geeft aan dat selectieve preventie zich alleen moet richten op mensen met een hoog-risico en niet op de gehele populatie. Driekwart van de huisartsen vindt selectieve preventie een taak van de huisarts, maar iets minder dan de helft zegt te druk te zijn met andere taken om dit uit te voeren. Bijna 90% vindt dat de praktijkverpleegkundige selectieve preventie goed kan uitvoeren, maar gebrek aan financiën en personeel belemmeren dit soms.

Een op de zeven huisartsen die de enquête invulden vindt dat selectieve preventie van HVZ patiënten onnodig ongerust maakt. In de focusgroepen waren meerdere huisartsen (circa 8) die stelden dat huisartsen zich beter op mensen met klachten of ècht hoge risico's kunnen richten en dat selectieve preventie meer een taak is van de overheid.

Huisartsen staan redelijk positief tegenover het meten van bloeddruk buiten de huisartsenpraktijk

Huisartsen uit de focusgroepen staan over het algemeen redelijk positief ten aanzien van initiatieven om bloeddruk te meten buiten de huisartsenpraktijk, mits dit kwalitatief goed gebeurt en er goede adviezen worden gegeven ten aanzien van de eventueel te nemen vervolgstappen bij een bepaalde bloeddruk. Uit de focusgroepen blijkt verder dat bestaande initiatieven van de Hartstichting niet goed bekend zijn bij huisartsen. Zo kende meer dan de helft van de huisartsen uit de focusgroep de door de NHG en Hartstichting geïnitieerde risicotest en de website www.testuwrnico.nl niet.

Huisartsen vinden dat de Hartstichting vooral kan bijdragen aan goede informatie voor patiënten

Een aantal (6) huisartsen in de focusgroepen stelt expliciet dat de Hartstichting buiten de spreekkamer van de huisarts moet blijven, mede omdat er al veel is bereikt is op het gebied van preventie en behandeling van HVZ. Andere huisartsen staan positief tegenover ondersteuning van de Hartstichting bij de vroegopsporing en behandeling van hart- en vaatziekten, vooral op het gebied van patiënteninformatie. Omdat huisartsen hun patiënten voor vragen over risico's en leefstijl vaak naar thuisarts.nl verwijzen zou een link daarop naar informatie van de Hartstichting welkom zijn. Ook staan de meeste huisartsen desgevraagd positief tegenover een website voor patiënten met daarop leefstijladviezen en eventueel digitale coaching. Deze website zou bij voorkeur door NHG (thuisarts.nl) en Hartstichting samen moeten worden ontwikkeld en niet commercieel moeten zijn. Het bereiken en informeren van de groep laag geletterden is voor veel huisartsen een probleem, mede omdat veel bestaand informatiemateriaal niet geschikt is voor deze groep. Hierin zou de Hartstichting volgens de huisartsen kunnen bijdragen door specifieke folders of een begrijpelijk informatiefilmpje voor de wachtkamer te ontwikkelen dat patiënten attent maakt op de risico's van hart- en vaatziekten.

De Hartstichting moet zich volgens huisartsen sterk maken voor een gezonde leefomgeving

Van de huisartsen die de enquête hebben ingevuld vindt circa 85% dat mensen in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, maar 91% vindt dat ook de overheid een belangrijke taak heeft in het stimuleren van gezond gedrag. De huisartsen uit de focusgroepen laten eenzelfde mening horen en de Hartstichting kan volgens hen daarom vooral bijdragen aan maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen door voorlichting van de algemene bevolking. Daarnaast moet de Hartstichting zich volgens hen sterk maken voor de beperking van vet en zout in de voeding, het bestrijden van overgewicht, het uitbreiden van gymlessen op school en het inrichten van een beweegvriendelijke omgeving. Op die manier zouden de huisartsen zich ondersteund voelen in het stimuleren van gezond gedrag van hun patiënten.

Conclusie

De meeste huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek vinden selectieve preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) een taak van de huisarts, vooral wanneer het gaat om mensen bij wie zij reeds een verhoogd risico op HVZ vermoeden op grond van bijvoorbeeld leeftijd, rookgedrag of familiegeschiedenis. De uitvoering van selectieve preventie kent in de praktijk echter belemmeringen zoals gebrek aan tijd, beperkte vergoeding en andere prioriteiten. Niet alle huisartsen zien een rol voor de Hartstichting om hen te ondersteunen bij selectieve preventie in de praktijk, maar andere huisartsen zouden toegankelijke patiënteninformatie, mits ontwikkeld in samenspraak met de beroepsvereniging, wel waarderen. Veel huisartsen vinden dat de Hartstichting vooral een rol heeft in de maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen en richting overheid om de leefomgeving van mensen gezonder in te richten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Ongeveer vier miljoen Nederlanders hebben obesitas, diabetes, chronische nierschade, een hoge bloeddruk en/of te hoge cholesterolwaarden (Informatiestandaard cardiometabole aandoeningen). Deze aandoeningen zijn belangrijke risicofactoren voor het krijgen van hart- en vaatziekten. Cardiometabole aandoeningen (diabetes, obesitas, chronische nierschade, hart- en vaatziekten) kunnen worden veroorzaakt door slechte voedingsgewoonten, te weinig bewegen en roken (Dekker, Alsema et al. 2011). Wanneer mensen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoeningen tijdig worden opgespoord is gezondheidswinst te behalen door middel van leefstijl veranderingen en (indien nodig) medicatie voor onder andere hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol. Op dit moment sporen huisartsen niet alle patiënten met een verhoogde bloeddruk of verhoogd cholesterol vroegtijdig op.

Een van de speerpunten van De Hartstichting is voorkomen van hart- en vaatziekten. Daarom wil de Hartstichting weten hoe zij het voor huisartsen eenvoudiger kan maken om patiënten met een verhoogd risico op HVZ vroegtijdig op te sporen en vervolginginterventies aan te bieden. Deze vraag is de aanleiding voor dit onderzoek.

Tijdige opsporing van mensen met een verhoogd risico op HVZ vraagt om een omslag in handelen van de huisarts, van reactieve zorg naar proactieve opsporing, zoals ook is aangegeven in de richtlijn "PreventieConsult cardiometabool risico" van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG, 2011). Ook in de Europese richtlijn van de cardiologen en in de nieuwste richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) van de NHG wordt een grote rol gezien voor huisartsen bij het vroegtijdig opsporen van hoog risico patiënten (Piepoli, Hoes et al. 2016, NHG, 2019). Bij het preventieconsult gaat het om selectieve preventie, dat wil zeggen het identificeren van personen met een hoog risico op HVZ, gevolgd door interventies om het risico te verlagen. Hierbij gaat het om personen met een indicatie voor hoog risico, bijvoorbeeld op grond van leeftijd of rookgedrag. Het bepalen van bloeddruk en cholesterol kan een aanleiding zijn een uitgebreider risicoprofiel op te stellen in een preventieconsult. Het bepalen van één of twee risicofactoren en het preventieconsult zijn beiden voorbeelden van een proactieve benadering van de huisarts.

In de dagelijkse huisartsenpraktijk wordt deze proactieve benadering door bepaling van bloeddruk en cholesterol als toeleiding naar selectieve preventie niet vaak toegepast (De Waard et al., 2018). Belangrijke barrières voor selectieve preventie zijn dat dit niet vergoed wordt en dat er gebrek aan tijd en personeel is binnen huisartsenpraktijken om deze opsporing systematisch uit te voeren. Daar komt bij dat niet alle huisartsen het nut in zien van proactieve opsporing en veel huisartsen missen goede voorlichtingsmaterialen voor de patiënt (Wändel et al., 2018). Bovendien geven huisartsen aan dat ze moeite hebben met risico communicatie en het goed uitleggen van het probleem aan de patiënt (Noordman, 2013).

In de praktijk wordt ook het preventieconsult beperkt aangeboden. Uit een enquête die is ingevuld door ruim 100 Nederlandse huisartsen in 2016 volgt dat 38% van de huisartsen zegt patiënten proactief te benaderen voor het preventieconsult (De Waard et al., 2018). Opvallend genoeg vindt het overgrote merendeel van deze huisartsen het preventieconsult nuttig en vindt ook dat het tot de taak van de huisarts behoort. Er bestaat dus een discrepantie tussen wat huisartsen vinden van pro-actieve opsporing en de daadwerkelijke uitvoering ervan.

Een proactieve benadering is alleen zinvol als er een behandeling van hoog risicopersonen volgt. In de huisartsenpraktijk verzorgt de praktijkondersteuner (POH) veel geprotocolleerde zorg. Eerste resultaten van de 'Integrate studie' (een kosten-effectiviteits studie naar het PreventieConsult) laten zien dat 89% van de patiënten bij wie in het preventieconsult een verhoogd risico is vastgesteld, een individueel behandelplan en een standaard follow-up krijgen (Stol, Hollander et al. 2018). Slechts de helft van de patiënten brengt echter vervolgens een gestructureerd bezoek aan de POH of huisarts. Dus huisartsen ervaren ook op het vlak van behandeling van hoog risico patiënten nog verschillende knelpunten. Huisartsen en POHs geven aan dat ze over te weinig kennis beschikken met betrekking tot voeding en leefstijl en dat dit een remmende factor is (Van Dillen, Noordman et al. 2014). Bijna alle huisartspraktijken bieden stoppen met roken begeleiding aan, maar interventies voor gezond voedingspatroon en beweegprogramma's worden door slechts 30% en 14% van de praktijken aangeboden (Stol, Hollander et al. 2018). Huisartsen missen zelf vaak kennis van motiverende technieken om gedragsverandering te bevorderen (Noordman 2013). Verwijzing naar andere hulpverleners zou mogelijk een oplossing zijn, maar huisartsen hebben niet altijd voldoende kennis over het aanbod van leefstijlprogramma's in de buurt en de samenwerking met andere zorgaanbieders is niet altijd optimaal.

Er zijn dus nogal wat barrières waarom huisartsen op dit moment slechts in beperkte mate patiënten met hypertensie of verhoogd cholesterol gehalte of iets breder, patiënten met een verhoogd risico op HVZ actief opsporen en behandeling aanbieden. Preventie van cardiometabole aandoeningen en vroegopsporing van patiënten met een hoog risico is één van de speerpunten van de Hartstichting.

1.2 Doel en vragen

De hoofdvraag van het onderzoek is wat de hartstichting kan bieden, doen of bijdragen om de vroegopsporing en behandeling van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie, of iets breder een hoog risico op HVZ, te optimaliseren voor huisartsen en daarmee efficiënter te maken. Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden is een overzicht nodig van kansen en knelpunten die huisartsen ervaren ten aanzien van het actief opsporen en behandelen van mensen met verhoogd risico. Het onderzoek richt zich daarom op de beantwoording van de volgende deelvragen.

1. Wat doen huisartsen nu aan identificatie van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie of, iets breder, aan identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ?
2. Hoe kijken huisartsen tegen deze identificatie aan?
3. Wat zijn volgens huisartsen kansen en knelpunten hierin?
4. Hoe zou, volgens huisartsen, de ideale situatie voor vroegopsporing van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie eruit moeten zien? Wat en wie hebben ze daarbij nodig?
5. Welke rol zien huisartsen hierbij voor de Hartstichting? Hoe kan de Hartstichting bijdragen en wat kan ze doen om identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ te optimaliseren voor huisartsen?

1.3 Inhoud van dit rapport

Hoofdstuk 2 geeft de aanpak van het onderzoek weer. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de enquête van de SPIMEU studie en hoofdstuk 4 de resultaten van de online focusgroepen. Hoofdstuk 5 is de discussie. In bijlage A staan de kernbevindingen uit hoofdstuk 3 & 4 bijeen.

2 Aanpak van het onderzoek

De vragen 1 t/m 4 worden beantwoord op basis van een bestaande dataverzameling. Voor het beantwoorden van vraag 5 zijn online focusgroepsdiscussies met huisartsen georganiseerd, waarbij ook elementen uit vraag 1 t/m 4 zijn meegenomen.

2.1 Dataverzameling

Bestaande dataverzameling – vraag 1 t/m 4 –

In 2015-2018 is het SPIMEU project uitgevoerd, een Europese studie om meer inzicht te krijgen in selectieve preventie programma's in Europa en de haalbaarheid daarvan. SPIMEU staat voor Determinants of successful implementation of selective prevention of cardiometabolic diseases across Europe (spimeu.prg). In het kader van deze studie zijn enquêtes afgenomen over selectieve preventie van cardiometabole aandoeningen (CMD) in de dagelijkse praktijk onder een steekproef van 1200 Nederlandse huisartsen (Thilsing, de Waard et al. 2016, SPIMEU 2018). De steekproef was representatief voor Nederlandse huisartsen met betrekking tot geslacht, leeftijd, urbanisatiegraad, en regio (noord, oost, zuid, west). Uiteindelijk vulden 118 huisartsen deze vragenlijst in. Hoewel de vragenlijst was gericht op cardiometabole aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten en nierfunctiestoornissen) en dus breder is dan hart- en vaatziekten (HVZ), spreken we in het verdere rapport over HVZ omdat de opsporing overlappende parameters kent.

De vragen uit deze enquête geven antwoord op de onderzoeksvragen 1 t/m 4. De vragen gingen in op wat huisartsen op dit moment doen aan het identificeren van patiënten met een hoog risico op HVZ, welke patiëntengroepen zij hiervoor benaderen en welke factoren huisartsen hierbij meenemen (bijvoorbeeld leeftijd, roken, familiegeschiedenis). De enquête vroeg ook naar de mening van huisartsen ten aanzien van selectieve preventie van HVZ en de organisatie daarvan, en naar wat volgens huisartsen de ideale situatie is voor vroegopsporing van patiënten met een hoog risico op HVZ (zie bijlage A voor de volledige vragenlijst).

Online focusgroepen met huisartsen – vraag 5 –

Voor het beantwoorden van vraag 5 organiseerden we drie online focusgroepen, in december 2018, januari 2019 en februari 2019. Ook vroegen we enkele elementen uit de vragen 1 t/m 4 uit. Het voordeel van een online focusgroep is dat huisartsen kunnen deelnemen op een voor hun geschikt moment en vanaf een eigen locatie. Gestreefd werd naar 6 tot 8 deelnemende huisartsen per focusgroep. Dit aantal is groot genoeg om verschillende meningen en ervaringen te verkrijgen, maar niet zo groot dat deelnemers zich niet meer betrokken voelen bij de discussie. Iedere huisarts nam aan één focusgroep deel. De volgende focusgroep startte pas wanneer de voorgaande groep was afgerond, zodat resultaten uit de voorgaande discussie konden worden meegenomen in de volgende groepsdiscussie. De groepen kregen deels dezelfde vragen en stellingen, en deels verschillende.

Iedere dag plaatsten we een nieuwe vraag of stelling in het online systeem, waarna deelnemers via de mail een attendering kregen dat er een nieuwe stelling gereed stond om op te reageren (Tates, Zwaanswijk et. Al., 2009). De deelnemers konden zien wat andere (geanonimiseerde) deelnemers geantwoord hadden en desgewenst reageren op de reactie van een andere deelnemer. De onderzoekers stelden soms gericht vragen ter verheldering. Huisartsen ontvingen een beperkte vergoeding voor deelname aan deze online focusgroep discussie.

De vragen en stellingen zijn ontwikkeld op basis van de kennis die werd verzameld bij de beantwoording van vraag 1 t/m 4, aangevuld met kennis van het Nivel en de Hartstichting. De Hartstichting was betrokken bij de ontwikkeling van de vragen en stellingen. Ook tijdens de focusgroepen werd door de onderzoekers en de Hartstichting overlegd over de voor te leggen vragen en stellingen. Het Nivel is verantwoordelijk voor de uiteindelijk voorgelegde vragen en stellingen en voor de rapportage.

2.2 Werving van deelnemers

Om huisartsen te werven voor deelname aan de online focusgroepen is voorafgaand aan elke onlinefocusgroep een oproep per email uitgezet onder 1200 huisartsen van de praktijken uit de zogeheten NIVEL huisartspraktijkenregistratie van wie actuele emailgegevens bekend waren op grond van deelname aan eerder Nivelonderzoek (Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg en regionale capaciteitsmonitor huisartsenzorg). Alle huisartsen die zich aanmeldden participeerden in de online focusgroepen. Gezien het geringe aantal huisartsen dat op deze oproep reageerde was het niet mogelijk verder te selecteren op type praktijk (solo, duo of groepspraktijk) of op stedelijkheid (stad- en plattelands praktijken) om een 'representatieve' onderzoeksgroep samen te stellen. Aanvullend zijn oproepen op facebook en twitter geplaatst en vroegen we huisartsen uit het eigen (onderzoeks)netwerk om deel te nemen. Via google zochten we huisartsen die zich specifiek bezig houden met vroegopsporing van mensen met een verhoogd risico op HVZ en kaderhuisartsen CVRM. Deze huisartsen zijn op grond van hun ervaring gevraagd om deel te nemen en ontvingen een persoonlijke uitnodiging (in plaats van een algemene oproep).

2.3 Data-analyse

De data uit de vragenlijsten zijn verwerkt door middel van beschrijvende statistiek. Verschillen in resultaten tussen groepen huisartsen die de enquête invulden zijn getoetst met Chi2 toetsen (gehanteerde p-waarde 0.05). De reacties en aanbevelingen die volgen uit de focusgroepen zijn per vraag samengevat en voorzien van duiding voor de Hartstichting.

3 Resultaten SPIMEU vragenlijst

3.1 Respondenten

Uiteindelijk vulden 118 van de 1200 uitgenodigde huisartsen de SPIMEU vragenlijst in (9,8%), iets meer vrouwen dan mannen (tabel 1). Bijna 65 % van de deelnemende huisartsen is jonger dan 50 jaar. Vijfenvertig procent van de huisartsen werkt in praktijk in stedelijk gebied, 55% in een praktijk op het platteland of in een gemengde stad-plattelands omgeving. De helft van de huisartsen werkt in een solo- (21%) of een duopraktijk (29%) en de andere helft van de huisartsen in een groepspraktijk (31%) of gezondheidscentrum (18%). Er zijn geen significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen wat betreft leeftijd, werkervaring, locatie van de praktijk of type praktijk.

Tabel 1 Kenmerken van de respondenten

| Respondenten | % |
|--|---------------|
| Vrouwen | 55 |
| Mannen | 45 |
| Leeftijd | |
| 30-39 jaar: 34% | 34 |
| 40-49 jaar: 32% | 32 |
| 50-59 jaar: 27% | 27 |
| > 60 jaar: 10% | 10 |
| Aantal jaar ervaring | 14 (9.4) jaar |
| Soort praktijk | |
| Solo | 18 |
| Duo-praktijk | 29 |
| Groepspraktijk met > 2 huisartsen | 31 |
| Eerstelijnsgezondheidscentrum met meerdere disciplines | 19 |
| Locatie praktijk | |
| Grote (binnen)stad | 18 |
| Buitenwijk | 5 |
| Kleine stad | 21 |
| Gemengd stad-platteland | 31 |
| Platteland | 24 |

3.2 Wat doen huisartsen aan identificatie van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie, of iets breder een hoog risico op HVZ?

- 63% van de huisartsen roept patiënten actief op om hun risico te bepalen en/of bepaalt opportunistisch het risico; beiden vooral bij bepaalde leeftijds- of risicogroepen.
- Meer dan 80% van de huisartsen gebruikt een risico model om het risico op HVZ te bepalen.
- Leeftijd en roken zijn de meest genoemde factoren die worden meegenomen om het risico te bepalen, etniciteit, alcoholgebruik en dieet de minste.
- Wanneer laboratoriumonderzoek wordt uitgevoerd om het risico te bepalen, laten huisartsen bloedlipiden en bloedglucose meten, iets minder vaak creatinine en albuminurie.
- Een derde van de huisartsen gebruikt bij identificatie van hoog risico patiënten een protocol.
- Huisartsen voeren in gemiddeld circa 5 consulten per week preventieve activiteiten uit.

De eerste vragen van de SPIMEU vragenlijst gingen over het actief benaderen van patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren, met als doel patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren. Een actieve benadering is bijvoorbeeld patiënten uitnodigen per email, brief of telefoon, of op eigen initiatief het HVZ risico bepalen wanneer een patiënt voor een andere, niet gerelateerde klacht op consult komt (verder aangeduid met opportunistisch risico bepalen). Aanvullend is gevraagd welke patiënten de huisarts benadert, of de huisarts een risico predictie model(score) gebruikt om het risico op HVZ te berekenen en welke factoren hij of zij mee neemt in de risicobepaling.

3.2.1 Pro-actieve activiteiten

Van de 118 huisartsen roepen 24 huisartsen (20%) alleen patiënten actief op om hun risico te laten bepalen en 29 huisartsen (25%) bepalen alleen opportunistisch risico (tabel 2). Er zijn 21 huisartsen (18%) die beiden doen, zij roepen patiënten actief op en bepalen opportunistisch risico. Bij elkaar opgeteld zijn er dus 74 huisartsen (63%) (pro)actief op het gebied van preventie van HVZ, hetzij via actief oproepen, hetzij via opportunistisch risico bepalen, hetzij door beide methoden toe te passen. Van de 118 huisartsen ondernemen 44 huisartsen (37%) geen enkele pro-actieve actie om HVZ op te sporen. Vrijwel alle huisartsen (98%) bepalen het risico op HVZ wanneer de patiënt daar zelf expliciet om vraagt.

Tabel 2 Type activiteiten in het kader van selectieve preventie

| Activiteiten van HA om mensen met hoog risico op HVZ op te sporen | N (%) | N (%) |
|---|----------|-------|
| Alleen actief oproepen patiënten om risico te bepalen | 24 (20%) | |
| Alleen opportunistisch risico bepalen | 29 (25%) | 74% |
| Actief oproepen patiënten en opportunistisch risico bepalen | 21 (18%) | |
| Geen pro-actieve actie om HVZ op te sporen | 44 (37%) | |

3.2.2 Hoe ziet selectieve preventie eruit?

De groep patiënten waar de huisartsen zich bij selectieve preventie op richten, de factoren die worden meegenomen bij het bepalen van risico op HVZ en de metingen en laboratoriumbepalingen die daarbij worden meegenomen staan in tabel 2. De resultaten zijn uitgesplitst naar huisartsen die hun patiënten actief oproepen om risico te bepalen en/of opportunistisch risico bepalen versus huisartsen die alleen risico bepalen op verzoek van de patiënt en geen pro-actieve actie ondernemen om HVZ op te sporen.

Bij wie bepalen huisartsen het risico?

Slechts weinig huisartsen die het risico op HVZ bepalen doen dat bij al hun patiënten. Het merendeel doet dit alleen bij bepaalde leeftijds- of risicogroepen (45%), zoals mensen met een hoge bloeddruk, rokers, mensen na eerdere HVZ, familiale belasting, overgewicht. Een combinatie van leeftijd en bepaalde risico's wordt ook veel genoemd. Huisartsen die het risico op HVZ alleen op verzoek van de patiënt bepalen doen dat bij alle patiënten die daar om vragen (77%), bij bepaalde leeftijdsgroepen (19%), of bij patiënten met bepaalde risicofactoren (9%).

Gebruik risicomodel en meegenomen factoren

Meer dan 80% van de huisartsen gebruikt een risico model om het risico op HVZ te bepalen, waarbij SCORE en de NHG risicotabel het meest worden genoemd. De factoren die worden meegenomen bij het bepalen van het risico zijn leeftijd, geslacht, etniciteit, alcohol gebruik, lichamelijke activiteit, dieet, familiegeschiedenis, roken en aanwezigheid van reumatoïde artritis. Leeftijd en roken worden het meest genoemd als relevante risicofactoren, etniciteit, alcoholgebruik en dieet het minst. Huisartsen meten vooral bloeddruk en gewicht en in mindere mate middelomtrek.

Bij laboratoriumonderzoek laten zij bloedlipiden, bloedglucose en in iets mindere mate creatinine en albuminurie bepalen. Huisartsen die alleen screenen op verzoek laten minder vaak albuminurie bepalen dan huisartsen die hun patiënten actief oproepen en/of opportunistisch screenen.

Gebruik protocol bij het bepalen van risico op HVZ

Een derde van alle huisartsen gebruikt een protocol voor activiteiten om een patiënt met hoog risico op HVZ te identificeren, en noemt daarbij een CVRM protocol (al dan niet lokaal, of zelf), de NHG standaard, zorggroep-protocol, boek cardiovasculair risicomanagement, ROHA protocol, standaard preventieconsult, Medicom, etc.

In hoeveel consulten komen preventieve activiteiten om risico op HVZ te bepalen aan de orde?

De huisartsen geven aan dat zij in gemiddeld 5,1 consulten per week preventieve activiteiten uitvoeren om hoog risico op HVZ op te sporen. De huisartsen die actief oproepen of opportunistisch risico bepalen besteden hier gemiddeld 6 consulten per week aan en huisartsen die alleen risico op verzoek bepalen 3,5 consulten.

Tabel 3 Inhoud van selectieve preventie (naar 'type' huisarts)

| | HA die actief oproepen en/of opportunistisch risico bepalen (n=74) | HA die alleen risico bepalen op verzoek (n=43)* |
|------------------------------|--|---|
| Welke patiënten? | | |
| Alle patiënten | 8 (11 %) | 33 (77%) |
| Bepaalde leeftijdscategorie | 33 (45 %) | 8 (19%) |
| Anders, n/# | 33 (45 %) | 2 (9%) |
| Welke risicofactoren? | | |
| Leeftijd | 47 (63%) | 35 (81%) |
| Geslacht | 42 (57%) | 34 (79%) ¹ |
| Etniciteit | 25 (34%) | 13 (30%) |
| Alcohol gebruik | 26 (35%) | 11 (26%) |
| Lichamelijke activiteit | 35 (47%) | 19 (44%) |
| Dieet | 21 (28%) | 11 (26%) |
| Familiegeschiedenis | 44 (60%) | 31 (72%) |
| Roken | 47 (63%) | 34 (79%) |
| Reumatoïde artritis | 41 (56%) | 25 (58%) |
| Alle genoemde factoren | 28 (38%) | 9 (21%) |
| Overig### | 13 (18%) | 4 (9%) |
| Metingen | | |
| Gewicht | 49 (66%) | 27 (63%) |
| Lengte | 42 (57%) | 25 (58%) |
| Middelomtrek | 19 (25%) | 5 (12%) |
| Bloeddruk | 51 (69%) | 34 (79%) |
| Overig#### | 3 (4%) | 0 (0%) |

- vervolg Tabel 3 op volgende pagina -

| | HA die actief oproepen en/of opportunistisch risico bepalen (n=74) | HA die alleen risico bepalen op verzoek (n=43)* |
|---------------------------|--|---|
| Laboratorium tests | | |
| Bloed lipiden | 53 (71%) | 35 (81%) |
| Bloed glucose | 50 (68%) | 34 (79%) |
| Kreatinine | 41 (56%) | 21 (49%) |
| Albuminurie | 38 (52%) | 13 (30%) ² |
| Overig##### | 4 (6%) | 3 (7%) |

* 1 huisarts heeft deze vraag niet ingevuld

¹ Huisartsen die alleen screenen op verzoek nemen vaker geslacht mee als risicofactor

² Huisartsen die alleen screenen op verzoek later minder vaak albuminurie bepalen

Vrijwel iedere huisarts die de optie anders aankruist noemt hierbij “patiënten met vermeende of bekende risicofactoren”

Overige factoren zijn: jicht, andere inflammatoire aandoeningen, psoriasis, DM, zwangerschaps diabetes, antipsychotica, medische geschiedenis, antipsychotica, lichaamsbouw, probleemlijst

Overige metingen zijn roken met de Pack-years

Overige laboratoriumtest zijn TSH, Na/K, Hb, lever- en nierfunctie, urinezuur.

3.3 Hoe kijken huisartsen tegen selectieve preventie aan?

- De meeste huisartsen (63-89%) vinden selectieve preventie van HVZ nuttig maar vinden dat het zich alleen moet richten op de hoog-risico populatie.
- Een op de zeven huisartsen vindt dat selectieve preventie van HVZ patiënten onnodig ongerust maakt.
- De meeste huisartsen (58-82%) vinden selectieve preventie hun taak, maar de helft is hiervoor te druk; preventie kan goed door de praktijkverpleegkundige worden uitgevoerd.
- De meeste huisartsen (88-93%) vinden dat zorgverzekeraars of overheid huisartsen financieel beter moet belonen voor selectieve preventie.
- Naast patiënt en huisarts heeft ook de overheid de taak om een gezonde leefstijl te bevorderen.
- De meeste huisartsen (86%) denken dat leefstijladvies geven nuttig is en patiënten dit waarderen.

De mening van huisartsen over selectieve preventie en over aan HVZ gerelateerde gezondheidszorg is weergegeven in tabel 5 en 6. De mening van huisartsen die zelf actief zijn op het gebied van selectieve preventie (door het actief oproepen van patiënten en/of opportunistisch risico bepalen) verschilt op een aantal punten van die van de huisartsen die dat niet zijn. De mening over de aan HVZ gerelateerde gezondheidszorg verschilt daarentegen niet tussen deze beide groepen huisartsen. De percentages die in de tekst tussen haakjes worden genoemd zijn respectievelijk van de huisartsen die hun patiënten actief oproepen om risico te bepalen en/of opportunistisch risico bepalen en de huisartsen die alleen risico bepalen op verzoek van de patiënt. Er wordt alleen over meer of minder gesproken wanneer een statistisch significant verschil werd gevonden.

Nut van selectieve preventie?

De meeste huisartsen vinden selectieve preventie van HVZ nuttig (63-89%) en denken dat selectieve preventie door de huisarts op een efficiënte wijze hoog-risico individuen zal identificeren (60-81%). De huisartsen die zelf actief aan selectieve preventie doen, denken dit vaker dan huisartsen die daar niet actief in zijn.

Deze laatste groep huisartsen vindt vaker dat selectieve preventie zonde van het geld is (15 vs 1%).

Een derde tot de helft van de huisartsen denkt dat patiënten langer en met een hogere kwaliteit zullen leven indien selectieve preventie van HVZ wordt uitgevoerd in de huisartspraktijk.

Voor wie is selectieve preventie?

Het merendeel van de huisartsen vindt dat preventie van HVZ zich alleen moet richten op de hoog-risico populatie en niet op de hele populatie (58-70%). Een derde tot ruim de helft van de huisartsen denkt wel dat ook patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren hun risico op HVZ graag willen weten (35-58%), en verwacht dat deze patiënten het op prijs zouden stellen wanneer zij actief worden uitgenodigd om hun risico op HVZ te bepalen (35-50%). Maar ook een deel van de huisartsen (13-15%) vindt dat selectieve preventie van HVZ patiënten onnodig ongerust maakt.

Wiens taak is selectieve preventie?

De meeste huisartsen vinden dat selectieve preventie tot de taken van de huisarts behoort. Huisartsen die actief zijn op het gebied van selectieve preventie vinden dit vaker (82%) dan huisartsen die niet actief zijn (58%). Huisartsen die actief zijn op het gebied van selectieve preventie vinden ook vaker dat huisartsen het initiatief moeten nemen om programma's te ontwikkelen voor selectieve preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk (44% vs 23%). De huisartsen menen dat selectieve preventie goed door de praktijkverpleegkundige kan worden uitgevoerd (80-90%) en zien hiervoor voldoende mogelijkheden binnen de praktijk (58-71%). Circa de helft van de huisartsen (46-53%) is te druk met andere taken om selectieve preventie van HVZ uit te voeren.

Kosten van selectieve preventie

De meeste huisartsen vinden dat er onvoldoende financiële vergoeding is voor selectieve preventie van HVZ (69-70%) en vrijwel alle huisartsen (88-93%) zijn van mening dat ziektekostenverzekeraars of de overheid huisartsen een financiële beloning moeten geven voor het uitvoeren van activiteiten voor selectieve preventie van HVZ.

Tabel 4 Mening van huisartsen over selectieve preventie (N=112)

| | HA die actief oproepen en/of opportunistisch risico bepalen (n=72) | | HA die alleen op verzoek risico bepalen (n=40) | |
|--|--|-----------------------------|--|----------------|
| | Eens N(%) | Oneens [@] N(%) | Eens N(%) | Oneens N(%) |
| Nut en waarde van selectieve preventie | | | | |
| Selectieve preventie van HVZ is nuttig* | 64 (89%) | 2 (3%) | 25 (63%) | 5 (13%) |
| Selectieve preventie van HVZ door de huisarts zal op een efficiënte wijze hoog-risico individuen identificeren* | 58 (81%) | 2 (3%) | 24 (60%) | 7 (18%) |
| Patiënten leven langer en met een hogere kwaliteit van leven indien selectieve preventie van HVZ uitgevoerd wordt in de huisartspraktijk | 37 (51%) | 3 (4%) | 13 (33%) | 5 (13%) |
| Selectieve preventie van HVZ is zonde van het geld* | 1 (1%) | 52 (72%) | 6 (15%) | 21 (53%) |
| Selectieve preventie van HVZ leidt tot ongelijkheid in gezondheid | 9 (13%) | 49 (68%) | 2 (5%) | 32 (80%) |

- vervolg Tabel 4 op volgende pagina -

| | HA die actief oproepen en/of opportunistisch risico bepalen (n=72) | | HA die alleen op verzoek risico bepalen (n=40) | |
|--|--|-----------------------------|--|----------------|
| | Eens N(%) | Oneens [@] N(%) | Eens N(%) | Oneens N(%) |
| Voor wie is selectieve preventie? | | | | |
| Selectieve preventie van HVZ moet zich alleen richten op de hoog-risico populatie en niet op de hele populatie | 42 (58%) | 27 (38%) | 28 (70%) | 8 (20%) |
| Patiënten zonder HVZ en zonder bekende risicofactoren willen hun risico op HVZ weten | 42 (58%) | 11 (15%) | 14 (35%) | 11 (28%) |
| Patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren, stellen het op prijs wanneer ik ze actief uitnodig om hun risico op HVZ te bepalen | 36 (50%) | 8 (11%) | 14 (35%) | 6 (15%) |
| Huisartsen maken patiënten onnodig ongerust als selectieve preventie van HVZ wordt uitgevoerd | 9 (13%) | 49 (68%) | 6 (15%) | 21 (53%) |
| Wiens taak is selectieve preventie | | | | |
| Huisartsen moeten het initiatief nemen om programma's te ontwikkelen voor selectieve preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk* | 32 (44%) | 20 (28%) | 11 (28%) | 21 (53%) |
| Selectieve preventie van HVZ behoort <u>niet</u> tot de taken van de huisarts* | 5 (7%) | 59 (82%) | 9 (23%) | 23 (58%) |
| Ik ben te druk met andere taken om selectieve preventie van HVZ uit te voeren | 33 (46%) | 31 (43%) | 21 (53%) | 16 (40%) |
| Er zijn genoeg mogelijkheden om taken voor selectieve preventie van HVZ te delegeren aan andere zorgverleners in mijn praktijk | 51 (71%) | 16 (22%) | 23 (58%) | 13 (33%) |
| Taken voor selectieve preventie van HVZ kunnen goed worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige | 65 (90%) | 5 (7%) | 32 (80%) | 3 (8%) |
| Kosten van selectieve preventie | | | | |
| Er is voldoende financiële vergoeding voor selectieve preventie van HVZ | 8 (11%) | 50 (69%) | 3 (8%) | 28 (70%) |
| Ziektekostenverzekeraars of overheid moeten huisartsen een financiële beloning geven voor het uitvoeren van activiteiten voor selectieve preventie van HVZ | 67 (93%) | 2 (3%) | 35 (88%) | 3 (8%) |

[@] Percentages tellen niet op tot 100% omdat de categorie 'weet niet' vanwege de leesbaarheid van de tabel is weg gelaten

* statistisch significant verschil tussen huisartsen die wel (middels oproep of opportunistisch risico bepalen) of niet aan actieve preventie doen

Verantwoordelijkheid voor leefstijl

Vrijwel alle huisartsen vinden dat zij mensen moeten stimuleren om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid (99-100%) en vinden het een taak van de huisarts om een gezonde leefstijl te bevorderen (86-90%) (tabel 6). Hoewel de meeste huisartsen vinden dat gezond leven de eigen verantwoordelijkheid is van een persoon (83-86%), vinden zij ook dat de overheid de taak heeft om gezonde leefstijl te bevorderen (91%).

De overheid zou volgens hen de vrijheid van mensen moeten beperken op het gebied van leefstijl-gerelateerde factoren door bijvoorbeeld niet-roken zones in te stellen en verkoop van tabak te beperken (77-86%).

Waardering en effectiviteit van leefstijladvies

Huisartsen denken dat hun patiënten het waarderen als zij leefstijladvies krijgen (70-80%) en dat advies geven nuttig is (86%). Ruim de helft van de huisartsen (54-55%) denkt dat de huisarts bij het veranderen van leefstijl van een patiënt de hele familie moet betrekken. Een stoppen met roken programma is volgens veel huisartsen (70-80%) het meest effectief als het wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg, maar ook leefstijlprogramma's die door de overheid zijn georganiseerd zijn nuttig (51%).

Financiering

Vrijwel alle huisartsen (91-100%) vinden dat ziektekostenverzekeraars hen een financiële beloning moeten geven voor activiteiten ten behoeve van preventie van HVZ. Het idee om mensen met een gezonde leefstijl te belonen door hen korting op de verzekeringskosten te geven wordt meer gewaardeerd (51-57%), dan het idee om mensen met een ongezonde leefstijl meer te laten betalen (26-28%).

Verwijsmogelijkheden

Er zijn volgens de huisartsen voldoende mogelijkheden om patiënten met een hoog risico op HVZ door te verwijzen voor aanvullende preventieve activiteiten, naar medisch specialisten (72-77%) of naar andere disciplines zoals paramedici (88-94%).

Tabel 5 Mening van huisartsen over de aan HVZ gerelateerde gezondheidszorg

| | Proactieve huisartsen (n=69) | | Niet proactieve huisartsen (n=35) | |
|---|------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|
| | Eens N(%) | Oneens N(%) | Eens N(%) | Oneens N(%) |
| Verantwoordelijkheid | | | | |
| De huisarts moet patiënten stimuleren om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid | 68 (99%) | 1 (1%) | 35 (100%) | |
| Een gezonde leefstijl bevorderen is de taak van de huisarts | 62 (90%) | 5 (7%) | 30 (86%) | 1 (3%) |
| Preventie van HVZ heeft prioriteit in mijn praktijk | 46 (67%) | 15 (22%) | 8 (23%) | 18 (51%) |
| Gezond leven is de eigen verantwoordelijkheid van een persoon | 59 (86%) | 5 (7%) | 19 (83%) | 4 (11%) |
| Een gezonde leefstijl bevorderen is de taak van de overheid | 63 (91%) | 3 (4%) | 32 (91%) | 1 (3%) |
| De overheid moet de vrijheid van mensen beperken op het gebied van leefstijl-gerelateerde factoren <i>Bijv. niet-roken zones, verkoop tabak beperken, etc.</i> | 53 (77%) | 9 (13%) | 30 (86%) | 3 (9%) |
| Waardering en effectiviteit | | | | |
| Patiënten waarderen het als ik ze advies geef over hun leefstijl | 48 (70%) | 3 (4%) | 28 (80%) | 2 (6%) |
| Leefstijl advies geven is zinloos; patiënten volgen dit advies niet op | 3 (4%) | 59 (86%) | 2 (6%) | 31 (86%) |

- vervolg Tabel 5 op volgende pagina -

| | Proactieve huisartsen (n=69) | | Niet proactieve huisartsen (n=35) | |
|---|------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|
| | Eens N(%) | Oneens N(%) | Eens N(%) | Oneens N(%) |
| De huisarts moet de hele familie van de patiënt betrekken bij een poging de leefstijl van een patiënt te veranderen | 38 (55%) | 14 (20%) | 19 (54%) | 11 (31%) |
| Een stoppen met roken programma is het meest effectief als het wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg | 48 (70%) | 3 (4%) | 28 (80%) | 2 (6%) |
| Leefstijl programma's georganiseerd door de overheid zijn nuttig | 36 (52%) | 11 (16%) | 18 (51%) | 8 (23%) |
| Financiering | | | | |
| Ziektekostenverzekeraars moeten huisartsen een financiële beloning geven voor activiteiten ten behoeve van preventie van HVZ | 63 (91%) | 1 (2%) | 35 (100%) | |
| Mensen met een ongezonde leefstijl moeten meer betalen voor gezondheidszorg | 19 (28%) | 30 (43%) | 9 (26%) | 19 (54%) |
| Ziektekostenverzekeraars moeten patiënten met een gezonde leefstijl belonen; <i>Bijv. door korting op de verzekeringskosten</i> | 35 (51%) | 19 (28%) | 20 (57%) | 10 (29%) |
| Verwijzing binnen gezondheidszorgsysteem | | | | |
| In ons gezondheidszorgsysteem is het erg moeilijk om patiënten met een hoog risico op HVZ door te verwijzen naar <u>medisch specialisten</u> (bijvoorbeeld cardiologen) voor aanvullende preventieve activiteiten | 11 (16%) | 50 (72%) | 6 (17%) | 27 (77%) |
| In het gezondheidszorg systeem in mijn land is het erg moeilijk om patiënten met een hoog risico op HVZ door te verwijzen naar <u>andere disciplines</u> (bijvoorbeeld diëtisten of fysiotherapeuten) voor aanvullende preventieve activiteiten | 5 (7%) | 61 (88%) | 2 (6%) | 33 (94%) |

3.4 Wat zijn volgens huisartsen knelpunten in selectieve preventie?

- Tijdgebrek, onvoldoende financiering en gebrek aan personeel zijn de belangrijkste knelpunten in het gebruik van het protocol voor selectieve preventie

Een derde van de huisartsen die de enquête hebben ingevuld gebruikt een protocol (n=36) en noemden barrières om dit protocol te gebruiken. De meest voorkomende reden om het protocol niet te gebruiken is tijdgebrek (61%), gevolgd door geen of onvoldoende vergoeding (42%), en gebrek aan personeel (31%). Acht huisartsen ervaren geen barrières bij hetgebruik van dit protocol (22%).

Tabel 6 Barrières in het gebruik van een protocol om een patiënt met hoog risico op HVZ te identificeren (n=36)

| Barrières om het protocol te gebruiken | |
|---|----------|
| Tijdgebrek | 22 (61%) |
| Geen vergoeding/onvoldoende vergoeding | 15 (42%) |
| Gebrek aan personeel | 11 (31%) |
| Geen barrières | 8 (22%) |
| Tegenstrijdigheden in de aanbeveling en/of richtlijnen | 7 (19%) |
| Geen ondersteuning van de overheid / het beleid | 7 (19%) |
| Anders. . .* | 7 (19%) |
| Niet effectief in de ogen van u als huisarts | 5 (14%) |
| Onduidelijk welke zorgverlener verantwoordelijk is | 3 (8%) |
| Niet effectief in de ogen van patiënten | 2 (6%) |
| Bekwaamheid in preventie en gezondheidsbevordering niet voldoende | 2 (6%) |
| Geen ondersteuning van het (praktijk) management | 1 (3%) |

*Bij de optie anders worden genoemd:

- teveel personen die geïncludeerd moesten worden, daardoor werden de inclusiecriteria aangescherpt
- het levert geen hoge gevonden aantallen op van mensen met een echte aandoening
- niet alle mensen die je uitnodigt willen komen
- onduidelijke richtlijnen vanaf 65-70 jaar
- worried well komen wel maar niet de andere patiënten die een hoger risico lopen
- zeer groot aantal patiënten
 - zorgmijders
 - protocol is meer voor POH. Ik werk volgens NHG standaard (is ook protocol overigens).

3.5 Hoe zou, volgens huisartsen, de ideale situatie voor vroegopsporing van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie eruit moeten zien?

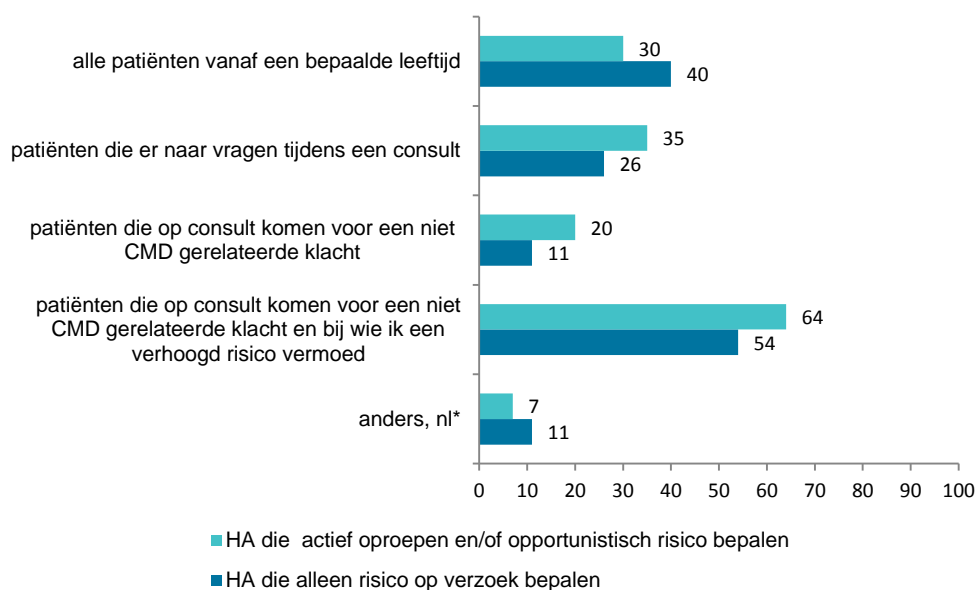
- Huisartsen vinden het vooral zinvol risico te bepalen bij patiënten bij wie zij hoog risico vermoeden.
- De meeste huisartsen vinden de huisartspraktijk de juiste setting voor selectieve preventie; de praktijkverpleegkundige kan het consult uitvoeren.
- Een kwart van de huisartsen zou selectieve preventie van HVZ willen inbedden in een breder perspectief, bijvoorbeeld samen met preventie van depressie en kanker.
- Een vijfde van de huisartsen wil geen selectief preventieprogramma voor HVZ invoeren omdat het niet kosteneffectief zou zijn, zorgverleners hiervoor te druk zijn en het ‘gezonde’ mensen tot ‘zieke’ patiënten maakt.

Aan de huisartsen is gevraagd hoe een selectief preventie programma voor HVZ (om patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren) er volgens hen uit zou moeten zien.

Wie willen huisartsen oproepen, in welke setting en wie moet hiervoor betalen?

De huisartsen (n=103) willen mannen en vrouwen in de leeftijd van (globaal) 40/50 jaar tot 70/80 jaar uitnodigen om hun risico op HVZ te bepalen (Figuur 1). Daarnaast willen huisartsen het risico bepalen van patiënten wanneer zij op consult komen en de huisarts een verhoogd risico vermoedt, of van patiënten die hier naar vragen.

Figuur 1 Wie (en wanneer) willen huisartsen mensen uitnodigen voor een dergelijke opsporing?



*

1. Aansluiten bij hoesten: "rook je nog?"
2. Ik zou patiënten willen attenderen op de mogelijkheid, echter geld en tijd-technisch gaat dit niet lukken
3. mensen een vragenlijst opsturen waarin risicofactoren geïnventariseerd worden en dan pas evt. uitnodigen
4. mensen die deelnemen aan lokale gezondheidsbevorderende activiteiten - sport, en aan lezingen over gemeentelijke maatregelen
5. patiënten met/na familie gebeurtenissen
6. ik zou een back up systeem willen hebben om juist de "no shows" in deze groep te kunnen benaderen
7. bij eerste kennismaking
8. oproepen via griepvaccinatie

De meeste huisartsen (93%) vinden de huisartspraktijk de juiste setting voor selectieve preventie. Zeven huisartsen zouden dit liever elders zien, zoals bijvoorbeeld in de nulde lijn, bij gemeenten, GGD, gezondheidscentrum. Zeventig procent van de huisartsen vindt dat de zorgverzekeraar selectieve preventie moet betalen en 18% vindt dat de overheid dit moet doen.

Tabel 7 Wie moet betalen voor selectieve preventie van HVZ?

| | N (%) |
|-----------------|----------|
| Zorgverzekeraar | 72 (70%) |
| Overheid | 19 (18%) |
| Anders, nl** | 4 (4%) |
| Gemeente/GGD | 5 (5%) |
| Patiënt zelf | 2 (2%) |
| Werkgever | 1 (1%) |

** Deel gemeente, GGD en ziektekosten verzekeraar; Deel patiënt en deel overheid; Deel patiënt en deel zorgverzekeraar

Preventie inbedden in breder perspectief?

Acht-en-twintig huisartsen (27%) zouden selectieve preventie van HVZ willen inbedden in een breder perspectief, met bijvoorbeeld preventie van depressie en kanker samen. Van hen wil 82% dat in de huisartsenpraktijk doen, en andere opties die worden genoemd zijn: GGD, bevolkingsonderzoek, nulde lijn.

Van de 104 huisartsen willen er 22 helemaal geen selectief preventieprogramma voor HVZ invoeren omdat dit niet kosteneffectief zou zijn, zorgverleners hiervoor te druk zijn en het 'gezonde' mensen (zonder klachten of medicatiegebruik) tot 'zieke' patiënten maakt (tabel 9).

Tabel 8 Reden om geen selectief preventieprogramma voor HVZ te willen invoeren(n=22)

| | Aantal (%) |
|---|------------|
| Het is niet kosteneffectief | 15 (68%) |
| Zorgverleners zijn te druk om dit type preventie in te voeren | 15 (68%) |
| Anderszins 'gezonde' mensen worden tot 'zieke' patiënten gemaakt | 14 (64%) |
| Het maakt mensen onnodig ongerust | 12 (55%) |
| Er is geen vergoeding beschikbaar | 10 (45%) |
| Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor selectieve preventie van HVZ | 9 (41%) |
| Het is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om te vragen naar HVZ preventie | 9 (41%) |
| Patiënten willen geen ongevraagd advies over hun gezondheid | 5 (23%) |
| Anders* | 5 (23%) |

*

1. Ik zou het organisch willen doen, als het zich aandient, en niet als een programma, dat werkt bij ons in de praktijk niet goed
2. mensen met lage SES hebben kortere levensverwachting, daar ligt een taak om de gezondheidsvooruitzichten te verbeteren (bij overheid en hulpverleners)
3. tenzij goed georganiseerd en geevalueerd
4. teveel bemoeizorg dreigt
5. twijfel over de kosteneffectiviteit

4 Resultaten focusgroepen

In totaal namen 37 huisartsen, 19 mannen en 18 vrouwen, deel aan drie online focusgroepen. Iedere huisarts nam deel aan één focusgroep. De vrouwelijke huisartsen waren gemiddeld 47 jaar (n=15 met bekende leeftijd) de mannelijke huisartsen 53 jaar (n=8 met bekende leeftijd). Zowel huisartsen werkzaam in stadspraktijken als huisartsen werkzaam in plattelandsgemeenten waren vertegenwoordigd. Twee kaderhuisartsen HVZ namen deel.

We stelden in elke focusgroep verschillende vragen en enkele vragen zijn in meerdere focusgroepen gesteld (zie bijlage 2 voor de exact gestelde vragen). We geven in dit hoofdstuk de reacties van de huisartsen niet in chronologische volgorde weer, maar per onderwerp. Achtereenvolgens wordt zo antwoord gegeven op de vragen:

- Wat vinden huisartsen van risicotests en het meten van bloeddruk en cholesterol buiten de spreekkamer?
- Welke rol hebben huisartsen nu in de vroegopsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?
- Waar hebben huisartsen behoefte aan om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico te optimaliseren en hoe kan de Hartstichting hierin bijdragen?

4.1 Wat vinden huisartsen van risicotests en het meten van bloeddruk en cholesterol buiten de spreekkamer?

- De risicotest is redelijk onbekend bij huisartsen.
- Sommige huisartsen vinden de test geschikt als 'voorselectie' en/of om op hun website te plaatsen, maar voor laag geletterden is de risicotest minder geschikt.
- Huisartsen staan redelijk positief tegenover het meten van bloeddruk buiten de spreekkamer, mits dit gestandaardiseerd gebeurt en goed advies over vervolgstappen wordt gegeven.
- Huisartsen zijn verdeeld over de vraag of zij buiten de praktijk gemeten bloeddrukwaarden van hun patiënten digitaal willen doorkrijgen.
- Wanneer een patiënt met een elders gemeten hoge bloeddruk op consult komt, wordt na verificatie en afhankelijk van de hulpvraag een compleet CRVM profiel gemaakt.
- Bij een verhoogd risico op HVZ wordt soms verwezen naar thuisarts.nl en eventueel naar de diëtist of leefstijlcoach.
- Niet alle huisartsen vinden het nuttig om jaarlijks op een vast moment bloeddruk en cholesterol te meten bij iedereen; voor bepaalde risicogroepen is dit wellicht zinvol, maar het kan ook leiden tot veel onnodig ongeruste mensen op het spreekuur.
- Volgens meerdere huisartsen moet de meerwaarde van grootschalige screening van bloeddruk en cholesterol eerst worden bepaald, aan de hand van de criteria van Wilson en Jungner voordat dit op grote schaal wordt toegepast.

We vroegen de huisartsen hoe zij aankijken tegen verschillende initiatieven zoals zelftests en mogelijkheden om bloeddrukmetingen buiten de spreekkamer te organiseren als een middel voor toeleiding tot selectieve preventie. Daarbij refereerden we aan de risicotest, een digitale vragenlijst naar rookgedrag, BMI, middelomtrek en familiegeschiedenis van HVZ, die bij een verhoogd risico toe leidt naar het Preventie Consult (<https://www.testuwriscico.nl/>). Ook wezen we op de 'know your numbers' campagnes die in verschillende landen worden gevoerd (<http://www.bloodpressureuk.org/microsites/kyn/Home>; [Nivel](https://www.cardiosmart.org/Healthy-</p></div><div data-bbox=)

Living/Know-your-Numbers). Deze campagnes maken mensen alert op risicofactoren die een rol spelen bij het krijgen van hart- en vaatziekten en zij stimuleren mensen om zelf hun gewicht, cholesterol en bloeddruk in de gaten te houden. Op verschillende locaties kunnen mensen hun bloeddruk laten meten, zoals in de supermarkt of bij de kapper. Een hoge bloeddruk kan zo aanleiding zijn om bij de huisarts een volledig CVRM profiel te laten maken. In Nederland is dit nog niet gebruikelijk maar de Hartstichting voert wel enkele pilots uit.

Risicotest

Niet alle huisartsen kennen de risicotest (<https://www.testuwrisico.nl/>), en enkele huisartsen kennen deze slechts vaag. Zeker de website is redelijk onbekend en huisartsen verwijzen hier dan ook nog maar weinig naar. Meerdere artsen kennen de test wel en vinden het een mooi eenvoudig en goedkoop instrument om als een soort eerste voorselectie hoog risico in te schatten en informatie te bieden aan patiënten. Eén huisarts verwijst mensen eerst naar deze site als zij een risicoschatting willen en bepaalt dan, afhankelijk van de uitslag, zelf een uitgebreid risicoprofiel. Deze manier van werken stroomlijnt de workload voor de POH. Volgens verschillende huisartsen zou de test zich goed lenen voor het plaatsen op de praktijkwebsite, zodat patiënten die meer willen weten over het risico op hart- en vaatziekten dit kunnen vinden. De test kan zo ook nieuwe patiënten of patiënten die om een andere reden de website bezoeken alert maken op hun eventuele risicofactoren.

Omdat de test digitaal is twijfelen huisartsen wel of iedereen er gebruik van zal maken, en veel huisartsen vermoeden dat dit vooral de ‘worried well’ zullen zijn, met wie het sowieso al beter gaat. Voor laag geletterden is maar de vraag of het een handige test is, zij hebben volgens de huisartsen veel meer toelichting nodig.

Enkele huisartsen geven aan dat zij liever zelf of op verzoek van de patiënt de doelgroep aanspreken en op het spreekuur het risico bepalen door te kijken naar roken, BMI, anamnese, en eventueel van tevoren labwaarden voor CVRM bepalen. Dat gaat volgens hen sneller dan eerst screenen met zo’n risicotest.

Een andere huisarts vindt de test ‘gevoelsmatig’ te beperkt voor patiënten die hun risico willen evalueren en een andere huisarts verwijst liever naar thuisarts.nl, om dat “je van andere sites nooit weet wie er achter zit”. Volgens hen is de risicotest meer een test die via de media bij de patiënt komt, waarna die uiteindelijk toch bij de huisarts terecht komt voor een goede risicoschatting.

Metten van bloeddruk buiten de spreekkamer

Huisartsen staan redelijk positief tegenover het meten van bloeddruk buiten de spreekkamer van de huisarts. Het kan het bewustzijn bij de patiënt wat betreft het belang van bloeddruk verhogen. Zo kan een elders gemeten (te hoge) bloeddruk een goede aanleiding zijn om met de patiënt het gesprek aan te gaan over andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals roken, voeding en bewegen en daaraan gerelateerd over leefstijl(verandering) te praten.

Er worden wel vragen gesteld over de leeftijd waarop zo’n meting zou moeten plaatsvinden. De meeste huisartsen vinden het meten vanaf 40 jaar wel wat vroeg en denken meer aan 50 of 55+. Er is er een heel lichte voorkeur om de bloeddruk in medische settingen te meten zoals bijvoorbeeld de apotheek, omdat het vooral rustig moet gebeuren en iemand ook vragen zou moeten kunnen stellen. Bij voorkeur gebeurt het meten volgens een aantal huisartsen ook door iemand die is opgeleid om voorlichting te geven. Het meten bij de tandarts vinden sommige huisartsen in verband met stress geen goed idee en ook over het meten in de supermarkt is niet iedereen enthousiast. Een bibliotheek biedt bijvoorbeeld wel weer voldoende rust. Meerdere huisartsen vinden echter dat de meting overal zou moeten kunnen. Bij herhaalde metingen is een zelfde setting wel relevant.

De huisartsen zijn het met elkaar eens dat de meting van bloeddruk buiten de spreekkamer geen onnodige onrust moet veroorzaken bij de patiënt en dat het meten op een goede gestandaardiseerde wijze moet plaatsvinden. Een goede gestandaardiseerde bloeddrukmeter, uitleg en duiding van de waarden zijn noodzakelijke randvoorwaarden, niet alleen om patiënten niet onnodig ongerust te maken, maar ook om te voorkomen dat de huisarts overspoeld wordt met mensen die met iedere uitslag naar de huisarts gaan. Veel patiënten weten weinig van bloeddruk en de relatie met hart- en vaatziekten. Er zal ook nagedacht moeten worden hoe de huisartspraktijken gefaciliteerd worden als dit zou gaan plaatsvinden, aangezien het volgens een van de huisartsen in potentie zo maar over 30-35% van de populatie zou kunnen gaan.

Huisartsen vinden dat patiënten hun bloeddruk ook wel zelf kunnen meten als zij daarbij een goede schriftelijke/digitale uitleg krijgen met duidelijke afkapwaarden en goede adviezen over wat bij welke waarde de vervolgstap moet zijn. De afkappunten die moeten worden gehanteerd zijn volgens de huisartsen afhankelijk van onder andere leeftijd en co-morbiditeit. Voor een gezonde patiënt vanaf 40 jaar geeft niet iedere huisarts dezelfde (systolische) grenswaarden aan en waar sommige huisartsen 135 mmHg nog een normale waarde vinden, valt dit voor andere huisartsen al in het oranje gebied. Samengevat geven de huisartsen de volgende systolische grenswaarden aan, waarbij de spreiding tussen wat huisartsen zeggen is aangegeven (en genoemde grenswaarden dus overlappen):

Groen: waarden tot 135-145 mmHg

Oranje: waarden vanaf 135-145 mmHg

Rood: waarden boven 150-160 mmHg

Bij een bloeddruk in de groene marge is er niets aan de hand, één- of twee-jaarlijks meten is dan voldoende. Bij een bloeddruk in het oranje gebied moet het advies zijn deze eerst herhaaldelijk te meten en wanneer de waarde hetzelfde blijft moet de patiënt contact op nemen met de huisarts. Bij een bloeddruk die in het rode gebied valt moet het advies zijn om direct naar de huisarts te gaan. Een goede uitleg aan de patiënt is bij een afwijkende bloeddrukmeting is volgens de huisartsen heel relevant. Een enkele huisarts vindt dat bij een twijfelachtige bloeddruk (oranje) de follow up of het bepalen van het risicoprofiel ook bij de leefstijlcoach (bijv.) zou kunnen plaatsvinden, zodat die ook gerichte adviezen op het gebied van leefstijl kan geven. Ook zou het in zo'n geval mogelijk zijn de patiënt naar thuisarts.nl te verwijzen voor adviezen.

De huisartsen zijn verdeeld over de vraag of zij buiten de praktijk gemeten bloeddrukwaarden van hun patiënten digitaal willen doorkrijgen. Eén huisarts wil dit niet omdat het de vraag oproept wat je als huisarts met een afwijkende waarde zou moeten doen. Moet je dan als huisarts zelf actief contact opnemen met de patiënt of afwachten of de patiënt zelf komt? Eén huisarts wil alleen de echt verhoogde bloeddrukwaarden krijgen. Een andere huisarts zou juist ook de marginaal verhoogde waarden willen krijgen, omdat dit dan triggert er bij een volgend consult (ongeacht welke klacht) op terug te komen. Dat zou volgens deze huisarts echt preventie zijn. Andere huisartsen vinden het de verantwoordelijkheid van de patiënt om bij zorgen over de bloeddruk zelf op consult te komen en de gemeten waarde dan mee te nemen.

Vrijwel alle huisartsen zouden wanneer hun patiënt met de zelf gemeten hoge bloeddruk op consult komt, deze wel eerst verifiëren door zelf te meten of door iemand een thuismeter mee te geven. Meerdere huisartsen vinden juist deze thuismeter betrouwbaar, vanwege het 'witte jassen effect' van de spreekkamermeting dat bij sommige patiënten tot een hogere bloeddruk leidt. Wanneer er op grond van een goede inventarisatie van de bloeddruk en eventueel andere risicofactoren aanleiding toe is maken de meeste huisartsen een compleet CVRM profiel. Dit is mede afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en van zijn verdere gezondheidstoestand.

Ook zetten zij dan vervolgens niet alleen beleid in op eventuele bloeddrukverlaging, maar gaan zij ook het gesprek aan over andere risicofactoren en de rol die de patiënt daar zelf in heeft. Een verwijzing naar thuisarts.nl kan daarbij behulpzaam zijn, en eventueel een verwijzing naar de diëtist of leefstijlcoach.

Jaarlijks op een vast moment en een vaste locatie meten van bloeddruk en cholesterol

We vroegen de huisartsen of zij het een goed idee zouden vinden wanneer iedereen op een vast moment en op een vaste locatie zijn of haar bloeddruk en cholesterol zou kunnen laten meten om zo een verhoogd risico op HVZ vroeg op te sporen. De reacties van de huisartsen zijn gemengd. Een aantal huisartsen vindt dit een goed idee om mensen met verhoogd risico tijdig op te sporen. Een van de huisartsen geeft aan dat er wel een goede voorlichtingscampagne bij hoort, met aandacht voor roken, bewegen etc. en dat ook hier de follow-up geregeld moet worden. Een ander merkt op dat je dan voor weinig geld direct HbA1c, glucose, vitamine status, nier- en schildklierfunctie moet meenemen. Een aantal huisartsen geeft aan dat zo'n screening misschien niet jaarlijks hoeft en er moet worden nagedacht over de juiste startleeftijd voor een dergelijke terugkerende meting. Daarbij zal er zal speciale aandacht nodig zijn om ook mensen uit kwetsbare groepen te bereiken.

Er zijn ook huisartsen die dit jaarlijks meten van bloeddruk en cholesterol alleen voor bepaalde risicogroepen een goed idee zouden vinden. Zij denken dan aan mensen die op grond van een vragenlijst naar roken, BMI, bewegen, familieanamnese en etniciteit een verhoogd risico blijken te hebben, aan rokende mannen boven de 40 jaar, rokende vrouwen boven de 50 jaar en vrouwen die in het verleden zwangerschapsdiabetes hebben gehad. Een aantal huisartsen geeft aan dat de NHG standaard CVRM aangeeft bij welke groepen het zinvol is een risicoprofiel op te stellen.

Enkele huisartsen vinden het jaarlijks op een vast moment meten van bloeddruk en cholesterol onnodig medicaliserend. Een huisarts vreest dan de ongeruste mensen op het spreekuur te krijgen, wat uiteindelijk meer werk is dan zelf "uitleggen hoe het zit". De uitgevoerde tests zijn lang niet altijd goed en zou deze huisarts toch sowieso weer opnieuw doen. Er zijn ook huisartsen die vinden dat dit soort screening hoe dan ook op een (CVRM)spreekuur moet gebeuren met inachtneming van andere risicofactoren. Volgens deze huisartsen gebeurt dit in de praktijk al voldoende, door de richtlijnen van het NHG te volgen.

Twijfels over meerwaarde

Meerdere huisartsen hebben twijfels over het nut van een screening zoals de risicotest of het bepalen van bloeddruk of cholesterol bij mensen zonder dat daar een directe aanleiding voor is. De huidige CVRM richtlijnen zijn volgens verschillende huisartsen afdoende. De huisartsen zouden eerst de meerwaarde willen weten van dergelijke 'screening' in termen van het voorkomen van een hartinfarct voordat dit groots wordt opgezet. De vraag daarbij is hoeveel mensen er zijn met een niet gediagnostiseerde hypertensie en hoeveel personen moeten worden gescreend om één 'ziektegeval' te detecteren. Zeker het jaarlijks meten van cholesterol kan op weinig bijval rekenen omdat dit tijdrovend is en medicaliserend werkt. Huisartsen adviseren deze methoden van screening eerst langs de meetlat van Wilson en Jungner te leggen voor dit op grote schaal toe te passen.

4.2 Welke rol hebben huisartsen momenteel in de vroegopsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?

- Weinig huisartsen vinden het zinvol om bij alle gezonde 40-plussers actief bloeddruk te meten; meerdere huisartsen controleren wel de bloeddruk bij mensen met verhoogd risico.

- Enkele huisartsen willen vroeg-opsporing van HVZ wel uitbreiden bij voldoende tijd en vergoeding, anderen vinden dat preventie bij de overheid thuis hoort.
- Patiënten hebben volgens huisartsen een eigen verantwoordelijkheid om naar de huisarts te gaan wanneer zij zich zorgen maken.
- Ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat een eventuele x-jaarlijkse screening van bloeddruk en cholesterol bij de huisarts thuis hoort, omdat deze de patiënt ook begeleidt bij eventueel afwijkende waarden.
- De meeste huisartsen gebruiken de RISICO score of de score van NHG om het risico op HVZ te bepalen en het gesprek hierover te voeren.
- Bij een jonge patiënt met een systolische bloeddruk tussen de 140-150 mmHg geven de meeste huisartsen leefstijladviezen; veel huisartsen verwijzen ook naar thuisarts.nl en enkelen naar een andere zorgverlener.
- Meerdere huisartsen vinden het actief begeleiden van leefstijl bij een laag risicopatiënt geen huisartsenzorg en willen zich beperken tot mensen met klachten of een hoog risico.
- Huisartsen en ook POH geven de patiënt soms informatie mee over risicofactoren, dieet, folders van de Hartstichting; of verwijzen hiervoor naar thuisarts.nl

We vroegen huisartsen wat zij momenteel zelf doen aan vroegopsporing van verhoogd risico op hart- en vaatziekten en of zij die rol eventueel zouden willen uitbreiden. Daarbij schetsten we de twee varianten van actieve vroegopsporing die ook in de vragenlijst van het SPIMEU project zijn voorgelegd, toegespitst op gezonde 40-plussers:

1. alle gezonde 40-plussers via brief of mail oproepen om hun bloeddruk te laten bepalen bij de huisarts of POH
2. van alle gezonde 40 plussers de bloeddruk bepalen wanneer zij op consult komen voor een andere (niet gerelateerde) klacht (bijv. pijnlijke knie)

Rol huisarts bij vroegopsporing

Meerdere huisartsen uit de online focusgroepen doen mee aan de ketenzorg cardiovasculair risico management (CVRM) of hebben een CVRM spreekuur. Hiervoor hebben zij hun populatie een paar jaar terug gescreend, waarbij het vooral lijkt te gaan over de patiënten met een positieve familiegeschiedenis en patiënten met een bekende hoge bloeddruk. Bij vermoeden van nieuwe patiënten met hoog risico doen deze huisartsen zelf een snelle screening en eventueel aanvullend laboratorium onderzoek naar risicofactoren.

Er is verder weinig steun bij de huisartsen om alle gezonde 40-plussers actief te gaan oproepen om bloeddruk te meten. Vrijwel géén van de huisartsen doet dit omdat dit veel te veel tijd kost en de belasting volgens veel huisartsen niet op weegt tegen de mogelijke winst. Dat geldt ook voor het meten van bloeddruk van alle 40 plussers wanneer zij voor een andere klacht op consult komen. Bij een dergelijke meting moet een huisarts dit toch even uitleggen en rustig meten. Een enkele huisarts geeft aan (te proberen) bij alle mensen boven de 50 de bloeddruk te meten.

Wel geven meerdere huisartsen aan dat zij bij (gezonde) mensen met een verhoogd risico (bv. overgewicht, roken, zwangerschapshypertensie, familieanamnese) de bloeddruk soms controleren als zij voor een andere klacht op het spreekuur komen. Patiënten hebben ook eigen verantwoordelijkheid om te komen wanneer zij zich zorgen maken en huisartsen meten op verzoek altijd wel de bloeddruk van de patiënt.

Ook wanneer de knelpunten geld en tijd zouden worden opgelost, zijn de meningen verdeeld over de rol van de huisarts bij vroeg opsporing van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Veel huisartsen twijfelen aan de effectiviteit van screening of actieve opsporing vanaf 40 jaar en willen hiervoor meer evidentie zien.

De kosten-baten van dit soort screening zou volgens hen eerst langs de screeningscriteria van Wilson & Jungner moeten worden gelegd.

Voor iedereen een volledig CVRM profiel bepalen bij de huisarts betekent immers dat andere dingen niet gedaan kunnen worden. Een andere huisarts vindt preventie geen taak van de huisarts, maar van de overheid of de GGD.

Andere huisartsen vinden vroegopsporing wel een taak van de huisarts en zouden dit indien ze voldoende tijd en geld hiervoor krijgen wel willen uitbreiden. Zij vinden een hoge bloeddruk een mooie opstap naar het gesprek over leefstijl met de patiënt. Het vraagt wel omdenken van behandeling naar preventie. Deze huisartsen zouden dan hun praktijkondersteuner (POH) willen inzetten voor het bepalen van een risicoprofiel.

We vroegen de huisartsen ook of zij het een goed idee zouden vinden wanneer iedereen op een vast moment en op een vaste locatie zijn of haar bloeddruk en cholesterol zou kunnen laten meten om zo een verhoogd risico op HVZ vroeg op te sporen. De reacties van de huisartsen hierop waren gemengd, net als op de vraag wie deze x-jaarlijkse screening van bloeddruk en cholesterol zou moeten verzorgen. Er zijn huisartsen die sowieso aan het nut van een dergelijk screening twijfelen en deze screening liever helemaal niet zien plaatsvinden, maar in ieder geval niet bij de huisarts. En er zijn huisartsen die op zich niet tegen deze screening zijn, maar vinden dat de GGD of de apotheek dit (in samenspraak met POH/assistente) zou moeten uitvoeren. Daarbij pleiten zij voor goede uitleg aan de patiënt en follow-up van de meting door het geven van leefstijladvies, of indien nodig verwijzing naar fysiotherapeut, diëtist en huisarts. Zij willen als huisarts wel de resultaten van de screening krijgen.

Ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat een dergelijke x-jaarlijkse screening van bloeddruk en cholesterol wel bij de huisarts thuis hoort. De motivatie daarvoor is dat de huisarts het meeste kan ondernemen bij eventueel afwijkende waarden, en mogelijk relevante aanvullende informatie heeft over de patiënt die in het vervolgbeleid moet worden meegenomen. Wat ook meespeelt is dat mensen bij een afwijkende waarde toch wel bij de huisarts komen, die wellicht context en uitslagen mist wanneer de screening elders heeft plaatsgevonden. Op die manier kan screenen door een andere partij wellicht meer extra werk opleveren voor de huisarts. Enkele huisartsen geven aan dat er wel extra budget voor een dergelijke screening zou moeten komen en een goed oproepsysteem. Een van de huisartsen adviseert een dergelijke screening 5 jaarlijks uit te voeren, vanaf 50 jaar tot 70 jaar, wat neer komt op 5 extra consulten in 20 jaar. Een andere huisarts vindt dat de screening gezien het grote aantal inactieve jongeren met overgewicht juist eerder moet beginnen.

Tenslotte zijn er huisartsen die twijfelen aan de vraag of huisartsen een dergelijke screening zouden moeten verzorgen: enerzijds zijn er grenzen aan de huisartsenzorg, maar wanneer andere partijen de uitvoering gaan verzorgen gaat het of langs de huisarts heen met mogelijke ongewenste gevolgen, waarna het alsnog “op het bord van de praktijk komt”.

Voeren van een risicogesprek

We vroegen de huisartsen hoe zij het gesprek over risico's op hart- en vaatziekten met een patiënt voeren en of zij dat lastig vinden. De meeste huisartsen vinden het bepalen van een risicoprofiel en het motiveren van de patiënt om hierin door middel van leefstijl verbetering in te brengen wel echt een taak van de huisarts. Zo'n gesprek hierover wordt door niemand moeilijk gevonden. Soms vragen patiënten er zelf naar of begint de huisarts er zelf over als de patiënt te zwaar is of rookt.

De meeste huisartsen gebruiken de RISICO score of de 'NHG risico score' om het risico te bepalen en het gesprek te voeren (in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement wordt het gebruik van deze SCORE-risicofunctie aanbevolen, waarin leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en TC/HDL-ratio zijn verwerkt).

Soms voert de POH of de assistente deze gesprekken. De meeste huisartsen vinden de RISICO score een goed hulpmiddel, omdat het handig in kleuren aangeeft hoe groot het risico is en zo met de patiënt kan worden besproken wat er voor nodig is om 'van geel naar groen' te komen. De belangrijkste onderdelen kunnen zo benadrukt worden en het kan helpen om patiënten realistisch over de te behalen 'winst' te informeren. Een enkele huisarts vindt de indeling in risico te grof en een andere huisarts gebruikt liever de app vaatrisico (ontwikkeld door het Hart en vaatcentrum van het UMCU), omdat de RISICO score onhandig zou zijn.

Wel erkennen meerdere huisartsen dat praten over risico's en inzicht bieden in de invloed van leefstijl iets anders is dan er in het dagelijks leven iets mee doen. Dus patiënten begrijpen de risico's en adviezen vaak wel, maar leefstijl aanpassen is iets anders. De huisartsen proberen dan een open gesprek te voeren waarin wordt gekeken naar inzicht, motivatie en voordelen voor de patiënt. Een huisarts merkt op dat te veel 'pushen' in zo'n gesprek niet werkt. Sommige huisartsen en ook POH-ers geven de patiënt informatie mee, formulieren met dieetadviezen voor hoog cholesterol, folders over risicofactoren, over dieet, folders van de Hartstichting, maar de meeste huisartsen verwijzen naar thuisarts.nl. Een enkele huisarts verwijst naar de leefstijlcoach voor begeleiding.

Rol van de huisarts bij de behandeling van verhoogd risico

Om de rol van de huisarts uit te vragen bij de behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, hebben we de volgende casus aan de huisartsen voorgelegd:

Een gezonde, jonge patiënt komt met een systolische bloeddruk tussen de 135-150 bij u op consult. De patiënt heeft verder geen risicofactoren en deze patiënt komt dus niet in aanmerking voor ketenzorg. Wat doet u met/is uw verdere beleid voor deze patiënt?

Huisartsen geven unaniem aan dat zij bij deze patiënt eerst goed willen vaststellen of de bloeddruk echt te hoog is voordat zij vervolgstappen ondernemen. Dat kan door de bloeddruk als huisarts zelf na te meten in de spreekkamer of door 30 minuten metingen (via een manchet die elke 5 minuten de bloeddruk meet en opslaat), maar niet iedere huisartsenpraktijk heeft hier een rustige ruimte voor. De meeste huisartsen bieden ook geprotocolleerde thuismetingen aan hun patiënten aan, omdat thuismetingen vaak een wat lagere bloeddruk laten zien. Patiënten krijgen hiervoor een bloeddrukmeter mee naar huis. Een aantal huisartsen geeft daarbij duidelijke instructies mee, een protocol of een invulformulier maar andere huisartsen geven aan zo'n protocol wel te missen. Een protocol kan mogelijk voorkomen dat patiënten soms doorschieten in het meten van hun bloeddruk en dit 'obsessief' vaak gaan doen. In enkele gevallen worden 24 uursmetingen gedaan (via een manchet aan een draagbaar meetapparaat dat overdag om de 15 minuten en 's nachts ieder uur de bloeddruk meet en opslaat), maar volgens meerdere huisartsen vinden veel patiënten dit vervelend. Sommige huisartsen raden de patiënt aan zelf een bloeddrukmeter te kopen en die eventueel in de praktijk te laten vergelijken met de gecalibreerde meter in de praktijk.

Wanneer bij de geschetste casus herhaaldelijk is vastgesteld dat er echt sprake is van een verhoogde bloeddruk, doen vrijwel alle huisartsen vervolgonderzoek (bijvoorbeeld een echo van de nieren) om secundaire hypertensie uit te sluiten, en/of verwijzen naar de internist. Wanneer bij deze patiënt na aanvullend onderzoek geen aanwijzingen zijn gevonden voor secundaire hypertensie, maar wel een systolische bloeddruk tussen de 140-150 blijft bestaan, zijn huisartsen het onderling niet eens over de noodzaak om deze patiënt wel of niet te verwijzen naar POH/diëtist/leefstijlcoach/sportclub.

De meeste huisartsen geven wel aan de bloeddruk van deze persoon minstens jaarlijks zelf te controleren. De keuze om wel of niet te behandelen of te verwijzen is volgens meerdere huisartsen ook afhankelijk van andere risicofactoren dan de hoge bloeddruk, die maar één van de risicofactoren is. Eén huisarts geeft bijvoorbeeld aan bij vrouwen met eclampsie of HELPP eerder over te gaan op medicatie.

Ongeveer de helft van de huisartsen geeft aan het geschetste risico te klein te vinden om naar een andere zorgverlener te verwijzen voor gericht advies op het gebied van voeding, bewegen en roken. Begeleiding door de POH wordt voor een patiënt als deze ook niet vergoed. De huisartsen geven wel zelf adviezen indien zij daarvoor tijd hebben en verwijzen hiervoor eventueel naar thuisarts.nl. De huisartsen vinden het vooral de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf om hier iets mee te doen.

De andere helft van de huisartsen geeft ook zelf adviezen over gezonde voeding, zoutinname, bewegen en stoppen met roken, maar verwijst eventueel ook naar de POH voor leefstijladviezen en om de bloeddruk in de gaten te houden, of naar een beweegmakelaar. Dit laten zij afhangen van de motivatie van de patiënt hiervoor. De POH heeft volgens een van de huisartsen een goed zicht op beweegmogelijkheden in de wijk. Verwijzen naar de eigen POH in plaats van naar een andere zorgverlener voorkomt volgens een andere huisarts dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt. De leefstijlcoach is pas van toepassing voor mensen vanaf een hoge BMI en is ook nog weinig beschikbaar in de buurt. Een verwijzing die geld kost zoals diëtist of sportclub stuit volgens meerdere huisartsen nogal eens op bezwaren van patiënten.

Opvolging na verwijzing

We vroegen de huisartsen wat hun vervolgactiviteiten zouden zijn wanneer de jonge patiënt met een systolische bloeddruk tussen de 140-150 uit de geschetste casus op eigen verzoek naar een diëtist, leefstijlcoach of beweegactiviteit wordt verwezen.

Enkele (2) huisartsen die deze patiënt ook zelf al zouden hebben verwezen, laten de patiënt terugkomen, eventueel bij de POH, om te bespreken wat er wel en niet goed gaat wat betreft leefstijlverbetering. Deze huisartsen streven voor deze patiënt naar een bloeddruk tussen de 130 en 140 mmHg. De andere huisartsen zijn het met elkaar eens dat het initiatief om de vorderingen wat betreft leefstijl te bespreken bij de patiënt zelf ligt. Een enkele huisarts komt er nog wel eens zelf op terug wanneer iemand bijvoorbeeld voor iets anders op consult komt. De meeste huisartsen zouden dan ook wel de bloeddruk van de patiënt meten om te kijken of die niet verder oploopt. De streefwaarde die wordt genoemd varieert tussen de 130 en 140 mmHg.

Meerdere huisartsen vinden het actief begeleiden van leefstijl bij zo'n laag risicopatiënt geen huisartsenzorg en willen zich beperken tot mensen met klachten of een hoog risico.

4.3 Waar hebben huisartsen behoefte aan om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico te optimaliseren en hoe kan de Hartstichting hierin bijdragen?

- Veel huisartsen waarderen initiatieven van de Hartstichting zoals bloeddruk meten buiten de spreekkamer; een klein aantal artsen betwijfelt de gezondheidswinst van dit soort initiatieven.
- Huisartsen willen een adequate vergoeding voor het aanbieden van thuismetingen van de bloeddruk.
- De meeste huisartsen verwijzen patiënten voor vragen over risico's en leefstijl naar thuisarts.nl, een link daarop naar de informatie van de Hartstichting zou welkom zijn.

- Er is behoefte aan folders of informatiemateriaal voor laag geletterden en aan groepsbijeenkomsten voor patiënten in de wijk over leefstijl waarnaar HA naar kan verwijzen.
- De Hartstichting zou, in samenspraak met de beroepsgroep, patiëntvriendelijk en eventueel interactief materiaal zoals een app kunnen ontwikkelen, of een informatiefilmpje voor in de wachtkamer dat patiënten attent kan maken op de risico's van hart- en vaatziekten.
- De meeste huisartsen staan positief tegenover een website met daarop voedings- en beweegadviezen en adviezen over roken en alcohol; deze website zou bij voorkeur door NHG (thuisarts.nl), Hartstichting en Voedingscentrum samen moeten worden ontwikkeld.
- Verschillende huisartsen zouden hun patiënten verwijzen naar een website voor digitale coaching maar twijfelen over de geschiktheid hiervan voor laaggeletterden.
- De meeste huisartsen zouden een digitale sociale kaart waarderen om meer zicht te hebben op het (zorg)aanbod in hun buurt.
- De meeste huisartsen vinden het onderhoud van een sociale kaart een taak van de gemeente, GGD of het sociaal domein; de Hartstichting zou dit kunnen subsidiëren.
- Een aantal huisartsen vindt dat de Hartstichting buiten de spreekkamer van de huisarts moet blijven; er is al veel bereikt in de spreekkamer en in ziekenhuizen.
- De Hartstichting kan door voorlichting van de algemene bevolking bijdragen aan maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen.
- De Hartstichting moet zich sterk maken voor de beperking van vet en zout in de voeding, het bestrijden van overgewicht, drugs- en alcoholgerelateerde problemen, het uitbreiden van gymlessen op school en het inrichten van een beweegvriendelijke omgeving.

In de focusgroepen vroegen we op verschillende momenten waar huisartsen behoefte aan hebben om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico gemakkelijker te maken en te optimaliseren. Soms is daarbij expliciet naar de mogelijke rol van de Hartstichting hierin gevraagd. De meeste huisartsen vinden het bijvoorbeeld goed dat de Hartstichting initiatieven neemt zoals het bloeddruk meten buiten de spreekkamer en vinden dat Hartstichting hiervoor de juiste partij is. De huisartsen vinden wel dat deze initiatieven in overleg met (kader)huisartsen moeten worden ontwikkeld en dat er aan de randvoorwaarden van goede voorlichting en informatie moet worden voldaan. Er zijn ook huisartsen die voorstellen dat dit soort initiatieven eerst in een pilotregio moeten worden uitgetest. Zij blijven vragen houden bij de gezondheidswinst of vinden het zelfs onnodig onrust veroorzaken.

Bloeddrukmeters en passend tarief voor het thuis meten van de bloeddruk

In §5.2 vroegen we aan huisartsen of zij geprotocolleerde thuismetingen doen en of zij hierbij dingen missen. Een aantal huisartsen die hun patiënten een bloeddrukmeter mee naar huis geeft mist hiervoor vooral een passend tarief omdat het aanschaffen van bloeddrukmeters kostbaar is en voor het goed uitleggen van de thuismeters extra uren van de assistente nodig zijn. De huisartsen vinden het vreemd dat er wel een M&I vergoeding is voor de 24-uurs-meting, maar niet voor de thuismetingen. Zij zouden dit graag aangepast zien. Niet iedere praktijk heeft genoeg bloeddrukmeters, dus extra meters zouden volgens verschillende huisartsen ook welkom zijn. Ook missen enkele huisartsen een begeleidend protocol om tegelijk met de bloeddrukmeters met de patiënt mee te geven.

Informatiemateriaal voor patiënten

De meningen over het nut van informatiefolders om aan de patiënt mee te geven zijn verdeeld. Sommige huisartsen vinden een rek met folders in de wachtkamer wel een goed idee, zodat de patiënt er zelf aan kan denken, maar andere huisartsen hebben geen behoefte aan nog meer informatiemateriaal. Zij denken dat de POH hier misschien meer behoefte aan heeft.

Veel huisartsen verwijzen patiënten voor vragen over risico's en leefstijladviezen naar de website van thuisarts.nl, of naar de website van de Hartstichting of het Voedingscentrum. Soms printen huisartsen daarvan iets uit voor de patiënt omdat voor de ene patiënt digitale informatie beter werkt en voor de ander juist informatie op papier. Omdat er veel gebruik wordt gemaakt van thuisarts.nl, zou een link daarop naar de informatie van de Hartstichting volgens veel huisartsen welkom zijn.

Die informatie moet dan wel meerwaarde bieden met wat er nu al op thuisarts.nl en in de patiënt-brieven van de NHG/thuisarts staat. Deze algemene adviezen worden door de huisarts soms wat toegespitst op de persoonlijke situatie van de patiënt en in een persoonlijk gesprek besproken. Als er al ergens behoefte aan is, dan is het aan wat kleurrijker materiaal, met afbeeldingen voor mensen die slecht kunnen lezen, of een blokje met de juiste websites, zoals het scheurblokje van thuisarts.nl met zoektermen.

We vroegen aan de huisartsen of zij een rol zien voor de Hartstichting in het ondersteunen van de jonge patiënt uit de casus om zijn/haar verhoogde 'risico' te verlagen of te stabiliseren. Een van de huisartsen oppert dat de Hartstichting een kookboek en trainingsschema zou kunnen ontwikkelen, maar ook groepsbijeenkomsten zou kunnen organiseren in de regio onder begeleiding van bijvoorbeeld een leefstijlcoach, diëtiste of verpleegkundige. Als er een adres zou zijn waar de huisarts dan patiënten heen zou kunnen sturen zou dat het werk van de huisarts gemakkelijker maken. Meerdere huisartsen zouden hiervan gebruik maken.

Website met adviezen, digitale coaching en/of een sociale kaart

Desgevraagd staan de meeste huisartsen positief tegenover een website ontwikkeld door de Hartstichting met daarop digitale adviezen over vermindering van zout inname en andere voedingsadviezen, beweegadviezen en adviezen ten aanzien van roken en alcoholgebruik. Zij zouden de betreffende patiënt uit de casus met een verhoogde bloeddruk hiernaar kunnen verwijzen. Deze website zou bij voorkeur door NHG (thuisarts.nl), Hartstichting en Voedingscentrum samen moeten worden ontwikkeld om versnippering van informatie te voorkomen. Informatie van verschillende kanalen moet coherent zijn. Wanneer deze website samen met mondeling advies van de huisarts of POH kan worden gebruikt werkt dat volgens huisartsen het beste en is het aanvullend op elkaar. Andere huisartsen geven liever zelf leefstijladvies, of verwijzen naar diëtist of POH en weer andere vinden dat dit voor de betreffende patiënt uit de geschetste casus niet nodig is. Hiernaar verwijzen zou onterecht angst bevestigen.

Wanneer deze website ook digitale coaching op maat zou bieden, zouden verschillende huisartsen hun patiënten verwijzen. Dit kan dezelfde meerwaarde hebben als de digitale coach bij roken en psychische klachten. Wel benadrukken zij dat de website onafhankelijk zou moeten zijn en geen commerciële belangen mag hebben. Een aantal huisartsen denkt dat een dergelijke website voor laaggeletterden, die juist ook vaak CVRM hebben, niet zo geschikt zal zijn. Eén huisarts zou alleen naar deze vorm van coaching verwijzing als bewezen is dat dit (op de lange termijn) meerwaarde heeft boven de gebruikelijke zorg (in dit geval digitale voedings- en beweegadviezen en advies over roken en alcohol). Meerdere huisartsen vragen zich af wat de compliance met een dergelijke manier van coaching zal zijn omdat motivatie altijd lastig is bij leefstijlverbetering. Daarom zien enkele huisartsen meer in persoonlijke coaching.

De meeste huisartsen vinden het ontwikkelen van een digitale sociale kaart wel een goed idee, omdat het (zorg)aanbod in hun buurt nu versnipperd is en vermoedelijk sterk overlappend. Zij willen daar graag fysiotherapeuten, diëtisten, sport- en beweegaanbod en leefstijlcoaches op terug zien, en één huisarts vult dit aan met adressen voor schuldenproblematiek en eenzaamheid. Dat laatste zou de sociale kaart ook direct minder medicaliserend maken, wat een voordeel is.

De meeste huisartsen vinden dat het onderhoud van de sociale kaart geen taak is van de huisarts, hoewel enkele huisartsen wel aangeven dat zijn betrokken zouden willen worden in het opstellen van de kwaliteitscriteria voor wie of welk aanbod er op deze sociale kaart zou mogen staan. Een tweetal huisartsen denkt dat de huisarts samen met de POH het onderhoud zou kunnen doen. De meeste huisartsen vinden het onderhoud een taak van de gemeente, GGD of het sociaal domein. Een van de huisartsen geeft aan dat het subsidiëren van deze sociale kaart een mooie taak voor de Hartstichting zou zijn.

Er zijn enkele huisartsen die niet naar een website voor adviezen of een sociale kaart zouden verwijzen, omdat zij dit de eigen verantwoordelijkheid vinden van de patiënt. Een andere huisarts is daarentegen van mening dat een website en een sociale kaart juist de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt kan stimuleren.

Rol Hartstichting is vooral voorlichting en beïnvloeding van maatschappelijke factoren

Meerdere huisartsen zien graag dat de Hartstichting goede folders ontwikkelt die ook voor laaggeletterden begrijpelijk zijn, omdat deze groep nu nog maar beperkt wordt bereikt. De Hartstichting zou patiëntvriendelijk en eventueel interactief materiaal zoals een app kunnen ontwikkelen, of een informatiefilmpje dat patiënten attent kan maken op de risico's van hart- en vaatziekten. Dat filmpje kan dan in de wachtkamer van de huisartsenpraktijk, via facebook of via de website van de praktijk worden aangeboden. Een ander idee dat bijval krijgt is dat de Hartstichting meer eerstelijns en klinisch onderzoek financiert zodat huisartsen op lange termijn worden ondersteund met wetenschappelijke onderbouwing van juist CVRM beleid.

Enkele huisartsen noemen dat de Hartstichting niet meer mensen 'patiënt' moet maken, maar wel goede voorlichting moet geven voor mensen met een aandoening. Volgens weer andere huisartsen is echter ook voor mensen zonder risicofactoren aandacht voor preventie en leefstijl nodig. De Hartstichting zou zich op voorlichting van de algehele bevolking moeten richten, door in de media hoog risico goed uit te leggen en mensen te adviseren naar de huisarts te gaan wanneer zij een hoog risico hebben. Meerdere huisartsen (6) vindt dat de Hartstichting buiten de spreekkamer van de huisarts moet blijven en ook niet voor of namens huisartsen moet optreden. Er is al veel bereikt in de spreekkamer en in ziekenhuizen en huisartsen hebben volgens hen geen ondersteuning nodig. Deze huisartsen zien liever dat informatie en beleid ten aanzien van hart- en vaatziekten via de beroepsvereniging wordt uitgezet en onafhankelijk is.

Tenslotte noemen huisartsen op meerdere momenten dat de Hartstichting een belangrijke rol kan spelen in de maatschappelijke bewustwording van ongezonde voeding en risico van bijvoorbeeld roken en te weinig bewegen. Leefstijlverandering is in de huidige maatschappij erg moeilijk is doordat de verleidingen te groot zijn. Huisartsen kunnen nog zoveel aandacht besteden aan leefstijladviezen, maar dit is weinig effectief wanneer de omgeving niet verandert. Zij pleiten voor actie van de overheid ten aanzien van gezonde voeding en een gezonde leefomgeving. De Hartstichting zou zich sterk moeten maken voor de beperking van vet en zout in de voeding, voor het bestrijden van overgewicht, drugs- en alcoholgerelateerde problemen, het uitbreiden van de gymlessen op school en het inrichten van een beweegvriendelijke omgeving.

5 Discussie

Nederland telt zo'n 1,4 miljoen hart- en vaatpatiënten (Hartstichting.nl). Door tijdige opsporing van mensen met een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterol kunnen hart- en vaatziekten mogelijk worden voorkomen door middel van leefstijl veranderingen en eventueel medicatie. Het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren wordt in dit onderzoek selectieve preventie genoemd (Spimeu.org).

Het voorkomen van hart- en vaatziekten is een van de speerpunten van de Hartstichting. De Hartstichting wil weten wat zij kan doen voor huisartsen om de vroegopsporing en behandeling van patiënten een hoog risico op HVZ te optimaliseren en vervolginginterventies aan te bieden. Deze vraag vormde de aanleiding tot dit onderzoek en is beantwoord op grond van de SPIMEU enquête die door 118 huisartsen is ingevuld en op grond van drie online focusgroepen met in totaal 37 huisartsen. Gekeken is wat huisartsen aan identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ doen, hoe zij tegen deze vorm van selectieve preventie aan kijken en wat zij volgens hen kansen en knelpunten zijn. Daarnaast vroegen we de huisartsen uit de focusgroepen hoe de Hartstichting zou kunnen bijdragen om identificatie van patiënten met een hoog risico op HVZ te optimaliseren.

Mening ten aanzien van selectieve preventie

Er is verschil in opvatting tussen huisartsen over selectieve preventie en de taak van de huisarts daar in. Uit de enquête komt naar voren dat de meest huisartsen (80%) selectieve preventie nuttig vinden en driekwart ook vindt dat dit tot de taken van de huisartsenpraktijk behoort. Veel huisartsen uit de focusgroepen vinden de huisartspraktijk ook de juiste setting voor opsporing van hoog risico op HVZ, omdat de huisarts toch ook degene is die verdere actie moet ondernemen wanneer een verhoogd risico wordt gevonden. Een ruime meerderheid van de huisartsen die de enquête invulden (63%) en ook een aantal huisartsen uit de focusgroepen vindt wel dat selectieve preventie zich alleen moet richten op mensen bij wie zij reeds een hoog-risico vermoeden en niet op de gehele populatie. De Hartstichting wil vroegopsporing graag breder.

Uit de enquête blijkt echter ook dat één op de zeven huisartsen vindt dat selectieve preventie patiënten onnodig ongerust maakt en dat selectieve preventie ook geen taak van de huisarts is. Ook een aantal huisartsen uit de focusgroepen vindt dat de huisartsenzorg zich beter op mensen met klachten zou kunnen richten en dat selectieve preventie een taak van de overheid is.

Activiteiten op het gebied van selectieve preventie

Drie-en-zestig procent van de huisartsen die de enquête heeft ingevuld zegt risico's op HVZ pro-actief op te sporen en 37% doet dat niet. De pro-actieve huisartsen roepen patiënten op om het risico op HVZ te komen bepalen (38% van alle huisartsen), en/of door opportunistisch risico op HVZ te bepalen (42% van alle huisartsen). Van de pro-actieve huisartsen zegt 90% alleen patiënten op te roepen vanaf een bepaalde leeftijd en/of van wie al risico's bekend zijn.

Het percentage huisartsen dat hun patiënten actief oproept is hiermee hoger dan het percentage dat gevonden werd in een enquête uit 2008 waarin een kwart van de huisartsen zei hun patiënten actief op te roepen (Nielen en Schellevis, 2018), maar lager dan in 2014, toen bijna de helft (48%) van de huisartsen in een enquête aangaf patiënten actief op te roepen voor een preventieve meting of consult (van Hassel et al, 2015)). Hoewel de steekproeven van de verschillende onderzoeken niet helemaal vergelijkbaar zijn, lijkt de mate waarin huisartsen het risico op HVZ actief opsporen dus te schommelen rond de 40%.

De huisartsen die positief zijn over selectieve preventie en pro-actief patiënten opsporen zeggen hier gemiddeld tijdens 6 consulten per week tijd aan te besteden, waarbij 10% van de huisartsen zegt dit in 10 of meer consulten te doen. De huisartsen bepalen vooral risico's bij mensen vanaf circa 50-55 jaar en bij mensen bij wie zij reeds een verhoogd risico vermoeden, wat aansluit bij de richtlijnen voor CVRM (Piepoli, 2016; NHG, 2011). Genoemde belemmeringen voor het uitvoeren van selectieve preventie zijn naast andere prioriteiten vooral gebrek aan tijd en vergoeding, factoren die ook in een systematische review van de internationale literatuur als belangrijkste belemmering voor preventie van HVZ in de eerstelijns naar voren kwamen (Wändel et al, 2018).

Huisartsen richten zich vooral op preventie bij individuen

Veel huisartsen lijken dus vooral een rol voor zichzelf te zien in het opsporen van risico's bij mensen bij wie zij reeds een hoog risico vermoeden. Deze opvatting sluit aan bij de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 en de vernieuwde kernwaarden en kerntaken van de huisarts zoals op de conferentie in Woudschoten werden gepresenteerd in 2019 (<https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>). Daarin worden geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie genoemd als taak van huisartsen. Geïndiceerde preventie wordt daarin omschreven als 'preventie gericht op individuen, die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen'. Bredere, populatiegerichte preventietaken worden gezien als een verantwoordelijkheid voor de overheid.

Welke steun willen huisartsen van de Hartstichting?

Huisartsen uit de focusgroepen staan over het algemeen redelijk positief ten aanzien van initiatieven van de Hartstichting om (bij de gehele populatie) bloeddruk te meten buiten de huisartsenpraktijk, mits dit kwalitatief goed gebeurt en er goede adviezen worden gegeven ten aanzien van de eventueel te nemen vervolgstappen bij een bepaalde bloeddruk. Wanneer de patiënt vervolgens bij hen op het spreekuur zou komen en nadat zij als huisarts zelf ook een verhoogde bloeddruk en/of risico op HVZ vaststellen, geven zij conform de Richtlijn CVRM zelf leefstijladviezen en verwijzen hiervoor vaak naar thuisarts.nl, en eventueel de POH, dietist of leefstijlcoach. Ondersteuning van de Hartstichting op het gebied van goede patiënteninformatie en leefstijladviezen zoals een aantal huisartsen uit de focusgroepen aangeven, zou daarom nuttig kunnen zijn. Omdat huisartsen hun patiënten voor vragen over risico's en leefstijl vaak naar thuisarts.nl verwijzen zou een link daarop naar informatie van de Hartstichting een bruikbare optie zijn. Ook staan de meeste huisartsen desgevraagd positief tegenover een website voor patiënten met daarop leefstijladviezen en eventueel digitale coaching.

Een belangrijk punt dat door de huisartsen uit de focusgroepen op meerdere momenten naar voren wordt gebracht is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Ook meer dan 80% van de huisartsen die de enquête invulden vindt dat gezond leven de verantwoordelijkheid is van de persoon zelf, terwijl nog meer huisartsen (91%) aangeven dat ook de overheid een verantwoordelijkheid heeft. De vraag is of het reëel is om van alle patiënten te verwachten dat zij deze eigen verantwoordelijkheid (kunnen) nemen, aangezien bijna de helft van de volwassen bevolking kampt met overgewicht en 65% van de lager opgeleide mensen niet aan de beweegrichtlijnen voldoet (www.volksgezondheidszorg.info). Wanneer de omgeving blijft uitnodigen tot ongezond gedrag van mensen is het voor patiënten moeilijk hun eigen verantwoordelijk te nemen en voor huisartsen moeilijk hun patiënten te stimuleren gezond te leven.

Het pleidooi van meerdere huisartsen uit de focusgroepen is dan ook dat de Hartstichting niet alleen zou moeten bijdragen aan maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen, maar zich ook sterk zou moeten maken richting overheid voor de beperking van vet en zout in de voeding, het bestrijden van overgewicht en het inrichten van een beweegvriendelijke omgeving.

Reflectie op het onderzoek

De respons op zowel de schriftelijke enquête als op de oproep om deel te nemen aan de online focusgroepen was laag. In hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed is moeilijk te zeggen, maar de groep deelnemers zal niet representatief zijn geweest voor alle huisartsen in Nederland. We verwachten dat vooral de huisartsen met een positieve attitude ten aanzien van selectieve preventie van HVZ hebben deelgenomen aan het onderzoek. De resultaten van de enquête zijn in percentages uit te drukken, maar de resultaten van de focusgroepen zijn kwalitatief van aard. Deze resultaten kwantificeren is niet mogelijk of wenselijk, ten eerste omdat een aantal van 37 huisartsen daarvoor te klein is, maar ook omdat niet alle vragen aan alle 37 huisartsen zijn voorgelegd en het niet reageren op een vraag bovendien niet betekent dat een huisarts ergens geen mening over heeft. Tenslotte is niet uit te sluiten dat bij het beantwoorden van de vragen uit de enquête en in de online focusgroepen sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld. Hierdoor zijn de attitude en de gerapporteerde activiteiten ten aanzien van selectieve preventie wellicht iets positiever dan de dagelijkse praktijk.

Conclusie

De meeste huisartsen die deelnamen aan het onderzoek vinden selectieve preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) een taak van de huisarts, maar willen hiervoor vooral patiënten benaderen bij wie zij een verhoogd risico op HVZ vermoeden op grond van bijvoorbeeld leeftijd of reeds bekende risicofactoren als roken, overgewicht of een positieve familiegeschiedenis. De uitvoering van selectieve preventie kent in de praktijk echter belemmeringen zoals gebrek aan tijd, beperkte vergoeding en andere prioriteiten. Niet alle huisartsen zien een rol voor de Hartstichting om hen te ondersteunen bij selectieve preventie in de praktijk, maar een aantal huisartsen zou toegankelijke patiënteninformatie waarderen, mits ontwikkeld in samenspraak met de beroepsvereniging. Huisartsen vinden dat de Hartstichting vooral een rol heeft in de maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen en een stimulerende rol richting overheid en industrie om de leefomgeving van mensen gezonder in te richten.

6 Referenties

- Badenbroek, I. F., D. M. Stol, M. M. Nielen, M. Hollander, R. A. Kraaijenhagen, G. A. de Wit, F. G. Schellevis and N. J. de Wit (2014). "Design of the INTEGRATE study: effectiveness and cost-effectiveness of a cardiometabolic risk assessment and treatment program integrated in primary care." *BMC family practice* 15(1): 90.
- Cardiovasculair risicomanagement (CVRM), NHG, 2019
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement>
- de Waard, A.-K. M., M. Hollander, J. C. Korevaar, M. M. Nielen, A. C. Carlsson, C. Lionis, B. Seifert, T. Thilsing, N. J. de Wit and F. G. Schellevis (2018). "Selective prevention of cardiometabolic diseases: activities and attitudes of general practitioners across Europe." *European journal of public health*.
- Dekker, J., M. Alsema, P. Janssen, M. Van der Paardt, C. Festen and M. Van Oosterhout (2011). "NHG-Standaard Het PreventieConsult Cardiometabool risico." *Huisarts Wet* 54: 138-155.
- Informatiestandaard cardiometabole aandoeningen. Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), Platform Vitale Vaten (PVV), Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).
- Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement, herziening 2011, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011. us 3231, 3502 GE Utrecht
- Nielen, M. M., F. G. Schellevis and R. Verheij (2007). Evaluatie campagne 'Stop beginnende nierziekte'. Utrecht, Nivel.
- Nielen, M. M., F. G. Schellevis. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008. De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht, Nivel 2018
- Noordman, J. (2013). Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care. An analysis of daily practice, [Sl: sn].
- Piepoli, M. F., A. W. Hoes, S. Agewall, C. Albus, C. Brotons, A. L. Catapano, M.-T. Cooney, U. Corra, B. Cosyns and C. Deaton (2016). "2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)." *European heart journal* 37(29): 2315-2381.
- SPIMEU. (2018). "Determinants of Successful Implementation of Selective Prevention of Cardio-metabolic Diseases Across Europe." from <http://spimeu.org/>.
- Stol, D. M., M. Hollander, M. M. Nielen, I. F. Badenbroek, F. G. Schellevis and N. J. de Wit (2018). "Implementation of selective prevention for cardiometabolic diseases; are Dutch general practices adequately prepared?" *Scandinavian journal of primary health care* 36(1): 20-27.
- Tates, K., M. Zwaanswijk, R. Otten, S. van Dulmen, P. M. Hoogerbrugge, W. A. Kamps and J. M. Bensing (2009). "Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: examples from paediatric oncology." *BMC Medical Research Methodology* 9(1): 15.

Thilsing, T., A. de Waard, J. Korevaar, P. Wandell, M. Holzmann, A. Carlsson, N. d. Wit, B. Seifert, C. Lionis and J. Søndergaard (2016). "Selective prevention of cardio-metabolic diseases across Europe-current work and future perspectives."

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-volwassenen>

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sport-en-bewegen/cijfers-context/huidige-situatie#node-beweegrichtlijnen>

<https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie>

Van Dillen, S., J. Noordman, S. Van Dulmen and G. Hiddink (2014). "Examining the content of weight, nutrition and physical activity advices provided by Dutch practice nurses in primary care: analysis of videotaped consultations." *European Journal of Clinical Nutrition* 68(1): 50.

Van Hassel, D. Korevaar, J. Batenburg, R., Schellevis, F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht, NIVEL, 2015

Bijlage A Kernbevindingen

SPIMEU enquête

A.1 Wat doen huisartsen aan identificatie van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie, of iets breder een hoog risico op HVZ?

- 63% van de huisartsen roept patiënten actief op om hun risico te bepalen en/of bepaalt opportunistisch het risico; beiden vooral bij bepaalde leeftijds- of risicogroepen
- Meer dan 80% van de huisartsen gebruikt een risico model om het risico op HVZ te bepalen
- Leeftijd en roken zijn de meest genoemde factoren die worden meegenomen om het risico te bepalen, etniciteit, alcoholgebruik en dieet de minste
- Wanneer laboratoriumonderzoek wordt uitgevoerd om het risico te bepalen, laten huisartsen bloedlipiden en bloedglucose meten, iets minder vaak creatinine en albuminurie
- Een derde van de huisartsen gebruikt bij identificatie van hoog risico patiënten een protocol
- Huisartsen voeren in gemiddeld circa 5 consulten per week preventieve activiteiten uit

A.2 Hoe kijken huisartsen tegen selectieve preventie aan?

- De meeste huisartsen (63-89%) vinden selectieve preventie van HVZ nuttig maar vinden dat het zich alleen moet richten op de hoog-risico populatie
- Een op de zeven huisartsen vindt dat selectieve preventie van HVZ patiënten onnodig ongerust maakt.
- De meeste huisartsen (58-82%) vinden selectieve preventie hun taak, maar de helft is hiervoor te druk; preventie kan goed door de praktijkverpleegkundige worden uitgevoerd
- De meeste huisartsen (88-93%) vinden dat zorgverzekeraars of overheid huisartsen financieel beter moet belonen voor selectieve preventie
- Naast patiënt en huisarts heeft ook de overheid de taak om een gezonde leefstijl te bevorderen
- De meeste huisartsen (86%) denken dat leefstijladvies geven nuttig is en patiënten dit waarderen

A.3 Wat zijn volgens huisartsen knelpunten in selectieve preventie?

- Tijdgebrek, onvoldoende financiering en gebrek aan personeel zijn de belangrijkste knelpunten in het gebruik van het protocol voor selectieve preventie

A.4 Hoe zou, volgens huisartsen, de ideale situatie voor vroegopsporing van patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie eruit moeten zien?

- Huisartsen vinden het vooral zinvol risico te bepalen bij patiënten bij wie zij hoog risico vermoeden
- De meeste huisartsen vinden de huisartspraktijk de juiste setting voor selectieve preventie; de praktijkverpleegkundige kan het consult uitvoeren
- Een kwart van de huisartsen zou selectieve preventie van HVZ willen inbedden in een breder perspectief, bijvoorbeeld samen met preventie van depressie en kanker

- Een vijfde van de huisartsen wil geen selectief preventieprogramma voor HVZ invoeren omdat het niet kosteneffectief zou zijn, zorgverleners hiervoor te druk zijn en het 'gezonde' mensen tot 'zieke' patiënten maakt

Online focusgroepen

A.5 Wat vinden huisartsen van risicotests en het meten van bloeddruk en cholesterol buiten de spreekkamer?

- De risicotest is redelijk onbekend bij huisartsen
- Sommige huisartsen vinden de test geschikt als 'voorselectie' en/of om op hun website te plaatsen, maar voor laag geletterden is de risicotest minder geschikt
- Huisartsen staan redelijk positief tegenover het meten van bloeddruk buiten de spreekkamer, mits dit gestandaardiseerd gebeurt en goed advies over vervolgstappen wordt gegeven
- Huisartsen zijn verdeeld over de vraag of zij buiten de praktijk gemeten bloeddrukwaarden van hun patiënten digitaal willen doorkrijgen
- Wanneer een patiënt met een elders gemeten hoge bloeddruk op consult komt, wordt na verificatie en afhankelijk van de hulpvraag een compleet CRVM profiel gemaakt
- Bij een verhoogd risico op HVZ wordt soms verwezen naar thuisarts.nl en eventueel naar de diëtist of leefstijlcoach
- Niet alle huisartsen vinden het nuttig om jaarlijks op een vast moment bloeddruk en cholesterol te meten bij iedereen; voor bepaalde risicogroepen is dit wellicht zinvol, maar het kan ook leiden tot veel onnodig ongeruste mensen op het spreekuur
- Volgens meerdere huisartsen moet de meerwaarde van grootschalige screening van bloeddruk en cholesterol eerst worden bepaald, aan de hand van de criteria van Wilson en Jungner voordat dit op grote schaal wordt toegepast.

A.6 Welke rol hebben huisartsen momenteel in de vroegopsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?

- Weinig huisartsen vinden het zinvol om bij alle gezonde 40-plussers actief bloeddruk te meten; meerdere huisartsen controleren wel de bloeddruk bij mensen met verhoogd risico
- Enkele huisartsen willen vroeg-opsporing van HVZ wel uitbreiden bij voldoende tijd en vergoeding, anderen vinden dat preventie bij de overheid thuis hoort
- Patiënten hebben volgens huisartsen een eigen verantwoordelijkheid om naar de huisarts te gaan wanneer zij zich zorgen maken
- Ongeveer de helft van de huisartsen vindt dat een eventuele x-jaarlijkse screening van bloeddruk en cholesterol bij de huisarts thuis hoort, omdat deze de patiënt ook begeleidt bij eventueel afwijkende waarden
- De meeste huisartsen gebruiken de RISICO score of de score van NHG om het risico op HVZ te bepalen en het gesprek hierover te voeren
- Bij een jonge patiënt met een systolische bloeddruk tussen de 140-150 mmHg geven de meeste huisartsen leefstijladviezen; veel huisartsen verwijzen ook naar thuisarts.nl en enkelen naar een andere zorgverlener
- Meerdere huisartsen vinden het actief begeleiden van leefstijl bij een laag risicopatiënt geen huisartsenzorg en willen zich beperken tot mensen met klachten of een hoog risico.

- Huisartsen en ook POH geven de patiënt soms informatie mee over risicofactoren, dieet, folders van de Hartstichting; of verwijzen hiervoor naar thuisarts.nl

A.7 Waar hebben huisartsen behoefte aan om vroegopsporing en behandeling van patiënten met een verhoogd risico te optimaliseren en hoe kan de Hartstichting hierin bijdragen?

- Veel huisartsen waarderen initiatieven van de Hartstichting zoals bloeddruk meten buiten de spreekkamer; een klein aantal artsen betwijfelt de gezondheidswinst van dit soort initiatieven
- Huisartsen willen een adequate vergoeding voor het aanbieden van thuismetingen van de bloeddruk
- De meeste huisartsen verwijzen patiënten voor vragen over risico's en leefstijl naar thuisarts.nl, een link daarop naar de informatie van de Hartstichting zou welkom zijn
- Er is behoefte aan folders of informatiemateriaal voor laag geletterden en aan groepsbijeenkomsten voor patiënten in de wijk over leefstijl waarnaar HA naar kan verwijzen
- De Hartstichting zou, in samenspraak met de beroepsgroep, patiëntvriendelijk en eventueel interactief materiaal zoals een app kunnen ontwikkelen, of een informatiefilmpje voor in de wachtkamer dat patiënten attent kan maken op de risico's van hart- en vaatziekten
- De meeste huisartsen staan positief tegenover een website met daarop voedings- en beweegadviezen en adviezen over roken en alcohol; deze website zou bij voorkeur door NHG (thuisarts.nl), Hartstichting en Voedingscentrum samen moeten worden ontwikkeld
- Verschillende huisartsen zouden hun patiënten verwijzen naar een website voor digitale coaching maar twijfelen over de geschiktheid hiervan voor laaggeletterden
- De meeste huisartsen zouden een digitale sociale kaart waarderen om meer zicht te hebben op het (zorg)aanbod in hun buurt
- De meeste huisartsen vinden het onderhoud van een sociale kaart een taak van de gemeente, GGD of het sociaal domein; de Hartstichting zou dit kunnen subsidiëren.
- Een aantal huisartsen vindt dat de Hartstichting buiten de spreekkamer van de huisarts moet blijven; er is al veel bereikt in de spreekkamer en in ziekenhuizen.
- De Hartstichting zou meer eerstelijns en klinisch onderzoek moeten financieren zodat huisartsen worden ondersteund met wetenschappelijk onderbouwd CVRM beleid.
- De Hartstichting kan door voorlichting van de algemene bevolking bijdragen aan maatschappelijke bewustwording ten aanzien van roken, gezonde voeding en bewegen.
- De Hartstichting moet zich sterk maken voor de beperking van vet en zout in de voeding, het bestrijden van overgewicht, drugs- en alcoholgerelateerde problemen, het uitbreiden van gymlessen op school en het inrichten van een beweegvriendelijke omgeving.

SPIMEU

Website: www.spimeu.org

E-mail: spimeu@nivel.nl

Vragenlijst voor huisartsen in Nederland

Geachte heer, mevrouw,

Namens de **SPIMEU** onderzoeksgroep willen we u bedanken dat u bereid bent deze vragenlijst in te vullen. **SPIMEU** is een trans-Europees onderzoeksproject over selectieve preventie van cardiometabole ziekten (HVZ: hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en chronisch nierfalen). Het doel van **selectieve preventie** van HVZ is het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren. Na het identificeren van individuen met een hoog risico, kunnen een behandeling op maat en preventieve activiteiten worden gestart om achteruitgang te voorkomen.

Het **doel van deze vragenlijst** is het in kaart brengen van de houding van huisartsen ten aanzien van selectieve preventie van HVZ. We zullen vragen stellen over de activiteiten die u uitvoert in uw praktijk om patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren, uw mening over selectieve preventie en welke stappen worden genomen wanneer een persoon een hoog risico heeft op HVZ.

Selectieve preventie: het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van CMZ in een patiëntengroep zonder CMZ of bekende risicofactoren

Uw bijdrage is erg belangrijk voor het **SPIMEU** project.

Instructies voor het invullen van de vragenlijst

- Het invullen van deze vragenlijst kost ongeveer 30-40 minuten.
- De meeste antwoorden kunnen beantwoord worden door het aanvinken van een keuzevakje.
- Als u gevraagd wordt een antwoord toe te lichten, graag een kort antwoord in uw eigen woorden geven.
- Het systeem slaat automatisch de antwoorden die ingevuld worden op.
- Informatie kan te allen tijde worden gecorrigeerd of toegevoegd.

Disclaimer

The content of this questionnaire represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Funding

This questionnaire is part of the project / joint action '663309 / SPIM EU' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).



Deel I: Selectieve preventie van cardiometabole ziekten

Deze vragenlijst is gericht op selectieve preventie van cardiometabole ziekten (HVZ), zoals een TIA, beroerte, hartinfarct, diabetes type 2 en chronisch nierfalen.

Het doel van selectieve preventie van HVZ is het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren.

De eerste vragen gaan over wat u doet, en voor wie, om patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren.

Actieve benadering

De volgende vragen gaan over het **actief** benaderen van patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren, met als doel patiënten te identificeren met een hoog risico op HVZ. Een actieve benadering is bijvoorbeeld patiënten uitnodigen per email, brief of telefoon.

| | |
|--|--|
| 1. In mijn praktijk benaderen we patiënten actief <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 2 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 6 |
| 2. Welke patiënten benadert u om hun risico op HVZ te bepalen? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Alle patiënten → ga naar vraag 4 <input type="checkbox"/> Patiënten binnen een bepaalde leeftijdscategorie → ga naar vraag 3 <input type="checkbox"/> Anders . . . → ga naar vraag 4 |
| 3. Patiënten uit welke leeftijdscategorie benadert u om hun risico op HVZ te bepalen? | Patiënten tussen en jaar oud |
| 4. Welk(e) risico predictie model(score) gebruikt u, indien van toepassing, om het risico op HVZ te berekenen? <i>Graag de naam van het model noteren, bijvoorbeeld SCORE-risico tabel, nationale risico tabel, of FINDRISK score</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ik gebruik geen risico predictie model |
| 5. Welke van de onderstaande factoren neemt u mee bij het bepalen van het risico op HVZ bij een patiënt? <i>Graag alle factoren aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Alle onderstaande factoren <i>Patiënten eigenschappen</i> <input type="checkbox"/> Leeftijd <input type="checkbox"/> Geslacht <input type="checkbox"/> Etniciteit <input type="checkbox"/> Alcohol gebruik <input type="checkbox"/> Lichamelijke activiteit <input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Familiegeschiedenis <input type="checkbox"/> Roken <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> Overig... <i>Metingen</i> <input type="checkbox"/> Gewicht <input type="checkbox"/> Lengte <input type="checkbox"/> Middellomtrek <input type="checkbox"/> Bloeddruk <input type="checkbox"/> Overig... <i>Laboratorium testen</i> |

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Bloed lipiden <input type="checkbox"/> Bloed glucose <input type="checkbox"/> Creatinine <input type="checkbox"/> Albuminurie <input type="checkbox"/> Overig. . . |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Patiënten met een niet-gerelateerde klacht De volgende vragen gaan over patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren die de praktijk bezoeken voor een niet-gerelateerde klacht* bij wie u het noodzakelijk acht het risico op HVZ te bepalen <i>* Een niet-gerelateerde klacht is niet gerelateerd aan HVZ, bijvoorbeeld een pijnlijke knie.</i> | |
| 6. In mijn praktijk bepalen we het risico op HVZ bij patiënten met een niet-gerelateerde klacht <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 7 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 11 |
| 7. Bij welke patiënten met een niet-gerelateerde klacht bepaalt u het risico op HVZ? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Alle patiënten → ga naar vraag 9 <input type="checkbox"/> Patiënten binnen een bepaalde leeftijdscategorie → ga naar vraag 8 <input type="checkbox"/> Anders . . . → ga naar vraag 9 |
| 8. Bij welke leeftijdscategorie bepaalt u het risico op HVZ? | Patiënten tussen ... en ... jaar oud |
| 9. Welk(e) risico predictie model(score) gebruikt u, indien van toepassing, om het risico op HVZ te berekenen? <i>Graag de naam van het model noteren, bijvoorbeeld SCORE-risico tabel, nationale risico tabel, of FINDRISK score</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ik gebruik geen risico predictie model |
| 10. Welke van de onderstaande factoren neemt u mee bij het bepalen van het risico op HVZ bij een patiënt? <i>Graag alle factoren aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Alle onderstaande factoren <i>Patiënten eigenschappen</i> <input type="checkbox"/> Leeftijd <input type="checkbox"/> Geslacht <input type="checkbox"/> Etniciteit <input type="checkbox"/> Alcohol gebruik <input type="checkbox"/> Lichamelijke activiteit <input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Familiegeschiedenis <input type="checkbox"/> Roken <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> Overig... <i>Metingen</i> <input type="checkbox"/> Gewicht <input type="checkbox"/> Lengte <input type="checkbox"/> Middellomtrek <input type="checkbox"/> Bloeddruk <input type="checkbox"/> Overig... <i>Laboratorium testen</i> <input type="checkbox"/> Bloed lipiden <input type="checkbox"/> Bloed glucose |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Creatinine <input type="checkbox"/> Albuminurie <input type="checkbox"/> Overig . . . |
|--|--|

| | |
|---|---|
| Patiënten die hun risico willen weten De volgende vragen gaan over patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren die de praktijk bezoeken en die expliciet hun risico willen weten. | |
| 11. In mijn praktijk bepalen we het risico op HVZ bij patiënten die expliciet hun risico willen weten. <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 12 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 16 |
| 12. Bij welke patiënten komt u tegemoet aan dit verzoek? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Alle patiënten die erom vragen → ga naar vraag 14 <input type="checkbox"/> Patiënten binnen een bepaalde leeftijdscategorie die erom vragen → ga naar vraag 13 <input type="checkbox"/> Overig . . . → ga naar vraag 14 |
| 13. Patiënten in welke leeftijdscategorie komt u tegemoet om het risico op HVZ te bepalen? | Patiënten tussen ... en ... jaar oud |
| 14. Welk(e) risico predictie model(score) gebruikt u, indien van toepassing, om het risico op HVZ te berekenen? <i>Graag de naam van het model noteren, bijvoorbeeld SCORE-risico tabel, nationale risico tabel, of FINDRISK score</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ik gebruik geen risico predictie model |
| 15. Welke van de onderstaande factoren neemt u mee bij het bepalen van het risico op HVZ bij een patiënt? <i>Graag alle factoren aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Alle onderstaande factoren <i>Patiënten eigenschappen</i> <input type="checkbox"/> Leeftijd <input type="checkbox"/> Geslacht <input type="checkbox"/> Etniciteit <input type="checkbox"/> Alcohol gebruik <input type="checkbox"/> Lichamelijke activiteit <input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Familiegeschiedenis <input type="checkbox"/> Roken <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> Overig... <i>Metingen</i> <input type="checkbox"/> Gewicht <input type="checkbox"/> Lengte <input type="checkbox"/> Middellomtrek <input type="checkbox"/> Bloeddruk <input type="checkbox"/> Overig... <i>Laboratorium testen</i> <input type="checkbox"/> Bloed lipiden <input type="checkbox"/> Bloed glucose <input type="checkbox"/> Creatinine |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Albuminurie <input type="checkbox"/> Overig. . . |
|--|--|

| Aanvullende vragen betreffende uw selectieve preventie activiteiten | |
|--|---|
| <p>16. In hoeveel consulten per week voert u activiteiten uit om binnen de patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren?</p> <p><i>Graag één antwoord aanvinken</i></p> | <p>... consulten per week (gemiddeld)</p> |
| <p>17. Is er een protocol in uw praktijk beschikbaar voor activiteiten om een patiënt met een hoog risico op HVZ te identificeren in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren?</p> <p><i>Hier bedoelen we niet een specifieke score om het risico op HVZ te berekenen, maar een protocol zoals logistiek en taakomschrijving voor de activiteiten voor selectieve preventie</i></p> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 20 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 24 |
| <p>18. Wat is de naam van dit protocol en door wie is het geautoriseerd? (Bijvoorbeeld de overheid, instituut, etc.)</p> | <p>Naam protocol: ... Autorisatie: ...</p> |
| <p>19. Gebruikt u dit protocol in uw praktijk?</p> <p><i>Graag één antwoord aanvinken</i></p> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 22 en sla vraag 23 over <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 23 |
| <p>20. Welke barrières bent u tegengekomen tijdens het implementeren van dit protocol?</p> <p><i>Graag alle antwoorden aanvinken die van toepassing zijn</i></p> | <input type="checkbox"/> Tijdgebrek <input type="checkbox"/> Gebrek aan personeel <input type="checkbox"/> Geen vergoeding beschikbaar <input type="checkbox"/> Niet <u>genoeg</u> vergoeding beschikbaar <input type="checkbox"/> Tegenstrijdigheden in de aanbeveling en/of richtlijnen <input type="checkbox"/> Niet effectief in de ogen van u als huisarts <input type="checkbox"/> Niet effectief in de ogen van patiënten <input type="checkbox"/> Onduidelijk welke zorgverlener verantwoordelijk is <input type="checkbox"/> Geen ondersteuning van het (praktijk) management <input type="checkbox"/> Bekwaamheid in preventie en gezondheidsbevordering niet voldoende <input type="checkbox"/> Geen ondersteuning van de overheid / het beleid <input type="checkbox"/> Geen barrières <input type="checkbox"/> Anders. . . . |
| <p>21. Waarom gebruikt u dit protocol niet in uw praktijk?</p> <p><i>Graag alle antwoorden aanvinken die van toepassing zijn</i></p> | <input type="checkbox"/> Tijdgebrek <input type="checkbox"/> Gebrek aan personeel <input type="checkbox"/> Geen vergoeding beschikbaar <input type="checkbox"/> Niet <u>genoeg</u> vergoeding beschikbaar <input type="checkbox"/> Tegenstrijdigheden in de aanbeveling en/of richtlijnen <input type="checkbox"/> Niet effectief in de ogen van u als huisarts <input type="checkbox"/> Niet effectief in de ogen van patiënten <input type="checkbox"/> Onduidelijk welke zorgverlener |

| | |
|--|---|
| | <p>verantwoordelijk is</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Geen ondersteuning van het (praktijk) management<input type="checkbox"/> Bekwaamheid in preventie en gezondheidsbevordering niet voldoende<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning van de overheid / het beleid<input type="checkbox"/> HVZ preventie heeft geen prioriteit in mijn praktijk<input type="checkbox"/> Anders. . . . |
|--|---|

Deel II: Uw mening over selectieve preventie van cardiometabole ziekten

Selectieve preventie: het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren

Graag per stelling het vakje aankruisen dat het beste uw mening weergeeft.

| | Eens | Oneens | Ik weet het niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Selectieve preventie van HVZ is nuttig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Selectieve preventie van HVZ door de huisarts zal op een efficiënte wijze hoog-risico individuen identificeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Selectieve preventie van HVZ is zonde van het geld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Selectieve preventie van HVZ leidt tot ongelijkheid in gezondheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Patiënten leven langer en met een hogere kwaliteit van leven indien selectieve preventie van HVZ uitgevoerd wordt in de huisartspraktijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren, stellen het op prijs wanneer ik ze actief uitnodig om hun risico op HVZ te bepalen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Selectieve preventie van HVZ behoort <u>niet</u> tot de taken van de huisarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Patiënten zonder HVZ en zonder bekende risicofactoren willen hun risico op HVZ weten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ik ben te druk met andere taken om selectieve preventie van HVZ uit te voeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Er zijn genoeg mogelijkheden om taken voor selectieve preventie van HVZ te delegeren aan andere zorgverleners in mijn praktijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Er is voldoende financiële vergoeding voor selectieve preventie van HVZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Taken voor selectieve preventie van HVZ kunnen makkelijk worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Selectieve preventie van HVZ moet zich alleen richten op de hoog-risico populatie en niet op de hele populatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Ziektekostenverzekeraars of de overheid moeten huisartsen een financiële beloning geven voor het uitvoeren van activiteiten voor selectieve preventie van HVZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Huisartsen maken patiënten onnodig ongerust als selectieve preventie van HVZ wordt uitgevoerd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Huisartsen moeten het initiatief nemen om programma's te ontwikkelen voor selectieve preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Deel III: Behandeling en management van patiënten die geïdentificeerd zijn met (een hoog risico op) HVZ

In de volgende vragen onderscheiden wij 3 groepen patiënten met risicofactoren voor of gediagnosticeerd met HVZ.

1 Patiënten met een of meer risicofactoren voor HVZ (bijvoorbeeld obesitas, roken, hypertensie, hypercholesterolemie, nierfalen) maar zonder HVZ

2 Patiënten gediagnosticeerd met een hart- en vaatziekte (bijvoorbeeld een beroerte, TIA, hartinfarct, aneurysma van de aorta, perifere vaatlijden)

3 Patiënten gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 2

| | |
|--|---|
| <p>38. Biedt u een 'disease management program'* aan met gecoördineerde gezondheidszorg interventies aan patiënten met een of meer risicofactoren? * een 'disease management program' is gedefinieerd als "een systeem van gecoördineerde gezondheidszorg interventies en informatie voor populaties met een aandoening", in dit geval ≥ 1 risicofactoren voor HVZ</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> |
| <p>39. Is er een protocol/richtlijn beschikbaar in uw praktijk voor de behandeling en management van patiënten met een of meer risicofactoren? <i>Graag één antwoord aanvinken</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 42 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 44</p> |
| <p>40. Wat is de naam van dit protocol en door wie is het geautoriseerd? (Bijvoorbeeld de overheid, instituut, etc.)</p> | <p>Naam protocol: ...Autorisatie: ...</p> |
| <p>41. Gebruikt u dit protocol in uw praktijk? <i>Graag één antwoord aanvinken</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> |
| <p>42. Biedt u een 'disease management program' aan met gecoördineerde gezondheidszorg interventies aan patiënten gediagnosticeerd met <u>hart- en vaatziekten</u>? * een 'disease management program' is gedefinieerd als "een systeem van gecoördineerde gezondheidszorg interventies en informatie voor populaties met een aandoening", in dit geval patiënten gediagnosticeerd met een hart- en vaatziekte</p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> |
| <p>43. Is er een protocol/richtlijn beschikbaar voor de behandeling en management van patiënten met <u>hart- en vaatziekte</u>? <i>Graag één antwoord aanvinken</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 46 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 48</p> |

| | |
|---|---|
| 44. Wat is de naam van dit protocol en door wie is het geautoriseerd? (Bijvoorbeeld de overheid, instituut, etc.) | Naam protocol: ... Autorisatie: ... |
| 45. Gebruikt u dit protocol in uw praktijk? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 46. Biedt u een 'disease management program'* aan met gecoördineerde gezondheidszorg interventies aan patiënten gediagnosticeerd met <u>diabetes mellitus type 2</u> ? * een 'disease management program' is gedefinieerd als "een systeem van gecoördineerde gezondheidszorg interventies en informatie voor populaties met een aandoening", in dit geval patiënten gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 2 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 47. Is er een protocol/richtlijn beschikbaar voor de behandeling en management van patiënten met <u>diabetes mellitus type 2</u> ? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 50 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 52 |
| 48. Wat is de naam van dit protocol en door wie is het geautoriseerd? (Bijvoorbeeld de overheid, instituut, etc.) | Naam protocol: ... Autorisatie: ... |
| 49. Gebruikt u dit protocol in uw praktijk? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

| | |
|---|---|
| <p>De volgende vragen gaan over HVZ risico management bij patiënten uit alle 3 de groepen</p> <p>1 Patiënten met een of meer risicofactoren voor HVZ (bijvoorbeeld obesitas, roken, hypertensie, hypercholesterolemie, nierfalen) maar zonder HVZ</p> <p>2 Patiënten gediagnosticeerd met een hart- en vaatziekte (bijvoorbeeld een beroerte, TIA, hartinfarct, aneurysma van de aorta, perifere vaatlijden)</p> <p>3 Patiënten gediagnosticeerd met diabetes mellitus type 2</p> | |
| 50. Hoeveel patiënten uit deze groepen bezoeken uw praktijk per week voor het management van hun HVZ risico? (dit omvat bezoeken aan de huisarts of andere praktijkmedewerkers zoals praktijkondersteuners) | Gemiddeld ... patiënten per week |
| 51. Welke van de volgende disciplines kunt u gemakkelijk raadplegen of patiënten naar doorverwijzen voor HVZ risico management? <i>Graag alle antwoorden aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Medisch specialist in mijn praktijk <input type="checkbox"/> Medisch specialist in een andere huisartspraktijk <input type="checkbox"/> Medisch specialist in een polikliniek of ziekenhuis <input type="checkbox"/> Andere huisartsen buiten mijn eigen praktijk <input type="checkbox"/> Paramedici (bijvoorbeeld diëtist, fysiotherapeut) <input type="checkbox"/> Apotheker |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Psycholoog <input type="checkbox"/> Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> Gemeente / GGD <input type="checkbox"/> Sportschool <input type="checkbox"/> Overig . . . <input type="checkbox"/> Ik raadpleeg nooit noch verwijst een patiënt door naar een andere discipline of een andere specialist voor dergelijke activiteiten |
|--|--|

Deel IV: Uw mening over de aan HVZ gerelateerde gezondheidszorg

Het volgende deel van de vragenlijst dient om inzicht te verkrijgen in uw mening over verschillende aspecten van HVZ gezondheidszorg en leefstijl.

| | Eens | Oneens | Ik weet het niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 52. De overheid moet de vrijheid van mensen beperken op het gebied van leefstijl-gerelateerde factoren <i>Bijvoorbeeld niet-roken zones, de verkoop van tabak beperken, etc.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Gezond leven is de eigen verantwoordelijkheid van een persoon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Leefstijl advies geven is zinloos; patiënten volgen dit advies niet op | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. De huisarts moet patiënten stimuleren om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Mensen met een ongezonde leefstijl moeten meer betalen voor gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Ziektekostenverzekeraars moeten huisartsen een financiële beloning geven voor activiteiten ten behoeve van preventie van HVZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Ziektekostenverzekeraars moeten patiënten met een gezonde leefstijl belonen <i>Bijvoorbeeld met korting op de verzekeringskosten</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Een gezonde leefstijl bevorderen is de taak van de overheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Een gezonde leefstijl bevorderen is de taak van de huisarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. De huisarts moet de hele familie van de patiënt betrekken bij een poging de leefstijl van een patiënt te veranderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Een stoppen met roken programma is het meest effectief als het wordt ingebed in de eerstelijns gezondheidszorg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Leefstijl programma's georganiseerd door de overheid zijn nuttig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Patiënten waarderen het als ik ze advies geef over hun leefstijl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. In ons gezondheidszorgsysteem is het erg moeilijk om patiënten met een hoog risico op HVZ door te verwijzen naar <u>medisch specialisten</u> (bijvoorbeeld cardiologen) voor aanvullende preventieve activiteiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. In het gezondheidszorg systeem in mijn land is het | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| erg moeilijk om patiënten met een hoog risico op HVZ door te verwijzen naar <u>andere disciplines</u> (bijvoorbeeld diëtisten of fysiotherapeuten) voor aanvullende preventieve activiteiten | | | |
| 67. Preventie van HVZ heeft prioriteit in mijn praktijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Deel V: Uw mening over de ideale situatie voor selectieve preventie van HVZ

Stelt u zich voor dat u gevraagd wordt om een **selectief preventie programma** voor HVZ te ontwerpen (om patiënten met een hoog risico op HVZ te identificeren in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren). We zijn erg geïnteresseerd hoe dit programma eruit zou zien. Welke patiënten zou u willen uitnodigen voor dit selectieve preventie programma? Wat zou de beste setting zijn voor implementatie van dit programma? Wat dient te worden opgenomen in dit programma en wie moet er voor betalen? Hieronder vindt u vragen over het ontwerp van uw ideale programma.

Graag aangeven wie u zou willen uitnodigen en wat u zou willen opnemen in uw programma

| | |
|---|--|
| 68. Welke patiënten zou u willen uitnodigen om hun risico op HVZ te bepalen in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | |
| a. Geslacht | <input type="checkbox"/> Mannen <input type="checkbox"/> Vrouwen <input type="checkbox"/> Allebei |
| b. Leeftijd | Mensen tussen . . . en . . . jaar oud |
| c. Wanneer zou U deze patiënten willen uitnodigen om hun risico op HVZ te bepalen bij patiënten zonder HVZ of bekende risicofactoren? <i>Graag alle antwoorden aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Uitnodigen van <u>alle</u> patiënten van eerdergenoemde leeftijd <input type="checkbox"/> Ik zou deze patiënten willen uitnodigen als ze het <u>vragen</u> tijdens een consult <input type="checkbox"/> Ik zou deze patiënten willen uitnodigen als ze komen voor een consult voor een niet aan HVZ gerelateerde klacht <input type="checkbox"/> Ik zou deze patiënten willen uitnodigen als ze komen voor een consult voor een niet aan HVZ gerelateerde klacht en wanneer ik vermoed dat ze een hoog risico hebben <i>Bijvoorbeeld, als ik ruik dat ze roken of als ik zie dat ze overgewicht hebben</i> <input type="checkbox"/> Overig ... |
| 69. In welke setting zou u een selectief preventie programma implementeren? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Huisartspraktijk <input type="checkbox"/> Anders, namelijk... |
| 70. Wie zou er moeten betalen voor selectieve preventie van HVZ? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ziektekostenverzekeraar <input type="checkbox"/> Werkgever <input type="checkbox"/> Gemeente/GGD <input type="checkbox"/> Patiënt zelf <input type="checkbox"/> Overheid <input type="checkbox"/> Anders. . . |
| 71. Ik zou selectieve preventie van HVZ willen inbedden in een breder selectief preventie programma (bijvoorbeeld inclusief depressie, kanker, etc.) <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja → ga naar vraag 76 <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 77 |
| 72. In welke setting zou u dit bredere selectieve preventie programma willen | <input type="checkbox"/> Huisartspraktijk <input type="checkbox"/> Anders... |

| | |
|---|--|
| implementeren? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | |
| 73. Ik wil helemaal geen selectief preventie programma voor HVZ invoeren in mijn praktijk <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Mee eens → ga naar vraag 78 <input type="checkbox"/> Mee oneens → ga naar vraag 79 |
| 74. Waarom dient selectieve preventie van HVZ überhaupt niet ingevoerd te worden? <i>Graag alle antwoorden aanvinken die van toepassing zijn</i> | <input type="checkbox"/> Het maakt mensen onnodig ongerust <input type="checkbox"/> Het is niet kosteneffectief <input type="checkbox"/> Zorgverleners zijn te druk om dit type preventie in te voeren <input type="checkbox"/> Het is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de taken van selectieve preventie van HVZ <input type="checkbox"/> Het is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om de arts te vragen naar HVZ preventie <input type="checkbox"/> Patiënten willen geen ongevraagd advies over hun gezondheid <input type="checkbox"/> Anderszins 'gezonde' mensen (zonder klachten of medicatiegebruik) worden nu tot 'zieke' patiënten gemaakt <input type="checkbox"/> Er is geen vergoeding beschikbaar <input type="checkbox"/> Anders... |

Deel VI: Casus: wat zou u normaal gesproken als huisarts doen met de volgende patiënt

Dit is een hypothetische casus over een man die uw praktijk bezoekt

| | |
|--|--|
| 75. Een 56 jaar oude man zonder voorgeschiedenis van HVZ bezoekt uw praktijk met een pijnlijke teen. U weet dat zijn 50 jaar oude zus vier maanden geleden is gestorven ten gevolge van een hartaanval. Als de oude man uw kamer binnenkomt, ziet u dat hij overgewicht heeft en naar rook ruikt. Zegt u iets over het risico op HVZ en onderneemt u actie of niet? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ik zeg niks omdat het in Nederland onbeleefd is om een gesprek te beginnen over iets anders dan de reden van het bezoek van de patiënt <input type="checkbox"/> Ik zeg niks omdat ik weet dat wegens het selectieve preventie programma in mijn praktijk patiënten automatisch worden uitgenodigd voor een risico bepaling voor HVZ <input type="checkbox"/> Ik zeg niks (voor andere redenen dan hierboven genoemd) <input type="checkbox"/> Ik vertel hem dat ik mij zorgen maak over zijn risico en dat we zijn risico op HVZ kunnen bespreken in een ander consult maar dat deze keuze aan hem is <input type="checkbox"/> Ik leg onmiddellijk de risico's van overgewicht en roken uit, en voer alle noodzakelijke activiteiten uit om zijn risico op HVZ te bepalen |
|--|--|

Deel VII: Welke keuze zou u maken?

Stelt u zich voor dat er een selectief preventie programma (het identificeren van patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ in een patiëntengroep zonder HVZ of bekende risicofactoren) wordt ontwikkeld.

In dit programma vindt een consult plaats om patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van HVZ te identificeren. Het doel van dit consult is om een risico inschatting voor HVZ te maken (bijvoorbeeld bloeddruk, BMI, familiegeschiedenis, etc.). In de volgende vragen leggen wij zeven verschillende paren van mogelijkheden voor, voor consulten met variatie in tijd, kosten voor

patiënten en de zorgverlener. Wij vragen u om aan te geven voor elk paar welke van de twee mogelijkheden uw voorkeur heeft

76. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|---|---|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 5 minuten Alle kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> | 10 minuten Geen kosten voor de patiënt Medisch specialist in ziekenhuis <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|

77. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|---|--|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 20 minuten Deel van de kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> | 5 minuten Alle kosten voor de patiënt Medisch specialist in ziekenhuis <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|

78. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|--|---|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 5 minuten Deel van de kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> | 20 minuten Alle kosten voor de patiënt Huisarts <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|

79. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|--|--|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 10 minuten Deel van de kosten voor de patiënt Huisarts <input type="checkbox"/> | 20 minuten Geen kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|

80. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|--|---|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 5 minuten Geen kosten voor de patiënt Huisarts <input type="checkbox"/> | 10 minuten Alle kosten voor de patiënt Medisch specialist in ziekenhuis <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|

81. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur?

Graag één antwoord aanvinken

| | | |
|--|--|--|
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 5 minuten Geen kosten voor de patiënt Medisch specialist in ziekenhuis <input type="checkbox"/> | 10 minuten Alle kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| 82. Aan welke van de twee consulten geeft u de voorkeur? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | | |
| Tijd consult Kosten voor de patiënt Zorgverlener | 10 minuten Geen kosten voor de patiënt Praktijkverpleegkundige <input type="checkbox"/> | 20 minuten Deel van de kosten voor de patiënt Medisch specialist in ziekenhuis <input type="checkbox"/> |

Deel VII: Eigenschappen huisarts

De volgende vragen betreffen uw eigenschappen en de eigenschappen van de huisartspraktijk waar u werkt

| | |
|--|---|
| 83. Wat is uw geslacht? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw |
| 84. Wat is uw leeftijd? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> <30 jaar <input type="checkbox"/> 30-39 jaar <input type="checkbox"/> 40-49 jaar <input type="checkbox"/> 50-59 jaar <input type="checkbox"/> 60 jaar of ouder |
| 85. Hoeveel jaar werkt u als huisarts? | ... jaar |
| 86. Wat is uw lengte? <i>In centimeter</i> | ... centimeter |
| 87. Wat is uw gewicht? <i>In kilogram*</i> | ... kilogram *in geval van zwangerschap het gewicht voor zwangerschap |
| 88. Rookt u? <i>Minimaal 1 sigaret per dag Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Nee, ik heb nooit gerookt <input type="checkbox"/> Nee, maar ik heb in het verleden gerookt <input type="checkbox"/> Ja |
| 89. Hebt u zelf een cardiometabole ziekte? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Eigenschappen huisartspraktijk

| | |
|--|--|
| 90. Hoe kenmerkt u de locatie van uw praktijk? <i>Graag het antwoord aanvinken dat het meeste overeenkomt</i> | <input type="checkbox"/> Grote (binnen)stad <input type="checkbox"/> Buitenwijk <input type="checkbox"/> (Kleine) stad <input type="checkbox"/> Gemengd stad-platteland <input type="checkbox"/> Platteland |
| 91. Hoe kenmerkt u de praktijk waarin u werkt? <i>Graag het antwoord aanvinken dat het meeste overeenkomt</i> | <input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Duo praktijk <input type="checkbox"/> Groepspraktijk met meer dan twee huisartsen <input type="checkbox"/> Eerstelijns gezondheidscentrum met meerdere zorgdisciplines <input type="checkbox"/> Polikliniek <input type="checkbox"/> Ziekenhuis |
| 92. Zijn alle inwoners van uw wijk verplicht zich in te schrijven bij een eerstelijns praktijk? <i>Graag één antwoord aanvinken</i> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 93. Hoeveel dagen per week werkt u als huisarts? | ... dagen per week |
| 94. Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld op een normale, voltijd werkdag? | ... per dag |

| <p>95. Als huisarts, werkt u zelfstandig of werkt u in loondienst? <i>Graag het antwoord aanvinken dat het meeste overeenkomt met uw situatie</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Loondienst <input type="checkbox"/> Combinatie van zelfstandig en loondienst</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>96. In welke mate komt uw praktijk populatie overeen met het gemiddelde landelijke niveau, ten aanzien van de volgende categorieën: 1 Oudere mensen (ouder dan 70 jaar) 2 Mensen met een lage sociaal economische status 3 Etnische minderheden <i>Graag één antwoord aanvinken per categorie</i></p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Onder gemiddeld</th> <th>Gemiddeld</th> <th>Boven gemiddeld</th> <th>Ik weet het niet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | Onder gemiddeld | Gemiddeld | Boven gemiddeld | Ik weet het niet | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Onder gemiddeld | Gemiddeld | Boven gemiddeld | Ik weet het niet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>97. De vergoeding voor het invullen van de vragenlijst zullen wij per e-mail versturen. U kunt hier uw e-mail adres invullen om de vergoeding te ontvangen</p> | <p>.....</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>98. Voor het vervolg van het SPIMEU project zijn wij op zoek naar huisartsen die bereid zijn om een vragenlijst te verspreiden onder 25 patiënten in hun praktijk. Er is €50 vergoeding beschikbaar voor de huisartsen die 25 ingevulde vragenlijsten naar ons terug sturen. Bent u bereid om mee te werken aan dit vervolg van het SPIMEU project? <i>Graag een antwoord aanvinken.</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>99. Elke 6 maanden versturen we een nieuwsbrief met informatie en resultaten over het SPIMEU project. Verder kunnen we uw hulp mogelijk goed gebruiken in toekomstige onderzoeksprojecten. Zou u de nieuwsbrief willen ontvangen en/of geeft u ons toestemming om u in de toekomst te benaderen voor andere onderzoeksprojecten? <i>Graag een antwoord aanvinken</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Ja, ik wil de nieuwsbrief ontvangen én ik geef toestemming om mij te benaderen voor toekomstig onderzoek <input type="checkbox"/> Ja, ik wil de nieuwsbrief ontvangen <input type="checkbox"/> Ja, ik geef toestemming om mij te benaderen voor toekomstig onderzoek <input type="checkbox"/> Nee, ik wil geen nieuwsbrief ontvangen en ik wil niet worden benaderd voor toekomstig onderzoek</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>100. Heeft u nog aanvullende opmerkingen of informatie?</p> | <p>...</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bijlage C Topiclijst voor focusgroepen

C.1 Focusgroep 1

Stellingen en vragen voorgelegd aan de huisartsen

1. Voor alle gezonde 40-plussers die (nog) niet bekend zijn met een (hoog) risico op hart- en vaatziekten, is het relevant om buiten de huisartsenpraktijk regelmatig de bloeddruk te meten. Een verhoogde bloeddruk kan zo een goede aanleiding zijn om bij de huisarts een volledige risico bepaling op hart- en vaatziekten te laten doen.

2. Het meten van de bloeddruk buiten de huisartspraktijk met een geijkte bloeddrukmeter kan goed plaatsvinden bij de apotheek, tandarts, fysiotherapeut, sportschool, bibliotheek, stadsdeelkantoor, drogist of supermarkt.

3. Het meten van de bloeddruk buiten de huisartsenpraktijk moet worden gedaan door iemand anders met kennis van zaken die ook adviezen geeft over de te nemen vervolgstappen, òf door mensen zelf met daarbij een goede digitale of schriftelijke gebruiksaanwijzing en informatie over de te nemen vervolgstappen.

4. Stel, een gezonde 40-plusser meet zelf zijn/haar bloeddruk in een rustige omgeving, met een goed geijkte bloeddrukmeter, en aan de hand van een goede gebruiksaanwijzing.

Voor de gevonden bloeddruk worden drie categorieën aangegeven:

Groen=goede bloeddruk, geen verdere actie nodig

Oranje=bloeddruk is aan de hoge kant, advies is binnen paar dagen opnieuw de bloeddruk op dezelfde wijze te bepalen

Rood=te hoge bloeddruk, neem contact op met uw huisarts

Vraag

Welke bloeddrukwaarde zou u willen hanteren voor de categorieën groen, oranje, rood?

Uiteraard mag u hierover met elkaar twisten/discussiëren!

5. Casus: Iemand van 40+ heeft zijn/haar bloeddruk buiten de huisartspraktijk herhaaldelijk op een juiste, gestandaardiseerde manier gemeten en vindt daarbij een bloeddruk tussen de 140 en 155. Hij/zij krijgt daarbij een digitaal/schriftelijk advies.

Stelling

Bovenstaande persoon kan beter concrete adressen krijgen van bijvoorbeeld een leefstijlcoach, diëtist, sportclub, bewegegroepje of (verantwoorde) kookclub in de buurt om zo aan zijn/haar leefstijl te werken, dan het advies om naar de huisarts te gaan.

6. Bovengeschetst persoon komt voor een consult naar u toe.

- Wat is uw beleid?
- Bepaalt u direct een volledig CVRM profiel?
- Welke adviezen geeft u?
- Verwijst u deze persoon naar iemand voor leefstijladviezen?
- Wat is de rol van uw POH hierin?

7. Stel het is mogelijk om her en der buiten de huisartsenpraktijk betrouwbaar zelf de bloeddruk te meten. Wilt u deze waarden dan van al uw patiënten digitaal ontvangen?

8. Ik vind het goed dat de Hartstichting acties zoals als bloeddruk meten buiten de huisartsenpraktijk opzet, als een toeleiding naar het bepalen van een volledig CVRM profiel. De Hartstichting is hiervoor de aangewezen organisatie.

9. Ziet u een rol voor uzelf als huisarts in het standaard en regelmatig bepalen van de bloeddruk van uw patiënten om zodoende mensen met een verhoogd risico op HV&Z eerder op te sporen en een vervolg traject te kunnen starten? Zou dat jaarlijks in uw praktijk moeten gebeuren? Bijv. door uw POH? Hoe zou u dat willen organiseren?

C.2 Focusgroep 2

Gestelde vragen zijn:

Identificatie

1. Bloeddruk als toeleiding naar CVRM profiel

Tegenwoordig worden mensen aangemoedigd hun bloeddruk te kennen. Een hoge bloeddruk kan zo aanleiding zijn om de huisarts te bezoeken.

1. Wat vindt u als huisarts van (zelfgemeten) verhoogde bloeddruk als toeleiding naar het bepalen van een volledig CVRM profiel?

2. We schetsen hier twee varianten om een hoge bloeddruk bij patiënten actief op te sporen:

- 1) alle gezonde 40-plussers via brief of mail oproepen om hun bloeddruk te laten bepalen bij u, of bij uw POH-er
- 2) van alle gezonde 40 plussers de bloeddruk bepalen wanneer zij op consult komen voor een andere (niet gerelateerde) klacht (bijv. pijnlijke knie)

Vragen: Gebruikt u één van deze methoden? Waarom wel/niet? Wanneer wel/wanneer niet? Wat vindt u van deze beide vormen van identificatie?

3. Stel dat u voldoende geld en tijd zou kunnen krijgen voor vroeg-opsporing van mensen met een verhoogde bloeddruk. Zou u dit dan gaan doen of zijn er dan nog steeds knelpunten of bezwaren?

Behandeling

4. Een gezonde, jonge patiënt komt met een systolische bloeddruk tussen de 135-150 bij u op consult. De patiënt heeft verder geen risicofactoren en deze patiënt komt dus niet in aanmerking voor ketenzorg.

Wat doet u met/is uw verdere beleid voor deze patiënt?

5. De jonge, gezonde patiënt heeft bij herhaaldelijke, nauwkeurige metingen verspreid over enkele weken, wel steeds een systolische bloeddruk tussen de 140-150, er zijn geen aanwijzingen voor secundaire hypertensie.

Vragen:

- Geeft u adviezen op het gebied van voeding? Stuurt u deze patiënt naar de diëtist voor voedingsadviezen, of naar de POH?
Waarom wel/waarom niet?
- Geeft u ook adviezen op het gebied van bewegen? Verwijst u hiervoor naar uw POH, naar een leefstijlcoach of naar een sportclub in de buurt?
Waarom wel/waarom niet?

6 Stel dat u deze patiënt toch hebt verwezen naar de diëtist/leefstijlcoach/beweegclub. Dit heeft u gedaan omdat de patiënt zich zorgen maakte en sterk aandrang op een verwijzing omdat hij/zij het zelfstandig werken aan leefstijlverbetering erg lastig vindt.

Vragen:

Laat u deze patiënt dan na enige tijd terugkomen om te bespreken in hoeverre het verbeteren van leefstijl is gelukt? Waarom wel/waarom niet?

En bij welke bloeddruk bent u voor deze patiënt tevreden? Wat is de streefwaarde?

7. Welke rol ziet u voor de Hartstichting in het ondersteunen van de patiënt uit onze casus om zijn/haar verhoogde 'risico' te verlagen of te stabiliseren?

8. Heeft u ook behoefte aan bepaalde materialen die u de patiënt zelf zou kunnen meegeven? En zo ja, waar denkt u dan aan?

C.3 Focusgroep 3

1. Wat vindt u van de risicotest (=vragenlijst naar het rookgedrag, de BMI en middelomtrek en familiegeschiedenis van HVZ, zie <https://www.testuwriscio.nl/>) die bij een verhoogd risico toe leidt naar het Preventie Consult?

Gebruikt u deze/verwijst u uw patiënten hiernaar? waarom wel/waarom niet?

2. Vindt u het een goed idee wanneer mensen jaarlijks op een vast moment en op een vaste locatie hun bloeddruk en cholesterol kunnen laten meten? Dit om een verhoogd risico op HVZ vroeg op te sporen.

- Wanneer u dat een goed idee vindt, wie/welke mensen zou hiervoor in aanmerking moeten komen wat u betreft? Iedereen? Bepaalde groepen? Bepaalde leeftijdsklassen?

3. Stel dat het mogelijk wordt dat mensen met een bepaald tijdsinterval (x-jaarlijks), en misschien met een bepaald risico profiel, op een vast moment op een vaste locatie hun bloeddruk en cholesterol kunnen laten meten.

- Wie zou een dergelijke screening dan moeten verzorgen?

4. Geeft u mensen met een licht verhoogde bloeddruk een bloeddrukmeter mee om thuis de bloeddruk nogmaals te meten? Indien ja, adviseert u dan een geprotocolleerde thuismeting? En heeft u behoefte aan het faciliteren van meer geprotocolleerde thuismetingen? Wat heeft u daarvoor nodig om dit mogelijk te maken?

5. Bekend is dat het niet altijd makkelijk is om het gesprek met patiënten te voeren over hun verhoogde risico op HVZ. Maar de motivatie voor leefstijlverbetering zal waarschijnlijk hoger zijn wanneer iemand zich goed bewust is van zijn/haar verhoogde risico.

- Hoe voert u dit gesprek over risico op HVZ?
- Heeft u het idee dat patiënten dit goed begrijpen?
- Heeft u daar een hulpmiddel voor? Gebruikt u de SCORE risico-tabel hierbij?
- Geeft u de patiënt iets mee wanneer er een risico is bepaald? Heeft u behoefte aan ondersteunend materiaal hiervoor?

6. Door huisartsen in eerdere focusgroepen die in november en januari zijn gehouden is aangegeven dat zij behoefte hebben aan goed voorlichtingsmateriaal voor patiënten over risico's en leefstijl. Dat kan informatiemateriaal zijn wat door de huisarts kan worden meegegeven vanuit de spreekkamer, zoals een scheurblok met tips voor gezonde voeding en meer bewegen, of het iets waar naar verwezen kan worden, zoals een website of een kookboek. POH-ers zouden dergelijk materiaal kunnen gebruiken in hun behandeling van mensen met hoog risico op HVZ.

- Heeft u ook behoefte aan dit soort materialen/of heeft u nog andere wensen?
- Heeft u zelf al materialen of adressen om naar te verwijzing?
- Wat is hierin het meest effectief denkt u vanuit uw ervaring?

7. Casus: Een gezonde, jonge patiënt (van 40 jaar) heeft bij herhaalde, nauwkeurig uitgevoerde metingen een systolische bloeddruk tussen de 140-150. U heeft na verder onderzoek secundaire hypertensie uitgesloten.

Stel dat er een speciaal platform/website zou bestaan voor de preventie van HVZ (ontwikkeld door de Hartstichting) waarop digitale adviezen staan over vermindering van zout inname en andere voedingsadviezen, beweegadviezen en adviezen ten aanzien van roken en alcoholgebruik.

- Zou u uw bovengeschetste patiënt daar naar verwijzen? Waarom wel/niet?

8. Stel dat op een dergelijke website ook een sociale kaart (met daarop het aanbod van zorg- en preventie in de buurt) zou staan.

- Wie of wat vindt u dan dat daar op moet staan (uiteraard na enige kwaliteitstoetsing)?
- Diëtisten? Sport en bewegegroepen in de buurt? Leefstijlcoaches?
- En wie moet deze sociale kaart onderhouden?

9. Stel dat de eerder bedoelde website met daarop digitale voedings- en beweegadviezen en adviezen over roken en alcoholgebruik, ook digitale, 'getailorde' coaching aan biedt, waarbij de patiënt regelmatig adviezen en reminders krijgt.

- Zou u daarnaar verwijzen?
- Heeft u hier al ervaring mee? Bijvoorbeeld met <https://samengezond.menzis.nl/>

10. Wat zou de Hartstichting kunnen doen om huisartsen te ondersteunen in de opsporing en begeleiding van mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten? Denk hierbij breed, dus praktische zaken, voorlichting, preventie, financiën, beleid, etc.