

The use of risk tables for cardiovascular prevention in general practice : evaluation of decision support for doctors and patients

Citation for published version (APA):

van Steenkiste, B. (2008). The use of risk tables for cardiovascular prevention in general practice : evaluation of decision support for doctors and patients. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2008

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Samenvatting

Samenvatting

Dit proefschrift gaat over de implementatie van de landelijke richtlijn voor diagnostiek en behandeling van een verhoogd cholesterolgehalte van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de NHG-Standaard Cholesterol. Deze standaard werd voor het eerst gepubliceerd in 1991 en herzien in 1999. De herziene NHG-Standaard Cholesterol was innovatief door de risicotabel voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten. In mei 1999 werd begonnen met een onderzoek naar de implementatie van de herziene NHG-Standaard Cholesterol met de bijbehorende risicotabel. Deze implementatiestudie werd afgerond in oktober 2004 en gesubsidieerd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw), de Nederlandse Hartstichting en zorgverzekeraar CZ.

In hoofdstuk 1 wordt de primaire preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) door de huisarts nader besproken, hetgeen uitmondt in de onderzoeksvragen van dit proefschrift. De hoofdstukken 2 en 3 beschrijven een kwalitatieve inventarisatie van knelpunten en belemmeringen voor effectieve implementatie van de cholesterolstandaard bij huisartsen en patiënten. In hoofdstuk 4 wordt het geschatte risico op HVZ door patiënten in de huisartsenpraktijk gerelateerd aan hun werkelijke risico op HVZ. Hoofdstuk 5 beschrijft de effecten van een training voor huisartsen en een keuzehulp voor de preventie van HVZ voor patiënten door middel van een evaluatie in een gerandomiseerd experiment. In hoofdstuk 6 worden de ervaringen van patiënten met de keuzehulp besproken. Hoofdstuk 7 beschrijft de uitkomst van een systematisch literatuuroverzicht naar implementatie van risicotabellen voor de preventie van HVZ door professionals in de zorg. Tot slot worden in hoofdstuk 8 de gevonden resultaten uit de voorafgaande hoofdstukken nader beschouwd en aanbevelingen gedaan voor de dagelijkse praktijk en voor verder onderzoek.

Hoofdstuk 1 bespreekt de aanbevelingen voor de primaire preventie van HVZ, zoals die zijn vastgelegd in nationale- en internationale richtlijnen. Een voor Nederland nieuw element in de herziene standaard is het gebruik van een risicotabel met het absolute 10-jaars-risico op het krijgen van HVZ. Het gaat niet langer om diagnostiek en behandeling van een individuele risicofactor, maar om de hoogte van het absolute risico om in 10 jaar tijd een HVZ te krijgen, dat wordt berekend aan de hand van het risicoprofiel voor HVZ waarin meerdere belangrijke risicofactoren worden geïntegreerd. De implementatie van deze geïndividualiseerde *hoogrisico*-benadering met het gebruik van de risicotabellen in de dagelijkse huisartsenpraktijk wordt belemmerd door

verschillende knelpunten. Reeds bekende knelpunten, met name die van de huisarts en van de organisatie van de zorg, worden besproken, evenals de resultaten van implementatieonderzoek dat zich op deze knelpunten richt. Daarnaast lijkt de patiënt die diagnostiek en behandeling min of meer 'afdwingt' een belangrijk knelpunt. Hierdoor wordt de discussie met de huisarts bemoeilijkt en kan onnodig gebruik van cholesterolverlagende medicijnen ontstaan.

Het doel van dit project was het ontwikkelen en evalueren van een implementatiestrategie voor de nieuwe *hoogrisico*-benadering in de primaire preventie van HVZ met de daarbij behorende risicotabellen.

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de knelpunten vanuit het perspectief van zowel de huisarts als de patiënt, voor de implementatie van de herziene NHG-Standaard Cholesterol met de bijbehorende risicotabellen?
2. Hoe vaak worden huisartsen geconfronteerd met patiënten waarbij de risicoperceptie en ongerustheid afwijken van het werkelijke risico op HVZ en welke factoren bepalen een grote ongerustheid of perceptie dat het risico hoog is?
3. Wat is het effect van beslissingsondersteuning voor patiënten en huisartsen, die tot doel heeft om gezamenlijk begrip van het HVZ risico en behandelmogelijkheden te bereiken, op het opvolgen van de kernaanbevelingen van de cholesterolstandaard door de huisarts en op de risicoperceptie en leefstijl van de patiënt?
4. Hoe reageren patiënten op het gebruik van een keuzehulp voor de preventie van HVZ?
5. Wat is er bekend in literatuur over effectieve implementatiestrategieën voor risicotabellen voor HVZ?

Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van een kwalitatieve inventarisatie van de knelpunten, die huisartsen in de dagelijkse praktijk ondervonden bij het volgen van de cholesterolstandaard en het gebruik van de risicotabellen. Vijftien huisartsen werden in hun huisartsenpraktijk geïnterviewd aan de hand van de analyse van twee door hen op geluidsband opgenomen consulten over primaire preventie van HVZ. Deze interviews leverden een schat aan knelpunten op voor primaire preventie van HVZ. Deze knelpunten konden worden toegeschreven aan de risicotabellen, de huisartsen zelf of omgevingsfactoren. Gebrek aan kennis over de standaard en aan communicatievaardigheden van de huisarts, samen met een hoge werkdruk en eisende patiënten, maken dat de huisarts afwijkt van de aanbevelingen in de

cholesterolstandaard. Huisartsen ervaren deze omgevingsfactoren als meest belangrijk en van grote invloed op hun handelen.

Er werd geconcludeerd dat er veel knelpunten zijn voor het gebruik van de risicotabellen, een kernelement van de *hoogrisico*-benadering in de primaire preventie van HVZ. Het eenvoudigweg opnemen van risicotabellen in de cholesterolstandaard bleek niet te resulteren in daadwerkelijke implementatie van de cholesterolstandaard met het gebruik van de bijbehorende risicotabellen.

Er leek met name een dringende behoefte aan tijdefficiënte implementatiestrategieën voor het presenteren en bespreken van het risico op hart- en vaatziekten met patiënten.

Hoofdstuk 3 beschrijft de rol van de patiënt in het licht van de toepasbaarheid van de in 1999 herziene NHG-Standaard Cholesterol in de huisartsenpraktijk. In een kwalitatief studiedesign werden 22 patiënten thuis geïnterviewd aan de hand van de analyses van een op geluidsband opgenomen consult met hun huisarts. Het betrof steeds een consult waarin de huisartsen, naar eigen zeggen, geprobeerd hadden optimale zorg te verlenen in het kader van de primaire preventie van HVZ volgens de NHG-Standaard Cholesterol.

Analyse van de semi-gestructureerde interviews toonde aan dat de bij de patiënt aanwezige kennis en begrip van HVZ en de preventie ervan meestal onvoldoende was. Het risico op HVZ en de risicotabellen waren lastig te begrijpen, de perceptie van het risico op HVZ was vaak onrealistisch en dichotoom van aard en hoofdzakelijk gebaseerd op persoonlijke ervaringen met HVZ. Zowel over- als onderschatting van het risico op HVZ kon worden aangetoond. Er bestond bij de patiënten grote behoefte aan informatie maar ook aan het bepalen van het cholesterolgehalte in het bloed. Uit de interviews bleek duidelijk dat er op patiëntniveau veel knelpunten zijn die effectieve preventie van HVZ verhinderen. Met name de sterk geïndividualiseerde *hoogrisico*-benadering vraagt veel uitleg aan patiënten. Voorlichtingsmaterialen, die zowel de huisarts als de patiënten beogen te ondersteunen, dienen met name aandacht te schenken aan de vele misvattingen, ongerustheid en vaak irreële verwachtingen van patiënten.

Hoofdstuk 4 bespreekt het gevonden verband tussen het door de patiënt geschatte risico op HVZ en het werkelijke risico. Misvattingen tussen het geschatte en het werkelijke risico op HVZ staan effectief risicomanagement van patiënten met een hoog risico en het geruststellen van patiënten met een laag risico in de weg. Inzicht in de risicoperceptie van de patiënten, die de

huisarts op het spreekuur ziet in het kader van de preventie van HVZ, was daarom gewenst. Dit werd onderzocht in een cross-sectioneel onderzoek in 34 huisartsenpraktijken onder 490 patiënten die tijdens een regulier praktijkbezoek met de huisarts hadden gesproken over hun risico op HVZ. Het onderwerp hart- en vaatziekten kon zowel door de huisarts als door de patiënt ter sprake worden gebracht; soms was het de reden van het praktijkbezoek. In 17% van de consulten bleek dat de patiënt werkelijk een hoog risico op HVZ had. Bijna 4 van de 5 patiënten met een hoog risico hebben geen goed besef van hun risico op HVZ; zij schatten hun risico te laag in (incorrect optimisme). Hetzelfde gold voor 1 op de 5 patiënten met een laag risico; zij schatten hun risico te hoog in (incorrect pessimisme). Roken, hoge bloeddruk en obesitas bleken determinanten van een hoge inschatting van het risico en mensen met diabetes bleken zich, tot onze verrassing, niet ongerust te maken over hun risico op HVZ. Misvattingen tussen het geschatte risico op HVZ en het werkelijke risico kwamen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

De conclusie was dat huisartsen er zich meer bewust van zouden moeten zijn dat zij, in het kader van primaire preventie van HVZ, meestal te maken hebben met patiënten met een laag risico en dat het geschatte risico en de ongerustheid van de patiënt niet noodzakelijkerwijs overeenkomt met het werkelijke risico. Extra aandacht is nodig voor de opvallende mispercepties van het risico op HVZ bij mannen en patiënten met diabetes.

Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van een clustergerandomiseerd experiment waarin een nieuwe implementatiestrategie voor de NHG-standaard Cholesterol 1999 werd geëvalueerd. De strategie was zowel op de huisarts als op de patiënt gericht en bestond uit een 4-uur durende interactieve training van de huisartsen waarin als eerste aandacht werd besteed aan het begrijpen van de kernelementen uit de herziene NHG-Standaard Cholesterol en het gebruik van de bijbehorende risicotabellen. Daarna was er aandacht voor het gebruik van een keuzehulp voor patiënten en vervolgens voor het uitnodigen van de patiënt voor een tweede consult voor het bespreken van het risico op HVZ. De huisartsen werd gevraagd om pas in het tweede consult, nadat de patiënt de informatie uit de keuzehulp thuis had gelezen, het risico op HVZ met de patiënt te bespreken en pas dan afspraken te maken over de behandeling van een verhoogd risico. De huisartsen werden geïnstrueerd om de patiënt actief te betrekken bij het bespreken van de verschillende opties voor risicovermindering, het opstellen van een persoonlijk behandelplan en de besluitvorming daarover.

Het klinisch handelen van de huisarts, conform de kernaanbevelingen van de cholesterolstandaard, de risicoperceptie van de patiënt en de zelfgerapporteerde

teerde leefstijl werden zowel bij de start van het experiment als na 6 maanden gemeten. Vierendertig huisartsen namen deel aan de studie; zij registreerden 490 consulten, 276 in de interventiegroep en 214 in de controlegroep. Na 6 maanden kon geen significant effect van de implementatiestrategie op het klinisch handelen van de huisarts, noch op de risicoperceptie van de patiënt worden aangetoond. Er was alleen een deeleffect op de leefstijl, namelijk een toename van de lichamelijke activiteit van mannen in de interventiegroep in vergelijking met de mannen in de controlegroep (odds ratio 3,8 - 95% betrouwbaarheidsinterval 1,7-8,7).

De conclusie was dat de 4-uur durende training van de huisarts onvoldoende was geweest voor de beoogde toepassing van de keuzehulp waardoor geen verbetering in het klinisch handelen van de huisarts of de risicoperceptie mogelijk was. Echter, het positieve effect op de lichamelijke activiteit rechtvaardigt verder onderzoek naar het betrekken van patiënten bij de primaire preventie van HVZ.

Hoofdstuk 6 beschrijft de reactie van de patiënten op het gebruik van de keuzehulp voor de primaire preventie van HVZ. De keuzehulp, een brochure van 16 pagina's, geeft informatie over het absolute 10-jaarsrisico op HVZ, hoe een individu het risico voor zichzelf kan berekenen en de verschillende mogelijkheden voor risicoreductie. De risicotabellen uit de herziene cholesterolstandaard zijn wat betreft lay-out aangepast en vormen een onderdeel van de keuzehulp. Het werkblad nodigt de patiënt uit om zijn of haar persoonlijke wensen voor risicoreductie op te schrijven met als doel betrokkenheid bij de besluitvorming bij het opstellen van een persoonlijk behandelplan in het tweede consult te faciliteren.

Voor het onderzoeken van de reactie van de patiënt op het gebruik van de keuzehulp werd gebruik gemaakt van de gegevens uit de procesevaluatie van onze interventiestudie (hoofdstuk 5). Tijdens het eerste consult kregen 276 patiënten van 17 huisartsen een keuzehulp mee naar huis. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 54 jaar; 47% was man en 19% van de patiënten had een hoog risico op HVZ. De gegevens van 239 patiënten, een mix van patiënten die wel of geen tweede consult met de huisarts hadden gehad, lieten zien dat iedereen de brochure had gelezen, dat men de informatie redelijk tot goed had begrepen, dat 85 % de informatie voor zichzelf relevant vond en dat 68% van de patiënten zich gerustgesteld had gevoeld door de informatie in de keuzehulp. Hoewel het voorgestelde gebruik van de keuzehulp, gespreid over twee consulten met de nadruk op besluitvorming over risicomangement in het tweede consult, door huisartsen niet eenvoudig in te passen bleek, verdient de

positieve reactie van de patiënten verder onderzoek naar de implementatie van het gebruik van de keuzehulp in de eerstelijns gezondheidszorg.

Hoofdstuk 7 beschrijft de resultaten van systematisch literatuuronderzoek naar effectieve implementatie van het gebruik van risicotabellen voor de primaire preventie van HVZ door professionals in de gezondheidszorg. Voor het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie voor de risicotabellen is inzicht in de condities voor gebruik belangrijk, temeer omdat het gebruik nog zeker geen routine is. Een uitgebreide zoekstrategie werd gebruikt voor het doorzoeken van verschillende bekende elektronische literatuuressources, vanaf aanvang van de database tot februari 2007. Alleen studies met empirische data over het effect van professionele, financiële, organisatorische of gereguleerde implementatiestrategieën voor het gebruik van risicotabellen voor preventie van HVZ, door verpleegkundigen of dokters, werden geïnccludeerd. Negen studies, die rapporteerden over het effect van 3 verschillende implementatiestrategieën of combinaties daarvan, werden in het literatuuronderzoek opgenomen. De gerapporteerde effecten waren matig en soms conflicterend. Hoewel er geen duidelijke voorkeur werd gevonden voor een bepaalde strategie bleek wel dat teamwork, risicospreken door verpleegkundigen en in het huisartsinformatiesysteem geïntegreerde IT-ondersteuning, veelbelovend lijken voor de selectie van patiënten en het vaststellen van het risicoprofiel. De ontwikkeling van implementatiestrategieën voor risicotabellen vraagt om een systematische probleem-georiënteerde aanpak die is gebaseerd op de inzichten uit implementatieonderzoek.

Hoofdstuk 8 beschrijft de belangrijkste resultaten van de verschillende studies in het proefschrift en bespreekt in een algemene beschouwing de knelpunten voor het gebruik van risicotabellen in de dagelijkse praktijk. Zowel de patiënten met hun ideeën, ongerustheid en verwachtingen ten aanzien van preventie van HVZ als de implementatie van de richtlijn en risicotabellen en het gebruik van een keuzehulp door patiënten komen aan de orde. Tevens worden er adviezen gegeven voor implementatie van risicotabellen aan de hand van bevindingen uit literatuuronderzoek.

Een aantal methodologische overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor de uitkomstmaten en meetinstrumenten worden nader toegelicht. Daarnaast is er aandacht voor de ervaren knelpunten voor wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Aanbevelingen worden gedaan voor herziening en verbetering van de keuzehulp en voor preventiespreken voor HVZ door praktijkverpleeg-

kundigen onder supervisie van de huisarts in de rol van trainer/coach, voor het bewaken van kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk.

Het hoofdstuk eindigt met een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek naar het vaststellen van valide uitkomstmaten en meetinstrumenten voor de effectiviteit van primaire preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk.