De haalbaarheid van een diabetes e-audit in de huisartsenpraktijk

Haio: MOUTON Charlotte , V.U.B.
Promotor: WENS Johan
Praktijkopleider: DEVOS Bart , GEENS Christiaan , VERBEKE Anne

Context: Een diabetes audit evalueert de kwaliteit van diabeteszorg in de huisartsenpraktijk ten opzichte van 'best practices'. Mogelijke hiaten in de diabeteszorg brengt men zo in kaart. Eens verandering ge?mplementeerd, dient na enige tijd een her-audit doorlopen te worden. Het gebruik van het elektronisch medisch dossier opent mogelijkheden om geautomatiseerd data te verzamelen waardoor het theoretisch mogelijk is een elektronische audit (e-audit) door te voeren. Hiertegenover staat een manuele audit waarbij de individuele (elektronische) medische dossiers ??n voor ??n moeten worden uitgeplozen.

Onderzoeksvraag: Is het haalbaar een diabetes e-audit te volbrengen in de huisartsenpraktijk? Hierbij ligt de nadruk meer op het voltooien van de auditcyclus en minder op het effectief bekomen van statistisch relevante auditresultaten.

Methode: Voor de diabetesaudit werden 18 eerstelijns-indicatoren geselecteerd. Driemaandelijkse criteria betreffen BMI, bloeddruk, HbA1c, nuchtere glycemie, rookgedrag, lichaamsbeweging, voeding en geneesmiddelencontrole. Jaarlijkse criteria betreffen serumcreatinine, micro-albuminurie, volledig lipidenbilan, voetrisico, oogfundus, ECG en neuropathie. Voor de procesindicatoren werd een standaard van 100% vastgelegd en voor de uitkomstindicatoren een willekeurige standaard van 75% of 85%. Alle diabetes patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) die tussen oktober 2010 en oktober 2011 de praktijk consulteerden en in het elektronisch medisch dossier (EMD) geregistreerd werden met een 'ICPC2 code' T89 (type1-diabetes) of T90 (type2-diabetes) werden ge?ncludeerd in de audit. De resultaten werden waar mogelijk geautomatiseerd uit het EMD ge?xtraheerd; hiertoe werden per indicator query's opgesteld. Echter voor een aantal indicatoren waar geen uniformiteit over de verslaglegging in het EMD bestond werden resultaten via een manuele audit bekomen. Er werd een patiëntenprofiel opgesteld en een eerste audit (nulmeting) uitgevoerd. Na analyse van de eerste audit resultaten werd beslist om de elektronische diabetespas, reeds aanwezig in het EMD in gebruik te nemen. Er werd een her-audit uitgevoerd op drie en op zes maand na de implementatie van de elektronische diabetespas telkens gevolgd door een analyse van de resultaten.

Resultaten: Van de 75 diabetici met GMD hadden 12% type1-diabetes en 88% type2-diabetes. De prevalentie in de praktijkpopulatie met GMD bedraagt 4,4% met het grootste aantal diabetici in de leeftijdscategorie tussen 60 en 80 jaar. Als we de resultaten van de eerst audit (nulmeting) vergelijken met de vooropgestelde standaarden, dan zien we dat voor de procesindicatoren nergens de standaard van 100% bereikt wordt. Voor de uitkomst-indicatoren werd enkel voor serumcreatinine de vooropgestelde standaard bereikt. De indicatoren i.v.m. bloeddruk, lipidenbilan en rookstatus benaderden de vooropgestelde standaard. Echter bij indicatoren omtrent voeding, beweging, rookstopadvies, geneesmiddelencontrole, micro-albuminurie, voetrisico en neuropathie was het resultaat onvoldoende. Indicatoren rond HbA1, glycemie en BMI scoorden eerder gemiddeld. Bij de her-audit drie en zes maand na de invoering van de elektronische diabetespas vinden we gelijkaardige resultaten met een lichte tendens tot verbetering, maar de vooropgestelde standaarden worden nog steeds niet bereikt met uitzondering van serumcreatinine.

Conclusie: We kunnen stellen dat het haalbaar is een diabetes e-audit te volbrengen in de huisartsenpraktijk. Om de vooropgestelde standaarden te bereiken zal de auditcyclus echter nog een aantal maal doorlopen moeten worden met telkens een verfijning van de acties. Door correcte verslaglegging van gegevens in het EMD, worden deze bruikbaar voor elektronische audit. Er is met de diabetes e-audit een start gemaakt voor de continue kwaliteitsverbetering van de diabeteszorg in de huisartsenpraktijk.