Optimalisatie van registratie van cardiovasculaire risicofactoren in het EMD

Haio: DE RUYCK Laurien , U.G.
Promotor: DERESE Anselme , U.G.
Praktijkopleider: BRAL Eduard

Context: Hart- en vaatziekten zijn een belangrijk aandachtspunt in de huisartsenpraktijk. Naast een louter curatieve en vraaggestuurde zorg, wordt steeds meer nadruk gelegd op preventie van de met elkaar interagerende cardiovasculaire risicofactoren. Tot nu toe lag de nadruk in de onderzoekspraktijk op case-finding en werden risicofactoren te vaak geïsoleerd beoordeeld. Dit praktijkproject bestudeert de introductie van een systematischere vorm van cardiovasculaire screening en een meer globale aanpak van cardiovasculaire risicofactoren. In een groepspraktijk zoals de onze - een steeds toenemende praktijkvorm in Vlaanderen ' speelt het elektronisch medisch dossier (EMD) daarin een belangrijke rol. Met het praktijkproject hopen we meteen de registratie van deze risicofactoren in onze opleidingspraktijk (meer) georganiseerd en gecodeerd te laten verlopen.

Onderzoeksvraag: Kunnen we a.d.h.v. een duidelijke en uniforme praktijkrichtlijn ' zowel wat betreft de aanpak van patiënten, als de registratie in het EMD ' komen tot een optimalisering van het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk?

Methode: In de literatuur wordt gezocht naar wat belangrijk is i.v.m. cardiovasculaire preventie in de eerste lijn en hoe het EMD daarin een rol kan spelen. Er wordt bekeken welke kwaliteitsverbeterende projecten reeds werden uitgevoerd en wat we hieruit kunnen leren om ons eigen praktijkproject op punt te stellen. Via het opstellen van een FOCUS-stappenplan en het doorlopen van een PDCA-cyclus werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld. Indien bij patiënten van de doelpopulatie (50-70 jarigen met actief GMD in 2017) een algemene bloedafname wordt verricht of indien ze komen consulteren omwille van herhaalvoorschriften voor hun cardiovasculaire medicatie, moet er een registratie gebeuren van de cardiovasculaire risicofactoren. Hierop wordt het algoritme van Domus Medica toegepast; indien nodig gebeurt een verdere bepaling via de SCORE-tabellen. Het uiteindelijke cardiovasculaire risicoprofiel wordt bepaald en geregistreerd. Dit actieplan wordt in een vereenvoudigd stroomdiagram weergegeven. In dit stroomdiagram wordt ook een overzicht gegeven van de interventies die aansluiten bij het risicoprofiel, waardoor we tot een uniforme aanpak van cardiovasculaire preventie kunnen komen in de praktijk. Tijdens een 3-maandelijks overleg worden de tussentijdse resultaten meegedeeld en kunnen vragen en barrières worden besproken.

Resultaten: De totale onderzoekspopulatie bedroeg 601 patiënten. Na een periode van 9 maanden werd bij 49% (n=296) een globaal cardiovasculair risicoprofiel en bij 46% (n=278) de rookstatus bepaald en geregistreerd in het EMD. De minst geregistreerde parameter op T0, BMI, kende een bescheiden vooruitgang van 34% naar 42%. We zien hierbij telkens een sprong vooruit na het 3-maandelijks overleg. Er gebeurde een medicatiewijziging bij 17 patiënten. Ondanks het feit dat het arbeidsintensief was, vinden de artsen het toch de meest haalbare methode om de patiënten systematischer te screenen. Het overleg zorgde ervoor dat de artsen gemotiveerd bleven en dat er afspraken konden gemaakt worden over de praktijkwerking en over het gebruik van het EMD.

Conclusie: Het opstellen van een praktijkrichtlijn en regelmatig overleg blijken een positieve invloed te hebben op het cardiovasculair risicobeheer. De belangrijkste impact van dit praktijkproject op

lange termijn is de wijziging in de houding van de artsen t.o.v. het uniform registreren en coderen in het EMD. Het overschakelen naar een nieuw EMD is een belangrijke schakel in deze gedragswijziging en biedt perspectief voor toekomstige praktijkprojecten. Voldoende overleg blijft belangrijk om dit te blijven aanhouden en zo tot een duurzame verbetering van het praktijkfunctioneren te komen.