Hoe organiseer je het gebruik van het GMD+ in een stedelijke groepspraktijk met ondersteuning van het Preventiecentrum regio Turnhout? Speciale aandacht voor cardiovasculair management.

Haio: LAMBRECHTS (UA) Tom , U.A.
Promotor: REMMEN Roy , U.A.
Praktijkopleider: Lemmens Els

Context: De sterftecijfers in België zijn de laatste tien jaar stelselmatig gedaald. Toch blijven aandoeningen die voorkomen kunnen worden zoals hart- en vaatziekten de belangrijkste oorzaak van sterfte in België. Er werden reeds verschillende initiatieven genomen om preventie naar de voorgrond te brengen. In dit kader trad in 2011 het GMD+ in voege. Om meer systematiek in preventie te krijgen besloot de Huisartsenvereniging Regio Turnhout (HVRT) om een preventiecentrum op te richten, waar patiënten een preventie-analyse konden laten verrichten. In onze praktijk bekeken we of het GMD+ georganiseerd kan worden via dit preventiecentrum.

Onderzoeksvraag: Wat is de participatiegraad voor het Preventiecentrum regio Turnhout bij de patiënten van Praktijk de Merode te Turnhout? Hoeveel patiënten waren al dan niet correct behandeld volgens hun cardiovasculair risicoprofiel?

Methode: De patiënten van onze praktijk werden op 2 manieren verwezen naar het preventiecentrum. De groep van patiënten tussen 45 en 75 jaar werd opportunistisch verwezen via de consultatie door de huisartsen. Een andere groep tussen 50 en 55 jaar werd verwezen via een schriftelijke uitnodiging. Tijdens de preventie-analyse op het preventiecentrum werd via ge?nformatiseerde vragenlijsten preventie-adviezen gegeven, welke doorgestuurd werden naar de huisarts. Nadien kwam de patiënt op consultatie bij ??n van de HAIO?s voor het opstellen van het preventieplan. Er werd telkens geregistreerd wie verwezen werd naar het preventiecentrum en wie effectief ging. Ook werd in het EMD nagekeken welke medicatie patiënten reeds namen en werd dit gecorreleerd aan hun cardiovasculair risicoprofiel.

Resultaten: Na opportunistisch verwijzen tijdens de consultatie ging 42.6% van de verwezen patiënten effectief naar het preventiecentrum. 4.5% van de te bereiken populatie ging hierdoor naar het preventiecentrum. Na schriftelijke uitnodiging ging 29.4% van de verwezen patiënten naar het preventiecentrum. 11.2% van de totale populatie kreeg door een schriftelijke uitnodiging een preventie-analyse. 12 van 56 patiënten met een laag CVR namen onterecht een statine en 4 patiënten onterecht acetylsalicylzuur. 9 van 15 patiënten met een hoog CVR namen onterecht geen statine en 9 patiënten onterecht geen acetylsalicylzuur. Na het preventieconsult bereikten we een daling in het gebruikt van onterechte medicatie in de groep met een laag CVR en onterecht geen medicatie in de groep met een hoog CVR.

Conclusie: Via opportunistische verwijzing door de huisarts bekwamen we het grootste percentage verwezen patiënten die effectief naar het preventiecentrum gingen. Hierdoor bereikten we wel voornamelijk patiënten die reeds gekend waar bij de huisarts. Via briefwisseling was er beduidend minder participatie van verwezen patiënten aan het preventiecentrum. Toch bereikten we een groter deel van de initi?le groep, die mogelijk meer ongekende patiënten bevat. De behandeling volgens het cardiovasculair risico van de patiënt liep in de praktijk niet optimaal. Tijdens de praktijkvergadering werd hier aandacht voor gevraagd en werd aan de HAIO?s gevraagd hier een studiemoment rond te organiseren binnen de praktijk.