Heeft de organisatie van een preventieconsult in kader van het GMD-plus een invloed op het cardiovasculair risicobeheer in de praktijk?

Haio: CARNOL Laure , V.U.B.
Promotor: VANDEVOORDE Jan , V.U.B.
Praktijkopleider: Gijssels Lieve

Context: Cardiovasculaire aandoeningen blijven zowel wereldwijd als in Vlaanderen de belangrijkste oorzaak voor morbiditeit, mortaliteit en een verminderde levenskwaliteit. De druk van chronische ziekten op de gezondheidszorg en de financi?le last, verplichten de zorgsector om een andere visie in te nemen over de aanpak van deze ziekten. Naast een louter curatieve en vraaggestuurde zorg, wordt steeds meer nadruk gelegd op preventie. Zo zou risicoreductie bij patiënten die (nog) geen manifeste hart en vaatziekten hebben, een grotere daling in prevalentie van hart en vaatziekten geven dan het behandelen van risicofactoren bij mensen met reeds bevestigde ziekte. Goede preventie vereist een vroege identificatie van risicofactoren en een globaal actieplan voor deze. Tot nu toe lag de nadruk in de onderzoekspraktijk op case-finding en een eerder passief aanbod van zorg. Dit praktijkproject wil een systematischere vorm van cardiovasculaire screening introduceren samen met de implementatie van de Gezondheidsgids en het GMD-plus.

Onderzoeksvraag: Wat is de responsratio bij de implementatie van preventieconsultaties na een ??nmalige schriftelijke uitnodiging? Wordt de doelgroep hiermee bereikt? Wat heeft het preventieconsult opgeleverd in termen van het aantal patiënten met een verhoogde score op de risicoschatting en nieuw opgespoorde aandoeningen? Bij hoeveel patiënten leidt dit tot een aanpassing van hun behandeling op cardiovasculair vlak? Wat is de globale kosten-batenanalyse voor dit kwaliteitsverbeterende project?

Methode: Alle patiënten tussen 45 en 75 jaar werden schriftelijk uitgenodigd voor een preventieve check-up die wekelijks gehouden werd. De Gezondheidsgids van Domus Medica werd samen met zijn vragenlijst als leidraad gebruikt tijdens het verloop van de consultatie. Patiënten werden systematisch gescreend en vervolgens naar cardiovasculair risico ingedeeld. De correctheid van therapie werd nagekeken en zo nodig aangepast. Het globale risicoprofiel van de patiënt werd opgesteld en een individueel preventieplan werd uitgewerkt in samenspraak met de patiënt.

Resultaten: Van de 723 verstuurde uitnodigingen, kon een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld worden bij 130 patiënten: 23,8%(n=31) bekwam een hoog risico, 22,3%(n=29) een matig risico en 35,8%(n=70) werd als laag risico ingedeeld. Bij de hoogrisicopatiënten bleek een belangrijk deel van de patiënten onderbehandeld te worden of een suboptimale therapie te krijgen. Er diende bij 19,4% (n=6) een statine gestart te worden, nog eens 25,8% (n=8) kreeg een aspirine voorgeschreven. Anderzijds stond 20,0% (n=14) van de laagrisicopatiënten onder lipidenverlagende therapie en nog eens 4,3% (n=3) nam een aspirine. In groep met matig risico werd 41,4% (n=12) behandeld voor dyslipidemie. Overgewicht kwam bij 66,9% (n=87) van de globale studiepopulatie voor, waarvan ongeveer een derde een BMI > 30kg/m2 en 15,4% (n=20) rookt dagelijks.

Conclusie: Hoewel tijdsintensief en financieel niet zo voordelig, biedt de organisatie van specifieke preventieconsultaties een belangrijke meerwaarde aan de huisartsenpraktijk. ??n enkele cardio-vasculaire, preventieve check-up bij 45 tot 75 jarigen kan al een aanzienlijk aantal risico-indicatoren, nog onbekend voor de huisarts, detecteren. Deze systematische vorm van screening toont aan dat

nog een groot deel van de patiënten in de onderzoekspraktijk onaangepast behandeld worden. Met het introduceren van het GMD-plus en de gezondheidsgids is de praktijk in staat een completere zorg aan de patiënt te bieden. Meer inspanningen zijn weliswaar nodig om ervoor te zorgen dat de gunstige effecten niet beperkt blijven tot de studiepopulatie, maar kunnen uitgebreid worden naar alle patiënten in de huisartsenpraktijk.