Kwaliteitsverbeterproject van de cardiovasculaire preventie in een landelijke groepspraktijk: primaire preventie bij diabetespatiënten

Haio: VAN DEN ABBEELE Laura , U.G.
Promotor: PIESSENS Veerle , U.G.
Praktijkopleider: DE NIL Hilde

Context: Cardiovasculaire preventie is een belangrijke taak in de huisartspraktijk met potentieel veel gezondheidswinst. Deze preventie wordt actueel meestal op opportunistische wijze of op vraag van de patiënt aangeboden, waarbij de invulling kan verschillen naar gelang de huisarts bij wie de individuele patiënt terecht komt. Nochtans wordt bij hoog-risicogroepen een systematische preventie aanbevolen. Met dit kwaliteitsverbeterproject willen we in onze praktijk de cardiovasculaire preventie voor onze patiënten met een hoog cardiovasculair risico op systematische wijze organiseren, met focus op de groep patiënten met diabetes mellitus type II .

Onderzoeksvraag: Leidt een uniforme en systematische cardiovasculaire preventie bij alle patiënten met DMII tot een betere monitoring van de cardiovasculaire risicofactoren en tot een correctere toepassing van cardiovasculaire preventieve richtlijnen? Tijdens het praktijkverbeterproject wordt enerzijds gekeken naar de registratie van de cardiovasculaire parameters en interventies en anderzijds naar het proces.

Methode: a) Opstellen van een concrete praktijkrichtlijn op basis van literatuuronderzoek en probleemanalyse van het huidige beleid Op basis van de bestaande diabetesrichtlijnen wordt een eerste voorstel voor een concrete praktijkrichtlijn uitgewerkt en voorgelegd aan de collega's huisartsen. Door een kort interview wordt de huidige praktijkvoering rond diabetesopvolging van iedere collega huisarts in de praktijk nagevraagd. Aan de hand van deze interviews en de feedback op het voorstel, wordt de definitieve praktijkrichtlijn vastgelegd. b) Patiëntenselectie Inclusiecriteria: alle patiënten met diabetes mellitus type II die minstens 2 keer per jaar naar de raadpleging komen en/of die we zien op huisbezoek. Exclusiecriteria: Rusthuispatiënten, palliatieve patiënten, patiënten die uitsluitend in tweede lijn worden behandeld en patiënten met een cardiovasculair event in de voorgeschiedenis. c) Interventie Tijdens een periode van 4 maanden gebruiken alle huisartsen de praktijkrichtlijn bij de diabetespatiënten die zich aanbieden op de raadpleging of die tijdens huisbezoek gezien worden. Het doel is om zo goed mogelijk steeds de nodige parameters in het EMD aan te vullen en op basis van de richtlijnen de correcte aanpak van de cardiovasculaire preventie in de praktijk om te zetten. d) Evaluatie • Voor- en nameting Bij alle patiënten die in aanmerking kwamen voor de selectie met de diagnose DM type II wordt op anonieme wijze een analyse van de relevante dossiergegevens gemaakt, zowel voor als na de interventie. De analyse bestaat uit 2 delen. 1) Registratie van cardiovasculaire parameters (bloeddruk, gewicht, BMI, nuchtere glycemie, HbA1c, lipiden, rookstatus, voedingsgewoonten en fysieke activiteit) 2) Registratie van cardiovasculaire preventieve maatregelen (vb. antihypertensiva bij hypertensie, statine wanneer geïndiceerd, rookstopbegeleiding, dieetbegeleiding, …) • Kwalitatieve evaluatie Zowel tijdens als na de interventie evalueren we regelmatig tijdens een vergadering hoe de interventie verloopt (en wordt zo nodig bijgestuurd).

Resultaten: De totale onderzoekspopulatie bestond uiteindelijk uit 40 deelnemers van de 79 patiënten die in aanmerking kwamen. Bij 29 van de 40 patiënten werd het preventiesjabloon gebruikt. De sterkste stijging in registratie zien we bij het gewicht en BMI, respectievelijk 42,5% en 45%. Er is een stijging van 22,5% voor de registratie van de rookstatus en 27,5% voor zowel de

voeding als de fysieke activiteit. De registratie van de bloeddruk is quasi gelijk in de voor- en nameting. Voor de labowaarden is de bepaling van de lipiden en nierfunctie gelijk gebleven en is er een sterke stijging van 30% voor het micro-albuminurie. Daarnaast wordt een daling van 15% gezien in de bepaling van de nuchtere glycemie en 7,5% bij de HbA1c. Tijdens de interventie werd bij 2 patiënten een antihypertensivum gestopt, bij 1 patiënt geswitcht en bij 1 patiënt opgestart. Bij de statines was er bij 25 patiënten een juiste indicatie. Ten slotte stonden er nog 12 patiënten op een ASA. Regelmatige overlegmomenten zorgden voor een motivatie en herinnering van de registratie in het EMD.

Conclusie: Door het praktijkverbeterproject is de registratie van de cardiovasculaire parameters en preventieve maatregelen verbeterd. Uniforme afspraken in de huisartsenpraktijk, het gebruik van een praktijkrichtlijn en regelmatig overleg hebben geleid tot deze verbeterde registratie en bewustwording van het belang van cardiovasculaire preventie.