Ook met onze jonge patiëntenpopulatie laten wij onze oudjes niet vallen; osteoporose, een praktijkverbeterproject.

Haio: VAN DEN BERGHE Valerie , U.G.
Promotor: DE SUTTER An , U.G.
Praktijkopleider: BEUCKELAERS Frank , Braeckmans Inge

Context: Osteoporose wordt omschreven als een ?stille aandoening?. Heel wat mensen lijden aan de ziekte, maar ze wordt vaak pas gediagnosticeerd wanneer een event, een broosheidfractuur, zich voordoet. Uit de Gezondheidsenqu?te van 2008 blijkt dat 22.7% van de vrouwen en 6.4% van de mannen ouder dan 65 jaar lijden aan osteoporose. Met de toenemende vergrijzing wordt geschat dat tegen 2050 de incidentie van heupfracturen met 240% bij de vrouwen en 310% bij de mannen zal toegenomen zijn. Broosheidfracturen hebben niet enkel een belangrijke impact op de morbiditeit en mortaliteit, maar ook hun effect op de mentale toestand van de patiënt valt niet te onderschatten. Dankzij het opstarten van een gepaste therapie kunnen we de fractuurincidentie verminderen. Het is echter niet zinvol om alle oudere patiënten een botdensitometrie aan te bieden. Effici?nter is het om te werken aan de hand van ?case-finding? waarbij men op zoek gaat naar risicopatiënten. Gezien de huidige impact van osteoporose op het leven van de patiënt en de voorspelde incidentietoename leek mij dit een gepast onderwerp voor een praktijkproject. Bovendien was er in mijn eerste opleidingspraktijk nog veel ruimte voor verbetering aangaande deze aandoening waardoor ik de mogelijkheid zag tot het opzetten van een praktijkverbeterproject. Na een, door omstandigheden genoodzaakte, verandering van opleidingspraktijk is het project verder gezet in deze tweede praktijk.

Onderzoeksvraag: Tijdens dit masterproject ben ik op zoek gegaan naar het antwoord op drie onderzoeksvragen: kan ik op basis van Evidence Based Medecine richtlijnen een praktijkrichtlijn opstellen, welke bovendien tijdsvriendelijk is? Moet ik nadien aanpassingen doen aan deze opgestelde richtlijn om hem beter te implementeren in de dagelijkse praktijkwerking? Is er een werkingsverschil wanneer mijn twee opleidingspraktijken vergeleken worden?

Methode: Na een eerste literatuuronderzoek heb ik besloten om mijn praktijkrichtlijn te baseren op de CBO richtlijn van 2011. Aan de hand van deze richtlijn en de One Minute Test stelde ik een vragenlijst op welke moest ingevuld worden door de patiënten, ouder dan 50 jaar, en de arts. Op basis van deze vragenlijst en het medisch dossier bepaalde ik vervolgens de risicoscore van deze patiënten en werden, met behulp van de CBO flowcharts, verdere onderzoeken en behandelingen bepaald. Knelpunten van deze aanpak die naar boven kwamen tijdens mijn onderzoeksperiode in de eerste praktijk werden besproken en de bevragingsmethodiek werd geremodelleerd in functie hiervan.

Resultaten: De risicoscores werden bepaald van 33 patiënten in de eerste praktijk en 31 patiënten in de tweede. Hierbij bleken 4/33 en 7/31 patiënten een verhoogd risico te hebben. 3 hadden nog een DEXA-scan nodig. Hieruit resulteerden ??n normaal onderzoek, ??n patiënt met osteopenie en ??n met osteoporose. Voedingsadvies werd gegeven en de gepaste therapie opgestart. Beide praktijken hebben een gelijklopend beleid. Het gebrek aan kennis en de nood aan een goede praktijkrichtlijn komt ook tot uiting in buitenlandse huisartspraktijken. De praktijkrichtlijn wordt gezien als een goede manier om risicopatiënten op te sporen, maar is onvoldoende tijdvriendelijk gebleken.

Conclusie: Op basis van de huidige richtlijnen heb ik een praktijkrichtlijn opgesteld en deze getest in de praktijk. De richtlijn bleek bruikbaar om risicopatiënten te detecteren, maar was niet

tijdvriendelijk. Enkele aanpassingen zijn mogelijk om de richtlijn toch te integreren in de dagelijkse praktijk waarbij voornamelijk het linken van de ?case-finding? aan het GMD+ een goede mogelijkheid is. Ook de noodzaak van een goed EMD is gebleken uit dit project.