Implementatie van spirometrie in een buurtgezondheidscentrum

Haio: LENAERTS Annelies , KUL
Promotor: VANDEVOORDE Jan , V.U.B.
Praktijkopleider: LUYCKX Francis , WILLEM Annelies

Context: Dankzij de office spirometer beschikken we over een goed instrument om in de eerste lijn een correcte diagnose van obstructief longlijden te stellen en een beleid uit te stippelen. Bovendien mogen we er, na een vorig praktijkproject, op vertrouwen dat er in onze praktijk kwalitatief goede spirometrie?n worden uitgevoerd. Desondanks stellen we vast dat de spirometer nog steeds amper gebruikt wordt in ons buurtgezondheidscentrum.

Onderzoeksvraag: Artsen in onze praktijk blijken vaak te vergeten dat de mogelijkheid tot spirometrie bestaat. Om dit probleem aan te pakken, onderzoeken we of ?het systematisch nakijken van de noodzaak tot spirometrie tijdens GMDplus onderzoeken ervoor kan zorgen dat artsen gemakkelijker herinnerd worden aan de mogelijkheid van spirometrie??. We kijken na of er een toename is van de aanvragen, voortkomend uit GMDplus onderzoek zowel als uit spontane consultaties. Dan bestuderen we alle longfunctieonderzoeken aan de hand van de volgende onderzoeksvragen: ?wat is de kwaliteit van afname van spirometrie??, ?wat is de kwaliteit van interpretatie van de spirometrie?n??, ?zijn er na spirometrie wijzigingen in diagnose?? en ?wat is de impact op het beleid (follow up, doorverwijzing, aanpassing medicatie)??.

Methode: Voor de uitvoering van dit kwaliteitsverbeterend praktijkproject volgen we de stappen van de FOCUS-PDCA methode. Uit het electronisch medisch dossier health one selecteren we alle patiënten die in aanmerking komen voor het GMDplus onderzoek. Tijdens dit preventieve onderzoek wordt bij elke patiënt de noodzaak van spirometrie geëvalueerd. Daarnaast includeren we alle patiënten, ook buiten de leeftijdscategorie van 45-75 jaar, die tijdens een spontane consultatie worden opgepikt omwille van diagnose van obstructief longlijden, inhalatiemedicatie, rookgedrag of luchtwegklachten. De spirometrie?n worden door haio of verpleegkundige afgenomen met de Spirobank en geprotocolleerd door de haio. De PDCA-cyclus wordt in de loop van de onderzoeksperiode twee keer doorlopen.

Resultaten: Na de eerste registratieperiode, die liep van februari 2012 tot en met september 2012, stellen we vast dat de koppeling van spirometrie aan het GMDplus onderzoek niet heeft geleid tot een goede implementatie van spirometrie. Ondanks de beoogde toename in aanvragen, worden er door de uitval van haio en verpleegkundige minder testen uitgevoerd. Het probleem lijkt verschoven van een tekort aan aanvragen naar een tekort aan uitvoeringen. In een tweede registratieperiode, die liep van december 2012 tot en met mei 2013, onderzoeken we of de inschakeling van een tweede verpleegkundige voor continu?teit in uitvoering kan zorgen. We noteren een stijging van gemiddeld 1 spirometrie per maand v??r beide interventies naar gemiddeld 6 spirometrie?n in de tweede registratieperiode. Tijdens de eerste en tweede registratieperiode samen worden 59 spirometrie?n uitgevoerd. 44% van deze spirometrie?n voldoen aan de hoogste kwaliteitsscore volgens ATS/ERS criteria en in 85% is er minstens 1 bruikbare curve . De overeenstemming wat betreft kwaliteitsscore tussen haio en expert is ruim 80% met een kappa waarde van 0,73. Voor interpretatie is er 91,5% overeenstemming tussen haio en expert, met een kappa waarde van 0,876. In bijna de helft van de gevallen wordt door spirometrie een nieuwe of veranderde diagnose gesteld. Bij ruim 1 op 3 patiënten verandert longfunctieonderzoek het beleid.

Conclusie: Het doel om spirometrie te implementeren lijkt gezien de toename in afnames geslaagd.

Daarnaast mogen we ook stellen dat de kwaliteit van afname en interpretatie goed zijn. Spirometrie heeft ook een duidelijke invloed op de diagnosestelling en het beleid. De belangrijkste uitdagingen naar de toekomst zijn het volhouden van deze inspanning enerzijds en het optimaliseren van het opvolgbeleid anderzijds.