Implementatie van de Domus Medica richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer: een onderzoek naar de hindernissen in de dagdagelijkse praktijk.

Haio: KRIJGER Katrien , V.U.B.
Promotor: DEVROEY Dirk , V.U.B.
Praktijkopleider: BROUILLARD Marianne

Context: Cardiovasculaire sterfte blijft een van de belangrijkste doodoorzaken in België. Ondanks het bestaan van verschillende richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer wordt in de literatuur beschreven dat patiënten in primaire evenals in secundaire preventie op onvoldoende wijze worden opgevolgd en behandeld voor hun cardiovasculaire risicofactoren. We willen nagaan wat de huidige stand van zaken is in de praktijk en hoe we dit kunnen optimaliseren.

Onderzoeksvraag: Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate het mogelijk is om de richtlijnen in kader van het cardiovasculair risicobeheer (Domus Medica) te implementeren in dagdagelijkse huisartsenpraktijk, meer bepaald toegespitst op de behandeling van hypercholesterolemie en om na te gaan wat de hindernissen zijn die worden ondervonden door de praktiserende artsen.

Methode: Met een dwarsdoorsnede onderzoek deden we een steekproef naar de toepassing van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer en de invulling van het EMD wat betreft de cardiovasculaire risicofactoren. Het probleem van suboptimale aanpak van de richtlijnen werd met de FOCUS-PDCA techniek benaderd. Aan de hand van enkele case findings trekken we de lijn open naar een kwaliteitsbevordering wat betreft cardiale preventie en extrapoleren dit naar de eerste lijn. De resultaten werden met behulp van SPSS statistisch geanalyseerd, er werd gebruik gemaakt van Chi-kwadraat testen voor wat betreft de vergelijking naar geslacht, een p-waarde $<0,05$ werd als significant beschouwd.

Resultaten: De afzonderlijke risicofactoren en het CVR werd bij geen enkele patiënt van de onderzoekpopulatie op een duidelijke plaats in het dossier vermeld. De richtlijnen werden op suboptimale manier toegepast: 1 op 2 van de hoog risico groep was onderbehandeld, bij 2 op 3 van de patiënten met een verhoogd risico kon een statine worden opgestart. We zijn er in geslaagd om enkele problemen te identificeren zoals de werkbelasting van de artsen, een beperkte knowhow van het EMD en het ontbreken van een consensus omtrent de richtlijnen in de praktijk.

Conclusie: Het is wel mogelijk de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer toe te passen in de praktijk, dit vraagt echter om een inspanning van de huisarts naar tijdsmanagement en organisatie toe, wat in tijden van hoge werkbelasting niet altijd evident is. Het project leidde tot een beter inzicht in de moeilijkheden die het opvolgen van de richtlijnen omtrent het cardiovasculair risicobeheer met zich meebrengen. Aan de hand van sensibilisatie van arts en patiënt en het opstellen van een praktijkconsensus kon reeds op korte termijn een positieve invloed van dit project worden gezien: er werd meer aandacht besteed aan cardiovasculaire preventie en aan de invulling van het EMD. Met zekerheid kan gezegd worden dat de positieve gevolgen eveneens op lange termijn zullen gelden.