

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23069>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-02 and may be subject to change.

arteriosclerose lijken daarom ook van belang voor de preventie van het aneurysma van de abdominale aorta.

M.E.J.L.Hulscher, B.B.van Drenth, R.Grol en J.C.van der Wouden (Nijmegen), *Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk; een gecontroleerd onderzoek naar de implementatie van richtlijnen voor de praktijkorganisatie*

Doel. Doel van het 'Huisartsassistentie preventieproject' was het invoeren van systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. Getrainde consultants verleenden daartoe praktijkgerichte ondersteuning. Met name werd gepoogd richtlijnen voor de praktijkorganisatie (met betrekking tot het opsporings- en bewakingssysteem, het registratiesysteem en het inschakelen van de praktijkassistent) in te voeren.

Methoden. Het onderzoek is uitgevoerd in 95 praktijken in de regio's rond Nijmegen en Rotterdam. Hiervan werden 33 praktijken gedurende 1,5 jaar ondersteund door een consultant; 31 andere praktijken ontvingen na een praktijkanalyse schriftelijke feedback. Ten slotte fungeerden 31 praktijken als controlegroep.

Bij het invoeren van de richtlijnen voor systematische preventie doorliepen de consultants de volgende stappen.

- Introductiegesprekken met het gehele team.
- Praktijkanalyse voor het vaststellen van de huidige werkwijze in relatie tot de richtlijnen (toetsing).
- Bespreking van de analyse aan de hand van een verslag (feedback).
- Praktijkplan opstellen met daarin de voorgenomen veranderingen.
- Uitvoering van de geplande veranderingen door ondersteuning en bijscholing.
- Consolidering van de veranderingen door het terugkoppelen van voortgangsgegevens.
- Geleidelijk verminderen van de ondersteuning.

De effecten van de interventie werden vastgesteld door onder meer een analyse van patiëntenkaarten, observaties in de praktijk en vragenlijsten voor huisartsen en praktijkassistenten.

Resultaten. Voormetingsgegevens toonden aan dat in een minderheid van de praktijken gewerkt werd volgens de opgestelde richtlijnen. Na anderhalf jaar ondersteuning door consultants was het beeld aanzienlijk veranderd. Zo beschikten bijvoorbeeld de meeste door consultants ondersteunde praktijken (94%) over schriftelijke werkafspraken voor preventie, tegenover 10% in de 'toetsing- en feedback'-groep en 6% in de controlegroep. In 76% van de ondersteunde praktijken voerde de praktijkassistent een aantal preventieve taken uit, tegenover respectievelijk 45% en 23%. In de ondersteunde groep bleek het aantal herkenbare registraties in het medisch dossier, bij vergelijking met de controlegroep, voor 4 van de 7 risicofactoren significant te zijn toegenomen. Voor de toetsing- en feedback-groep was voor geen enkele risicofactor een significant verschil aantoonbaar.

Hoewel de preventieve activiteiten tijd kostten en de werklast vergrootten, vonden vele assistenten uit de ondersteunde praktijken hun werk in positieve zin veranderd. Een vergelijkbaar beeld werd aangetroffen bij de huisartsen. De conclusie luidt dan ook dat het invoeren van richtlijnen voor een preventieve werkwijze in de huisartspraktijk met behulp van consultants veelbelovend lijkt.

M.B.van Veenendaal, W.J.C.de Grauw, E.H.van de Lisdonk en C.van Weel (Nijmegen), *Micro-albuminurie bij patiënten met diabetes mellitus type II; is screening noodzakelijk?*

Uitgangspunt voor ons onderzoek vormde de vraag: komt een systematische bepaling van micro-albuminurie bij patiënten met diabetes mellitus type II in aanmerking als methode van screening? Micro-albuminurie is immers een vroege risico-indicator voor latere nefropathie en hart-vaatschade.

Methoden. Met op de achtergrond de WHO-criteria van Wilson en Jungner aangaande screening werd gezocht naar prevalentie van micro-albuminurie, eigenschappen van de screeningstest en effecten van behandeling. Het onderzoek betrof een systematische zoektocht in *Medline*.

Resultaten. Wij stuiten daarbij als eerste complicatie op verschillende definities van micro-albuminurie. Voor opname in de literatuurselectie kozen wij als ingangscriterium voor studies waarin sprake is van micro-albuminurie op grond van ten minste tweemaal een waarde van 20 mg/l. De vervolgens gevonden prevalentie van micro-albuminurie bij diabetes mellitus type II-patiënten varieert tussen 15-30%. Uit vier longitudinale observationele studies bleek dat micro-albuminurie een significante risico-indicator is voor sterfte, voor het grootste deel ten gevolge van cardiovasculaire ziekten. Als risico-indicator bleek micro-albuminurie onafhankelijk van andere conventionele (cardiovasculaire) risico-indicatoren. Als screeningstest komt een eenvoudige uitvoerbare semi-kwantitatieve dipstick in aanmerking, de Micral-test. Met een kwantitatieve laboratoriumbepaling als immunonefelometrie als gouden standaard bleek in laboratoriumsetting deze Micral-test een sensitiviteit te hebben van 75-100% en een specificiteit van 80-97%. Behandeling van micro-albuminurie met angiotensine-'converting'-enzymremmers vertraagt de progressie van micro-albuminurie, laat deze mogelijk zelfs verdwijnen. Onder diabetes mellitus type II-patiënten zijn nog geen follow-up-studies van meer dan enkele jaren verricht.

Conclusie. Microalbuminurie is een prevalentie en voor de gezondheid belangrijke factor waarvoor een eenvoudige en in de huisartspraktijk goed hanteerbare screeningstest bestaat. Het korte-termijneffect van behandelen is bekend, de lange-termijneffecten (nog) niet. Aan enkele van de belangrijkste WHO-criteria voor screening wordt door deze test voldaan voor wat betreft een screening onder patiënten met diabetes mellitus type II.

T.Drenthen en J.van den Hoogen (Utrecht), *Uitvoerbaarheid van een preventiepakket in de huisartspraktijk (PrePak-project)*

In het PrePak-project van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn richtlijnen voor de systematische uitvoering van preventie geformuleerd op basis van 4 NHG-standaarden ('Cervixuitstrijken', 'Mammografie', 'Hypertensie' en 'Cholesterol'). Het aldus samengestelde preventiepakket is zorgvuldig ingevoerd en gedurende ruim 1,5 jaar getest in 13 geautomatiseerde huisartspraktijken in 2 Districts Huisartsen Vereniging-regio's in het midden van het land. Hierbij is nagegaan onder welke voorwaarden de preventierichtlijnen uitvoerbaar zijn, welke knelpunten in de praktijk optreden en in welke mate de preventieve doelen uit de gekozen standaarden worden gerealiseerd.

Uit de voorlopige resultaten blijkt dat het preventiepakket onder bepaalde voorwaarden uitvoerbaar is. De richtlijnen uit de 4 standaarden zijn in de loop van het project in sterkere mate geaccepteerd en uitgevoerd. Daarnaast bleek de opkomst voor cervixuitstrijkjes - met name in de regio waar nog geen bevolkingsonderzoek plaatsvond - te zijn toegenomen.

Tijdens het project werden belemmeringen ervaren op het gebied van: praktijkorganisatie (tijd, werkbelasting), automatisering (registratie, software), kennis en attitude ten aanzien van preventie ('eigen verantwoordelijkheid van de patiënt') en het ontbreken van een adequate honorering voor preventie.