Implementatie van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Dr. Jacobs Dorien, KULeuven

Promotor: Dr. Vaes Bert, KULeuven

Co-promotoren: Dr. Smeets Miek, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Hoe ervaren huisartsen de ondersteuning van een hartfalenverpleegkundige om de kwaliteit van zorg in hartfalen te verbeteren?

1. ABSTRACT

Achtergrond: Chronische en preventieve zorgverlening wordt steeds belangrijker in de Belgische huisartsgeneeskunde. Onder meer in de chronische zorg voor hartfalenpatiënten speelt de huisarts een belangrijke rol. In het Verenigd Koninkrijk werken huisartsen hiervoor samen met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. In België hebben huisartsen echter weinig ervaring in de samenwerking met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. In onze studie gaan we de ervaringen na van de huisartsen die deelnamen aan de OSCAR-HF pilootstudie waarbij ze samenwerkten met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige.

Methode: Een kwalitatief onderzoek met behulp van acht focusgroepen bij huisartsen die deelnamen aan de OSCAR-HF pilootstudie. Voor data-analyse werd de QUAGOL methode gebruikt.

Resultaten: Over het algemeen gaven huisartsen aan dat hun kennis over hartfalen verbeterde door de samenwerking met de gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. Taakdelegatie naar deze verpleegkundige werd echter niet als vanzelfsprekend ervaren. Enkele barrières en facilitatoren werden opgenoemd. Tevens werden er enkele voorstellen voor de toekomst geformuleerd.

Conclusie: Huisartsen zien een toekomst voor de samenwerking met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige om de chronische zorg voor hun hartfalenpatiënten te verbeteren. Om deze samenwerking goed te laten verlopen drukten zij de nood uit voor een protocollair gestuurd chronisch zorgtraject hartfalen zonder een te grote administratieve last en met een centrale rol voor de huisarts.

2. INLEIDING

Huisartsgeneeskunde in België focust zich de laatste decennia steeds meer op een preventieve en chronische zorgverlening. Zorgtrajecten voor chronische ziekten, zoals diabetes en chronische nierinsufficiëntie, werden in 2009 dan ook in de Belgische huisartsgeneeskunde geïntroduceerd (1). In de gezondheidsenquête van 2013 gaf bijna de helft van de 75-plussers aan minstens één langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap te hebben (2). Door onder meer de vergrijzing, betere medicatie en langere overleving na een hartinfarct neemt ook hartfalen als chronische aandoening sterk toe (3). De diagnose hartfalen zorgt echter voor een hogere mortaliteit, morbiditeit en een slechtere levenskwaliteit (4). De prevalentie van hartfalen bij 85- plussers is hoog, namelijk 17.4 % (5). Huisartsen spelen een belangrijke rol in de chronische zorg voor patiënten met hartfalen.

Onder meer in het Verenigd Koninkrijk werken huisartsen reeds samen met gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen om de chronische zorg voor hun hartfalenpatiënten te optimaliseren. Deze hartfalenverpleegkundigen instrueren zowel patiënten als zorgverleners over hartfalenmanagement. Er is gebleken dat de samenwerking met een hartfalenverpleegkundige de ongeplande hospitalisaties vermindert en uiteindelijk kostenbesparend zou kunnen werken (6). Huisartsen in België hebben echter weinig ervaring in de samenwerking met gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen.

Daarom werd de OSCAR-HF pilootstudie opgezet in 8 Vlaamse huisartspraktijken om de impact van een complexe interventie bestaande uit een audit in het elektronisch medisch dossier, een NT-proBNP point-of-care test en ondersteuning door een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige te bestuderen. In deze studie wensen we de ervaringen van deze 8 praktijken met betrekking tot de gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige in kaart te brengen door middel van focusgroepinterviews.

3. METHODE

Om de ervaringen van huisartsen met een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen, maakten we gebruik van een kwalitatief onderzoek aan de hand van focusgroepen omdat deze uitermate geschikt zijn om op een efficiënte manier ervaringen, meningen en percepties van de deelnemers in kaart te brengen. Aangezien het een groepsgesprek is, wordt discussie gestimuleerd waardoor een verdieping van de standpunten mogelijk is (7). De COREQ-checklist voor kwalitatief onderzoek werd toegepast (bijlage 5).

Deelnemers

De deelnemende praktijken voor dit focusgroeponderzoek lagen op voorhand vast gezien dit de praktijken zijn die deelnamen aan de OSCAR-HF pilootstudie. De vier Limburgse praktijken van de OSCAR-HF pilootstudie werden gerekruteerd via een voorstelling van het project op een LOK (lokale kwaliteitsgroep) vergadering van huisartsen. De vier Leuvense praktijken werden door gerichte selectie gekozen teneinde een interessante mix van praktijken te bekomen. De OSCAR-HF pilootstudie liep 6 maanden met start op 1/1/2017 in de eerste praktijk en einde op 30/11/17 in de laatste praktijk. Kort na afloop van de studie werd in elke praktijk via mail een datum afgesproken voor het afsluitende focusgroep interview. Er werd gestreefd naar een maximale participatie binnen elke praktijk. Er werden in totaal acht focusgroepgesprekken gehouden.

Data-collectie

Deze acht focusgroepen vonden plaats tussen juli 2017 en februari 2018. Ze werden afwisselend uitgevoerd door mezelf (DJ), dr. Isabelle Schaaps (IS) en co-promotor dr.Miek Smeets (MS). Vooreerst werd er een topic guide, gebaseerd op de literatuur, aangemaakt (bijlage 1). Deze topic guide diende als leidraad bij elk interview. Aan het begin van elke focusgroep werden de deelnemers begroet, werd het doel van het focusgroepgesprek aan hen

uitgelegd en werd hun toestemming gevraagd voor het opnemen van het gesprek op digitale drager. Hun anonimiteit werd gegarandeerd.

Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door het ethische comité onder de nummers mp19285 en mp18913. (Bijlage 2)

Data-analyse

Data-analyse gebeurde via de QUAGOL methode (8). De focusgroepen werden door DJ en IS letterlijk uitgeschreven aan de hand van de digitale drager. Deze uitgeschreven focusgroepen werden in Nvivo 11 gecodeerd via Thematische analyse. Thematische analyse houdt in dat in een eerste fase open codes worden toegekend aan elk tekstfragment (line-by-line coding). In een tweede fase worden deze open codes gegroepeerd in descriptieve thema's om in een derde fase geïnterpreteerd te worden en omgevormd te worden tot analytische thema's. Dit proces gebeurde in fases. Het eerste focusgroepgesprek werd eerst afzonderlijk gecodeerd door twee afzonderlijke onderzoekers (IS en DJ) en meteen erna besproken binnen het onderzoeksteam (IS, DJ en MS). De volgende interviews werden per 2 à 3 besproken en gecodeerd volgens dezelfde methode. Nadat alle focusgroepinterviews gecodeerd waren, werd de codeboom opnieuw besproken door alle onderzoekers om tot analytische thema's te komen. Zo werd getracht om via onderzoekerstriangulatie tot betrouwbare resultaten te komen .

4. RESULTATEN

1. Deelnemers

Al de praktijken, die deelnamen aan de pilootstudie hartfalen, deden mee aan het focusgroeponderzoek (8 praktijken, 51 huisartsen). Er werd gestreefd naar maximale participatie. Toch konden niet alle huisartsen die deelnamen aan de OSCAR-HF pilootstudie aanwezig zijn. Er deden zowel solo- ,duo-, als groepspraktijken mee aan de focusgroepen. Er was voldoende variatie in geslacht, ouderdom en jaren praktijkvoering (Tabel 1). Deze focusgroepgesprekken duurden tussen 40 minuten en 1 uur 10 minuten.

2. Ervaringen met de implementatie van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk

2.1 Ervaringen van huisartsen met hartfalenzorg binnen de studie

2.1.1. Kennis van de huisarts over hartfalen

De huisartsen gaven aan dat hun voorkennis van hartfalen over het algemeen minder groot was, dan de kennis die ze hadden over andere chronische pathologieën waaronder diabetes en hypertensie.

"Stel dat het over hypertensie ging dan denk ik dat mijn voorkennis groter was. Ik wist wel een heel aantal dingen. Zo nauwgezet opvolgen van hartfalen, daar moet ik wel zeggen dat ik dat nu pas ben gaan leren om dat te doen. Terwijl ik denk dat als het over hypertensie of diabetes of andere dingen ging, dat ik daar meer bagage heb. Dat is eigenlijk het gevolg van veel dingen hartfalen. Je kan beter diabetes hebben. Dat is mooi afgelijnd."(HA1)

Er was, volgens de huisartsen, vooral een gebrek aan kennis over de medicamenteuze therapie van hartfalen. Ze waren zich er niet van bewust dat bepaalde medicatie, o.a. beta-blokkers en ACE-inhibitoren, zo nodig opgetitreerd dient te worden. De studie heeft voor meer bewustmaking gezorgd rond hartfalen en voornamelijk rond het optitreren van medicatie.

"Het probleem dat ik voor mezelf vond, dat is heel subjectief, dat de awareness veel groter was van: ik moet naar 10 mg bisoprolol, ik moet naar 20 mg lisinopril." (HA2)

De kennis van de huisartsen rond hartfalen en hun vertrouwen in de behandeling van hartfalenpatiënten werd in positieve zin beïnvloed door de studie. Feedback krijgen van de hartfalenverpleegkundige werkte dat in de hand.

"Wat het mij heeft geleerd is dat ik vroeger misschien wat schrik had van de diagnose HF omdat ik toch niet wist wat ik er mee moest doen. Wat diureticum geven en voor de rest… Nu weet ik ook hoe je in een huisartsenpraktijk op korte termijn de medicatie op punt moet stellen. Ik heb toch een paar kortademige mensen gezien die ik op een paar dagen beter kreeg. Door de studie heb ik een schema om te behandelen."(HA14)

"Ik denk toch dat de kennis die je opdoet om door de hartfalenverpleegkundige feedback te krijgen er zeker is." (HA10)

2.1.2 Protocollair werken vanuit nood aan zekerheid

Ondanks het positieve effect van de studie op de kennis van hartfalen werd er toch een nood aan nog meer structuur gevoeld. Aan de hand van een schema of een protocol kunnen huisartsen dan bepalen bij welke patiënten ze welke interventies kunnen doen. Stuur ik deze patiënt door naar een hartfalenverpleegkundige? Wanneer moet ik doorverwijzen naar de cardioloog? Zou ik bij deze patiënt de medicatie moeten ophogen? Een schema of protocol zou op deze manier tijdbesparend kunnen werken. Men weet zo bij wie het initiatief van de interventie ligt en welke taken er kunnen gedelegeerd worden.

"Je hebt een protocol, indien a, doe b en zo verder. Alles waarbij de dokter niet nodig is: doe maar door he jongens. Als dat onder controle is en o.a. de dosis juist staat, kan je "Alles is OK" in het dossier zetten. De Dosis staat niet juist? In samenspraak met patiënt terug naar

de arts. De arts en verpleegkundige dan samen: volgens mij is het dit, volgens mij is het dat. Wij zitten in een heel breed kennisveld. Dan is hier de verdieping." (HA3)

Een suggestie van enkele artsen om dat protocollair werken bij patiënten met hartfalen vorm te geven is gebruik maken van een protocollair gestuurd scherm in het elektronisch medisch dossier met een checklist die artsen kunnen volgen wanneer ze een hartfalenpatiënt zien.

"Zo zou je kunnen denken aan een protocolscherm in uw dossier. Daar zou je ook aan kunnen denken." (HA17)

" Zoals bij mijn andere popup: Ah jij moet komen voor een uitstrijkje. Niet nu want ik heb er geen tijd voor maar je moet komen en dan heb je wel een consult apart voor dat uitstrijkje. Of in dit geval apart voor dat hartfalen waar je de medicatie gaat kunnen bekijken." (HA28)

Huisartsen gaven aan dat protocollair werken momenteel bemoeilijkt wordt omdat er nog geen specifieke hartfalenraadpleging is. Patiënten komen niet specifiek voor hun hartfalen op consultatie bij de huisarts.

"Nu valt het er een beetje langs. Diabeten komen om de drie maanden gewoon omdat ze dat zo geleerd hebben. Bloedprikken op voorhand en dan kom je langs. Je laat je controleren en we schrijven medicatie voor drie maand. Er is niemand die zegt: ik kom voor mijn hartfalen. Diuretica staat dat nog goed? Neen dat komt er tussendoor.(HA2)"

Een bijkomende bemerking is dat deze patiënten meestal ook nog andere pathologieën hebben.

"Het grote probleem: het gaat over die multimorbide ouderen. Die komen dan met iets anders maar dan zijn er altijd een hele hoop dingen die je in uw achterhoofd moet houden: bijvoorbeeld hartfalen."(HA24)

"Die hartfalenpatiënt is niet alleen die hartfalenpatiënt. Die heeft veel dingen tegelijkertijd. Als je dan nog moet denken: aja, aja, dat is een hartfalenpatiënt… en dan ben je daar weer even mee bezig en moet je die ACE I opdrijven en bloeddrukken meten thuis. En dan twee weken later, die kalium,…"(HA18)

2.1.3. Samenwerking met de cardioloog

Tijdens de studie ervaarden enkele huisartsen de samenwerking met de cardioloog als suboptimaal. Ze hadden het gevoel dat de diagnose hartfalen niet altijd werd benoemd en dat het optitreren van medicatie ook door de cardiologen niet ter harte werd genomen.

"Dan suggereerde ik: misschien dat wat verhogen of dat wat verhogen, want die liet altijd alles hetzelfde. De pap in de mond geven. Soms waren ze wel wat tegen de kop gelopen. Ik zei dan: die doen mee aan een pilootproject. Tegen die patiënten zeiden de cardiologen dan: stop daar maar mee, stop daar maar mee (met die studie). Maar die patiënt was wel veel beter. Die patiënt moest ook niets veranderen, die moest ook niet terug verminderen." (HA11)

2.1.4. Samenwerking met de hartfalenverpleegkundige

Overleg met de hartfalenverpleegkundige gebeurde zowel persoonlijk, per e-mail als telefonisch. Het persoonlijke en telefonische contact werd door de huisartsen in tegenstelling tot mails beter gepercipieerd.

"Verder denk ik ja, dat is mijn mening, zou het voor mij beter zijn, misschien efficiënter zijn voor mij, moest ik die hartfalenverpleegkundige zien, zoals we het wit-gele kruis zien. Een keer alles overlopen nu en efficiënter dan mail en antwoorden en nog een keer mail en antwoorden. Dat is niet mij ding." (HA26)

De huisartsen riepen de hartfalenverpleegkundige voornamelijk in voor het ondersteunen van hun beslissingen, zowel op diagnostisch als op medicamenteus vlak.

"Ik denk dat ik er 2 had bij diagnose waarbij ik twijfelde en niet wist wat ik moest doen. Zelf dacht ik dat ze wel een echo zouden moeten krijgen. Ik heb dan de hartfalenverpleegkundige gebeld en dat was ook praktisch want hij staat dicht bij de cardiologen. De wachttijd was heel hoog en ik dacht dan dat de hartfalenverpleegkundige het wel zou kunnen regelen. Bij 1 van de 2 zei de hartfalenverpleegkundige ook dat het niet nodig was. Die andere is wel naar de cardioloog gegaan en dat was een nieuwe diagnose."(HA13)

Voor het merendeel gaf de hartfalenverpleegkundige echter hartfaleneducatie aan de patiënten en werd interventie van de hartfalenverpleegkundige beschouwd als een extra opvolging van de patiënten.

"Ik heb bij één iemand waarvan ik achteraf dacht: dat heeft zin gehad om die man te educeren en om meer zicht te krijgen in het functioneren van die man,… Maar dat is nu maar één iemand waarvan ik dacht, dat heeft wel zin gehad, dat die verpleegkundige dat met hem in detail heeft kunnen bekijken." (HA18)

"Het was fijn. Ik had het de patiënt bondig uitgelegd en zes à acht weken erna komt de hartfalenverpleegkundige daar en wordt het eens opgefrist. Dan nog eens een maand later komen ze terug bij mij dus ze krijgen eigenlijk extra opfrissing van de educatie. Dat vond ik wel goed daaraan. Dat er zo een tussencontact is waarvoor je eigenlijk geen moeite moet doen." (HA6)

"Het is ook een soort opvolging voor de patiënten. Het feit dat hij nog eens langs ging. Je had dan een soort extra controle vond ik." (HA15)

2.2 Beïnvloedende factoren bij taakdelegatie

Tijdens de studie werd de hartfalenverpleegkundige voornamelijk ingezet voor hartfaleneducatie. De hartfalenverpleegkundige kon hiervoor het initiatief nemen in overleg met de huisarts. Tevens konden de huisartsen zelf de hartfalenverpleegkundige inroepen om

bij hun hartfalenpatiënten langs te gaan. Tijdens de focusgroepinterviews kwamen enkele facilitatoren en barrieres aan het licht (tabel 2).

2.2.1 Bevorderende factoren voor taakdelegatie

A. Attitude voor samenwerking

Een bevorderende factor voor taakdelegatie is de attitude van de arts en de hartfalenverpleegkundige. Vooreerst moet de huisarts open staan voor de optie van taakdelegatie.

"Er is ook een mentaliteitswijziging bij artsen nodig. Als solo-arts ben je niet gewend om met een verpleegkundige of zo te werken."(HA4)

Ten tweede is ook de attitude van de hartfalenverpleegkundige ten opzichte van de huisartsen belangrijk. Het werd als positief ervaren door de artsen dat de harftfalenverpleegkundige niet te koop liep met zijn/haar kennis over hartfalen. Ten derde is het persoonlijk contact tussen huisartsen en hartfalenverpleegkundigen een belangrijke factor. Voor sommige artsen mocht dit nog meer uitgesproken zijn.

"Wel heel fantastische gast in de omgang eigenlijk. Je kunt er u op uw gemak mee zijn. Hij (de hartfalenverpleegkundige) is wel geknipt ervoor. Van mij part mag die alle dagen in de praktijk komen zitten." (HA10)

B. Kennis van de hartfalenverpleegkundige

Huisartsen moeten het gevoel hebben dat de kennis van de hartfalenverpleegkundige een meerwaarde kan zijn.

"Zijn kennis, deze man (hartfalenverpleegkundige) kent hartfalen van binnen en van buiten. Die weet echt wel waarover hij spreekt. Van oke hier wel, hier niet. Hij heeft daar toch wel heel veel feeling mee, denk ik."(HA3)

C. Tijdsfactor

Er is de wens van huisartsen om educatie uit te besteden omdat ze merken dat ze hier vaak niet genoeg tijd voor hebben tijdens een consult. De hartfalenverpleegkundige kan hier meer de tijd voor nemen in zijn/haar consult.

"Ik vind dat als je aan iemand educatie wilt geven, dat je daar veel tijd in moet steken. Op sommige momenten in het jaar heb je daar gewoon geen tijd voor." (HA7)

"Het zijn vooral de tijdrovende dingen die wij niet goed doen en dat is dan de educatie en de motivatie." (HA16)

"Waarom die pillekes diurectica zo belangrijk waren en dat het heel belangrijk was dat ze het elke dag namen. Die mensen die hadden zo echt wel veel meer bagage dan dat ik daar tijd in had gestoken van tevoren. Of in het ziekenhuis ofzo… in het ziekenhuis krijgen ze eigenlijk weinig informatie." (HA11)

D. Link met de 2de lijn

De huisartsen zagen de hartfalenverpleegkundige als iemand die zou kunnen fungeren als een link tussen huisarts en cardioloog. Het is iemand die nauw samenwerkt met de cardioloog en met de huisarts. Het zou een tussenstap kunnen zijn vooraleer men iemand kan/moet doorverwijzen naar de cardioloog.

"Ik vond het fijn dat Jan (de hartfalenverpleegkundige) er was want je verwijst naar de 2de lijn maar je komt toch niet meteen bij de specialist. Een specialist heeft ook vaak geen tijd. Hij (de hartfalenverpleegkundige) is er ook in gespecialiseerd en zit kort bij de specialisten. Hij kan helpen om te beslissen iemand binnen te sturen." (HA14)

" Ik denk dat die verpleging een middenstap was tussen huisarts en specialist. Het voorkomt zo een beetje dat de patiënt voor een prul naar de specialist moet gaan. Die zegt 'madammeke

jij moet een half pilleke meer nemen' en dat is denk ik wel het goeie van de zaak, dat er iemand is die op het veld het werk overneemt of de link is tussen patiënt en hospitaal." (HA26)

E. Positieve ervaringen van de huisartsen

Huisartsen gaven aan dat wanneer de samenwerking met een hartfalenverpleegkundige en dus de taakdelegatie in al zijn aspecten goed verlopen was, men meer geneigd zal zijn om dit in de toekomst mogelijks nog eens te doen.

" Je moet dat een keer gedaan hebben en je merkt dat dat goed verloopt. Dan heb je ook al sneller de neiging om nummer 2, nummer 3, naar Jan (de hartfalenverpleegkundige) te sturen. Daar was ik te laat voor."(HA5)

"Dat is een beetje vergelijkbaar met het mobiel crisisteam. Ik denk dat dat al vijf jaar bestond en dat ik elke keer dacht:' jaja, dat bestaat wel', voor je dan inderdaad eens bij een patiënt komt en denkt 'aja nu kan ik die eens bellen'. Ene keer dat je die dan gebeld hebt en dat gaat vlot, dan zul je daar de keer daarna wel aan denken. Je moet eerst een aantal situaties hebben waar dat je achteraf van denkt nu had ik ze kunnen bellen en dan nog een situatie waardat je ze echt belt en dat dat dan helpt… en dan zit dat daar in: tiens, bij die patiënt heb ik die gebeld en dat heeft mij effectief wel geholpen. Ik denk dat daarvoor uw studietijd gewoon te kort was" (HA29)

Uit de samenwerking met de hartfalenverpleegkundigen werd duidelijk dat zij een bredere kijk op de chronische pathologie en patiënt hebben. Er werd ook een beter zelfmanagement van de patiënt waargenomen.

"Ik heb de hartfalenverpleegkundige niet gesproken maar één van mijn patiënten heeft nadien wel mooi de bloeddrukken genoteerd in dat boekje en dat vond ik toch wel positief." (HA28)

"Ja, ik denk persoonlijk dat dat wel een vlotte mevrouw was en dat die meer als gewoon haar uitleg deed. Ze had echt wel doorgevraagd bij die patiënt. Ze had de psychosociale context errond met mij besproken en waarom het bij die patiënt moeilijk was… Dat vond ik er wel goed aan. Dat ze dat er ook allemaal had uitgehaald, bij iemand die ze maar één keer had gezien."(HA27)

F. Positieve feedback van de patiënten

Positieve feedback van patiënten werd het vaakst genoemd als bevorderende factor voor taakdelegatie.

"Ik vond het vooral goed met Jan (de hartfalenverpleegkundige). Ik had twee patiënten waar ik hem naar toe heb gestuurd en die zijn nu echt overtuigd. Die ene mevrouw is ondertussen naar de revalidatie gegaan en aan het vermageren. Ik kreeg dat niet klaar. Jan deed dat goed, heel op zijn gemak en ze mochten vragen wat ze wilden. Ik was daar heel blij van. Ik kon het zelf niet bekomen en nu doen ze het wel." (HA15)

2.2.2 Barrières voor taakdelegatie

A. Attitude arts en patiënt

1A. Er heerst bij de huisarts angst voor verlies van inhoud van het huisartsenberoep bij taakdelegatie. Deze onderliggende emotie speelt een rol in het gedrag van de arts.

"Je wilt geen manager worden maar arts blijven." (HA5)

"Het enige waar wij als beroepsgeroep, wij als huisartsen, heel fel voor moeten oppassen is… Mensen vragen nu ook: wie is uw vroedvrouw? Kende gij een goede vroedvrouw? Vroeger deden we dat allemaal zelf. Nu is dat de vroedvrouw. Ik bedoel, de vraag is: wat willen wij nog?" (HA27)

2A. Tevens is de motivatie van de patiënten belangrijk. Patiënten vragen niet zelf naar een interventie van de hartfalenverpleegkundige. Indien zij niet gemotiveerd zijn, omdat zij zelf geen verandering wensen in hun medicatie en/ of gedrag, heeft een interventie weinig zin.

" Heeft dat ook niet te maken met als je gewoon het motivationele proces in het algemeen bekijkt, dat je maar kunt openstaan voor zo'n interventie als je zelf een hulpvraag hebt. Als u zo een interventie min of meer wat opgedrongen wordt dan, ja dan zit je al van minuut één met een soort patstelling. Dat is toch wat met alle motivationele dingen zo. Dat is in zo'n studie wel een beetje speciaal. Die mensen hebben daar niet achter gevraagd."(HA17)

"We zien de patiënten om de twee maanden. Je past de dosis propanolol aan en je zou dan eigenlijk moeten zeggen: neen neen kom binnen 14 dagen terug of over 3 weken. Maar dan heb je wel iets aan de hand… We moeten mensen daar dan voor motiveren. Het gaat wel dikwijls om mensen die geen probleem hebben. We gaan iemand verbeteren die daar niet zelf om vraagt. Als ik die dan om de twee à drie weken wil zien omdat ik wil zien of ik die een beetje propanolol moet bijgeven. Langs twee kanten is dat moeilijk."(HA1)

B. Geen nut voor doorverwijzing

Indien huisartsen het gevoel hadden dat een doorverwijzing naar een hartfalenverpleegkundige niet voor een betere overleving en kwaliteit van leven zou zorgen, werd er niet doorverwezen. Een interventie werd als weinig nuttig ervaren bij rusthuispatiënten, patiënten die reeds optimaal behandeld werden of patiënten die diastolisch hartfalen hadden. Huisartsen gaven aan dat het nut van doorverwijzing zeer afhankelijk van de populatie was.

"Ik dacht dat ik meer patiënten zou hebben waar ik meer iets aan kon aanpassen. Eigenlijk heb ik niemand bij wie ik iets kan aanpassen. Ofwel waren ze goed behandeld, ofwel diastolisch HF. Ik heb dus bij niemand van die patiënten iets veranderd. Ik ben uiteindelijk

wel meer bewust geworden. Voor de tijd die ik er heb ingestoken, qua nut, had ik er meer van verwacht."(HA12)

"Bij een andere patiënt is die interventie er geweest maar die noteert al hoeveel hij plast, hoeveel hij weegt, hoeveel zijn bloeddruk is en dat drie keer op een dag. Die is daar te veel mee bezig. Dat was ook niet nodig."(HA28)

" Als ze geen palliatief of comfortbeleid heeft, dan heeft het wel zin. In de andere situatie kun je discussiëren. Meer en meer patiënten die in rusthuizen zitten zijn quasi palliatieven of bevinden zich in een uitbehandelde situatie. Daar heb ik zoiets van.. Daar heb je algemene maatregelen zoals de hoeveelheid zout in de voeding die is aangepast zodat het voor mensen met hartfalen relatief oké is."(HA24)

C. Tijdsfactor

1C. Als belemmerende factor voor verwijzing werd het administratieve aspect gezien, omdat dit extra tijd vroeg.

"We zijn ook niet met getallen bezig. We zijn met mensen bezig."(HA3)

2C. Patiënten hebben door de beperkte duur van de studie niet genoeg tijd gehad om de diagnose van hartfalen en de consequenties hiervan te laten insijpelen. Hierdoor waren het aantal contacten met de patiënt en de hartfalenverpleegkundige ook beperkt. Tevens hebben de artsen door de beperkte studieduur te weinig tijd gehad om van het inroepen van de hartfalenverpleegkundige een gewoonte te maken.

"Neen, maar goed. Het zijn patronen die moeten inslijten eigenlijk. Als je die studie over vijf jaar laat lopen dan was er misschien wel tijd genoeg."(HA3)

"Het tijdsbestek is ook heel kort. Die mensen hebben weinig tijd om dat te laten doordringen: er is hier hartfalen en dat is mogelijks een probleem."(HA19)

D. Onvoldoende denken aan de optie verwijzing

Huisartsen gaven zelf aan onvoldoende te denken aan de optie verwijzing. Ze deden het gewoonweg niet omdat ze het niet gewoon zijn om patiënten naar een verpleegkundige door te verwijzen. Ze gaven aan dat ze het niet gewoon zijn om taken te delegeren. Een onderdeel hiervan is dat ze hierdoor soms ook niet weten wanneer ze een hartfalenverpleegkundige kunnen inzetten.

"Voorlopig doen wij alles nog zelf. wij delegeren te weinig. Dat is waar." (HA23)

"Omdat wij dat niet gewoon zijn om extra hulp in te roepen."(HA29)

"Ik heb de hartfalenverpleegkundige niet gebruikt en ik wist niet dat de hartfalenverpleegkundige er was om na ziekenhuisopnames, specifiek, in te zetten. Dat is mij ontgaan." (HA7)

E. Negatieve feedback van patiënten

Net zoals positieve feedback taakdelegatie bevordert, zorgde negatieve feedback van patiënten voor een barrière. De interventie van de hartfalenverpleegkundige wekte bij enkele patiënten argwaan ten opzichte van deze interventie. De educatie van de patiënten door de hartfalenverpleegkundige induceerde bij andere patiënten dan weer angst.

"Wel soms zo eens: naar iemand naar waar ik terug gegaan was, onder andere patiënt X had hij (de hartfalenverpeelgkundige) toch wat schrik aangejaagd aan die mensen. 'Wat die allemaal vertelt….''(HA5)

"Ze heeft me in paniek opgebeld. De hartfalenverpleegster had de medicatie overlopen en die had toch gezegd: 'oei, en dat en dat en dat… 'Die heeft nog nooit een cardioloog gezien. Die is heel gelukkig. Die is 88. Die wordt goed verzorgd en die was helemaal in paniek."(HA25)

"Die (hartfalenverpleegkundige) heeft daar toch niets mee te maken, zei de patiënt. Dat is toch iets tussen u en mij." (HA28)

2.3 Ideeën voor de toekomst

A. Hartfalenzorg

Huisartsen gaven aan dat hartfalenzorg binnen de eerste lijn moet worden gehouden. Om te zorgen dat deze zorg binnen de eerste lijn kan gehouden worden, is er nood aan bijscholing van de eerstelijnszorgverleners, zowel van artsen als verpleegkundigen. Deze bijscholing zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren door een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. Zoals eerder is aangehaald voelden de huisartsen ook een nood aan protocol in de hartfalenzorg. Vooreerst zouden artsen graag weten welke patiënten met hartfalen er ontslagen zijn uit het ziekenhuis. Ten tweede zou een korte beschrijving onderaan de brief van het hartfalenprotocol (streefwaarden van medicatie, gewicht,…) handig zijn. Ten derde zou dit kunnen leiden tot een zorgtraject hartfalen zonder een grote administratieve belasting.

"Als we hartfalen naar de eerste lijn kunnen brengen en herhospitalisaties kunnen vermijden, dan gaan we heel kostenbesparend werken. Daar gaat het om. Dus daar mag wel iets tegen overstaan vanuit de gemeenschap. Die mensen uit het ziekenhuis houden, dat mag iets kosten."(HA2)

"Ja, tuurlijk. Want ze kunnen zeggen: tiens, ik heb de medicatielijst nog eens overlopen: misschien zou je toch kunnen proberen om die ACE inhibitor nog wat op te drijven? Ze gaan dus niet alleen alles met de patiënt overlopen en hen educeren maar ook ons, omdat dat die hun core buisiness is en die daar meer over weten dan wij."(HA28)

"Eventueel een conventie. Dat je het schematisch aanpakt: Vb één keer per jaar bij de cardioloog." (HA26) "Ja voila. Zoals een zorgtraject. Ja, dat is denk ik ook een ding, een zorgtraject hartfalen."(HA29)

B. Taakdelegatie

Binnen dit hartfalenprotocol zou er zeker plaats kunnen zijn voor taakdelegatie naar een verpleegkundige om zo de huisarts qua werkdruk te ontlasten en de hartfalenzorg te verbeteren. Huisartsen prefereren een persoonlijk overleg met de verpleegkundige. Er worden verschillende opties aangehaald in verband met de hartfalenverpleegkundige. Zowel generalistische verpleegkundigen als gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen zijn mogelijk. Ze hebben beiden hun voor- en nadelen maar moeten vooral binnen de eerste lijn werken.

"Awel ik zit daar wat aan te denken nu. Je hebt ook nierfalen, dementie, … Wij hebben thuisverpleegkundigen. Wij werken veel samen. Wij overleggen elke zes weken met onze thuisverpleging. Als die daar ook wat in getraind zouden worden, zouden die dat voor een stuk kunnen overnemen. Ik kan me voorstellen dat dat toch mogelijk zou moeten zijn." (HA29)

"Dan moeten dat allemaal andere verpleegkundigen zijn. Dan kunnen het geen generische zijn. Dan moet het iemand zijn die daar wel echt in ondergedompeld is en daar elke dag mee bezig is. Anders kunnen die het niet beter als wij, denk ik." (HA18)

"Ja,want als ik daarover fantaseer: als wij een verpleegkundige binnenkort in de praktijk hebben en we zouden die daar ook voor inzetten, dan is dat een heel ander verhaal. Dan kan je uw patiënten eerst wat opwarmen: weet je wat dat thema en dat thema… Vooraleer je aan zo'n thema begint … levensstijl bijvoorbeeld. Misschien dat je daar eens een gesprek over kunt hebben met onze verpleegkundige."(HA17)

"Ik heb ze wel een paar keer hier in de praktijk gezien en vriendelijk goeiendag gezegd. Maar ik denk, stel als we met zoiets verder doen een hartfalenverpleegkundige, dan zou ik het wel

graag hebben dat we af en toe over de patiënten die zij heeft gezien overleggen. Dat zou ik met een psycholoog ook doen. Dat dat geïntegreerd is."(HA20)

De huisartsen kwamen ook met het idee om deze hartfalenzorg dan regionaal te gaan organiseren en het overleg tussen huisartsen en verpleegkundigen op bepaalde tijdstippen te laten plaatsvinden. Voor dit overleg zou de huisarts dan wel een vergoeding krijgen.

"Je gaat eerst drie of vijf informatiesessies of bijscholingen moeten geven over de hartfalenverpleegkundige … communicatie gaat zeer belangrijk zijn. Je gaat het regionaal moeten organiseren, denk ik. Je gaat het ook laagdrempelig moeten houden. Je gaat die mens die je gaat aanbieden heel dikwijls mee in het gegeven moeten betrekken want als die ergens is en meebabbelt en laat zien van ik weet er wel wat van… maar zich toch niet hautain opstellen. Enfin daar zitten heel veel gevoeligheden nog aan Ik denk dat het daar gaat om kennis door de arts te laten vergaren rond het hele topic en de persoon leren kennen. Ik denk dat dat de twee essentiële zaken zijn."(HA7)

"Eigenlijk moet dit, als je dat goed wilt laten lopen voor tachtig procent van de huisartsen, zou dat een gestructureerd overleg moeten zijn. Iets dat wij initiëren en niet wat dat… Dat is zeer efficiënt. Het is niet dat wij naar weet ik veel waar moeten om voor één patiënt met 27 andere mensen rond de tafel te gaan zitten: Neen. Je zit hier met zes dokters en bespreekt hier 100 patiënten bij wijze van spreken, 109. Voila, je doet dat op een uur want de helft heeft geen problemen en je wordt daarvoor vergoed als praktijk."(HA27)

5. DISCUSSIE

1. Kernpunten

In deze kwalitatieve studie in 8 huisartspraktijken ervaarden huisartsen de samenwerking met een gespecialiseerd hartfalenverpleegkundige als een mogelijks zorgverbeterende optie voor de toekomst zolang huisartsen zelf de centrale rol blijven spelen in de zorg voor hun hartfalenpatiënten. Dit zorgverbeterende aspect zat volgens de huisartsen vooreerst in het feit dat hun kennis over hartfalen, voornamelijk op medicamenteus en diagnostisch gebied, vergroot werd. Ten tweede werd er meer aandacht en tijd besteed aan het psychologische en educationele aspect van hartfalen. Om enerzijds deze centrale rol te blijven behouden en anderzijds de zorg voor hun hartfalenpatiënten te optimaliseren werd er de nood aan protocol gevoeld. Huisartsen gaven aan dat ze niet gewoon zijn om bepaalde taken te delegeren aan andere hulpverleners waaronder verpleegkundigen. Een protocol m.a.w een multidisciplinair zorgtraject voor chronisch hartfalen, zonder al te veel tijdrovende administratie, zou huisartsen hierbij kunnen helpen. Op deze manier kan men de chronische zorg voor hartfalenpatiënten binnen de eerste lijn houden.

2. Vergelijkingen met de literatuur

Huisartsen gaven in onze studie aan dat voorafgaand aan de interventie hartfalenzorg suboptimaal was. Dit is reeds langer gekend (9)(10). Hancock et al bevestigde dit nog eens in een studie van 2014 waarbij opnieuw de barrières voor accurate diagnose en voor beter management bij hartfalen werden nagegaan (11). In de OSCAR-HF studie werd een hartfalenverpleegkundige geïntroduceerd in de eerstelijn om de zorg voor patiënten met hartfalen te verbeteren. Huisartsen ervaarden ook hier een aantal bevorderende factoren en barrières. Positieve ervaringen van huisartsen en patiënten met de hartfalenverpleegkundige tijdens de studie waren de meest bevorderende factoren voor taakdelegatie. Hartfalenverpleegkundigen zorgden voor educatie van artsen en patiënten omtrent hun

medicamenteus beleid en levensstijlaanpassingen. Positief was ook dat de hartfalenverpleegkundige meer tijd aan de patiënt kon besteden en hierdoor ook meer aandacht voor de psychologische toestand van de patiënt kon hebben. In een systematische review en meta-analyse bestudeerde Jiang et all. het positieve effect van deze psychologische interventies door hartfalenverpleegkundigen (12). In contrast was één van de grootste barrières voor taakdelegatie echter de negatieve feedback van patiënten tijdens de studie waarbij argwaan en angst de meest voorkomende emoties waren. De angst voor verlies van inhoud van het beroep huisarts en de beperkte marge voor verbetering bij sommige hartfalenpatiënten weerhield de huisartsen er eveneens van om de hartfalenverpleegkundige in te roepen. Hartfalenpatiënten zijn immers vaak oudere, multimorbide patiënten waarvoor er inderdaad niet altijd marge is tot verbetering (13). Deze barrières komen overeen met wat er in de literatuur wordt gevonden (14). Een andere barrière voor taakdelegatie in de studie was de beperkte ervaring van de huisartsen met taakdelegatie waardoor ze te weinig dachten aan een verwijzing naar de hartfalenverpleegkundige (15). In landen waar taakdelegatie en een hartfalenverpleegkundige al meer ingeburgerd zijn werden positievere ervaringen genoteerd (6)(16) en hebben de samenwerking met hartfalenverpleegkundige in de eerste lijn en een hartfalenmanagementprogramma een duidelijk positieve impact op rehospitalisaties (17)(18)(19). Ook in België lijkt er een toekomst weggelegd te zijn voor de samenwerking met een hartfalenverpleegkundige zoals de artsen in onze studie aangaven. Huisartsen gaven aan dat vooral de studieduur van zes maanden te kort was om echt vertrouwd te geraken met de taakdelegatie naar een hartfalenverpleegkundige.

3. Op naar de toekomst

Over het algemeen kunnen we besluiten dat huisartsen in onze studie, mits enkele eerdergenoemde barrières, openstaan voor de samenwerking met een hartfalenverpleegkundige. Om dit te bewerkstelligen werd er bij alle huisartsen een nood aan protocol gevoeld, eventueel aan de hand van een protocollair gestuurd scherm in het EMD, aangezien het delegeren van taken door de huisartsen in de studie niet als vanzelfsprekend werd ervaren. In de data-analyse werd er wel een verschil in ervaringen opgemerkt tussen de Limburgse en Leuvense praktijken. In de OSCAR-HF pilootstudie werkte men immers in de 2 regio's met 2 verschillende hartfalenverpleegkundigen. Het verschil in ervaring bij de artsen kan eventueel herleid worden naar het verschil in specialisatie van beide hartfalenverpleegkundigen (regio Leuven: algemeen cardiologisch verpleegkundige, vooral beslagen in HF educatie; regio Limburg: sterk gespecialiseerde HF verpleegkundige). In regio Limburg waardeerden de artsen dan ook uitermate de kennis van de hartfalenverpleegkundige en zagen ze de meerwaarde boven een all-round praktijkverpleegkundige. Het tegendeel gold voor regio Leuven waar men meende dat voor louter HF educatie een praktijkverpleegkundige meer op zijn plaats was. Een generalistische praktijkverpleegkundige zou voor verschillende zorgaspecten en comorbiditeiten van één patiënt kunnen instaan terwijl een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige zich enkel bezighoudt met het hartfalenaspect. Hartfalenpatiënten zijn immers vaak multimorbide en gepolymediceerd (13)(20)(21) en zouden hierdoor misschien meerdere gespecialiseerde verpleegkundigen nodig hebben (vb diabetesverpleegkundige). Dit zou kunnen leiden tot gefractioneerde zorg terwijl men eigenlijk meer geïntegreerde zorg wil. Idealiter zouden huisartsen een beter contact hebben met een generalistische verpleegkundige in de eerste lijn die samen met de huisarts de zorg voor deze multimorbide hartfalenpatiënten coördineert zodat huisartsen hun centrale rol blijven behouden en tegelijkertijd ondersteund worden in de tijdrovende aspecten van goede

zorg. Bij problemen rond de zorg van deze hartfalenpatiënten zou deze generalistische verpleegkundige in samenspraak met de huisarts deze gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige kunnen inschakelen. Het inschakelen van een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige is immers het nuttigst bij hartfalenpatiënten met het meeste risico op rehospitalisatie (6). In onze studie gaven huisartsen aan toch nog schrik te hebben voor het delegeren van taken omdat ze menen op deze manier een gedeelte van de kerntaken van hun eigen beroep te verliezen (14). Maar de huisartsen gaven ook aan dat ze door de samenwerking met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige veel bijleerden waardoor hun kennis en hun beroep verrijkt werden. Door deze positieve ervaring zijn huisartsen in onze studie geneigd om met gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige samen te werken. Men kan zo besluiten dat de schrik voor het verlies van de inhoud van het beroep huisarts kan verdwijnen indien men meer vertrouwd geraakt met taakdelegatie. Verder onderzoek gebaseerd op een protocollaire benadering van de hartfalenpatiënt volgens bovenstaand model met berekening van zijn kosteneffectiviteit in België is nodig.

4. Sterktes en zwaktes

Gezien taakdelegatie naar gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen in België nog in zijn kinderschoenen staat, is deze studie erg belangrijk om de toekomstige HF zorg in België vorm te geven. De sterkte van dit onderzoek is dat we meer dan vijftig huisartsen de kans gaven om met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige samen te werken en dit in twee verschillende regio's met twee verschillende types hartfalenverpleegkundigen zodat we een beter zicht kregen op de belemmerende en bevorderende factoren bij taakdelegatie. Er werd daarnaast gestreefd naar een goede mix in praktijken (tabel 1). Jammer genoeg konden, door tijdsgebrek, niet steeds alle artsen die deelnamen aan van de OSCAR-HF pilootstudie, aanwezig zijn op onze focusgroepgesprekken. Deze focusgroepen werden afwisselend geleid

door verschillende leden van het onderzoeksteam (DJ, IS, MS). DJ en IS hadden echter weinig ervaring met het leiden van focusgroepinterviews. Dit werd gecompenseerd door een doorgedreven training vooraf. De data-analyse werd grondig gedaan, volgens de beproefde QUAGOL methode (8), door verschillende onderzoekers (DJ, IS, MS). Na analyse van de 8 focusgroepinterviews konden we niet besluiten dat we datasaturatie bereikt hadden. De heterogene populatie met sterk verschillende praktijken in verschillende regio's met verschillende achtergronden en samenwerking met verschillende hartfalenverpleegkundigen leidde tot een diversiteit aan meningen die nog niet uitgeput waren. Gezien de pilootstudie echter slechts in 8 praktijken plaatsvond, waren bijkomende focusgroep interviews niet mogelijk.

6. CONCLUSIE

De huisartsen in onze studie zien een toekomst waarin huisartsen samenwerken met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige om de chronische zorg voor hun hartfalenpatiënten te verbeteren. Het is voor hen echter zeer belangrijk dat zij zelf een centrale rol blijven spelen in de chronische zorg voor hun hartfalenpatiënten en dat de chronische zorg voor hun hartfalenpatiënten binnen de eerste lijn blijft. In onze studie ervaarden huisartsen een aantal bevorderende factoren en barrières voor de samenwerking met een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. Om de samenwerking met de hartfalenverpleegkundige nog beter te laten verlopen stelden ze protocollair gestuurde zorg voor m.a.w een chronisch zorgtraject hartfalen.

7. REFERENTIES

1. RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsuitkering: zorgtrajecten. http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/Zorgtrajecten.aspx#.WsNGaExuI0Q

2. Van der Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

3. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. Heart. 2007;93(9):1137–46.

4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. The. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of. Eur Heart J. 2016;891–975.

5. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MCJM, Straus SMJM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: Prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure - The Rotterdam Study. Eur Heart J. 2004;25(18):1614–9.

6. British Heart Foundation. Heart failure nurse services in England: Executive summary. 2008;1–27. Available from: bhf.org.uk

7. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden: Acco 2013. In.

8. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(3):360–71.

9. Cleland JG. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. Lancet [Internet]. 2002;360:1631–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11601-1

10. Fuat A, Hungin APS, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. BMJ [Internet]. 2003;326(7382):196. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=140276&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

11. Hancock HC, Close H, Fuat A, Murphy JJ, Hungin APS, Mason JM. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure have not changed in the past 10 years: A qualitative study and national survey. BMJ Open. 2014;4(3):1–12.

12. Jiang Y, Shorey S, Seah B, Chan W, Tam WWS, Wang W. The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure-A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017;78(July 2017):16–25. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006

13. Triposkiadis F, Giamouzis G, Parissis J, Starling RC, Boudoulas H, Skoularigis J, et al. Reframing the association and signi fi cance of co-morbidities in heart failure. Eur J Heart Fail. 2016;June 30:744–58.

14. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: A qualitative evidence synthesis. BMJ Open. 2016;6(11).

15. Dirickx B. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie.

HAN. 2011;1–73.

16. Sanders T. Managing Patients With Heart Failure: A Qualitative Study of Multidisciplinary Teams With Specialist Heart Failure Nurses. 2015;466–71.

17. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2004;44(4):810–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055

18. Oyanguren J, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, et al. Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. Rev Esp Cardiol (Engl Ed) [Internet]. 2016;69(10):900–14. Available from: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85017051915&doi=10.1016%2Fj.rec.2016.05.012&partnerID=40&md5=defaf5dff5dfd27af27b52d6dd983006

19. Agrinier N, Altieri C, Alla F, Jay N, Dobre D, Thilly N, et al. Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program - A French nationwide time-series comparison. Int J Cardiol [Internet]. 2013;168(4):3652–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.05.090

20. Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, Krumholz HM. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. Am J Med. 2011;124(2):136–43.

21. van Deursen VM, Urso R, Laroche C, Damman K, Dahlström U, Tavazzi L, et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey [Internet]. Vol. 16, European Journal of Heart Failure. 2013. p. 103–11.

Available from:

http://doi.wiley.com/10.1002/ejhf.30%5Cnfile:///Users/jurgen/Documents/Hybrid/downloads/Wiley/Confirmed OA/c The Authors 2007-2013/onlinelibrary_wiley_com%3Estore%3E10_1002%3Eejhf_30%3Easset%3Eejhf30_pdf_v=1&t=hym8s0cg&s=88dfbb1f707b7d61fc90696fc5d69df9c9

8. BIJLAGEN

Bijlage 1: topic guide

Topiclijst voor thesissen "Implementatie van de NT-proBNP POC test in de huisartsenpraktijk" en "Inzetten van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk"

Onderzoeksvragen

- Wat zijn de ervaringen in 8 Vlaamse huisartspraktijken met het gebruik van een NT-proBNP POC test bij het stellen van de diagnose van hartfalen?
- Hoe ervaren huisartsen de ondersteuning van een hartfalenverpleegkundige om de kwaliteit van zorg in hartfalen te verbeteren?

Deel 1 (Camera en opname al bezig)
Verwelkoming van de artsen, bedanken voor aanwezigheid.
Jullie hebben als praktijk deelgenomen aan de pilootstudie over hartfalen. Deze bestond uit drie interventies. In eerste instantie vond er een audit plaats in jullie praktijk en moesten jullie aangeven wie jullie patiënten met hartfalen zijn. Jullie kregen hier feedback over. Daarnaast kregen jullie een NT-proBNP POC test aangeboden en konden jullie de hulp van de hartfalenverpleegkundige inroepen. Wij willen vandaag jullie ervaringen met de studie in kaart brengen.

'Regels': Interview zal worden opgenomen en gefilmd. Interview zal beide onderwerpen trachten te behandelen door middel van open vragen waar dieper op in kan gegaan worden. We zullen elkaar proberen niet te onderbreken, iedereen is vrij om zijn mening te uiten: positieve en negatieve antwoorden zijn welkom. Alle antwoorden zijn strikt vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt.

Deel 1: Ervaring met audit en feedback

In eerste instantie is er in jullie praktijk een audit gebeurd en kregen jullie een lijst van mogelijke patiënten met hartfalen voorgeschoteld. Jullie moesten aangeven wie jullie patiënten met hartfalen waren.

Hoe hebben jullie dat ervaren?
Wat was de meerwaarde van deze interventie?

Daarna en na afloop van de studie kregen jullie feedback over jullie patiënten.
Hoe hebben jullie dat ervaren?
Wat was de meerwaarde van deze interventie?

Deel 2: Ervaringen met NT-proBNP POC test

Jullie kregen tijdens de studieduur een NT-proBNP POC test aangeboden.

Hoe hebben jullie het gebruik van dit toestel ervaren?

Welke voordelen waren verbonden aan het gebruik van het toestel?

> Zou de test gebruiksvriendelijker zijn indien het gebruik maakte van vingerprik in plaats van een veneuze bloedafname?

Welke nadelen?

Wat motiveerde jullie om het toestel te gebruiken? Wat hield jullie tegen om het toestel te gebruiken?

Hoe staan jullie tov het gebruik van NT-proBNP bij de diagnose van hartfalen buiten de studie?

Samenvatting van de meningen, hebben we het goed begrepen? Nog iets aan te vullen?

Deel 3: Ervaringen met HF verpleegkundige

Jullie hadden de mogelijkheid om tijdens de studieduur de hulp van de HF verpleegkundige in te roepen. De hartfalenverpleegkundige heeft bij jullie x aantal patiënten een tweede keer bezocht. X aantal op het initiatief van de hartfalenverpleegkundige, obv zijn inschatting tijdens het eerste consult bij de patiënt. X aantal andere patiënten heeft hij bezocht op jullie initiatief. Hij heeft jullie hierover feedback gegeven.

Hoe waren jullie ervaringen met de hartfalenverpleegkundige? (open, attitude)
(tevredenheid vanuit standpunt arts)

Wat waren jullie ervaringen met de hartfalenverpleegkundige interventie? Vonden jullie deze interventies nuttig en indien ja of neen: waarom wel/ niet? Werden de adviezen gevolgd? (Voor- en nadelen? Positieve en negatieve punten? Valkuilen en sterktes?)

Waarom/wanneer werd de hartfalenverpleegkundige wel/niet (vaker) ingeroepen? Waarom werd er wel verwezen? Waarom werd er niet verwezen?

Hoe waren de ervaringen van jullie patiënten met de hartfalenverpleegkundige? (tevredenheid vanuit standpunt patiënt volgens de artsen) (open, attitude)
(Voor- en nadelen? Positieve en negatieve punten? Valkuilen en sterktes?)

Aan het begin van de studie was x het doel van jullie praktijk, eventueel met de hulp van de hartfalenverpleegkundige. Dit is wel/niet gelukt. Waaraan ligt dit volgens jullie?

Hoe zien jullie in de toekomst de plaats van een hartfalenverpleegkundige? (organisatorisch/praktisch/nut?)

Samenvatting van de meningen, hebben we het goed begrepen? Nog iets aan te vullen?

Overleg Isabelle, Dorien en Dr. Smeets: zijn onze vragen beantwoord?

Bijlage 2: Tabel 1: Deelnemende artsen aan de focusgroepen

Karakteristieken van artsen die deelnamen aan de focusgroepen:

Nummer huisarts	Geslacht	Leeftijd	Jaren praktijkervaring	Praktijkvorm	Regio
HA1	M	64	40	groep	Limburg
HA2	M	36	10	groep	Limburg
HA3	M	52	26	groep	Limburg
HA4	M	65	48	solo	Limburg
HA5	M	54	29	groep	Limburg
HA6	M	59	34	duo	Limburg
HA7	M	43	16	groep	Limburg
HA8	V	37	7	duo	Limburg
HA9	V	27	1	solo	Limburg
HA10	M	67	42	groep	Limburg
HA11	V	51	25	groep	Limburg
HA12	M	38	12	groep	Limburg
HA13	M	65	40	groep	Limburg
HA14	M	68	39	groep	Limburg
HA15	V	66	41	groep	Limburg
HA16	V	47	23	groep	Leuven
HA17	M	51	25	groep	Leuven
HA18	M	32	3,5	groep	Leuven
HA19	V	32	7	groep	Leuven
HA20	M	65	38	groep	Leuven

HA21	V	30	5,5	groep	Leuven
HA22	V	30	5	groep	Leuven
HA23	V	65	39	groep	Leuven
HA24	M	35	9	duo	Leuven
HA25	M	56	21	duo	Leuven
HA26	M	53	29	groep	Leuven
HA27	M	53	27	groep	Leuven
HA28	V	34	9	groep	Leuven
HA29	V	40	16	groep	Leuven
HA30	M	27	2	groep	Leuven

Bijlage 3: Tabel 2 Thematische matrix

Beïnvloedende factoren voor taakdelegatie:

	HF-VPK	PATIENT	ARTS	STUDIE
Barrières		Multimorbide (weinig marge voor verbetering)	Angst verlies inhoud beroep	Adminstratie
		Motivatie	Onvoldoende denken aan optie verwijzing	Studieduur
		Negatieve feedback (angstinductie, argwaan)		
Facilitatoren	Persoonlijk contact	Positieve ervaringen (beter zelfmanagement)	Positieve ervaringen	
	Attitiude		Wens om educatie uit te besteden (tijdsfactor)	
	Kennis			
	Link 2de lijn			
	Tijd voor consult			
	Bredere kijk			

Bijlage 4: Ethische commissie

Inzetten van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk

Student(en): Dorien Jacobs en Isabelle Schaaps

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: multicentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond: In 2009 werden zorgtrajecten voor chronische ziekten zoals diabetes en chronische nierinsufficiëntie in de Belgische huisartsgeneeskunde geïntroduceerd. Door de vergrijzing, betere medicatie en langere overleving na een hartinfarct wordt hartfalen steeds vaker als een chronische ziekte beschouwd. Huisartsen zullen hierdoor frequent betrokken worden in de chronische zorg voor deze hartfalenpatiënten. Uit onderzoek blijkt echter dat de kennis van huisartsen over hartfalenmedicatie en de therapietrouw van patiënten suboptimaal is. Een hartfalenverpleegkundige zou een hulp kunnen zijn om deze therapietrouw te optimaliseren.

Vraagstelling: Hoe ervaren huisartsen (populatie) de ondersteuning van een hartfalenverpleegkundige (interventie) om de kwaliteit van zorg in hartfalen (secundaire outcome) te verbeteren?

Methodologie: Doel: de bedoeling van de masterproef is om de ervaringen van de artsen die meewerken aan de pilootstudie hartfalen, opgezet door co-promotor Dr. Smeets, in kaart te brengen. Deze pilootstudie werd reeds goedgekeurd met referentienummer B32201630391/ S59579 met als titel: Implementation of a multifaceted intervention to optimize care for heart failure patients in primary care. Tezamen met een collega Huisarts-in-opleiding gaan wij de ervaringen van deze artsen bevragen met behulp van een focusgroepondezoek. Uit dit focusgroeponderzoek, samengesteld uit artsen die meewerken aan deze pilootstudie, hopen wij gegevens te halen in functie van onze twee onderzoeksvragen. Vooreerst werd de pilootstudie hartfalen opgezet door co-promotor Dr. Smeets. Deze vindt plaats in acht huisartsenpraktijken, met name vier huisartsenpraktijken in regio Limburg en vier huisartsenpraktijken in regio Leuven. Deze pilootstudie loopt gedurende zes maanden. De huisartsen in deze praktijken krijgen de mogelijkheid om NT-proBNP via een point-of-care test te bepalen en een hartfalenverpleegkundige in te zetten. Deze hartfalenverpleegkundige gaat patiënten met gekend hartfalen bevragen naar de symptomen die zij ondervinden en hun therapietrouw. Het bepalen van NT-proBNP laat dan weer toe dat de huisarts op een nauwkeurige wijze een waarde kan meten die hem het

onderscheid kan helpen maken tussen hartfalen en andere aandoeningen. Terwijl deze pilootstudie loopt, wordt er in de literatuur gezocht naar wat er reeds gekend is over de onderzoeksvraag. 'Hoe ervaren huisartsen (populatie) de ondersteuning van een hartfalenverpleegkundige (interventie) om de kwaliteit van zorg in hartfalen (secundaire outcome) te verbeteren?' Mijn collega huisarts-in-opleiding behandelt een andere onderzoeksvraag. Vervolgens gaat er na afloop van de pilootstudie hartfalen in elke van deze huisartspraktijken een groepsoverleg plaatsvinden. Dit gaat gebeuren aan de hand van focusgroepen. Mijn collega huisarts-in-opleiding en ikzelf gaan deze focusgroepen leiden. Op deze manier gaan we onze data verzamelen. Om via een focusgroeponderzoek relevante data en conclusies te kunnen trekken, moet de methodologie van een focusgroep eerst grondig bekeken worden. :

Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Hoofdonderzoeker: Smeets Miek

Registratienummer: mp19285

Implementatie van de NT-proBNP POC test in de huisartsenpraktijk

Student(en): Isabelle Schaaps en Dorien Jacobs

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: multicentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond: Hartfalen is een aandoening met een grote impact op kwaliteit van leven, morbiditeit en mortaliteit die zeker bij ouderen een hoge prevalentie kent (17,4% bij 85-plussers).[1] Patiënten presenteren zich initieel doorgaans in de huisartspraktijk. Vroegtijdig stellen van de diagnose hartfalen, bevordert vroegtijdig starten van behandeling. Bij patiënten met een gedaalde ejectiefractie heeft deze behandeling een gunstig effect op (re)hospitalisaties en mortaliteit.[2] Devroey et al toonde echter dat in de Belgische huisartspraktijk 77% van de patiënten met hartfalen zich op het moment van diagnose al in stadium NYHA III of IV bevindt.[3] Huisartsen hebben nood aan ondersteuning bij het stellen van de diagnose hartfalen.[4]Alle (inter)nationale richtlijnen bevelen bepaling van natriuretische peptides (BNP, NTproBNP) aan volgend op een anamnestisch en klinisch vermoeden van hartfalen.[2, 5, 6] NTproBNP is een cardiaal neurohormoon dat door de ventrikels van het hart, meer bepaald door de myocyten, wordt gesecreteerd wanneer deze een volume- en/of druktoename

waarnemen. Een niet-afwijkende waarde van NT-proBNP heeft een grote negatieve voorspellende waarde van 92-99%. NT-proBNP kan bepaald worden als labo test of als POC test. NT-proBNP als POC test in de huisartspraktijk bevordert het stellen van een correcte diagnose bij patiënten met hartfalen.[7]Volgens een Nederlandse studie door Oosterhuis et al zijn de twee meest voorkomende redenen om NT-proBNP in de huisartsenpraktijk te bepalen het volgen van nascholing en het bekijken van de richtlijnen. De redenen om NT-proBNP niet te bepalen zijn dat het klinisch beeld al duidelijk was of de patiënt al doorverwezen was, de onvoldoende kennis over de test of van mening dat de test weinig diagnostische waarde heeft. [8] Een NT-proBNP point-of-care test zou een huisarts de mogelijkheid kunnen aanbieden om deze waarde reeds in zijn praktijk te bepalen.

Methodologie: In 8 Vlaamse huisartspraktijken (4 regio Limburg, 4 regio Leuven) werd de OSCAR-HF pilootstudie opgezet. Deze studie werd opgezet door onze co-promotor Dr. Smeets en verkreeg reeds de toestemming van de ethische commissie, zie referentienummer B32201630391/S59579 met als titel: Implementation of a multifaceted intervention to optimize care for heart failure patients in primary care. De interventie in deze studie bestaat uit het uitvoeren van een audit over hartfalen met feedback, aanbieden van een NT-proBNP POC test (Cobash232, Roche Diagnostics, Zwitserland ®) en ondersteuning door een hartfalen verpleegkundige.De studie is gestart in de eerste praktijk op 1/1/2017. Praktijken stromen gradueel in. Laatste praktijk start op 15/05/2017. De looptijd van de studie is 6 maanden. Deze studie heeft als belangrijkste doel het evalueren van de haalbaarheid van de implementatie van een complexe interventie in de huisartspraktijk. Een belangri jke uitkomstmaat hierbij zijn de ervaringen van de deelnemende huisartsen m.b.t. de complexe interventie.In dat kader zullen in de 8 Vlaamse huisartspraktijken na afloop van de studie focusgroep interviews georganiseerd worden (per praktijk één) om de ervaringen van de deelnemende praktijken in kaart te brengen. Alle artsen van elke deelnemende praktijk zullen per mail uitgenodigd worden om deel te nemen. Er zal gestreefd worden naar maximale participatie binnen elke praktijk. Er werd gekozen voor focusgroep-interviews omdat deze geschikt zijn om ervaringen en percepties van de deelnemers te onderzoeken. Doordat het een groepsinterview is, is er ook interactie mogelijk tussen de deelnemers wat verschillen of net overeenkomsten in visie aan het licht kan brengen en wat de informatie rijker maakt dan individuele interviews. Twee afzonderlijke onderzoeksvragen zullen tijdens deze focusgroepen behandeld worden. Dit Manamaproject behandelt de ervaringen van de deelnemende huisartsen m.b.t. het gebruik van de NT-proBNP POC test. Het Manamaproject van Dorien Jacobs behandelt de ervaringen van de deelnemende huisartsen m.b.t. ondersteuning door de HF verpleegkundige. De vier focusgroepen in regio Limburg zullen geleid worden door mezelf, Isabelle Schaaps, met Dorien Jacobs als observator. De vier focusgroepen in regio Leuven zullen geleid worden door Dorien Jacobs met mezelf als observator. Voorafgaand aan de focusgroepen zal een topic guide worden opgesteld op basis van de literatuur, in overleg met experten. Om ervaring te verkrijgen met het leiden van een focusgroep zal een proef focusgroep plaatsvinden in een praktijk die ervaring heeft met het gebruiken van de NT-proBNP POC test. Op basis van deze proef kan ook de topic guide verder verfijnd worden. Anonimiteit van de deelnemers is steeds verzekerd. Geïnformeerde toestemming zal gevraagd worden aan alle artsen voorafgaand aan de studie start. De

focusgroepen zullen opge nomen worden op bandrecorder en videocamera om ook nietverbale reacties te registreren. Alle focusgroepen zullen worden uitgeschreven aan de hand van de bandrecorder door de twee onderzoekers aangevuld met de niet-verbale reacties (Isabelle Schaaps, Dorien Jacobs). De resultaten van de focusgroepen zullen geanalyseerd worden via thematische analyse m.b.v. NVIVO onafhankelijk door de twee onderzoekers (Isabelle Schaaps en Dorien Jacobs) bijgestaan in elke fase van de analyse door copromotor Miek Smeets en promotor Bert Vaes. Zo zal getracht worden tot onderzoekerstriangulatie te komen

Referenties:

1. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. Eur Heart J 2004,25:1614-1619.

2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail 2016,18:891-975.

3. Devroey D, Van C, V. The incidence and first-year mortality of heart failure in Belgium: a 2-year nationwide prospective registration. Int. J Clin. Pract 2010,64:330-335.

4. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, G Ps' perceptions: a qualitative evidence synthesis. BMJ Open 2016,6:e013459.

5. Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, van Lieshout J, PGH J, Walma. NHG-standaard Hartfalen. Huisarts Wet 2010,53:368-389.

6. P VR, S B, P C, G D, M G, P K, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Chronisch hartfalen. Huisarts Nu 2011,40:158-186.

7. Tomonaga Y, Gutzwiller F, Luscher TF, Riesen WF, Hug M, Diemand A, et al. Diagnostic accuracy of point-of-care testing for acute coronary syndromes, heart failure and thromboembolic events in primary care: a cluster-randomised controlled trial. BMC. Fam. Pract 2011,12:12.

8. Oosterhuis W, 2009, Bepaling van N-terminaal pro-BNP bij hartdalen: van NHGstandaard naar praktijk. Huisarts Wet 2009.53: 434-438.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

Promotor: Bert Vaes (bert.vaes@kuleuven.be - u0087897 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Hoofdonderzoeker: miek smeets

Registratienummer: mp18913

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Inzetten van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Inzetten van een hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Goedgekeurd 9/6/2017 obv aanvraag mp18913

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 5: COREQ-Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	1
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	28
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	N/A
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Bijlage 1
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	N/A
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	6-7
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	6-7
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	6-7
Sample size	12	How many participants were in the study?	8
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	8
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	N/A
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	8
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Bijlage 2
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Bijlage 1
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	6-7
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	6-7
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	7
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	28
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	6-7
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	6-7
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	6-7
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	8-23
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	24-27
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	8-23
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	8-23

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.