KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Cardiovasculair risicomanagement: gedeelde zorg huisarts en specialist: stand van zaken in de praktijk versus de optimale situatie

Sanne Bertels

Promotor: Prof. Dr. Goderis Geert, MD, PhD

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Huisarts in opleiding: Sanne Bertels, KULeuven, sannebertels@gmail.com
Promotor: Dr. Geert Goderis
Praktijkopleider: Dr. Marleen Henau

Inleiding: Transmurale zorg vormt een interessant domein voor toekomstig onderzoek. Hoewel de behandelingsmethoden in de cardiovasculaire geneeskunde vooruitgang hebben geboekt in de laatste jaren, blijft de mortaliteit ten gevolge van hart en vaatziekten hoog. Behandelingsdoelen worden te vaak niet gehaald en primaire preventie blijft een groot aandachtspunt. Er bestaat in de huidige literatuur consensus over het idee dat cardiovasculaire preventie door zijn complexiteit best verloopt in het kader van een georganiseerde transmurale zorg. Het doel van dit thesisproject is de samenwerking i.v.m. cardiovasculair risicomanagement in de praktijk te verkennen, eventuele knelpunten te identificeren en zicht te krijgen op de ideeën van de betrokken artsen en patiënten.

Onderzoeksvragen: Wat is de visie van de artsen in de tweede lijn over transmurale zorg? Is er ruimte voor de verdere uitwerking van zorgpaden i.v.m. cardiovasculair risicomanagement? Kunnen er in onze regio knelpunten worden geïdentificeerd? Hoe verloopt het risicomanagement op dit moment en hoe ervaren de patiënten de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?

Methode: Over een periode van een maand werden in 2015 6 semigestructureerde interviews afgenomen. 3 interviews werden afgenomen bij focusgroepen met patiënten en 3 interviews bij artsen actief in een tweede lijnziekenhuis. Deze artsen waren ofwel verbonden aan het ZOL te Genk ofwel aan het Jessaziekenhuis te Hasselt. De patiënten werden ingedeeld in een focusgroep van 3 personen met een voorgeschiedenis van coronair lijden, een focusgroep met 3 patiënten met diabetes mellitus type 1 of type 2 en een focusgroep met 2 patiënten met in de voorgeschiedenis een TIA of een CVA. Bij de artsen uit de tweede lijn werd een interview uitgevoerd met een neuroloog gespecialiseerd in beroertezorg, een interview met een endocrinoloog en een interview met een cardioloog in aanwezigheid van 5 assist-specialisten in opleiding. Deze interviews werden opgenomen met een audiorecorder. Als methode voor de analyse van de kwalitatieve gegevens werd vervolgens de constant comparative methode gebruikt.

Resultaten: De gemaakte opnames konden worden verwerkt tot 70 citaten uit de interviews met de patiënten en 47 citaten uit de interviews met de artsen uit de tweede lijn. Aan de hand van de constant comparative methode werden deze citaten verder ingedeeld per categorie en per thema. Hierdoor konden uit de verzamelde gegevens 3 stellingen worden geformuleerd met betrekking tot de patiëntengroepen en 4 stellingen met betrekking tot de samenwerking met de tweede lijn. Uit de analyse van de uitgevoerde interviews blijkt dat de samenwerking tussen de huisarts en de tweede lijn vandaag niet altijd optimaal verloopt en dat zelfs de verwijsbrieven nog vaak voor ergernis zorgen in de tweede lijn. In de beroertezorg wordt de samenwerking tussen eerste en tweede lijn als te beperkt ervaren en is er nood aan een uitgewerkt transmuraal zorgpad. Na de analyse van de interviews bij de patiënten wordt bevestigd dat zij een multidisciplinaire en persoonlijke aanpak als positief en motiverend ervaren.

Conclusie: Er kon door dit thesisproject een duidelijke nood aan georganiseerde transmurale zorg geïdentificeerd worden. Zowel in de literatuur als bij het uitgevoerde kwalitatief onderzoeksproject kwam dit naar voor. Uit het uitgevoerde kwalitatief onderzoek konden 7 verschillende stellingen worden geformuleerd. Zo bleek dat de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn niet steeds als optimaal wordt ervaren. Met name in de beroertezorg werd de expliciete vraag naar een transmuraal zorgpad en een betere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn gesteld. De begeleiding in de praktijk, en met name in de eerste lijn verloopt heterogeen en is afhankelijk van de expertise van de huisarts.

Inhoud

Inleiding....3
Oriënterend literatuuronderzoek....4
Richtlijnen....4
Zorgpaden....7
Ontwikkelen/valideren van transmurale zorgpaden....11
Cluster randomized trials....12
Gespecialiseerde databanken....13
Conclusie van het literatuuronderzoek....13
Onderzoeksmethodiek....14
Resultaten en bespreking....16
Discussie....20
Besluit....22
Referenties....24
Bijlagen....25

Inleiding

Cardiovasculaire aandoeningen blijven een belangrijk probleem in de moderne geneeskunde. Ze zijn in Europa nog steeds verantwoordelijk voor 42% van de overlijdens bij vrouwen jonger dan 75 jaar en voor 38% van de overlijdens bij mannen jonger dan 75 jaar. (1) De winst die de laatste decennia werd geboekt met betere behandelingsmethoden staat in sterk contrast met de stijging die gezien werd in de incidentie van obesitas en diabetes.(1) Cardiovasculair risicomanagement is dan ook een belangrijk deel van de job als huisarts en preventieve consulten zijn niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk. Ondanks de geleverde inspanningen slaagt men echter onvoldoende in het bereiken van de doelstellingen.(2) Zo bereiken bijvoorbeeld minder dan de helft van de patiënten met bevestigd coronair lijden hun behandelingsdoelen of leefstijladviezen.(1) Systematische screening naar bijvoorbeeld diabetes blijkt geen aantoonbaar effect te hebben op de overleving.(3) En een recente studie kon zelfs bij een individueel gericht interventieprogramma met screening naar het risico van ischemische hartziekte en een herhaalde leefstijlinterventie gedurende 5 jaar, geen effect aantonen op de incidentie van ischemische hartziekte, CVA of de mortaliteit na 10 jaar. (4) Nochtans weet men dat veranderingen in het dieet en rookstop wel degelijk een positief effect hebben op de mortaliteit.(1) Een duidelijke samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is dus onontbeerlijk en goede planmatige preventiestrategieën zijn te verkiezen boven ongecoördineerde routinematige onderzoeken. (2) Recente studies wijzen ook uit dat preventie beter werkt naargelang ze meer aansluit bij de internationale richtlijnen. (5) Alleen op deze manier kan men patiënten kwalitatief advies geven en begeleiden. En alleen zo maakt men kans op een succesvolle preventie.

Het doel van dit thesisproject is de samenwerking i.v.m. cardiovasculair risicomanagement in de praktijk te verkennen en eventuele knelpunten te identificeren. Dit trachten we te doen aan de hand van een literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek.

Oriënterend literatuuronderzoek

Opzoekvragen:

Hoe dient transmurale zorg i.v.m. cardiovasculair risicomanagement te verlopen? Bestaan er richtlijnen hierover? Bestaan er studies waarbij dit werd onderzocht?

In theorie zouden we de volgende PICO kunnen uitwerken:

P: persoon met een verhoogd cardiovasculair risico in primaire of secundaire preventie;
I: gestructureerd en gevalideerd transmuraal cardiovasculair risicomanagement;
C: parallel, klassiek cardiovasculair risicomanagement;
O: overleving van de patiënt.

Richtlijnen

Vooreerst werd er in de bestaande richtlijnen gezocht naar aanbevelingen over de samenwerking en de organisatie van cardiovasculair risicomanagement tussen de huisarts en de specialist.

Uit de *NHG standaard Cardiovasculair risicomanagement uit 2012 (6)* werden de volgende aanbevelingen i.v.m. verwijzing en samenwerking weerhouden:

Een verwijzing naar de tweede lijn wordt door de NHG standaard aangeraden bij patiënten met :
- Een hoog risico op HVZ en therapieresistente hypertensie die langer dan 6 maanden duurt bij patiënten jonger dan 65 jaar of bij patiënten van 65 jaar en ouder en een systolische bloeddruk boven 160 mmHg.
- Het vermoeden van secundaire hypertensie.
- Therapieresistente hypercholesterolemie gedurende langer dan een jaar bij een patiënt met een risico > 20% of bij verdenking op familiaire hypercholesterolemie.
- Een sterk belaste familieanamnese met plotse hartdood op jonge leeftijd.
- Vermoeden van een hypertensieve crisis.

Verder stelt deze richtlijn(6) dat voor een blijvend effect van de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling er een duidelijke follow-up dient te worden afgesproken. Het

controleschema wordt best individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen van de patiënt. Na instelling van de behandeling wordt een jaarlijkse evaluatie van de therapie aangeraden, waarbij tevens wordt nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel. Er wordt aangeraden bij elk contact te informeren naar de therapietrouw , zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, en daar bij de behandeling rekening mee te houden. Bij patiënten die roken is het belangrijk het stoppen met roken te bevorderen door hier regelmatig op terug te komen.
Samenwerking tussen patiënt, behandelend arts en andere (paramedische) behandelaars wordt aangeraden , echter zonder hierover verder in detail te treden.

Uit de *richtlijn globaal cardiovasculair risicobeheer van Domus medica uit 2007* (7) werden de volgende aanbevelingen weerhouden:
Op het vlak van de verwijzing van de patiënt komt deze richtlijn overeen met de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement. Verder stelt deze richtlijn dat er een structurele samenwerking moet zijn met de tweede (en derde) lijn op basis van gelijkwaardigheid en complementariteit en dat deze samenwerking het best gebaseerd wordt op **gevalideerde zorgpaden**.
Voor de begeleiding van patiënten met obesitas wordt er gesteld dat een verwijzing naar een diëtist(e) zinvol kan zijn. Bij hoog-risicopatiënten ook als er geen overgewicht is. Verder wordt er voor patiënten met een cardiovasculaire voorgeschiedenis een cardiologisch advies aangeraden voor er een intensief trainingsprogramma wordt opgestart.

Uit de richtlijn "*European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* (versie 2012)" (1) werden tenslotte de volgende adviezen weerhouden:

De combinatie van de kennis en vaardigheden van gezondheidswerkers uit verschillende disciplines geven de beste slaagkansen bij leefstijladvies in de vorm van gedragstherapeutische interventies. Cognitieve gedragstherapie vormt een belangrijk element bij het advies i.v.m. leefstijlveranderingen.

De huisarts is de sleutelfiguur om preventie i.v.m. HVZ op te starten en te coördineren. Hij /zij is vooral ook de persoon om lange-termijn-ondersteuning te bieden. Dit houdt in dat hij / zij verantwoordelijk is voor primaire preventie en het opsporen van HVZ, en voor het verzekeren van chronische zorg en follow-up.

De rol van de cardioloog wordt in deze richtlijn als volgt omschreven: hij staat in voor de ondersteuning van de huisarts bij onzekerheid over medicatie of bij contra-indicaties voor de geldende preventierichtlijnen. Verder is het de verantwoordelijkheid van de cardioloog om te waken over het advies bij het ontslag uit het ziekenhuis van een patiënt met een doorgemaakte HVZ.
Het is volgens deze richtlijn ook van het grootste belang dat bij ontslag uit het ziekenhuis de patiënt een gestructureerd programma wordt aangeboden, gebaseerd op de geldende aanbevelingen. Dit vormt de beste garantie voor een succesvolle therapie, die het dichtst aansluit bij de richtlijnen.

Hartrevalidatie in een gespecialiseerd centrum wordt door deze richtlijn aangeraden omdat deze centra de patiënt uitgebreid advies geven en herhaaldelijk benadrukken hoe belangrijk de voorgeschreven behandeling en leefstijladviezen zijn. Dit mondt uit in een verhoogde therapietrouw op lange termijn. Deze verhoogde therapietrouw resulteert in een lager risico op een recidief van HVZ.

Genoemde richtlijn (1) ondersteunt tenslotte ook zelfhulpgroepen omdat zij niet alleen de onafhankelijkheid van de patiënt verhogen, maar ook de kwaliteit van leven.

Al de aangehaalde richtlijnen (1,6,7) zijn het er over eens dat voor primaire risico-inschatting het gebruik van de SCORE-tabel de meest geschikte methode is. Een patiënt wordt bij voorkeur onderworpen aan een risico-inschatting als:
- Hij of zij hier zelf om vraagt.
- Hij of zij een of meer risicofactoren heeft zoals roken, overgewicht of hyperlipidemie.
- Hij of zij een familiale voorgeschiedenis heeft van hart- of vaatziekten op jonge leeftijd.
- Hij of zij symptomen vertoont van hart- of vaatziekten.

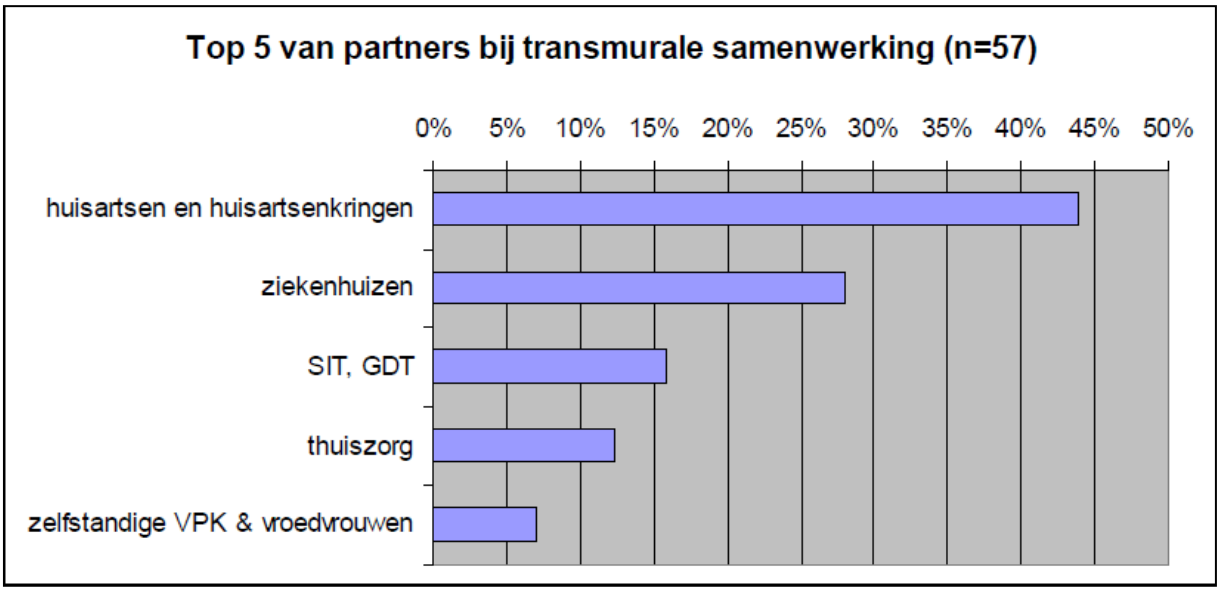
Hierdoor krijgt de individuele patiënt een inschatting van zijn of haar risico om binnen de tien jaar te overlijden aan een hart- of vaatziekte. De patiënten worden aldus ingeschat als hoog-, matig- of laag-risico-patiënten, met als respectievelijke risico's >10%, 5-9% en 0-4%. Met behulp van deze risico-inschatting wordt vervolgens een persoonlijk preventie- en behandelingsplan opgesteld.
Uit studies blijkt dat veel artsen deze SCORE-tabel niet gebruiken, maar eerder op basis van hun ervaring te werk gaan. Dit brengt echter met zich mee dat er een onderschatting van het risico op HVZ ontstaat.
Doordat de SCORE-tabel een relatief korte termijnrisico aangeeft zullen langetermijnrisico's onderschat worden. Voor jonge personen kan het dus nuttig zijn om een relatief risico te berekenen.

Voor een risico-inschatting bij patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van HVZ geldt de SCORE-tabel niet, zij hebben steeds een sterk verhoogd risico en dienen behandeld te worden aan de hand van de respectievelijke secundaire preventierichtlijnen.

Zorgpaden

Vervolgens werd bij een zoekopdracht in Google en Google Scholar met als zoekterm "zorgpaden Vlaanderen" volgend rapport als relevant weerhouden:
"*Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen*" Eindrapport november 2009 in opdracht van: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (8) Dit rapport geeft een waardevol overzicht van de stand van zaken wat betreft zorgpaden in Vlaanderen. Verder geeft het ook een grondige uiteenzetting van de nodige wetenschappelijke basis achter deze zorgpaden.

In dit rapport wordt "transmuraal" omschreven als "meer dan 1 partner betrokken bij het project waarvan minstens 1 partner een instelling betreft en minstens 1 partner zich situeert in de eerstelijnszorg". Uit het onderzoek beschreven in dit rapport is gebleken dat de huisarts de nummer een partner is voor transmurale samenwerking.

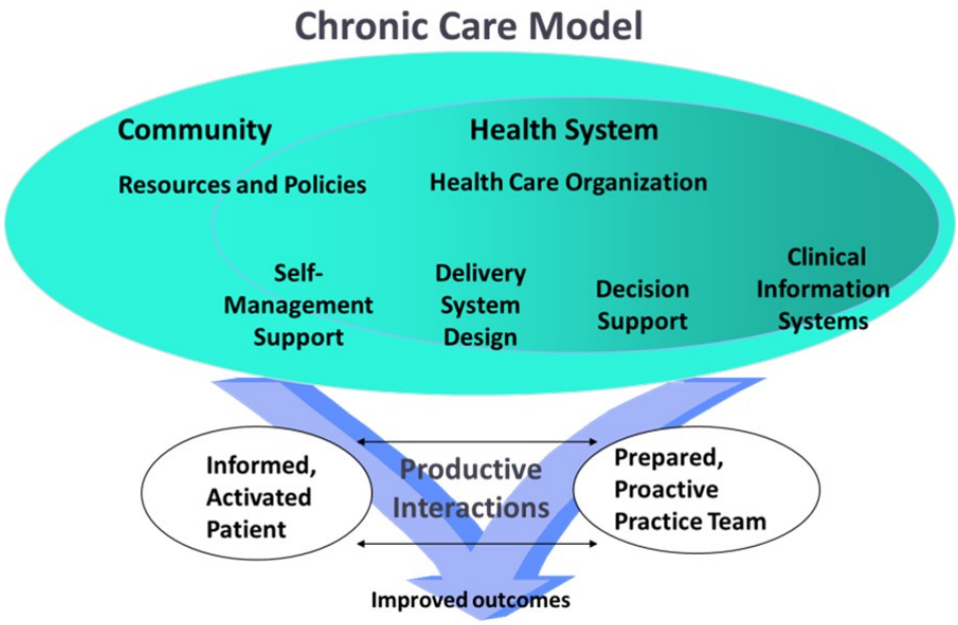


Figuur 1. Staafdiagram van de top 5 van de meest vernoemde partners bij transmurale samenwerking. (8)

Volgens deze onderzoekers is het duidelijk dat transmurale zorg best gebaseerd wordt op de bestaande conceptuele modellen: “Een groot deel van de chronische zorg speelde zich af in de 1ste lijn en diende anders georganiseerd & benaderd te worden dan acute zorg. Het Chronic Care Model biedt hiertoe een oplossing. Het is een conceptueel model , gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en expertise, dat de bouwstenen van hoog kwalitatieve chronische zorg omschrijft.”

Het Chronic Care Model (CCM) (9) dat Edward H. Wagner in 1998 ontwikkelde bestaat uit zes componenten:

- Community resources en policies (lokale ondersteuning);
- Health care organisation of health system (organisatie van de gezondheidszorg);
- Self management support (patiëntondersteuning);
- Delivery system design (organisatie van het zorgproces);
- Decision support (beslissingsondersteuning);
- Clinical information system (klinische informatiesystemen).



Figuur 2. Het Chronic Care Model (9)

Later werd dit model herwerkt tot het Innovative Care for Chronic Conditions Model (ICCC). (10)
Dit model stelt dat er voor een goed georganiseerde chronische zorg rekening moet gehouden worden met drie niveaus:

- het microniveau, nl. de patiënt en zijn familie;
- het mesoniveau, nl. de medische teams en de gemeenschapspartners;
- het macroniveau, nl. de gemeenschap en het beleid.

Er wordt hier meer nadruk gelegd op het feit dat patiënten en hun families volwaardige partners zijn. Ook zijn patiënten in dit model niet alleen geïnformeerd en geactiveerd, maar tevens ook voorbereid. Bovendien wordt meer de nadruk gelegd op preventie meer geaccentueerd.

Verder geeft het rapport (8) ons ook de definitie van een zorgpad gebaseerd op de definitie van EPA (European Pathway Association), vertaald naar het Nederlands:
"Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader."
De eigenschappen van een zorgpad zijn:

a) een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en patiëntverwachtingen en kenmerken;
b) het faciliteren van de communicatie tussen teamleden en patiënten en hun familie;
c) het coördineren van het zorgproces door het afstellen van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;
d) het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten; en
e) het identificeren van de verantwoorde middelen.

Het streefdoel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren door het vervolmaken van "risk-adjusted" resultaten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik." (Vanhaecht, De Witte, Sermeus, 2007)

Hierin kan men duidelijk de invloeden van het Chronic Care Model en en het ICCC model herkennen. Merk ook op dat de nood aan coördinatie tussen de verschillende partners en multidisciplinaire teams impliceert dat zorgpaden lokaal ontwikkeld en verankerd dienen te worden. Als huisarts zullen we hier dus een actieve rol in moeten opnemen. Belangrijk hierbij is ook de vermelding "kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen". De invulling hiervan bepaalt het al

dan niet transmurale karakter van een zorgpad. Zo waren er in 2009 90 zorgpaden in Vlaanderen, waarvan er echter slechts 34 een duidelijk transmuraal karakter hadden. (8) Het succes van een uitgewerkt zorgpad zal steeds afhankelijk zijn van zijn integratie op micro- en mesoniveau. En dit niet op een bepaald moment in de zorg, maar dag in dag uit, als een zorgcontinuüm: bij de patiënten thuis, in de huisartsenpraktijk, in de tweede lijn en in de ziekenhuizen waar de patiënten zorg aangeboden krijgen. Het macroniveau kan enkel faciliteren en het juiste kader scheppen.

Wat met Evidence Based Medicine ?

Het besproken rapport(8) stelt dat een zorgpad evidence-based is , naarmate het zorgpad meer gebaseerd is op goed onderbouwde wetenschappelijke literatuur en wanneer zij voldoet aan twee kenmerken:

1) Een explicitering van een aantal sleutelinterventies, waarbij zowel de selectie als de inhoud gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie. De inhoud wordt dan ondersteund door EB-richtlijnen.

2) Een opvolging van het effect van het klinisch pad op basis van een selectie van EB-indicatoren.

Hoe worden zorgpaden wetenschappelijk opgevolgd/gevalideerd?

Het is onmogelijk om binnen eenzelfde organisatie patiënten te randomiseren in een zorgpad en niet- zorgpadgroep, zoals dit wel mogelijk is met individuele interventies. Dit betekent dat het meest optimale design een **cluster randomized trial** is, waarbij geen patiënten maar organisaties worden gerandomiseerd. Dit vraagt per definitie multicenter-studies, hetgeen studies met een grote omvang betreft.

Een alternatief is het pre-posttestdesign, hetwelk echter gevaren inhoudt van selectiebias en historie-effecten. (De natuurlijke evolutie in de zorg die ook los van de zorgpaden plaatsvindt.)

Deze voor mij nieuwe inzichten leidden tot twee nieuwe zoekvragen:

- Welk kader bestaat er op dit moment voor het ontwikkelen/valideren van transmurale zorgpaden in Vlaanderen?
- Bestaan er cluster randomized trials over transmurale zorgpaden met betrekking tot cardiovasculair risicomanagement?

Ontwikkelen/valideren van transmurale zorgpaden

Het 7-fasenmodel (11)

Onder leiding van het wetenschappelijk team van het Netwerk Klinische Paden-KULeuven, in samenwerking met stafmedewerkers en directieleden van de betrokken organisaties uit België en Nederland, werd in 2009 het 7-fasenmodel ontwikkeld. Dit model dient als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad en werd vanuit het toen internationaal gebruikte 30-stappenplan herwerkt. In feite is dit geïnspireerd op de Deming-cyclus, beter bekend als de „plan-do-study-act"-cyclus.

Het 7-fasenmodel bestaat uit:
- screeningsfase;
- projectmanagementfase;
- diagnosestellings- en objectiveringsfase;
- ontwikkelingsfase van het zorgpad;
- implementatiefase van het zorgpad;
- evaluatiefase van het zorgpad;
- continue-opvolgingsfase.

Om de stand van zaken omtrent het ontwikkelen en valideren van transmurale zorgpaden i.v.m. cardiovasculair risicomanagement in Vlaanderen te onderzoeken werd er ook in de databank van het Federaal Kenniscentrum voor Geneeskunde gezocht naar publicaties binnen het domein van hart- en vaatziekten. Hierbij werd uit de twintig publicaties uit dit domein het volgend rapport als relevant weerhouden:

- De Laet C, Van den Heede K, Mertens R . *Algemeen kader voor een multidisciplinair kwaliteitshandboek voor cardiale netwerken*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 213A. D/2013/10.273/92. (12)

Dit rapport betreft een consensusmodel op basis van reeds bestaande zorgprogramma's en een expertenpanel. Echter bij het lezen van het rapport wordt duidelijk dat, hoewel de samenwerking met de eerste lijn duidelijk wordt vermeld, het transmurale karakter weinig aan bod komt. Dit rapport, dat ook de vermelde plan-do-check-act cyclus als basis voor het ontwikkelingsproces aanneemt, vormt dus een goede basis voor het ontwikkelen van de cardiale zorpaden vanuit de

tweede lijn. Het blijft echter de vraag in welke mate de tweede lijn-centra de eerste lijn en met name de huisartsgeneeskunde hierbij zullen betrekken.

Cluster randomized trials

Om cluster randomized trials te identificeren werden er in de Cochrane library de volgende zoekacties uitgevoerd:

"cardiovascular clinical pathway" met de limits op Trials
Deze zoekactie gaf 175 resultaten waarvan er een werd weerhouden met als criteria het onderwerp en het studiedesign , respectievelijk cardiovasculair risicomanagement, en cluster randomized trials:

- " Rational and design of a stepped-wedge cluster randomized trial evaluating quality improvement initiative for reducing cardiovascular events among patients with acute coronary syndromes in resource-constrained hospitals in China." Li S , Wu Y , Du X and CPACS-3 investigators ; American heart journal, 2015, 169(3), 349; Publication Year: 2015.

Dit studiedesign lijkt veelbelovend, echter de studie zelf moet nog worden uitgevoerd.

Dezelfde zoekactie met "cardiovascular care pathway" gaf geen toegevoegde waarde

In de zoekrobot Pubmed werden de volgende zoekacties uitgevoerd:
"cardiovascular clinical pathway" met de limits op Clinical trial, 10 years en Humans.
Deze zoekactie gaf 207 resultaten waarvan er een weerhouden werd aan de hand van dezelfde criteria, nl. het onderwerp en het studiedesign , respectievelijk cardiovasculair risicomanagement, en cluster randomized trials:

- Rationale and design of a cluster-randomized multifaceted intervention trial to improve stroke care quality in China: The GOLDEN BRIDGE-Acute Ischemic Stroke.; Wang Y, Li Z, Xian Y, Zhao X, Li H, Shen H, Wang C, Liu L, Wang C, Pan Y, Wang D, Prvu Bettger J, Fonarow GC, Schwamm LH, Smith SC Jr, Peterson ED, Wang Y; GOLDEN BRIDGE–AIS investigators.; Am Heart J. 2015 Jun;169(6):767-774

Dit studiedesign lijkt tevens veelbelovend, echter de studie zelf moet ook nog worden uitgevoerd.

Dezelfde zoekactie met "cardiovascular care pathway" gaf ook hier geen meerwaarde.

Gespecialiseerde databanken

De database van het Netwerk Klinische Paden werd doorzocht. Er konden echter geen relevante publicaties i.v.m. transmuraal cardiovasculair risicomanagement worden weerhouden.

Ook in de database van het International journal of care pathways werden geen studies i.v.m. transmuraal cardiovasculair risicomanagement weerhouden. De uitgevoerde zoekopdrachten waren: “Cardiovascular” , “ risc management” , “ Stroke” en “ MI”

Conclusie van het literatuuronderzoek

De wetenschappelijke modellen en methoden voor het ontwikkelen van transmurale zorgpaden i.v.m. cardiovasculair risicomanagement zijn beschikbaar.(9-12) Er werden door mij echter geen publicaties geïdentificeerd die uitgewerkte studies hieromtrent beschreven. De eerstvolgende stap is met andere woorden de screeningsfase.(11) Het is nu aan de eerste lijn en met name de huisartsen om hierin initiatief te nemen en de plaats van coördinerend gezondheidswerker op te nemen.
In afwachting hiervan is men aangewezen op de bestaande richtlijnen over de specifieke interventies en persoonlijke expertise.(1,6,7)

Onderzoeksmethodiek

Onderzoeksvragen:

- Kunnen er in onze regio knelpunten worden geïdentificeerd?
- Wat is de visie van de artsen in de tweede lijn over transmurale zorg?
- Is er ruimte voor de verdere uitwerking van zorgpaden i.v.m. cardiovasculair risicomanagement?
- Hoe verloopt het risicomanagement op dit moment en hoe ervaren de patiënten de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?

Als methode voor het onderzoek werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van semigestructureerde interviews. De interviews werden verspreid over de periode van een maand afgenomen bij verschillende focusgroepen. De focusgroepen werden samengesteld uit collega artsen uit de 2e lijn enerzijds, en patiënten in primaire of secundaire preventie anderzijds.

De selectiecriteria voor de collega's artsen uit de tweede lijn waren de volgende:

- Verbonden zijn met een tweedelijnscentrum waar onze opleidingspraktijk frequent mee samenwerkt, met name het ZOL te Genk of het Jessaziekenhuis te Hasselt.
- Actief zijn met als specialisatie endocrinologie, cardiologie of neurologie en affiniteit hebben met de problematiek van cardiovasculair risicomanagement.

Er werd per discipline zowel via mail als via telefonisch contact geïnformeerd naar de bereidheid voor een deelname aan het onderzoek. Uiteindelijk konden drie interviews worden afgenomen bij collega's uit de tweede lijn: een interview bij een endocrinoloog, een interview bij een cardioloog in aanwezigheid van 5 assist-specialisten in opleiding en een interview bij een neuroloog gespecialiseerd in cerebrovasculaire pathologie. Deze interviews vonden plaats in de tweedelijnscentra van de respectieve artsen.

De patiëntengroepen werden aan de hand van volgende selectiecriteria samengesteld uit de patiënten van onze praktijk (enkel patiënten met een GMD of regelmatige contacten) :

Voor de focusgroep met diabetespatiënten:

- diabetes mellitus type 1 of 2 patiënt zijn;
- tevens opgevolgd worden in de tweede lijn;

- nog geen cardiovasculair event hebben meegemaakt, met andere woorden enkel in primaire preventie.

Voor de focusgroep met patiënten met een cardiale voorgeschiedenis:

- een coronair cardiovasculair event in de voorgeschiedenis hebben, met name een hartinfarct of een kritische stenose waarvoor een PTCA of een CABG werd uitgevoerd;
- geen hartfalen hebben;
- geen CVA hebben gehad.

Voor de focusgroep met patiënten met een cerebrovasculaire voorgeschiedenis:

- een CVA of een TIA in de voorgeschiedenis hebben;
- geen verlies van cognitief/communicatief vermogen hebben;
- geen myocardinfarct in de voorgeschiedenis hebben.

De patiënten werden via telefonisch contact of tijdens een persoonlijke ontmoeting gerekruteerd. Uiteindelijk konden er tevens drie interviews plaatsvinden. Een groepje met 3 diabetespatiënten, een groepje met 2 CVA/ TIA patiënten en een groepje met 3 patiënten met een cardiale vasculaire voorgeschiedenis. Deze interviews vonden plaats in onze praktijk. Saturatie werd bereikt.

De semigestructureerde interviews werden uitgevoerd met als leidraad vragen rond de thema's verwijzing, communicatie, opvolging, kwaliteit van zorg, preventie, en de patiënt zelf. (bijlage 1 en 2) Al de uitgevoerde interviews werden opgenomen met een audiorecorder om een grondige analyse en eventuele controle achteraf te verzekeren.

Nadien werden de interviews geanalyseerd aan de hand van constant comparative analysis. Hierbij werden de uitgevoerde interviews herwerkt tot quotes. Deze quotes werden vervolgens gegroepeerd per categorie en per thema. Hieruit werden nadien stellingen geformuleerd.

Resultaten en bespreking

Uit de uitgevoerde interviews bij de drie patiëntengroepen konden 70 citaten worden weerhouden. (zie bijlage 3, 4, 5)

Thema	**Categorie**	**Citaten**
opvolging en begeleiding van de patiënten	frequentie van de opvolgingsconsulten, duidelijkheid van de behandelingsdoelen	"Ik ga ieder jaar op controle en volg dan mijn cholesterolwaarden mee op." "Vroeger werd ik in het ziekenhuis opgevolgd, maar sinds kort verloopt dit via de huisarts, ik ben hier tevreden van maar er zit minder regelmaat in." "Een schematisch overzicht van de behandelingsdoelen zou een extra hulp zijn. "
motiveren van de patiënten	welke motivatietactiek werkt het beste, waardoor lukken leefstijladviezen	"De persoonlijke aanpak van de mensen die mij begeleidden gaf mij extra motivatie." "Mijn kinderen motiveren mij om meer te bewegen. Bijvoorbeeld door samen te gaan fietsen." "Naar een diëtiste gaan helpt. Het feit dat Iemand mee kijkt en mij raad geeft motiveert mij."

primaire preventie en risicobeleving van patiënten	volledigheid van preventieve informatie, waarde van een preventief advies, leefstijladvies in primaire preventie, risicobesef	"Ik vind dat ik voldoende op de hoogte was van de risico's die ik met mijn leefstijl liep,...." "Voor mijn diagnose besefte ik niet welke gezondheidsrisico's ik liep."

Tabel 1. Overzicht van de citaten uit de 3 patiëntengroepen, ingedeeld per categorie en per thema.

Na analyse en indeling per categorie en thema konden de volgende stellingen worden geformuleerd:

1. De opvolging van de patiënten in primaire en secundaire preventie in de onderzochte huisartsenpraktijk verloopt heterogeen. Ook is de opvolging afhankelijk van zowel de persoonlijke inschatting en expertise van de behandelende arts als de discipline van de patiënt. Een schematisch overzicht zoals we bijvoorbeeld kennen in de diabeteszorg kan een meerwaarde bieden.
2. Het motiveren van patiënten zowel in primaire als in secundaire preventie gebeurt best multidisciplinair, en aangepast aan de persoonlijke situatie van de patiënt. De familie en onmiddellijke omgeving van de patiënt betrekken bij de motivatie geeft een extra stimulans aan de betrokken patiënt.
3. Het risicobesef van de patiënten in primaire preventie ligt waarschijnlijk lager dan de werkelijke risico's. Preventief advies dringt niet steeds door tot de patiënten.

Uit de uitgevoerde interviews bij de specialisten uit de tweede lijn werden 47 citaten weerhouden. (zie bijlage 6,7,8)

Thema	**Categorie**	**Citaten**
kwaliteit van de verwijsbrieven	verwijzing van eerste naar tweede lijn, volledigheid van de verwijsbrieven, informatie beschikbaar voor de artsen in de tweede lijn	"De inhoud van verwijsbrieven is vaak te beperkt. Dit is zeer vervelend. " "De kwaliteit van de verwijsbrieven die wij ontvangen is lager dan degene

		die we terugsturen naar de huisartsen." "Ik ben tevreden over de kwaliteit en de inhoud van de verwijsbrieven."
georganiseerde transmurale zorg	transmurale integratie van zorgpaden, verbeterpunten in de gestructureerde samenwerking	"Mogelijkheid van tele-monitoring i.v.m. met glycemie in samenwerking met de huisarts in de toekomst kan interessant zijn." "De samenwerking moet gedetailleerd uitgewerkt worden in de vorm van een zorgpad, met in detail beschreven wat een huisarts dient te doen bij het vermoeden van een CVA." "Bij het testen van een systeem met telemonitoring i.v.m. hartfalen,… hebben we gemerkt dat dit bij sommige huisartsen heel goed verliep. Andere huisartsen lieten dit links liggen."
telefonisch contact tussen de eerste en de tweede lijn	organisatie van de telefonische contacten, meerwaarde van de telefonische contacten	"Telefonisch contact met een huisarts is een meerwaarde, zowel van huisarts naar specialist als omgekeerd. Huisartsen kennen de leefwereld van en de patiënten anders." "Wij hebben een artsenlijn waardoor de drempel om ons te contacteren heel laag ligt, de cardioloog contacteert nadien de

		huisarts."
eHealth	verwachtingen rond eHealth, vereisten van een digitaal communicatiekanaal	"eHealth klinkt interessant, maar een gemeenschappelijk dossier met alle laatste onderzoeken en resultaten zou in de praktijk veel beter zijn,…" "Een elektronisch systeem waarin staat welke medicatie een patiënt voorgeschreven krijgt zou heel handig zijn."

Tabel 2. Overzicht van de citaten uit de 3 interviews ingedeeld per categorie en per thema.

Hieruit konden na indeling per categorie en per thema, de volgende 4 stellingen geformuleerd worden:

1. De kwaliteit van de verwijsbrieven die artsen uit de tweede lijn krijgen bij een verwijzing via een huisarts is heterogeen, maar vaak slecht . De antecedenten, de reden van de verwijzing maar vooral de actuele medicatie zijn te vaak niet correct of afwezig.
2. Georganiseerde transmurale zorg dient nog meer zijn intrede te doen, zeker in de beroertezorg is hier een expliciete vraag naar. De implementatie en het succes hiervan is echter afhankelijk van de medewerking van de huisartsen in de regio.
3. Telefonische contacten worden als een duidelijke meerwaarde ervaren door artsen in de tweede lijn, ze gebeuren bij voorkeur op een georganiseerde manier zodat de belasting beperkt wordt.
4. EHealth biedt mogelijk een meerwaarde aan de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn. Een systeem waarin alle recente onderzoeken en medicatievoorschriften digitaal beschikbaar zijn verdient echter de voorkeur bij artsen uit de tweede lijn.

Discussie

Geschiktheid van de gebruikte methode

De gebruikte kwalitatieve onderzoeksmethode was zeer geschikt om het terrein en de mening van de verschillende partners te verkennen. Dit leverde enkele duidelijke stellingen op. Hoewel niet alle onderzoeksvragen konden worden beantwoord kunnen we toch spreken van een geslaagd onderzoek. Er ontwikkelden zich ook stellingen die aanvankelijk niet in de onderzoeksvraag stonden, hetgeen kenmerkend is voor kwalitatieve onderzoeken.

Generaliseerbaarheid

De vraag bij een kwalitatief onderzoek is uiteraard of de conclusies kunnen worden gegeneraliseerd. Omwille van het lokale karakter van georganiseerde zorg zullen met name de aspecten i. v. m. de lokale organisatie van de transmurale zorg mogelijk niet kunnen worden gegeneraliseerd naar een nationale of internationale situatie.

Reproduceerbaarheid

Door het bundelen van de citaten uit de verschillende interviews in de verschillende bijlagen zou het voor de lezer mogelijk moeten zijn om tot dezelfde conclusies te komen. Er kunnen mogelijk nog bijkomende stellingen worden ontwikkeld vanuit de verzamelde gegevens, doch omwille van de vooropgestelde focus werden de voornoemde stellingen weerhouden voor deze thesis.

Toekomstig onderzoek

In dit onderzoek konden de volgende volgende potentiële projecten worden geïdentificeerd:
- Het ontwikkelen van een transmuraal zorgpad STROKE voor de regio's Genk en Hasselt.
- Het ontwikkelen van een transmuraal zorgpad myocardinfarct voor de regio's Genk en Hasselt.

De resultaten van dit onderzoek geven ook aanleiding tot de volgende nieuwe onderzoeksvragen:
- Wat kunnen we te weten komen over de risicobeleving van patiënten? Welke communicatiestrategie is het meest geschikt om gezondheidsrisico's over te brengen?
- Wat is de toegevoegde waarde van het eHealth systeem?

Ook de aanvankelijk opgestelde PICO kon niet worden uitgewerkt en blijft open voor toekomstig onderzoek:

P: persoon met een verhoogd cardiovasculair risico in primaire of secundaire preventie;

I: gestructureerd en gevalideerd transmuraal cardiovasculair risicomanagement;

C: parallel, klassiek cardiovasculair risicomanagement;

O: overleving van de patiënt.

Besluit

Er kon door dit thesisproject een duidelijke nood aan het verder ontwikkelen van georganiseerde transmurale zorg geïdentificeerd worden. Zowel in de literatuur als bij het uitgevoerde kwalitatief onderzoeksproject kwam dit naar voor. Met name in de beroertezorg werd tijdens het interview de expliciete vraag naar een transmuraal zorgpad en een betere samenwerking met de eerste lijn gesteld. Uit het uitgevoerde kwalitatief onderzoek konden 7 stellingen worden geformuleerd:

1. De opvolging van de patiënten in primaire en secundaire preventie in de onderzochte huisartsenpraktijk verloopt heterogeen. Ook is de opvolging afhankelijk van zowel de persoonlijke inschatting en expertise van de behandelende arts als de discipline van de patiënt. Een schematisch overzicht zoals we bijvoorbeeld kennen in de diabeteszorg kan een meerwaarde bieden.
2. Het motiveren van patiënten zowel in primaire als in secundaire preventie gebeurt best multidisciplinair, en aangepast aan de persoonlijke situatie van de patiënt. De familie en onmiddellijke omgeving van de patiënt betrekken bij de motivatie geeft een extra stimulans aan de betrokken patiënt.
3. Het risicobesef van de patiënten in primaire preventie ligt waarschijnlijk lager dan de werkelijke risico's. Preventief advies dringt niet steeds door tot de patiënten.
4. De kwaliteit van de verwijsbrieven die artsen uit de tweede lijn krijgen bij een verwijzing via een huisarts is heterogeen, maar vaak slecht . De antecedenten, de reden van de verwijzing maar vooral de actuele medicatie zijn te vaak niet correct of afwezig.
5. Georganiseerde transmurale zorg dient nog meer zijn intrede te doen, zeker in de beroertezorg is hier een expliciete vraag naar. De implementatie en het succes hiervan is echter afhankelijk van de medewerking van de huisartsen in de regio.
6. Telefonische contacten worden als een duidelijke meerwaarde ervaren door artsen in de tweede lijn, ze gebeuren bij voorkeur op een georganiseerde manier zodat de belasting beperkt wordt.
7. EHealth biedt mogelijk een meerwaarde aan de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn. Een systeem waarin alle recente onderzoeken en medicatievoorschriften digitaal beschikbaar zijn verdient echter de voorkeur bij artsen uit de tweede lijn.

Referenties

1. Perk J, De Backer G , Gohlke H, et al. . European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal 2012, 33 : 1635–1701.
2. De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden Minerva 2011. Volume 10. Nr 10: Pagina 118 – 118
3. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised trial. Lancet 2012. 380:1741-8
4. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. BMJ 2014. 348:g3617
5. Dunkley AJ, Bodicoat DH, Greaves CJ, et al. Diabetes prevention in the real world: effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations. Diabetes Care 2014. 37:922-33.
6. Banga J D, van Dijk J L, van Dis I, et al. . Cardiovasculair risicomanagement (Tweede herziening). Huisarts Wet 2012, 55(1):14-28.
7. Boland B, Christiaens T, Goderis G, et al. . Globaal Cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu september 2007. 36(7): 339-369
8. Sermeus W, Vleugels A, Vanhaecht K, et al. . Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen Eindrapport november 2009
9. Wagner E G, Bodenheimer T, Grumbach K . Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002, 288 (14): 1775-1779.
10. Pruitt S , Annandale S , Epping-Jordan J .Innovative Care for Chronic conditions: building blocks for action. Geneve: World Health Organization 2002.
11. Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Lodewijckx C, Panella M, Vleugels A, Sermeus W. 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011
12. De Laet C, Van den Heede K, Mertens R . Algemeen kader voor een multidisciplinair kwaliteitshandboek voor cardiale netwerken. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 213A. D/2013/10.273/92.

Bijlagen

Bijlage 1: Leidraad bij de interviews uitgevoerd bij de patiënten.

Algemene openingsvragen

1. Hoe vinden jullie dat de samenwerking tussen de huisarts en de specialist verloopt?
2. Zijn er moeilijkheden voor jullie?
3. Hoe zou dit beter kunnen?

Thema Diagnose

1. Hoe verliep de diagnose van jullie aandoening, via eerste of tweede lijn?
2. Waren er moeilijkheden op dat moment?

Communicatie

1. Was de uitleg die jullie kregen duidelijk? / Voldoende?
2. Was de boodschap van de huisarts dezelfde als deze van de specialist?
3. Was de huisarts voldoende op de hoogte?
4. Was de specialist voldoende op de hoogte?
5. Wat vinden jullie van het idee om jullie medische gegevens in een systeem te zetten zodat al jullie dokters hier aankunnen?

Opvolging

1. Hoe verliep de opvolging na de diagnose?
2. Was het duidelijk wat er van jullie werd verwacht? Frequentie van consulten/levensstijl/medicatie?
3. Was de boodschap i.v.m. de opvolging van de huisarts en de specialist dezelfde?
4. Vinden jullie de opvolging voldoende?

Kwaliteit van zorg/ vertrouwen

1. Is er een verschil tussen het vertouwen in jullie specialist of in jullie huisarts?
2. Aan wie kunnen jullie vragen stellen als jullie vragen hebben?
3. Wat motiveert jullie het beste om de juiste levensstijl aan te houden?

Preventie

1. Was er achteraf gezien voldoende aandacht voor preventie voor de diagnose?

Bijlage 2 : Leidraad bij de interviews uitgevoerd bij de artsen uit de tweede lijn.

Algemene openingsvragen

1. Hoe vinden jullie dat de samenwerking en de verdeling van de zorg, voor de patiënt met een cardiovasculair risico, tussen de eerste en tweede lijn op dit moment verloopt?
2. Welke knelpunten herkennen jullie in de samenwerking?
3. Wat zou volgens jullie de samenwerking i.v.m. de zorg nog kunnen verbeteren?

Thema Verwijzing:

1. Komen de juiste patiënten bij jullie terecht? Wordt er te veel of te weinig verwezen volgens jullie?
2. Welke tekortkomingen herkennen jullie hierbij?
3. Wat zou de verwijzing kunnen verbeteren?

Thema Communicatie:

1. Hoe verloopt de communicatie tot nu toe?
2. Wat vinden jullie van de verwijsbrieven ? Structuur? Volledigheid?
3. Wat vinden jullie van het telefonisch contact met de eerste lijn? Is de eerste lijn goed bereikbaar? Vinden jullie telefonisch contact belastend?
4. Wat verwachten jullie van eHealth?

Thema Opvolging:

1. Hoe verloopt de samenwerking omtrent de opvolging?
2. Hoe kunnen we de opvolging verbeteren?
3. Wat met de opvolging van de behandelingsdoelen?
4. Moeten er meer zorgtrajecten of zorgpaden komen?

Thema Kwaliteit van zorg:

1. Er is nog marge in de aanpak van het cardiovasculair risico, wat vinden jullie van de inspanningen die er nu geleverd worden?
2. Hoe worden adviezen opgevolgd? Wordt er (te) vaak afgeweken van de doelstellingen? Voorkeur i.v.m. communicatie hierover?
3. Vinden jullie huisartsen voldoende opgeleid/ geïnformeerd?

Thema Patient

1. Zijn patiënten voldoende geïnformeerd over hun risico's? Kan dit beter in de 1^e lijn/ in de 2^e lijn?
2. Is een patiënt in staat een keuze te maken tussen een consult in 1^e of 2^e lijn?

Bijlage 3 : Citaten interview CVA/TIA patiënten.

1. “Ik had het gevoel dat zowel de huisarts als de specialist steeds op de hoogte was, verder merkte ik weinig van de samenwerking.”
2. “Bij mij verliep de diagnose vlot, de artsen hadden meteen door wat er aan de hand was.”
3. “Ik voelde mij ’s avonds niet zo goed en ben op de zetel gaan liggen, toen ik wakker werd merkte ik dat ik een verlamming had.”
4. “Ik ben zeer tevreden van het revalidatiecentrum waar ik achteraf geholpen ben. Voornamelijk door de goede zorgen van de verpleging en de kinesiste. “
5. “Het was in het revalidatiecentrum steeds duidelijk wat er van mij verwacht werd.”
6. “De persoonlijke aanpak van de mensen die mij begeleidden gaf mij extra motivatie.”
7. “Ik had een TIA en heb nadien geen revalidatie moeten volgen, ik ben nog eenmaal op controle moeten gaan en alles was toen in orde.”
8. “Ik kreeg leefstijladvies en het eetadvies volgen valt mee, maar voornamelijk het stoppen met roken is zeer moeilijk, ik heb dit al vaak geprobeerd.”
9. “Het feit dat mijn echtgenote ook rookt maakt het extra moeilijk om te stoppen.”
10. “Ik krijg veel steun van mijn echtgenote en ook de huisarts herhaalt vaak dat ik moet stoppen met roken maar toch lukt het mij niet om te stoppen.”
11. “Als ze een pakje sigaretten 100 euro zouden laten kosten zou ik gemakkelijker kunnen stoppen.” “Ook als de overheid het roken zou verbieden zou ik beter kunnen stoppen.”
12. “Ik ga ieder jaar op controle en volg dan mijn cholesterolwaarden mee op.”
13. “Ik ben voor een systeem waarbij mijn medische gegevens gedeeld worden onder artsen.”
14. “Patiënten zijn echter niet in staat zelf diagnosen te stellen en ik ben dan ook van mening dat het medisch dossier best wat afgeschermd wordt voor de patiënt zelf.”
15. “Patiënten zijn wel in staat een keuze te maken tussen een consult bij een specialist of bij een huisarts.”
16. “De preventie voor mijn TIA stelde niet veel voor, ik liet af en toe mijn bloed controleren.”
17. “Mogelijk was het nuttig geweest om meer aandacht aan preventie te geven, maar voor mij moest dat niet.”
18. “Ik vind dat ik voldoende op de hoogte was van de risico’s die ik met mijn leefstijl liep, na verloop van tijd wordt het ook vervelend om hier mee geconfronteerd te worden.”
19. “Ik vind wel dat er een systeem mag komen waarbij een patiënt meer moet betalen wanneer deze niet jaarlijks op controle gaat bij de dokter, net zoals bij de tandartsen.”
20. “Door de persoonlijkere band met de huisarts heb ik in hem meer vertrouwen.”

Bijlage 4: Citaten interview diabetespatiënten.

1. “Mijn eerste huisarts minimaliseerde mijn verhoogde glycemie, ik ben nadien dan ook veranderd van huisarts.”
2. “Ik kon 2 maanden eerder mijn diagnose gekend hebben.“
3. “Op een controle bij de CLB arts werd mijn diabetes niet erkend.”
4. “Achteraf gezien waren de symptomen al lang bezig.”
5. “Omdat er iemand in mijn omgeving ook diabetes had, was ik al op de hoogte wat deze ziekte inhield.”
6. “Ik kreeg een grondige uitleg met een boekje en een schema.”
7. “Ik ga voornamelijk naar het ziekenhuis voor de opvolging van mijn diabetes, dit verloopt heel goed, ook de persoonlijke band die ontstaat met de verpleegkundigen is heel aangenaam.”
8. “Vroeger werd ik in het ziekenhuis opgevolgd, maar sinds kort is dit via de huisarts, ik ben hier tevreden van maar er zit wel minder regelmaat in.”
9. “Mijn man motiveert mij om gezond te eten.”
10. “Ik heb een strenge dokter nodig.”
11. “De specialist volgt mijn bloedwaarden op.”
12. “Ik volg zelf mijn bloedwaarden wat op, maar de verpleegkundigen doen dit het beste.”
13. “Mijn huisarts is steeds op de hoogte van mijn bloedwaarden.”
14. “De boodschap van de specialist en van de huisarts komt overeen.”
15. “Ik vind het heel moeilijk om mijn levensstijl aan te passen.”
16. “Zelfs met een sensor blijft het een taak om het schema met insuline af te stellen.”
17. “Er wordt vaak herhaald dat ik moet sporten maar ik sport sowieso al veel.”
18. “Naar een diëtiste gaan helpt. Het feit dat Iemand mee kijkt en mij raad geeft motiveert mij.”
19. “Mijn kinderen motiveren mij om meer te bewegen. Bijvoorbeeld door samen te gaan fietsen.”
20. “Ik ben goed op de hoogte van de risico’s op lange termijn.”
21. “Geconfronteerd worden met mensen waar het fout bij liep omwille van onvoldoende behandeling geeft mij een extra motivatie om het goed te doen.”
22. “Een persoonlijke band met de personen die mij begeleiden vind ik belangrijk.”
23. “Een persoonlijk advies , weliswaar gebaseerd op medische feiten, komt beter aan bij mij.”
24. “Ik ben soms beter op de hoogte van de nieuwste technieken dan mijn huisarts, maar ik verwacht dit ook niet van mijn huisarts.“
25. “Voor mijn diagnose besefte ik niet welke gezondheidsrisico’s ik liep.”

Bijlage 5 : Citaten interview hartpatiënten.

1. “De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn verliep op het moment van de diagnose heel vlot door de actieve houding van de huisarts. “
2. “De communicatie van de tweede naar de eerste lijn verliep heel goed, de huisarts was onmiddellijk op de hoogte.”
3. “Doordat wij maar één auto hebben en de afstand naar het revalidatiecentrum groot is heb ik een oplossing dichter bij huis gezocht.“
4. “Ik was niet tevreden over de begeleiding bij de kinesist, er werd te weinig tijd en aandacht aan mijn problemen geschonken, onder andere met mijn wonde van de operatie werd geen rekening gehouden. Ik ben dan ook veranderd van kinesist.“
5. “Hoewel ik veel beweeg krijg ik nog steeds het advies om veel te wandelen, ik begrijp het niet.”
6. “Ik leef er op los sinds mijn diagnose en behandeling. Ik fiets en wandel.“
7. “Het gevoel van geluk gehad te hebben, geeft mij veel motivatie om mijn levensstijl aan te passen. Ik heb mensen gezien die veel meer pech hebben gehad dan ik.“
8. “Het benadrukken van mijn foute eetgewoontes als oorzaak van mijn hartproblemen motiveert mij om mijn eetgewoontes aan te passen. Ook het advies van de huisarts om meer te bewegen op zich geeft motivatie.”
9. “Regelmatige controles en het gevoel dat de huisarts de behandelingsdoelen mee opvolgt geeft een gerust gevoel maar ook motivatie.“
10. “Ik vind het belangrijk dat mijn huisarts van alles op de hoogte is.”
11. “Een schematisch overzicht van de behandelingsdoelen zou een extra hulp zijn.“
12. “Een lijstje met wat we mogen eten en wat niet zou handig zijn. Naar de diëtiste gaan helpt. Ik heb iemand nodig die mij ondersteuning geeft.”
13. “Ik ben niet bezig met mijn bloedwaarden of bloeddruk.”
14. “Ik vraag regelmatig aan mijn huisarts wat ik het best kan eten.”
15. “Als ik niet kan zondigen neemt dat het plezier van het leven wat weg.”
16. “Het was steeds duidelijk welke medicatie ik moet nemen. Zowel de specialist als de huisarts volgen dit op.“
17. “Ik consulteer wanneer mijn medicatie op is of als er een andere reden is.“
18. “Ik consulteer iedere maand.”
19. “Ik consulteer om de 2-3 maanden.“
20. “De huisarts bepaalt wanneer ik naar de cardioloog moet gaan.”

21. “Voor medische vragen ga ik eerst naar mijn vrouw en daarna bij de huisarts.“
22. “Ik vind de goede relatie met mijn huisarts onbetaalbaar.“
23. “Ik heb vragen bij de veiligheid van communicatie via het eHealth systeem.”
24. “Ik denk dat een systeem zoals eHealth een meerwaarde biedt.”
25. “Ik vind het belangrijk dat een specialist met de huisarts contact heeft.“

Bijlage 6 : Citaten interview neuroloog.

1. “Binnen de discipline van beroertezorg is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn beperkt, er is nog heel wat werk.“
2. “Beroertes worden nog vaak te laat erkend of te nihilistisch gezien, de ernst wordt niet altijd goed opgemerkt. Hierdoor worden vaak opportuniteiten in de behandeling gemist. Dit is zelfs eerder de regel dan de uitzondering.”
3. “De cultuur rond een CVA dient te veranderen.“
4. “Ook bij de patiënten is er nog veel ruimte om alerter te worden.”
5. “In 2^{e} lijn is er ook nog veel ruimte voor verbetering wanneer het gaat over het herkennen van een beroerte.”
6. “De inhoud van verwijsbrieven is vaak te beperkt. Dit is zeer vervelend. “
7. “De werking van de huisartsen is te heterogeen. “
8. “De antecedenten, de medicatie en het klinisch beeld zijn absoluut noodzakelijk in een verwijsbrief.“
9. “Het zou nuttig zijn om inkijk te hebben in resultaten van reeds uitgevoerde onderzoeken in de eerste lijn of in een ander ziekenhuis.”
10. “Huisartsen laten niet altijd weten of ze de behandelingsdoelen opvolgen en ook de patiënten zijn hier niet altijd van op de hoogte. Het is fijn dat er ook huisartsen zijn die dit heel goed opvolgen en ook doorgeven.“
11. “Een huisartsenpost aan de spoedgevallen in het ziekenhuis zou een grote meerwaarde bieden en de samenwerking verbeteren.”
12. “Een groot deel van de patiënten die zich presenteren op de spoedgevallen hebben geen spoedeisende zorgen nodig.“
13. “Patiënten zijn tegenwoordig goed geïnformeerd als het gaat over risico’s op HVZ en levenstijl.”
14. “Patiënten zouden op een bepaalde manier mogen geresponsabiliseerd worden.“
15. “Huisartsen zijn het best in staat om acute van niet acute zaken te onderscheiden.”

16. “Patiënten kunnen de keuze tussen een consult bij een specialist of bij een huisarts niet zelf maken.“
17. “Telefonisch contact met een huisarts is een meerwaarde, zowel van huisarts naar specialist als omgekeerd. Huisartsen kennen de leefwereld van en de patiënten anders.“
18. “De therapietrouw post CVA valt goed mee, een groot deel van de patiënten is bang. Een CVA heeft een grote impact op het fysieke en emotionele leven van de patiënt.”
19. “De samenwerking moet gedetailleerd uitgewerkt worden in de vorm van een zorgpad, met in detail beschreven wat een huisarts dient te doen bij het vermoeden van een CVA.”
20. “Ik hoop op een betere en meer geïntegreerde samenwerking.“

Bijlage 7 : Citaten interview cardiologen.

1. “Wij hebben een artsenlijn waardoor de drempel om ons te contacteren heel laag ligt, de betrokken cardioloog contacteert nadien de huisarts.”
2. “De kwaliteit van de verwijsbrieven die wij ontvangen is lager dan degene die we terugsturen naar de huisartsen.”
3. “Er zijn huisartsen die heel goed georganiseerd zijn, maar er zijn er ook andere.”
4. “Bij sportcardiologie kunnen huisartsen aan de hand van een digitaal formulier vragen doorspelen i.v.m. een verdacht ECG.”
5. “Bij het testen van een systeem met tele-monitoring i.v.m. hartfalen, waarbij ook communicatie via dit systeem mogelijk was, hebben we gemerkt dat dit bij sommige huisartsen heel goed verliep. Andere huisartsen lieten dit links liggen.”
6. “Er worden steeds in de ontslagbrief adviezen geformuleerd, soms wordt dit goed opgevolgd door de huisarts, soms ook minder. De verdere behandeling van de patiënten met coronair lijden gebeurt bij ons via het revalidatieprogramma. ”
7. “In primaire preventie worden de richtlijnen vaak niet gevolgd. Zo worden er bijvoorbeeld te vaak statines voorgeschreven aan mensen die dit in principe niet nodig hebben.”
8. “Anderzijds worden soms de doelstellingen in secundaire preventie niet gehaald, of worden de statines niet aangepast terwijl dit wel nodig is.“
9. “ EHealth zal zeker een goede aanvulling zijn aan de verwijsbrief.”
10. “Mensen motiveren blijft een moeilijke opdracht, we moeten hier als arts in getraind zijn. We moeten dit multidisciplinair aan te pakken.“
11. “De responsabilisering van patiënten is de laatste mogelijke stap maar doet denken aan het paternalisme van vroeger.”

12. “Een elektronisch systeem waarin duidelijk staat welke medicatie een patiënt voorgeschreven krijgt zou heel handig zijn.”
13. “De medicatielijst die de huisartsen doorgeven is niet altijd actueel en komt niet altijd overeen met wat de patiënt in werkelijkheid neemt.“

Bijlage 8: Citaten interview endocrinoloog.

1. “De samenwerking/verdeling van de zorg is regiogebonden, Limburg en Brussel verschillen bijvoorbeeld zeer sterk, in Limburg verloopt dit een stuk beter.”
2. “Een verbeterpunt i.v.m. de communicatie is de snelheid van communiceren van 2e lijn naar 1e lijn.”
1. 3 “Mogelijkheid van tele-monitoring i.v.m. met glycemie in samenwerking met de huisarts in de toekomst kan interessant zijn.” “Er zijn verscheidene redenen voor een afwijkende glycemie, een huisarts kan hier zeker een meerwaarde bij zijn.”
3. “Ik ben tevreden over de kwaliteit en de inhoud van de verwijsbrieven.”
4. “EHealth klinkt interessant, maar een gemeenschappelijk dossier met alle laatste onderzoeken en resultaten zou in de praktijk veel beter zijn, misschien is dit een utopie?”
5. “Telefonisch contact is soms een belasting, een vast contactuur zou beter zijn, de drempel moet wel laag blijven.”
6. “Therapietrouw vormt een reëel, zo niet het grootste obstakel voor het behalen van de behandelingsdoelstellingen.”
7. “Levensstijlaanpassingen zijn zeer moeilijk te bereiken, waar we samen nog meer op moeten hameren, we moeten dit blijven herhalen.”
8. “Zorgtrajecten zijn een echte meerwaarde in de behandeling, nog niet alle huisartsen staan hier achter of hebben hier tijd voor.”
9. “Het opleidings-/kennisniveau van de huisarts is heel goed, wereldtop, enkel de Scandinavische landen scoren hier mogelijk nog beter.”
10. “Patiënten zijn voldoende geïnformeerd”
11. “Preventieve consulten zijn een grote meerwaarde, en zouden meer moeten worden georganiseerd.”
12. “Patiënten zouden eventueel geresponsabiliseerd mogen worden, het niet meewerken van patiënten is een groot obstakel in de risicoreductie en zorgt voor frustraties.”
13. “Er consulteren relatief vaak patiënten op eigen initiatief die beter eerst via de huisarts waren geweest.”

Bijlage 9: Studieprotocol.

De opzet van deze studie is om de samenwerking tussen 1e en 2e lijn op het vlak van cardiovasculair risicomanagement zo goed als mogelijk te objectiveren en te bestuderen. In de eerste fase zal door middel van continue, chronologische registratie informatie verzameld worden over de consulten omtrent cardiovasculair risicomanagement in onze praktijk (Praktijk Termolen, opleidingspraktijk van dr. M. Henau). Er zal getracht worden om aan de hand van vooraf bepaalde parameters deze consulten en de al dan niet hieruit volgende samenwerkingen met de 2e lijn zo goed als mogelijk te beschrijven en in kaart te brengen. Hierna zal de verzamelde informatie binnen de grenzen van het medisch beroepsgeheim bestudeerd en vergeleken worden met de ideale situatie. Het is de bedoeling dat er aan de behandelingswijze van onze patiënten niets verandert. Zij zullen zoals in het verleden volgens de geldende standaarden en protocollen voor cardiovasculair risicomanagement behandeld worden. Het valt uiteraard niet uit te sluiten dat er zich door de focus op cardiovasculair risicomanagement en de samenwerking hieromtrent kleine verschillen zullen voordoen ten opzichte van de normale praktijkvoering. Dit kan echter enkel als een positief neveneffect gezien worden. Er zal bij iedere registratie mondeling en, indien de patiënt dit wenst, schriftelijk de toestemming gevraagd worden om de gegevens die verkregen worden uit het consult te gebruiken voor het onderzoek. (zie bijlage) Hiernaast is het in het kader van deze thesis het voornemen om op dezelfde manier, nl. prospectieve continue registratie, een groot aantal verwijsbrieven van huisartsen en cardiologen te bestuderen, tevens aan de hand van vooraf bepaalde parameters. Dit kan met betrekking tot zowel de verwijzende arts als de patiënt anoniem gebeuren en hiervoor zal ook de toestemming van de beheerder van het medisch dossier gevraagd worden. Indien het tijdskader het dan nog toelaat is het ook het voornemen om een enquête te houden bij patiënten, huisartsen en specialisten (cardiologen, neurologen, endocrinologen,..) in verband met de samenwerking omtrent cardiovasculair risicomanagement. Dit laatste luik is voorzien om mogelijke bezorgdheden, voorkeuren, ergernissen of knelpunten aan het licht te brengen en eventueel te vergelijken met de informatie bekomen uit de observationele onderzoeken. Deze enquête zal uiteraard ook anoniem verwerkt worden.

Bijlage 10 : Positief advies van de commissie medische ethiek.

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML10545
LEUVEN, 10 juni 2014

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE Cardiovasculair risicomanagement : gedeelde zorg huisarts en specialist : stand van zaken in de praktijk versus de optimale situatie.

S56647

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 16 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT:
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10545
UW KENMERK
LEUVEN, 10 juni 2014

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.
Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).
Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Dr. Geert Goderis

Student
Bertels Sanne

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw