

Hoe verloopt chronische zorg in de eerste lijn tijdens een pandemie?

Referentie

Danhieux K, Buffel V, Pairon A, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. BMC Fam Pract. 2020;21:255. DOI: 10.1186/s12875-020-01326-3

Duiding

Leen Bouckaert, SQAQEL
(www.sqaqel.com)

Klinische vraag

Hoe hebben eerstelijnszorgverleners hun chronisch zorgmodel aangepast aan de context van de covid-19-pandemie?

Achtergrond

De impact van de eerste golf van de covid-19-pandemie op de gezondheidszorg was zwaar en vormde een belangrijke uitdaging voor de zorgverleners. De inspanning om de pandemie in te dammen beïnvloedde zowel de continuïteit als de kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische aandoeningen (1). Meerdere factoren, waaronder angst om besmet te geraken en verminderde toegang tot medische diensten, zorgden ervoor dat patiënten en in het bijzonder chronische patiënten niet de zorg ontvingen die ze nodig hadden (2). Dit leidde tot bezorgdheid over een toename van complicaties bij en een versnelde progressie van chronische ziekten (3,4). Chronische zorgmodellen, zoals het Chronic Care Model (CCM) van Wagner, zijn kaders die componenten weergeven om kwaliteitsvolle zorg voor chronisch zieken te organiseren en te verlenen. Ze zijn gebaseerd op interacties tussen patiënt, mantelzorger(s) en zorgteam, en worden gefaciliteerd door een sterke zorgorganisatie en inbedding in de gemeenschap (6). Deze componenten kwamen in het gedrang door de uitbraak van de pandemie. Een analyse van hoe chronische zorg werd aangepast tijdens de covid-19-pandemie dringt zich op.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- in een semi-landelijke regio in Vlaanderen rekruteerde men telefonisch en doelgericht 16 eerstelijnspraktijken (5 solopraktijken, 4 mono- en 7 multidisciplinaire groepspraktijken)
- binnen deze praktijken interviewde men 21 personen (3 diëtisten, 2 verpleegkundigen en 16 huisartsen).

Onderzoeksopzet

- de studie was ingebed in een groter onderzoek naar opschaling van geïntegreerde zorg voor diabetes en hypertensie (7)
- 2 onderzoekers voerden de interviews online uit via een beveiligd platform over een periode van 6 weken, vanaf 3 weken na de initiële piek van de pandemie, en gebruikten hiervoor een interviewgids bestaande uit vragen over de chronische zorg voor patiënten met diabetes en hypertensie en 12 bijkomende vragen over veranderingen als gevolg van covid-19 in zorgorganisatie voor patiënten met chronische aandoeningen
- de interviews duurden gemiddeld ongeveer 42 minuten, werden opgenomen, verbatim getranscribeerd en door 2 onafhankelijke onderzoekers geanalyseerd met de **thematische analysetechniek** waarbij men gebruik maakte van de volgende componenten van het CCM: processen en incentives om de zorgverleningssystemen te verbeteren, functioneren in team en

praktijksystemen, ondersteuning van zelfmanagement, implementatie van evidence-based richtlijnen, informaticasystemen voor ziekteregistratie, trackingsystemen en herinneringen.

Resultaten

- Men bereikte saturatie na 12 interviews
- 3 hoofdthema's kwamen naar boven: veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg, risicostratificatie en zelfmanagementondersteuning.
- **Veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg**
Het initiële antwoord op de eerste golf van de pandemie was een reorganisatie van de zorg met als focus het verzekeren van toegankelijke en veilige acute zorg; hierdoor en ook wegens angst voor besmettingsgevaar zag men een afname in het aantal consultaties met betrekking tot chronische zorg; telefonische consultaties, samenwerking met triageposten en implementatie van hygiënische richtlijnen waren belangrijke onderdelen van deze reorganisatie; de meeste praktijken planden geen reorganisatie van de chronische zorg; vaak werd de samenwerking met verpleegkundigen en diëtisten tijdelijk verbroken omdat men dit als niet essentiële zorg beschouwde en ook omdat er minder inkomsten waren door een terugval van het aantal consultaties; praktijken met dialoogcultuur gingen meer systematisch tewerk en behielden vaak teammeetings over zowel praktijkorganisatie als bespreking van patiënten; voor niet acute zaken verliep de samenwerking met de tweede lijn moeilijker.
- **Risicostratificatie en actief contacteren van patiënten**
Een beperkt aantal huisartsen contacteerde proactief een selecte groep van hoogrisicopatiënten om te controleren of er medische of andere problemen aanwezig waren; de meeste respondenten vonden dergelijke aanpak waardevol maar ervoeren hierbij barrières zoals gebrek aan tijd en personeel, ethische bezwaren en/of beperkte kennis over gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD); het beschikbaar zijn van een lijst van chronische hoogrisicopatiënten via het EMD werd gezien als een facilitator; huisartsen in een solo-praktijk gaven aan dat ze hun patiënten voldoende persoonlijk kenden om hoogrisicopatiënten te kunnen identificeren en baseerden zich hierbij op een aantal aspecten zoals 'zeer oude patiënten', 'patiënten die men via huisbezoeken opvolgde', 'slecht gecontroleerde patiënten waarbij recent de medicatie werd aangepast'...; het actief benaderen van patiënten was nieuw voor alle huisartsen; diëtisten hadden wel de intentie om hun cliënten te contacteren voor een nieuwe afspraak zodra het mogelijk was.
- **Zelfmanagementondersteuning**
Zelfmanagementondersteuning gebeurde vóór de pandemie voornamelijk door verpleegkundigen en diëtisten, die nu veelal op tijdelijke werkloosheid stonden; de nieuwe optie om via teleconsultatie op afstand personen met chronische aandoeningen te begeleiden werd voornamelijk ingezet voor medicatievoorschriften en om een snelle algemene indruk van de patiënt te krijgen; redenen om deze virtuele optie voor consultaties niet te gebruiken waren onwillingheid met deze manier van werken, ervaren van beperkingen om de toestand van een patiënt correct in te schatten, patiëntvoorkeuren, het niet ervaren van de noodzaak om deze tool in te zetten en een gebrek aan tijd.
- Percepties aangaande veranderingen en effecten op de chronische patiënt
De zorgverleners vonden dat voor het merendeel van de goed opgevolgde chronische patiënten het missen van één consultatie als gevolg van de reorganisatie van de zorg niet problematisch was; ze maakten zich zorgen over de toename van distress* als gevolg van covid-19 en lockdown bij patiënten met socio-economische beperkingen; voor deze groep zou ongezonde voeding en minder beweging een belangrijke oorzaak kunnen zijn van ongecontroleerde diabetes mellitus; de meeste eerstelijnspraktijken waren best tevreden met de manier waarop hun praktijk tijdens de eerste golf van de covid-19 pandemie werd georganiseerd en waren, buiten het opdrijven van de stock beschermingsmateriaal, niet van plan om de volgende keer andere maatregelen te nemen.

Besluit van de auteurs

De resultaten van deze studie tonen de zwakke plekken van de chronische zorgverlening in de Belgische eerstelijnscontext. In dergelijke context kan de implementatie van het chronic care model de continuïteit van zorg tijdens crisissituaties faciliteren. Acties op korte termijn zouden zich kunnen richten op een eenvoudigere identificatie van hoogrisicopatiënten, het ontwikkelen van een praktijkorganisatieplan om chronische zorg te organiseren en het gebruik van digitale tools voor ondersteuning van vooral kwetsbare patiënten tijdens volgende golven van de pandemie.

Financiering van de studie

Deze studie werd ingebed in een grotere studie. Voor dit specifiek onderzoek werd geen bijkomende financiering voorzien.

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs gaven aan geen concurrerende belangen te hebben.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Het onderzoeksteam is samengesteld uit huisartsen en medisch sociologen die werkzaam zijn in de praktijk en/of de academische wereld. De aanvullende expertise van een socioloog op de huisartsenexpertise stond borg voor een ruimere invalshoek bij de analyse van de interviews. De wijziging van face-to-face interviews in de oorspronkelijke studie (7) naar online video interviews in deze studie is goedgekeurd door het ethisch comité.

Aangezien er wordt geïnformeerd naar persoonlijke ervaringen en percepties over chronische zorg tijdens de covid-19-pandemie is de keuze voor kwalitatief onderzoek met het interview als *waarnemingsmethode* correct. Om diepgaander opvattingen binnen de eerstelijnszorg na te gaan waren aanvullende focusgroepgesprekken zinvol geweest, maar de regelgeving met betrekking tot de covid-19-pandemie had dit waarschijnlijk bemoeilijkt.

De interviews werden afgenomen bij zorgverleners, maar er werd jammer genoeg niet gepeild naar de mening van de ervaringsdeskundige, de persoon met een chronische zorgproblematiek of zijn mantelzorger.

Door te kiezen voor een doelgerichte *steekproeftrekking* (ook wel selecte steekproef genaamd) kon men meer variatie in respondenten bekomen wat kan leiden tot meer informatie met betrekking tot de onderzoeksvraag (8). Men koos het type praktijk (solo, monodisciplinaire of multidisciplinaire groepspraktijken) als selectiecriteria. Andere criteria die binnen chronische zorgverlening een invloed kunnen hebben op de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld de mate waarin zorgcoördinatie is geïmplementeerd, of waarin geïntegreerde zorg wordt geboden), zijn niet meegenomen bij de selectie van de praktijken. Om de variatie te optimaliseren was het ook zinvol geweest om naast huisartsen, verpleegkundigen en diëtisten ook zorgverleners van andere eerstelijnsberoepen te includeren. Er zijn 21 respondenten bevroegd uit 16 praktijken. De onderzoekers geven aan dat saturatie bereikt werd. Gegeven het feit dat een aantal praktijken dubbel zijn bevroegd, de diversiteit tussen de praktijken zich beperkte tot één criterium (type praktijk) en de steekproef werd getrokken uit een bestaande onderzoekspopulatie waarin men de opschaling van geïntegreerde zorg voor diabetes en hypertensie onderzocht (7), kan het echter zijn dat bij een meer diverse steekproef nog bijkomende thema's naar boven waren gekomen.

De interviewers gebruikten een lijst van vragen die duidelijk geformuleerd en relevant zijn. Uit de vragenlijst valt af te leiden dat de focus voornamelijk lag op diabetespatiënten.

De *data-analyse* werd door twee onderzoekers dubbel onafhankelijk uitgevoerd, gebruik makend van de methodiek van deductieve inhoudsanalyse. Dubbel onafhankelijke data-analyse verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten (9). Wanneer daarnaast regelmatig overleg plaats vindt wordt de objectiviteit (intersubjectiviteit leidt tot objectiviteit) verder verhoogd. De manier waarop discrepanties tussen beide onderzoekers is aangepakt, bijvoorbeeld na raadpleging van een derde onderzoeker, wordt in deze studie echter niet beschreven (10). Bij kwalitatief onderzoek is het

daarnaast ook aangeraden om dataverzameling en analyse cyclisch af te wisselen. De eerste geanalyseerde data van de eerste bevragingen kunnen namelijk inzichten geven om de vragenlijst te optimaliseren en zo bepaalde zaken diepgaander te gaan bevragen. Tot slot wordt bij inhoudsanalyse wordt normaal gezien ook een coding matrix opgemaakt (9,11). Door gebruik te maken van een codeerboom kan men op een meer gestructureerde manier de data analyseren, maar in de appendix van het artikel geven de onderzoekers aan dat er geen codeerboom is opgemaakt.

De bevindingen worden gestructureerd weergegeven volgens de thema's die tot uiting kwamen bij analyse. De weergegeven citaten in het artikel illustreren adequaat de beschreven bevindingen. Het was zinvol geweest om de uitkomst van alle vragen zoals weergegeven in de interviewgids, op te nemen in de verwerking. Zo had de vraag over samenwerking met mantelzorgers en familie bijkomende relevante informatie aangaande zelfmanagement kunnen opleveren.

Interpretatie van de resultaten

Op de vraag hoe een chronisch zorgmodel wordt aangepast aan de context van een pandemie kwam in dit kwalitatief onderzoek tot uiting dat een groot deel van de chronische zorg wordt uitgesteld ten voordele van de acute zorg en veiligheid met betrekking tot covid-19. De meerderheid van de eerstelijnszorgverleners gaven aan dat ze geen reorganisatie van de chronische zorg planden. Chronische zorg kreeg in het kader van de pandemie een lage prioriteit. Deze vaststelling komt overeen met de uitkomst van de online-enquêtes die in dezelfde periode zijn uitgevoerd in België (2). Deze online enquêtes, die peilden naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor problemen die niet gerelateerd zijn aan covid-19, toonden eveneens een grote impact op de toegang tot de gezondheidszorg: afhankelijk van het type zorgverlening rapporteerde tussen de 25% en 90% van de personen dat de zorgverlening in de vier weken voorafgaand aan de enquête werd afgezegd of uitgesteld.

Zoals hoger reeds aangegeven maakt het onderzoek deel uit van een grotere studie over chronische zorg bij personen met diabetes en hypertensie. Maar tot de chronische zorgpopulatie behoren onder andere ook kwetsbare oudere personen, zoals personen met chronische pijn en kwetsbare woonzorgcentrabewoners (WZC). De WZC-bewoners hebben specifieke noden en vereisen een bijzondere aandacht in tijden van pandemie. We kunnen de resultaten van dit onderzoek dus niet veralgemenen naar alle chronische patiënten.

Er wordt aangegeven dat bepaalde praktijken in de covid-19 pandemie via online technologie hun patiënten bereikten. Een eerdere publicatie in Minerva gaf aan dat patiënten tevreden zijn over telegeneeskunde, onder meer wanneer het gaat over de opvolging van een eerder gekend gezondheidsprobleem (12,13). Een groot deel van de oudere populatie met chronische zorgproblematiek, in het bijzonder de fraile oudere populatie, heeft echter geen toegang tot internet (14) De resultaten van deze studie moeten binnen deze grenzen worden geïnterpreteerd.

Tot slot merken de onderzoekers terecht op dat onderzoek heeft aangetoond dat ook pre- covid de zorg voor de chronische patiënt niet steeds optimaal verliep, zoals reeds eerder werd vastgesteld (15-17). De chronische zorgorganisatie degelijk structureel inbedden in de dagelijkse praktijk zou het anticiperen op nieuwe restricties bij volgende golven kunnen faciliteren. Men kan zich echter wel de vraag stellen in welke mate de kracht van betrouwbare sterke structuren overeind zullen blijven bij tijdelijke werkloosheid van bepaalde personeelsleden.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

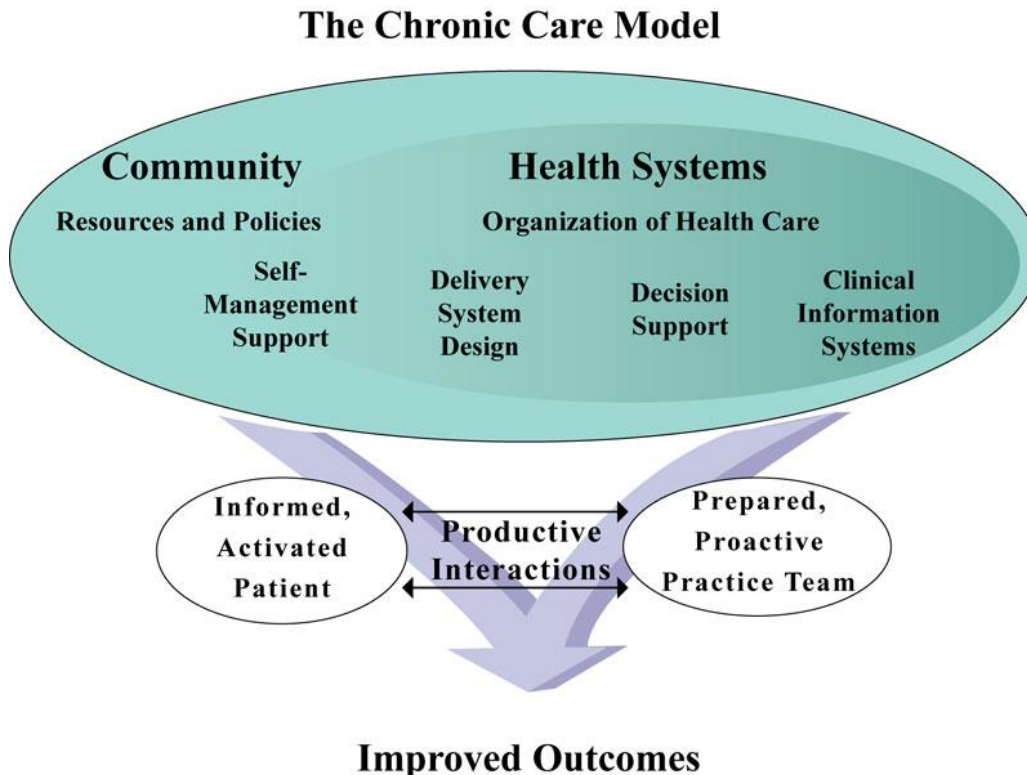
Er werden geen richtlijnen over het onderwerp teruggevonden. Het Chronic Care Model identificeert fundamentele domeinen om hoogwaardige chronische zorg te bevorderen (*zie figuur 1*). Om kwaliteitsvolle chronische zorg te verlenen moeten organisaties zich richten op deze domeinen, maar ook productieve interacties ontwikkelen tussen patiënten en zorgverleners. Patiënten en hun mantelzorgers moeten worden geïnformeerd, gehoord en geactiveerd. Zorgverleners moeten voorbereid en proactief zijn.

Besluit van Minerva

Deze klinisch en maatschappelijk relevante kwalitatieve studie die de persoonlijke percepties en ervaringen van eerstelijnszorgverleners over de zorg voor diabetes- en hypertensiepatiënten onderzoekt, suggereert dat er ruimte is voor verbetering wat betreft chronische zorg in tijden van pandemie, maar ook daarbuiten. In de meeste praktijken was er geen proactief contact met risicopatiënten met chronische aandoeningen en interprofessioneel teamwork was tot een minimum herleid. Verder onderzoek naar structurele veranderingen in de organisatie van de eerstelijnszorg zijn echter nodig om het algemene management van de chronische zorg te verbeteren én om weerbaar te zijn ten aanzien van toekomstige covid-19-golven en pandemieën.

*Distress verwijst naar de negatieve reactie op stressoren die resulteert in een bedreiging van de (geestelijke) gezondheid. Anderzijds wordt eustress gedefinieerd als de positieve reactie op tegenslag dat weerspiegeld wordt in de aanwezigheid van positief affect en welzijn (18,19)

Figuur 1: Chronic Care Model Wagner (<http://www.improvingchroniccare.org>)



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

Thematische analyse is een zoektocht naar thema's die naar voren komen voor de beschrijving van het fenomeen, hier de chronische zorg tijdens de eerste golf van de covid-19 pandemie. Het proces omvat de identificatie van thema's door zorgvuldig lezen en herlezen van de gegevens. Het is een vorm van patroonherkenning binnen de gegevensanalyse, waarbij opkomende thema's de categorieën voor analyse worden. Bij thematische analyse wordt zowel deductief (vertrekkend vanuit een theoretisch kader), als inductief (vertrekkend vanuit de data) gewerkt. (Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Res* 2006;5;80-92. Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4411/3530>)

Referenties

1. World Health Organization. Information note on COVID-19 and noncommunicable diseases. Url: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds>, updated 23 March 2020. Geraadpleegd op 26/11/2021.
2. Sciensano. Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Depot nummer/2020/14.440/95. DOI: 10.25608/69j2-hf10. Geraadpleegd op 12/08/2021.
3. Joy M, McGagh D, Jones N, et al. Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK. *Br J Gen Pract* 2020;70:e540-e547. DOI: 10.3399/bjgp20X710933
4. Rachamin Y, Senn O, Streit S, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. *Int J Public Health* 2021;66:635508. DOI: 10.3389/ijph.2021.635508
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama* 2002;288:1775-9. DOI: 10.1001/jama.288.14.1775
6. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci* 2014;7:210-27. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p210
7. Scale-up an integrated care package for diabetes and hypertension for vulnerable people in Cambodia, Slovenia and Belgium. SCUBY. Website <https://www.scuby.eu/>. Geraadpleegd op 21 Juni 2020.
8. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, et al., Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health* 2015;42:533-44. DOI: 10.1007/s10488-013-0528-y
9. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018;24:9-18. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375091
10. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6. DOI: 10.1136/bmj.320.7227.114
11. Elo S, Kyngas A. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62:107-11. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
12. Sculier J.P. Patiënten in Nieuw-Zeeland tevreden over het gebruik van telegeneeskunde in de huisartspraktijk in Nieuw-Zeeland tijdens de SARS-CoV-2-pandemie en ook daarna. *Minerva* 2021;20(5):53-8.
13. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract* 2020;21:269. DOI: 10.1186/s12875-020-01336-1
14. Vlaamse ouderenraad. Barometer digitale inclusie onthult 3 soorten ongelijkheden. Beschikbaar op <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/onderzoek/cultuur-en-levenslang-leren/barometer-digitale-inclusie-onthult-3-soorten-ongelijkheden>. Geraadpleegd op 12/08/2021.
15. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the chronic care model in a hospital-centered health care system: “the Belgian experience”. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:152. DOI: 10.1186/1472-6963-9-152
16. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, et al. Stakeholders’ perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Serv Res* 2014;14:179. DOI: 10.1186/1472-6963-14-179
17. Paulus D, Van den Heede K, Gerkens S, et al. Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium. *Health Policy* 2013;111:105-9. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.04.010
18. McGowan J, Gardner D, Fletcher R. Positive and negative affective outcomes of occupational stress. *New Zealand J Psychol* 2006;35:92-8.
19. Merino MD, Vallellano MD, Oliver C, Mateo I. What makes one feel eustress or distress in quarantine? An analysis from conservation of resources (COR) theory. *Br J Health Psychol* 2021;26:606-23. DOI: 10.1111/bjhp.12501