

De interprofessionele aanpak van cardiovasculaire preventie bij EPA-patiënten

voorlopige resultaten

Eline De Haeck, prof. dr. Kris Van den Broeck, dr. Kirsten Catthoor, Klaas Martens

Achtergrond

- Hogere mortaliteit bij EPA-patiënten
- Cardiovasculaire doodsoorzaken op nr. 1
 - Levensstijl
 - Psychofarmaca
 - Gezondheidsvaardigheden
- Onvoldoende screening naar en behandeling van risicofactoren
- Stigma bij zorgverleners

Hoe verloopt dit in Antwerpen?

Oriënterend literatuuronderzoek

- Geen Belgische richtlijn over CVRM bij EPA
- Geen eenduidige richtlijnen over de taakverdeling bij CVRM
- Wel duidelijke richtlijnen over noodzakelijke screening bij EPA: meer dan bij doorsnee populatie
- Terugkerende thema's:
 - Gedeelde zorg
 - Concrete afspraken tussen eerste en tweede lijn nodig

Onderzoeksopzet

- Onderzoeksvragen:
 - Ervaringen van huisartsen en psychiaters in Antwerpen in aanpak van cardiovasculaire preventie bij EPA-patiënten? Welke hindernissen?
 - Hoe verloopt de onderlinge samenwerking en communicatie?
 - Wederzijdse verwachtingen en mogelijke verbeterpunten?
- Focus op psychotische of bipolaire stoornis
- Kwalitatief onderzoek met focusgroepen, maar...
 - 1 virtuele focusgroep
 - Individuele interviews

Deelnemers

Naam	Geslacht	Leeftijd	Werkcontext	Geschat % EPA	Focusgroep	Interview	Opmerking
Psychiater 1	M	61	Privé, PZ, Mobiel team	60	X		
Psychiater 2	V	63	Privé, PZ, Mobiel team	25-90	X	X	
Psychiater 3	V	25	PZ	80	X		ASO
Psychiater 4	V	39	PZ, Mobiel team	65		X	
Psychiater 5	M	62	Privé, PZ	15		X	
Huisarts 1	V	46	Duo, niet-forfaitair	1	X		
Huisarts 2	M	47	Groep, niet-forfaitair	2	X		
Huisarts 3	V	63	Groep, niet-forfaitair	1	X	X	
Huisarts 4	V	54	Groep, forfaitair	?	X		
Huisarts 5	V	51	Groep, niet-forfaitair	5	X		
Huisarts 6	V	28	Groep, niet-forfaitair	3,5		X	Vervangarts, vroeger forfaitaire praktijk
Huisarts 7	V	44	Groep, niet-forfaitair	2		X	

Resultaten

- Ervaringen
 - Algemeen verloop en communicatie
 - Huidige taakverdeling
 - Hindernissen in CVRM
 - Multidisciplinaire samenwerking
 - Specifieke situaties
- Verbetervoorstellen
 - Wederzijdse verwachtingen
 - Ideeën voor verbetering binnen eigen discipline
 - Andere verbetervoorstellen

Ervaringen – algemene tevredenheid en communicatie

- Verloop samenwerking erg verschillend per zorgverlener en instantie – weinig contact 1^e en 2^e lijn
- Elkaar kennen helpt
- Indien communicatie: overwegend per (elektronische) brief of telefoon
- Communicatieve hindernissen
 - Problemen met brieven
 - Technische onderzoeken
 - Weinig info op elektronisch platform
 - Patiënt als hindernis
 - Elektronisch dossier
 - Bereikbaarheid

Ervaringen – huidige taken huisartsen

- Somatische screening en interventies vooral door huisarts, soms op vraag van psychiater
- Huisartsen kennen vaak geen specifieke EPA-richtlijnen

“Maar het is niet dat ik meteen de link leg van “ah, psychiatrische pathologie of EPA, ah ja ik moet mijn risicomanagement doen”, dat zeker niet.” (H6)

“Van het goed houden van de psychiatrische medicatie ga ik er al gemakkelijker van uit dat dat voor de psychiater is, maar zo het cardiovasculaire, daar ga ik vanuit dat die zich daar niet zo veel van aantrekt eigenlijk. ” (H7)

Ervaringen – huidige taken psychiaters

- Intra muros veel aandacht voor soma vs. Ambulant
- Ambulant vooral bloedonderzoeken, geen BD of gewicht
- Zelden of geen opstart van CV medicatie

“(...) als ik een verhoogde cholesterolwaarde zie dan ga ik eerst de patiënt zelf daarover aanspreken rond dieetmaatregelen (...) maar als het belangrijke afwijkingen zijn dan ga ik automatisch naar de huisarts verwijzen. Ik ga nooit een statine zelf voorschrijven, ik denk er niet aan.” (P1)

Ervaringen – hindernissen bij CVRM (1)

- Artsfactoren: tijd, beperkt rendement, moedeloosheid, andere prioriteiten

“Er ontstaat een soort gelatenheid, moeheid als ge patiënten volgt in de psychiatrie. (...) En we gaan af en toe is bloed nemen en opvolgen. Maar allemaal minimaal, minder dan dat ge eigenlijk bij andere patiënten zou doen.” (H3)

- Patiëntfactoren: geen HA, niet opdagen, compliance, motivatie, psychosociale problemen als prioriteit

“(...) dat je veel meer op zoek moet naar de persoonlijke doelen en ambities en dat je dus eigenlijk het accent “personal based medicine” veel sterker gaat moeten leggen (...) en veel minder straks de richtlijn proberen door zijn strot te duwen.” (H2)

Ervaringen – hindernissen bij CVRM (2)

- Organisatorische factoren

- Huisartspraktijk

- Niet-multidisciplinaire praktijk, drempels voor doorverwijzing elders
 - Financiële drempels

“Dat is een beetje een handicap van een huisartsenpraktijk he, dat ge als ge dat niet hebt, die andere disciplines, dan moet ge uitsturen en dat loopt dan vaak wel mis bij die psychiatrische mensen omdat die effectief wel, ja, wat verhangen kunnen zijn he ofwel aan hun psychiater ofwel aan hun huisarts.” (H5)

- Psychiatrisch ziekenhuis

- Te weinig mogelijkheden voor integratie van “somatici”
 - Te moeizame zoektocht naar psychosociale nazorg waardoor minder aandacht voor somatische nazorg

“Poliklinisch gebeurt er somatisch quasi niks he. Wat is polikliniek in de meeste ziekenhuizen, dat zijn een paar psychiaters en als het meezit een paar psychologen die gesprekken doen en af en toe wat medicatie... Maar die integratie van een somaticus daarin of de toegankelijkheid daarin is denk ik missing and needed.” (P5)

Ervaringen

- Multidisciplinaire samenwerking
 - Bewegen op Verwijzing via huisarts: goede ervaringen
 - Soms diëtist of tabakoloog indien gemotiveerd
 - Verpleegkundigen: medicatie, parameters opvolgen, bloedafnames, levensstijleducatie bij diabeten
- Specifieke settings
 - Intra muros: protocollen, rookstop, bewegingscoach, diëtist, educatie
 - Continuïteit bij ontslag
 - Stilvallen van intramuraal gestarte levensstijlinterventies
 - Weinig communicatie naar huisarts

“(...) ik hoor dat dan van patiënten die daar een tijdje verbleven hebben, dat ze daar kunnen sporten, dat daar aandacht is voor goede voeding, dat het roken wat wordt besproken, ... Maar dat valt volledig stil als ze dan ontslagen worden en als ze dat als huisarts dan niet terug oppikken dan gaat er wel een momentum verloren.” (H3)

Wederzijdse verwachtingen

- Communicatie
 - Toch graag (beknopte) informatie van psychiater over noodzakelijke screening en opvolging
 - Afspraken: wie doet wat?
 - Verwachtingen qua communicatiefrequentie erg verschillend
 - Sowieso bij “red flags”
 - Betere communicatie over technische onderzoeken
- Taakverdeling
 - Unaniem: huisarts leidende rol in CVRM ambulante
 - Meer initiatief van de andere partij...

Ideeën voor verbetering binnen discipline

- Huisartsen
 - Patiëntgerichte aanpak – niet te snel opgeven
 - Meer gestructureerde aanpak, aparte afspraken voor somatische zorg

“Ik heb ook wat artikels gelezen onder andere voor Minerva ooit waarbij men er ook vanuit ging dat dat een populatie is waar dat dat niet lukt en men had dan toch een programma gestart en vergeleken met een gewone populatie en het succes was even groot. Dus denk ik, eigenlijk moeten we het wel doen.” (H3)

- Psychiaters
 - Meer informatie op elektronisch platform
 - Meer verwijzing voor somatische nazorg na opname – betere communicatie naar huisarts

Andere verbetervoorstellen

- Regionale activiteiten voor kennismaking en overleg, afspraken
- Eenvoudig, gedeeld dossier
- Belgische/Vlaamse richtlijn, protocol? Zorgtraject?
- Coördinerende rol voor verpleegkundigen
- Structurele ondersteuning eerste lijn
- Structurele ondersteuning van somatische zorg in PZ

Beperkingen onderzoek

- Kwalitatief onderzoek met beperkt aantal deelnemers, enkel regio Antwerpen
- Geen huisarts uit WGC, geen psychiater uit PAAZ, ...
- Geen andere disciplines betrokken
- Niet elke stelling kon afgetoetst worden bij andere deelnemers o.w.v. individuele interviews
- Niet altijd consensus, eerder exploratie van verschillende meningen en ideeën

Conclusie

- Suboptimale aanpak van cardiovasculaire preventie
- Weinig afspraken, weinig gedeelde zorg, weinig gestandaardiseerde aanpak
- Moedeloosheid (stigma?) als drempel voor interventies door huisartsen
- Laagdrempelige (en nabije) multidisciplinaire samenwerking bevordert de zorgkwaliteit
- Verlies van vooruitgang bij ontslag uit ziekenhuis
- Verbetering mogelijk op verschillende niveaus

Microniveau	Mesoniveau	Macroniveau
Communicatieaspecten bv snellere ontslagbrieven	Meer aandacht voor somatische nazorg na opname	Gedeeld dossier
Meer gestructureerde aanpak in huisartspraktijk	Uitbreiden en concretiseren van rol verpleegkundigen	Meer financiële ondersteuning
Patiëntgerichte aanpak	Regionale activiteiten voor kennismaking en afspraken	Richtlijn of zorgpad

Bedankt!

