



De impact van Covid-19 op chronische zorg volgens zorgverleners: een kwalitatieve studie bij eerstelijnspraktijken in België

K. Danhieux^{1, 2, 4, 5}, V. Buffel^{3, 4}, A. Pairon¹, A. Benkheil¹,
R. Remmen¹, E. Wouters^{3, 4}, J. van Olmen^{1, 2, 4}

De Covid-19-pandemie beïnvloedt de routinezorgprocessen voor chronische patiënten. Een beter begrip daarvan helpt om de weerbaarheid van het gezondheidssysteem te vergroten en dit adequaat voor te bereiden op volgende golven van de pandemie.

Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd in 16 eerstelijnspraktijken: 6 solo-, 4 monodisciplinaire en 7 multidisciplinaire praktijken. Aan de hand van semigestructureerde video-interviews werden 21 respondenten (huisartsen, verpleegkundigen en diëtisten) ondervraagd. Een thematische analyse werd uitgevoerd, gebruikmakend van de elementen van het chronischezorgmodel (CZM).

Drie thema's kwamen naar voren: veranderingen in de organisatie van de zorg, risicostratificatie en zelfmanagementondersteuning. Alle deelnemende praktijken rapporteerden drastische veranderingen in de organisatie met een collectieve verschuiving naar Covid-19-zorg en een vermindering van de activiteiten rond chronische zorg, minder consulten en personeel dat verantwoordelijk is voor zelfmanagementondersteuning. Een overgang naar digitale ondersteuning heeft niet plaatsgevonden. Weinig huisartsen hadden een systematische aanpak om hoogrisicopatiënten te identificeren en contact op te nemen voor vroegtijdige opvolging. Een praktijk met een vooraf vastgestelde gestructureerde teamsamenwerking slaagde erin om de meeste elementen van chronische zorg voort te zetten. Huisartsen verwachtten over het algemeen geen effecten van de tijdelijke verstoring voor patiënten, hoewel ze hun bezorgdheid uitten over patiënten die reeds slecht gereguleerd waren.

De bevindingen in dit artikel tonen een verstoring van het aanleveren van chronische zorg in de Belgische eerstelijnszorgcontext. In dergelijke contexten kan de oprichting van het CZM de continuïteit van de zorg in crisistijden vergemakkelijken. Kortetermijnacties moeten gericht zijn op het identificeren van hoogrisicopatiënten en het ontwikkelen van een praktijkorganisatieplan om chronische zorg te organiseren en digitale kanalen te gebruiken voor ondersteuning, vooral voor kwetsbare patiënten, tijdens de volgende golven van de epidemie.

Inleiding

De Covid-19-pandemie heeft een sterke impact gehad op de volksgezondheid, wat resulteerde in een oversterftecijfer van 170.000 in Europa en van meer dan 100.000 in de Verenigde Staten tijdens de eerste uitbraak (1). Niet alle mensen werden echter in gelijke mate getroffen door het virus. Personen met diabetes of hart- en vaatziekten hadden een 2,5 tot 3,9 keer grotere kans om geïnfecteerd te raken, waarbij een infectie over het algemeen leidde tot slechtere gezondheidsuitkomsten en een hoger sterftecijfer bij ouderen en bij patiënten met comorbiditeiten, zoals hypertensie, een cardiovasculaire aandoening, chronische luchtwegaandoeningen, chronische nieraandoeningen en diabetes (2, 3).

Mensen met chronische aandoeningen worden echter niet alleen direct, maar ook indirect getroffen door de Covid-19-pandemie. Deze pandemie

verstoort hele samenlevingen, inclusief de gezondheidszorgsystemen. De omvang ervan vormde een grote uitdaging voor de moderne medische zorg en vereiste een collectieve verschuiving naar de acute zorg voor Covid-19-patiënten met een sterke aanwezigheid in de ziekenhuizen, evenals de optimalisatie van infectiebeheersing in de gemeenschap. Deze uitgebreide inspanning om de pandemie in te dammen en de daaropvolgende morbiditeit en mortaliteit tot een minimum te beperken heeft zowel de continuïteit als de kwaliteit van de zorg voor patiënten met chronische ziekten aangetast (4).

Tijdens de uitbraak werden veel middelen gebruikt voor de aanpak ervan en was er minder aandacht voor de preventie van chronische ziekten. Bovendien heeft de sluiting van veel diensten zich vertaald in een verminderde toegang, een afname van doorverwijzingen en verminderde ziekenhuisopnames van patiënten met een

niet-Covid-19-pathologie (5). Verscheidene rapporten suggereren dat chronische patiënten gezondheidszorg hebben uitgesteld, sommige vanwege de angst om besmet te raken met het coronavirus (6, 7). Daarnaast hebben patiënten minder mogelijkheden voor ondersteuning en zorg vanuit de gemeenschap. Dit leidt tot ernstige bezorgdheid over de indirecte gezondheidsvoetafdruk van Covid-19, met name bij chronische ziekten met verhoogde complicaties en een versnelde progressie als gevolg van de vertraagde en verminderde toegang tot tweedelijnszorg, alsook tot een verstoring van de opvolging op het niveau van de eerstelijnszorg.

“Verscheidene rapporten suggereren dat chronische patiënten gezondheidszorg hebben uitgesteld, sommige vanwege de angst om besmet te raken met het coronavirus.”

Deze bezorgdheden wijzen op de noodzaak van een analyse van de aanpassing van chronische zorg tijdens de Covid-19-pandemie. Eerstelijnszorgverleners worstelden op het hoogtepunt van de uitbraak met het organiseren van chronische zorg, toen het infectierisico hoog was en de middelen extreem krap waren (8). De druk van Covid-19 op de eerstelijnszorg is goed gedocumenteerd, maar de bijbehorende aanpassing voor chronische zorg is dat minder (9). Chronische zorgmodellen (CZM's) zijn gebaseerd op productieve en actieve interacties tussen een patiënt, hun mantelzorgers en het zorgteam, gefaciliteerd door een sterke zorgorganisatie en inbedding in de gemeenschap. Belangrijke onderzoeksvragen met betrekking tot de Covid-19-crisis worden hierna opgesomd. Hoe wordt zo'n model aangepast in de context van een pandemie, waarin het gevaar voor ernstige en wijdverbreide infecties de meeste middelen opslokt en de fysieke en sociale context waarin de zorg en ondersteuning geleverd worden drastisch veranderd is? Hoe proberen eerstelijnszorgverleners hun

CZM's aan te passen aan deze opkomende crisissituaties? Hoe wordt het personeelsbestand aangepast en wat krijgt prioriteit? Wat kunnen we uit deze reacties leren wat betreft de veerkracht van CZM's?

Deze paper richt zich op deze lacune door de respons van de eerstelijnszorgverleners in de Belgische eerstelijnszorg te onderzoeken. De studie heeft tot doel na te gaan hoe zowel de inhoud als de verstrekking van de chronische zorg wordt beïnvloed door de pandemie. Een beter begrip kan ons in staat stellen om verschillende manieren te iden-

tificeren om de veerkracht van het gezondheidszorgsysteem te vergroten en beter voor te bereiden op opflakkingen van de Covid-19-pandemie en andere crisissituaties.

Methoden

Context en studiepopulatie

Het oversterftcijfer in België was in de eerste Covid-19-golf bij de hoogste van Europa (na Spanje en het Verenigd Koninkrijk) en het dubbele van de Verenigde Staten (10). Vijf weken na de eerste overlijdens ten gevolge van Covid-19, toen er nog tekorten waren in het beschermingsmateriaal, kwam de federale overheid in samenspraak met Sciensano met een rampenplan voor de huisartsgeneeskunde. Dit betekende het uitstellen van alle planbare zorg en het opstarten van triagecentra voor Covid-19-gerelateerde klachten. Na enige tijd werd het toegestaan om zorg te verlenen aan chronisch zieke en psychiatrische patiënten als deze zorg dringend was

(11). Zes weken daarna mochten de huisartspraktijken hun taken opnieuw opnemen met strikte inachtneming van hygiënemaatregelen. Bij de opstart van het rampenplan werden telefonische consulten voor het eerst mogelijk en ook meteen terugbetaalbaar door het RIZIV. Opeens hadden huisartsen dus de mogelijkheid om hun chronische patiënten telefonisch te benaderen. In deze periode bleek dat 25% van de Belgische patiënten de afspraak afzegde en dat 33% van de consulten per telefoon gebeurde (12).

Deze studie werd verricht naast een lopende studie in het Horizon 2020-programma naar het opschalen van geïntegreerde zorg voor diabetes en hypertensie: SCUBY (13). In België werken veel huisartsen nog steeds als zelfstandigen in kleine praktijken, maar de laatste tijd worden sommige praktijken omgevormd tot kleine, multidisciplinaire groepspraktijken. Het betreft slechts een minderheid van de praktijken, waarbij de huisarts de centrale zorgverlener blijft, maar sommige taken delegeert aan bijvoorbeeld verpleegkundigen of diëtisten. Voor het huidige onderzoek werden huisartsen gerekruteerd in een semilandelijk gebied in het noorden van België (Vlaanderen) omdat er in deze regio een mix van de verschillende praktijktypes aanwezig was. De praktijken zijn doelgericht geselecteerd om verschillende praktijktypes te bereiken en ze werden telefonisch uitgenodigd voor deelname. De gegevensverzameling vond plaats tot er een verzadiging van gegevens werd verkregen, wat gebeurde na 12 interviews. Er is doelgericht geselecteerd om een gelijk aantal huisartsen te werven uit verschillende types van praktijken: solowerkende huisartsen, monodisciplinaire groepspraktijken en multidisciplinaire groepspraktijken (met minstens 1 verpleegkundige of diëtist).

Dataverzameling en analyse

Vanwege de Covid-19-gerelateerde beperkingen werden de interviews afgenomen door 2

onderzoekers via een beveiligde online videoverbinding. De interviews vonden plaats gedurende een periode van 6 weken, te beginnen in week 12 van de epidemie, 3 weken na de eerste piek. Alle interviews zijn opgenomen, woordelijk getranscribeerd en onafhankelijk geanalyseerd door de eerste 2 auteurs (KD en VB). Ze duurden gemiddeld 42 minuten. De interviewgids bevatte vragen over chronische zorg voor diabetes en hypertensie en een extra deel met 12 vragen over veranderingen in de zorgorganisatie voor patiënten met chronische ziekten als gevolg van Covid-19 (bijlage 1).

Er is een thematische analyse uitgevoerd aan de hand van de elementen van het CZM (14). Voor de rapportage van de gegevens werd de COREQ-checklist gebruikt (bijlage 2).

Resultaten

Zestien eerstelijnspraktijken werden geselecteerd: 5 solo-, 4 monodisciplinaire en 7 multidisciplinaire praktijken. Binnen deze praktijken werden 21 personen geïnterviewd: 3 diëtisten (allemaal vrouwen, 0 tot 6 jaar ervaring), 2 verpleegkundigen (beiden vrouwen, 9 en 13 jaar ervaring) en 16 huisartsen (9 vrouwen en 6 mannen, 1 tot 42 jaar ervaring). Een overzicht van de deelnemers is te vinden in bijlage 3. Er werden geen belangrijke verschillen waargenomen in de antwoorden tussen mannelijke en vrouwelijke deelnemers. Drie belangrijke thema's kwamen naar voren: veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg, risicostratificatie en ondersteuning van zelfmanagement.

Veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg en teambenadering

Alle zorgverleners constateerden een algemene daling van het aantal consulten voor chronische zorg. Ze vernoemden het noodplan en het daaruit

voortvloeiende verbod om patiënten te zien voor niet-urgente problemen als de directe oorzaak, maar verwezen ook naar de angst onder patiënten.

“Omdat die bang zijn om te komen” (IV 17, huisarts, monodisciplinaire groepspraktijk).

“Weinig huisartsen hadden een selectie gemaakt van patiënten met een hoog risico om proactief contact mee op te nemen en na te gaan of ze medische of andere problemen hadden.”

In alle eerstelijnspraktijken was de eerste reactie een reorganisatie met de nadruk op het veiligstellen van de toegang tot en de veiligheid van de acute zorg met veel aandacht voor vermoedelijke Covid-19-besmettingen. Dit betekende telefonische consulten en samenwerking met triageposten voor patiënten met vermoedelijke symptomen van een Covid-19-infectie, alsook de reorganisatie van de praktijk in lijn met de hygiënische richtlijnen om de toegang mogelijk te maken voor patiënten met acute niet-Covid-19-gerelateerde gezondheidsproblemen. Dit slokte de meeste tijd en energie op, waardoor er weinig ruimte overbleef om na te denken over iets anders, vooral aangezien het definiëren van wat urgent is niet vanzelfsprekend was voor de huisartsen.

“Ja, ik denk dat dat heel lastig was in het begin, wel omdat wat is dringend wat is niet dringend, chronische zorg is eigenlijk ook dringend op een gegeven moment. Dus we hebben dat in het begin wel anders aangepakt dan op het einde” (IV 7, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

De meerderheid van de eerstelijnszorgpraktijken had de (re)organisatie van de chronische zorg niet gepland.

Verpleegkundigen en diëtisten werden door de praktijk eigenaar vaak tijdelijk op non-actief

geplaatst wegens inkomstenderving na de daling van het aantal consulten en omdat hun diensten als ‘niet essentieel’ werden beschouwd. Praktijken met een gevestigde cultuur van dialoog (zoals het hebben van de gewoonte om regelmatig te vergaderen) pakten het echter systematischer aan met

teamvergaderingen over de organisatie en de patiënten.

“Maar ik denk dat wij als huisartsen en zeker wij als arts in huis, wij vergaderen ook nu tijdens heel de coronapandemie, dus al 7 weken iedere middag een uur over onze patiënten, over de zorg, over het triagecentrum, over het voldoende materiaal hebben, over casussen, over ja, suïcidale patiënten, over van alles en nog wat vergaderen wij. Iedere dag een uur, dus ik denk dat wij daar wel heel alert voor zijn en heel fel mee bezig zijn om toch de zorg in deze moeilijke periode zo goed mogelijk te doen” (IV10, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

Samenwerking en overleg met medische specialisten waren moeilijker voor niet-acute zaken, ook omdat niet alle verwijzingscentra duidelijk communiceerden over de veranderingen in hun schema en manier van werken. Toegang tot acute zorg was geen probleem.

Risicostatificatie en actief contact met patiënten

Weinig huisartsen hadden een selectie gemaakt van patiënten met een hoog risico om proactief contact mee op te nemen en na te gaan of ze medische of andere problemen hadden. De meeste respondenten

erkenden de waarde van een dergelijke aanpak, maar vermeldde barrières zoals een gebrek aan tijd en personeel, ethische bezwaren en een beperkte kennis over het gebruik van het systeem van het elektronische medische dossier (EMD).

“Ik heb een probleem met zelfpatiënten op te bellen. Er zijn collega's die dat doen, maar ik heb daar toch een beetje last mee. Ik heb een vast publiek, die komen wel” (IV8, huisarts, solopraktijk).

Een belangrijke gerapporteerde facilitator voor het proactief contacteren van patiënten was de beschikbaarheid van een lijst van chronische risicopatiënten uit het EMD, die aanwezig was in sommige grotere groepspraktijken en ad hoc werd samengesteld in sommige andere praktijken. Huisartsen in solopraktijken gaven aan dat ze hun patiënten persoonlijk kennen en hoogrisicopatiënten zouden kunnen identificeren op basis van eigen kennis. Wanneer ze gevraagd werden naar voorbeelden van dergelijke patiënten, noemden ze verschillende kenmerken, zoals patiënten die huisbezoeken aanvragen, heel oude patiënten, patiënten wier ziekte niet goed onder controle is, patiënten met een recente verandering van medicatie of patiënten die moeilijkheden melden. De huisartsen zouden dergelijke risicopatiënten benaderen voor een persoonlijk consult bij hen thuis of in de praktijk. Het actief benaderen van patiënten was nieuw voor alle huisartsen.

“Ten eerste hebben we iedereen in onze praktijk met een chronische pathologie (hypertensie, diabetes, COPD, astma) gecodeerd. Het is voor ons heel gemakkelijk geweest om lijsten te trekken. We hebben ook lijsten van depressie getrokken en oncologische aandoeningen. We zijn begonnen met de lijsten van diabetes op te bellen: als je ziek wordt of je voelt iets, contacteer ons” (IV13, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

In tegenstelling tot de huisartsen hadden de ondervraagde diëtisten de intentie om al hun cliënten

zo snel mogelijk te contacteren voor een nieuwe afspraak. Dit zou ook hun werkloosheid tijdens Covid-19 compenseren.

Ondersteuning bij zelfmanagement

Teleconsult als een nieuwe optie bood eerstelijnspraktijken een mogelijk instrument om patiënten met chronische ziekten op afstand op te volgen en te ondersteunen. De meeste respondenten zeiden deze teleconsulten echter vooral te gebruiken om medicatie voor te schrijven en snel een algemene indruk van de patiënt te krijgen.

“Als triage, eigenlijk even polsen hoe het gaat. Zijn er speciale klachten? Zijn ze meer vermoeid? Kunnen ze normale dagdagelijkse dingen nog uitvoeren? Zijn ze niet angstig met deze corona?” (IV3, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

Ze hadden verschillende redenen om zich te verzetten tegen echte, volledig telefonische of videoconsulten. Een vaak gegeven antwoord betrof de onbekendheid met deze manier van consultvoeren en het gepercipieerde onvermogen om patiënten goed te beoordelen. Andere argumenten waren de voorkeur van de patiënten, het gebrek aan gepercipieerde noodzaak en het gebrek aan tijd vanwege langdurende Covid-19-gerelateerde consulten.

“Maar ik kan geen diabetes volgen op afstand. Ik moet bloed trekken, de bloeddruk meten” (IV8, huisarts, solopraktijk).

“Maar ik heb dan wel gevraagd of ze dat telefonisch of via Skype wilden. Maar er zijn er eigenlijk heel weinig die daarop gereageerd hebben” (IV9, diëtist, multidisciplinaire praktijk).

Bovendien werd de ondersteuning bij het zelfmanagement gewoonlijk verzorgd door de verpleegster of de diëtiste, maar door de lagere inkomsten

werden deze personeelsleden op tijdelijke werkloosheid geplaatst.

“Een verpleegkundige heeft heel de tijd niet kunnen werken omdat alles wat een verpleegkundige doet niet dringend of niet essentieel of niet levensnoodzakelijk is, of hoe moet ik het zeggen” (IV10, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

Perceptie van de veranderingen en gevolgen voor chronische patiënten

De respondenten gaven aan dat voor de grote meerderheid van de chronische patiënten wier ziekte voorheen goed onder controle was de gevolgen van de Covid-19-uitbraak en de daarmee gepaard gaande reorganisatie van de eerstelijnszorg beperkt zouden zijn. Zij gaven aan dat het missen van slechts 1 consult niet problematisch is.

“Maar de meesten die de driemaandelijke controles volgen en stabiel zijn, gaan dan niet plots slechter worden” (IV21, huisarts, monodisciplinaire groepspraktijk).

Er werden echter bezorgdheden geuit over de gevolgen voor sommige patiënten, met name sociaaleconomisch kwetsbare mensen, van wie verwacht werd dat ze meer last zouden ondervinden van Covid-19 en de lockdown. De huisartsen vermeldde dat in deze groep meer ongezond voedsel en vooral minder lichaamsbeweging waarschijnlijk belangrijke oorzaken zouden zijn van het ontsporen van diabetes.

“Denk ik dat patiënten volledig ontregeld gaan zijn? Ik denk dat wel, ja. Omdat je weet dat heel veel patiënten veel minder lichaamsbeweging hebben gehad dan normaal, alleen maar hun heil hebben kunnen vinden in de koelkast. Dus qua kilo's en lichaamsbeweging is dat de afgelopen weken voor heel veel patiënten dramatisch geweest” (IV12, huisarts, monodisciplinaire groepspraktijk).

De meeste eerstelijnspraktijken waren relatief tevreden over de manier waarop hun praktijk was georganiseerd en waren trots op al het werk dat ze hadden verricht. Hierdoor waren ze niet van plan om de volgende keer andere maatregelen te nemen, behalve het vergroten van hun voorraad beschermingsmateriaal.

“Ik denk dat wij als huisartsen en zeker wij als praktijk dat supergoed doen en ik denk dat er vanuit de overheid misschien wat andere dingen hadden kunnen gebeuren” (IV10, huisarts, multidisciplinaire praktijk).

Bespreking

Deze studie onderzocht hoe de eerstelijnspraktijken hun diensten voor chronische aandoeningen, zoals diabetes en hypertensie, organiseerden in België tijdens de Covid-19-pandemie. De bevindingen tonen dat eerstelijnszorgverstrekkers zelf ernstige problemen vaststelden in het aanbieden van chronische zorg, wat in lijn is met de bevindingen van online enquêtes die in dezelfde periode in België werden uitgevoerd (12, 15). Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat deze verstoring een effect had op meerdere kwaliteitsindicatoren (16, 17).

Ondanks het feit dat België een hooginkomensland is, dat ongeveer 10,6% van het bruto nationaal product uitgeeft aan gezondheidszorg, toonden eerdere studies aan dat patiënten met chronische aandoeningen vaak geen optimale zorg krijgen, ook niet in pre-Covid-19-tijden (18-20). Deze tekortkomingen zijn opvallender geworden in de reactie van de eerstelijnszorg op de Covid-19-pandemie. Alle onderzochte praktijken werden gedwongen om zich aan te passen aan de crisissituatie, maar de meeste zorgbeoefenaars achtten een (re)organisatie van chronische zorg niet nodig, niet relevant of onmogelijk. Sommige praktijken misten zelfs hun

multidisciplinaire collega's of teamleden vanwege financiële beperkingen die zich voordeden. Dit verminderde de capaciteit van eerstelijnspraktijken nog meer om veerkrachtige chronische zorg te bieden. Het werpt tevens licht op de lage prioriteit die bijvoorbeeld paramedici geven aan zelfmanagementondersteuning.

implementeren van het CZM in een praktijk kan dus de continuïteit van de zorg vergemakkelijken in tijden van een pandemie.

We hebben geleerd dat de meeste onderzochte praktijken niet in staat waren om zich snel te kunnen aanpassen aan veranderende omstandig-

“De resultaten van de besproken studie suggereren dat een meer succesvolle aanpassing aan de snel veranderende zorgomgeving gerelateerd was aan de reeds bestaande implementatie van belangrijke elementen van het chronische zorgmodel in de deelnemende praktijken.”

Het is duidelijk dat een algemene reorganisatie van de eerstelijnszorg voor chronische aandoeningen nodig is, ook om in staat te zijn om adequaat te zorgen voor chronische ziekten in tijden van een pandemie. Een toonaangevende ‘position paper’ plaveide hiervoor duidelijk de weg om de zorg voor chronische aandoeningen vorm te geven op basis van de principes van het CZM van Wagner (21). De gegevens uit de besproken studie lijken deze oproep voor meer uitgebreide en geïntegreerde zorg te ondersteunen: sommige grotere en multidisciplinaire teams die in contact stonden met hun chronische patiënten, hadden procedures opgesteld voor betere zorg voor hun chronische patiënten en hadden reeds ingezet op risicostratificatie en multidisciplinaire samenwerking. Een dergelijke praktijk (met een groot multidisciplinair team en stabiele financiering) slaagde er bijvoorbeeld in om delen van de chronische zorg verder te zetten, zoals contact opnemen met kwetsbare patiënten met behulp van online technologieën. De resultaten van de besproken studie suggereren dat een meer succesvolle aanpassing aan de snel veranderende zorgomgeving gerelateerd was aan de reeds bestaande implementatie van belangrijke elementen van het CZM in de deelnemende praktijken. Het

heden. Om de meest kwetsbare en frêle chronische patiënten te bereiken en zo gezond mogelijk te houden, is risicostratificatie binnen een praktijkpopulatie essentieel. De ‘Kaiser Permanente Triangle’, een ziektemanagementmodel gericht op intensieve zorg voor en begeleiding van mensen met complexe chronische aandoeningen, kan als voorbeeld dienen (14). Het goed bijhouden van patiëntenbestanden en het oplijsten van patiënten in risicocategorieën zouden, in geval van een nieuwe noodsituatie, kunnen helpen om in contact te blijven met deze chronische patiënten. Men kan dan proactieve maatregelen nemen met behulp van innovatieve technieken, bv. telegeneeskunde, als een risicobeheersingsstrategie zoals voorgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie. Het potentieel van mobiele en digitale ondersteuningskanalen voor zelfmanagement voor patiënten kan verder worden gepromoot, vooral bij de vooraf geïdentificeerde kwetsbare patiënten (22).

De beperkingen van de besproken studie omvatten de selectie van de steekproefpopulatie en het gebrek aan kwantitatieve gegevens over het zorgproces en de opvolgparameters. Er werden praktijken geselecteerd uit 1 regio in België (Vlaanderen),

terwijl er een grote variatie was in infectiepercentages tussen de verschillende regio's, zoals ook in de buurlanden (bv. Nederland). De ervaringen van chronische patiënten vielen tevens buiten het bereik van dit onderzoek. De kracht van de studie is dat verschillende zorgprofessionals werden geïnterviewd vanuit verschillende types eerstelijnspraktijken.

Structurele veranderingen in de organisatie van de eerstelijnszorg zijn nodig om de algemene zorg van chronische ziekten te verbeteren en om bestand te zijn tegen toekomstige Covid-19-golven en pandemieën. Dit kwalitatieve onderzoek heeft de kennis verdiept over hoe de eerstelijnspraktijken verschillen in de organisatie van de zorg in tijden van een pandemie en van de chronische zorg in het algemeen. Huisartsen worden aangeraden om patiënten met chronische aandoeningen beter te identificeren in hun patiëntenpopulatie en om proactief de stappen te plannen die nodig zijn om deze patiënten bij te houden, dit met behulp van een teamgebaseerde aanpak. De studieresultaten genereerden 2 belangrijke wegen om dit te bereiken: een meer systematische implementatie van het CZM (te bereiken door een betere opleiding van huisartsen in praktijkmanagement) en het opzetten van een stabiele financieringsstructuur van het ondersteunende personeel (verpleegkundigen en diëtisten) zodat zij een rol kunnen spelen in het aansturen van chronische patiënten in tijden van crisis. Dit zal helpen om snel te schakelen tussen de diensten voor acute en chronische zorg. Bovendien zal het de continuïteit van de zorg verbeteren.

Besluit

Deze studie toont aan dat de Covid-19-pandemie de continuïteit van chronische zorg drastisch heeft getroffen en werpt licht op reeds bestaande zwakke plekken in de organisatie van chronische zorg. Face-to-face overleg moest worden stopgezet

en de focus verschoof naar Covid-19-gerelateerde zorg. De meeste praktijken namen niet proactief contact op met patiënten met chronische aandoeningen en multidisciplinair teamwork verschoof naar de achtergrond. Anderzijds is er ook goede hoop aanwezig aangezien praktijken met reeds bestaande betrouwbare structuren het opmerkelijk beter deden. Belangrijke manieren om verbeteringen door te voeren zijn: de implementatie van het chronischezorgmodel (CZM) door patiëntenstratificatie op basis van hun zorgbehoeften en vooruit plannen in afwachting van opflakkingen of een tweede golf.

Dankwoord

De auteurs danken Tuur Cools en Jonathan Annys, beiden masterstudenten, voor het mee verzamelen van gegevens voor deze studie, alsook alle deelnemende huisartspraktijken en hun medewerkers voor hun coöperatie.

Mededelingen

Belangenconflict

De auteurs vermelden geen belangenconflict.

Financiële ondersteuning

Er werd geen financiële ondersteuning ontvangen voor dit manuscript.

Aansprakelijkheid en copyright

Hierbij verklaren alle auteurs akkoord te gaan met de opgelegde regels in verband met aansprakelijkheid en copyright.

Dit artikel betreft de Nederlandse vertaling van het reeds verschenen Engelstalige artikel in BMC Family Practice: *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 (<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01326-3>).

Ethische goedkeuring en toestemming om deel te nemen

Ethische goedkeuring werd ontvangen voor de grotere studie door de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen met nummer B300201941020. Vanwege de Covid-pandemie werd er overgeschakeld naar online video-interviews. De toestemming om deel te nemen aan het interview werd mondeling gegeven. De ethische commissie keurde de wijziging van de procedure goed.

Affiliaties

- ¹ Eerstelijns- en interdisciplinaire zorg Antwerpen (ELIZA), Universiteit Antwerpen.
- ² Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen.
- ³ Centrum voor Demografie, Familie en Gezondheid (CPFH), Universiteit Antwerpen.
- ⁴ K. Danhieux, V. Buffel, E. Wouters en J. van Olmen droegen evenveel bij aan het artikel.
- ⁵ Correspondentieadres: K. Danhieux, Doornstraat 331, 2610 Wilrijk;
e-mail: katrien.danhieux@uantwerp.be

Scan de QR-code om het
volledige artikel (mét bijlagen)
online te lezen



Literatuur

1. Centers for Disease Control and Prevention. Excess deaths associated with COVID-19 (https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm - geraadpleegd op 23 juni 2020).
2. Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging* 2020; 12: 6049-6057.
3. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, et al. COVID-19 and older adults: what we know. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68: 926-929.
4. World Health Organization. Information note on COVID-19 and noncommunicable diseases (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds> - geraadpleegd op 21 juni 2020).
5. Fagan M. Huge fall in non-Covid hospital admissions and attendances. *Irish Examiner*, 2020.
6. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020; 10: e039674.
7. Mensen stellen doktersbezoek wel degelijk uit. Resultaten enquête 4. Universiteit Antwerpen (<https://www.uantwerpen.be/nl/projecten/coronastudie/resultaten/resultaten-vierde-enquete/> - geraadpleegd op 22 juni 2020).
8. Baird B. How has general practice responded to the Covid-19 (coronavirus) outbreak? The Kings Fund (<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/04/covid-19-general-practice> - geraadpleegd op 21 juni 2020).
9. COVID-19 Eerste Lijn Barometer. Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (<https://www.vivel.be/covid19monitoring/project/> - geraadpleegd op 21 juni 2020).
10. Coronavirus tracked: has the epidemic peaked near you? The Financial Times (<https://ig.ft.com/coronaviruschart/?areas=bel&areasRegional=usny&areasRegional=usnj&cumulative=1&logScale=1&perMillion=1&values=deaths> - geraadpleegd op 10 juni 2020).
11. Sciensano. COVID-19-procedures (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-procedures> - geraadpleegd op 1 april 2020).
12. Sciensano. Eerste COVID-19-gezondheidsenquête: eerste resultaten. Brussel.
13. SCUBY. Scaling up an integrated care package for diabetes and hypertension for vulnerable people in Cambodia, Slovenia and Belgium (<https://www.scuby.eu/> - geraadpleegd op 21 juni 2020).
14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779.
15. Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? Vlaams Patiëntenplatform (http://vlaamspatiëntenplatform.be/uploads/documents/Rapport_uitgestelde_zorg.pdf - geraadpleegd op 12 oktober 2020).
16. Wright A, Salazar A, Mirica M, Volk LA, Schiff GD. The invisible epidemic: neglected chronic disease management during COVID-19. *J Gen Intern Med* 2020; 35: 2816-2817.
17. Coma E, Mora N, Méndez L, et al. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract* 2020; 21: 208.

18. 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.
19. 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.
20. Paulus D, Van den Heede K, Gerkens S, Desomer A, Mertens R. Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium. *Health Policy* 2013; 111: 105-109.
21. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2012.
22. World Health Organization. COVID-19 strategy update (https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/covid-strategy-update14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true - geraadpleegd op 22 juni 2020).

ABSTRACT

The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium

The COVID-19 pandemic affects the processes of routine care for chronic patients. A better understanding helps to increase the resilience of the health system and to prepare it adequately for next waves of the pandemic.

A qualitative study was conducted in 16 primary care practices: 6 solo working, 4 monodisciplinary and 7 multidisciplinary. Using semi-structured video interviews, 21 people (doctors, nurses, dieticians) were interrogated. A thematic analysis was performed using the domains of the chronic care model (CCM).

Three themes emerged: changes in health care organization, risk stratification and self-management support. All participating practices reported drastic changes in organization with a collective shift towards COVID-19 care and a reduction of chronic care activities, less consultations, and staff responsible for self-management support put on hold. A transition to digital support did not occur. Few practitioners had a systematic approach to identify and contact high-risk patients for early follow-up. A practice with a pre-established structured team collaboration managed to continue most chronic care elements. Generally, practitioners expected no effects of the temporary disruption for patients, although they expressed concern about patients already poorly regulated.

The findings in this article show a disruption of the delivery of chronic care in the Belgian primary care context. In such contexts, the establishment of the CCM can facilitate the continuity of care in times of a crisis. Short-term actions should be directed to facilitate the identification of high-risk patients and to develop a practice organization plan to organize chronic care and to use digital channels for support, especially with regard to vulnerable patients, during next waves of the epidemic.