

Evaluatie implementatie Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) Hartfalen

Vertaling naar regionale afspraken en praktijkervaringen

Stefan Auener

Simone van Dulmen

Erny Korsmit

In opdracht van NVVC Connect

Ingrid van der Gun

Dirk Lok

Nijmegen 20 augustus, 2021

Evaluatie implementatie Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) Hartfalen

Vertaling naar regionale afspraken en praktijkervaringen

Projectteam:

Dirk Lok (NVVC)

Ingrid van der Gun (NVVC)

Erny Korsmit (NVVC)

Huug van Duijn (NVVC)

Marlieke Haeck (NVVC)

Stefan Auener (IQ healthcare)

Simone van Dulmen (IQ healthcare)

Nijmegen, 20 augustus 2021

Dit project is uitgevoerd in opdracht van NVVC Connect met een subsidie van de Hartstichting. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Auener SL, Dulmen van SA en Korsmit E. Evaluatie implementatie Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) Hartfalen. Vertaling naar regionale afspraken en praktijkervaringen. Nijmegen: IQ healthcare, augustus 2021).

Inhoud

Voorwoord	4
Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	9
1.1 Achtergrond.....	9
1.2 Vraagstelling	10
2. Beschrijving van de RTA's	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Methode.....	11
2.3 Resultaten.....	14
2.4 Conclusie	19
3. Implementatie van de RTA's.....	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Methode.....	20
3.3 Resultaten.....	22
4 Beschouwing en aanbevelingen	33
4.1 Beschouwing	33
4.2 Aanbevelingen.....	34
Bijlage 1. Lijst met afkortingen	36
Bijlage 2. Details analyse kwaliteit RTA's.....	37
Bijlage 3. Leden projectgroep en klankbordgroep	40
Bijlage 4. Vragenlijst	41
Bijlage 5. Topiclijst interviewguide.....	44
Literatuurlijst	54

Voorwoord

In de huidige maatschappelijke trend om de zorg op de juiste plek te verlenen en betaalbaar te houden, wordt steeds meer zorg vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn verplaatst. Zo ook voor de zorg voor patiënten met hartfalen. NVVC Connect heeft hiertoe enkele jaren geleden het initiatief genomen met de ontwikkeling van Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) die in de regio's zijn vertaald naar verschillende Regionale Transmurale Afspraken (RTA's). Dit rapport beschrijft de vertaling van de LTA naar de RTA's, de implementatie en de ervaringen.

We willen de vele direct betrokkenen in dit project bedanken. Allereerst Dirk Lok en Ingrid van der Gun. Hun inhoudelijke ondersteuning en kritische blik heeft ons geholpen om dit project gedegen uit te voeren. Jullie bijdragen vanuit het perspectief van zowel beleid als praktijk gaf ons veel inzicht. Jullie brede netwerk heeft ons in staat gesteld om uit veel regio's informatie te verzamelen. Tevens willen we Huug van Duijn en Marlieke Haeck bedanken voor de goede samenwerking en afstemming van de verschillende deelvragen.

Daarnaast willen we alle geïnterviewden uit de regio en de zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld bedanken voor hun bijdragen. Hierdoor hebben we goed de verschillende perspectieven van de verscheidenheid in geleverde zorg aan patiënten met hartfalen, de ontwikkeling en implementatie van de RTA's in kaart kunnen brengen.

Tot slot bedanken we Jesse Davids voor zijn bijdrage aan dit onderzoek. In het kader van zijn wetenschappelijke stage Geneeskunde heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd aan het vragenlijstonderzoek.

Stefan Auener
Simone van Dulmen
Erny Korsmit

Managementsamenvatting

Doelstelling

Het doel van het project is inzicht krijgen in de mate van implementatie, de knelpunten bij implementatie en inhoudelijke juistheid van de regionale transmurale afspraken (RTA's) hartfalen in de Connect-regio's. Daartoe bestaat het voorliggende onderzoeksproject uit: 1) het evalueren van de invulling van de RTA's op volledigheid en inhoudelijke juistheid (kwaliteit) in de 17 regio's; en 2) het evalueren van de implementatie van de RTA's in de regio's.

Methode

Evaluatie van de volledigheid en kwaliteit van regionale transmurale afspraken

De RTA's zijn getoetst aan de landelijke transmurale afspraken (LTA) hartfalen. Hiertoe heeft NVVC Connect de RTA's verzameld, waarna de analyse door IQ healthcare is uitgevoerd. Aan de hand van de LTA is een set thema's ontwikkeld om te achterhalen in hoeverre onderwerpen, beschreven in de LTA, terugkomen in de verschillende RTA's. Deze thema's zijn gebaseerd op de onderdelen die belangrijk zijn voor de transmurale zorg voor de patiënten met hartfalen. Tevens is gekeken in hoeverre de RTA's aandacht besteden aan scholing. Vervolgens is er onderzocht of deze thema's en de onderliggende aspecten in iedere RTA zijn beschreven. De totaalscore is omgezet naar een score van 0-100%.

Voor de inventarisatie van de kwaliteit van de regionale transmurale afspraken is een werkgroep samengesteld bestaande uit een cardioloog, een kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten en een procesbegeleider. De artsen hebben de RTA's zorgvuldig doorgenomen op medisch inhoudelijke onderdelen en hierbij vooral onderzocht of de inhoud voldoet aan vigerende richtlijnen.

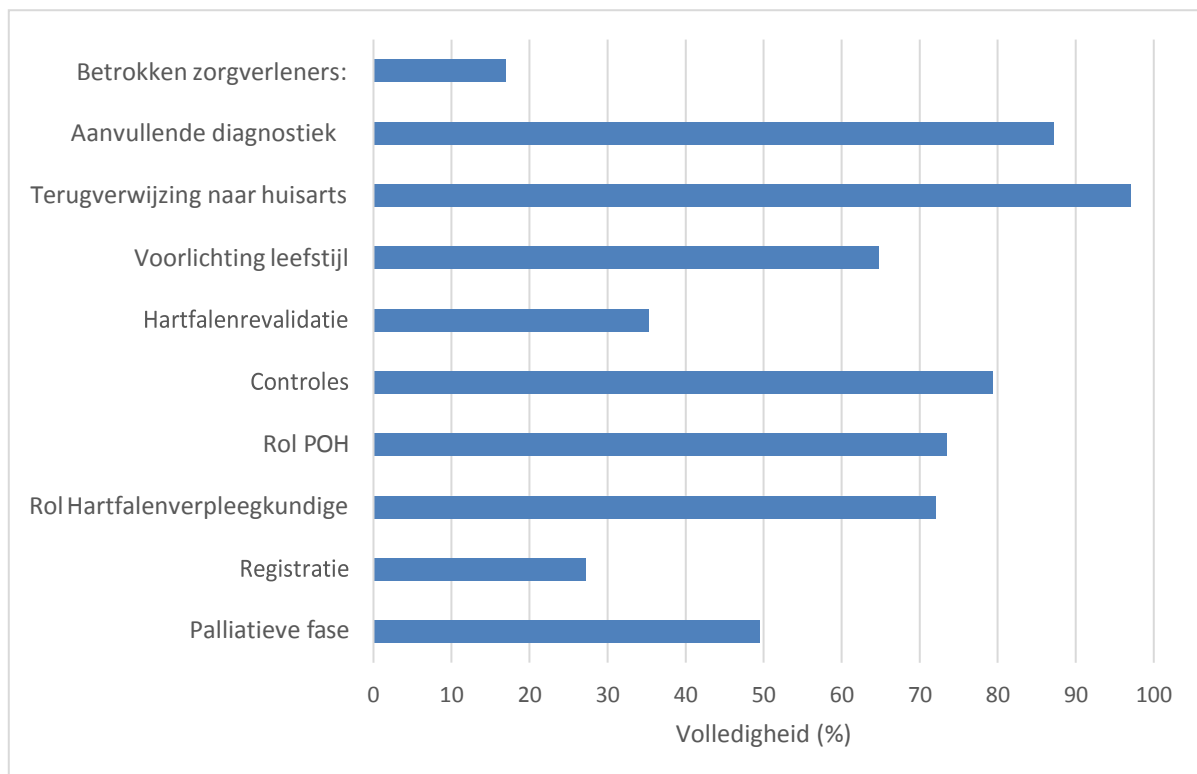
Evaluatie van de knelpunten en succesfactoren bij de implementatie

Om de implementatie van de RTA's in de regio's te evalueren zijn twee methoden gebruikt. In het eerste deel is een vragenlijst verstuurd om de kennis van de RTA en de mate van implementatie te inventariseren. Hiertoe is een vragenlijst ontwikkeld die is uitgezet onder zorgverleners uit zowel de eerste als tweede lijn die in hun werkzaamheden te maken hebben met patiënten met hartfalen. Respondenten zijn gevraagd naar bekendheid met de inhoud van de RTA. De ervaringen met het gebruik van de RTA werden gekwantificeerd als de gemiddelde Likert-score over een bepaald construct. Vervolgens is middels interviews met stakeholders dieper ingegaan op de door de stakeholder ervaren knelpunten en hoe de implementatie zou kunnen worden verbeterd. De interviews zijn volledig uitgeschreven en gecodeerd naar thema's.

Resultaten

Evaluatie van de volledigheid en kwaliteit van regionale transmurale afspraken

Er is een grote variatie tussen de regio's in de mate waarin de thema's uit de LTA zijn beschreven in de RTA. Het terugverwijzen naar de huisarts vanuit de tweede lijn is in alle RTA's vrijwel altijd expliciet benoemd. Aan het thema 'betrokken zorgverleners' wordt het minste aandacht geschonken in de RTA's. Voor de thema's 'hartfalenrevalidatie', 'registratie' en 'palliatieve fase' wordt gemiddeld minder dan 50% van de aspecten uit deze thema's behandeld in de RTA's (zie onderstaand figuur).



Figuur Volledigheid thema's van de 17 NVVC Connect-regio's

Evaluatie van de knelpunten en succesfactoren bij de implementatie

De vragenlijst is door 117 zorgverleners volledig ingevuld. Van de respondenten geeft 58% aan goed met de inhoud van de RTA bekend te zijn, 24% redelijk en 18% van de respondenten is niet bekend met de RTA. De RTA bevatte volgens de respondenten alle benodigde informatie en sloot, gemiddeld gezien, goed aan bij de eigen wensen. Men acht zichzelf voldoende bekwaam om met de RTA te werken.

Er zijn vervolgens 25 stakeholders geïnterviewd. Uit de analyse van de interviews zijn 9 thema's geïdentificeerd: de RTA, scholing, terugverwijzen, relaties, financiering, EPD-systemen, patiënten, uitkomsten en de rol van NVVC Connect (zie onderstaande tabel). De ervaringen met het gebruik van de RTA en de mate van implementatie van de RTA lopen erg uiteen tussen de verschillende zorgverleners. In alle regio's zijn er bij een of meerdere thema's knelpunten ervaren die de implementatie belemmeren.

Tabel Beïnvloedende factoren per thema

Thema	Subthema
De RTA	<ul style="list-style-type: none"> • Komt relatief makkelijk tot stand • Wijkt beargumenteerd af van de LTA
Scholing	<ul style="list-style-type: none"> • Is essentieel voor een goede implementatie • Kent verschillende vormen
Terugverwijzen	<ul style="list-style-type: none"> • Varieert per regio
Relaties	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de lijnen zijn belangrijk voor implementatie • Vertrouwen en persoonlijk contact tussen de lijnen bevordert samenwerking • Laagdrempelig contact verbetert de zorg in de eerste lijn
Financiering	<ul style="list-style-type: none"> • Voor implementatie en behandeling in de eerste lijn is dit uitdagend • Kent vele vormen • Zorgverzekeraar stelt voorwaarden aan vergoeding
EPD-Systemen	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnen laagdrempelig contact ondersteunen • Lenen zich niet altijd voor identificatie van populaties • Kunnen gebruikt worden voor evaluatie
Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn tevreden met de zorg op de hartfalenpoli • Hebben invloed op terugverwijzen
Uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Evalueren kan bijdragen aan verbeteringen van processen
NVVC Connect	<ul style="list-style-type: none"> • Kan regio's beter met elkaar verbinden • Kan kaders voor financiering verkennen

Aanbevelingen

Aanbevelingen ten aanzien van de RTA:

- Stuur aan op de benoeming van alle LTA aspecten in de RTA's of onderbouw waarom is afgeweken van de LTA
- De LTA en ook de RTA's dienen te worden herzien op basis van de meest recente richtlijnen, zoals destijds is afgesproken

Aanbevelingen ten aanzien van de implementatie van de RTA:

- Structurele ondersteuning bij de implementatie van de RTA is nodig:
 - (Financiële) ondersteuning bij aanbieden van scholing in de regio's aan huisartsen
 - Organiseer scholing in de eerste lijn in de regio (bijv. jaarlijkse herhalingscursus)
 - Ondersteun huisartsen met concrete tools en instrumenten zodat zij op een laagdrempelige manier informatie kunnen vinden voor de behandeling van de patiënten met hartfalen
- Bevorder samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners door goede afspraken voor laagdrempelig overleg
- Licht de patiënt in over de zorg die in de eerste lijn geleverd kan worden en over de afstemming van de zorg tussen de eerste en tweede lijn om zo kennis en bewustzijn van deze patiënten te vergroten
- EPD systemen dienen te worden doorontwikkeld om het volgen van de RTA te bevorderen
- Wees bewust van verschillen tussen regio's en houd hier rekening mee bij de vorming van een nieuwe regio en implementatie van de RTA

- Zorg voor ondersteuning om de potentiële patiëntengroepen beter in beeld te krijgen en proces- en uitkomsten te evalueren
 - Registratie in eerste- en tweedelijns EPD systemen dient te worden doorontwikkeld om potentiële patiënten beter te identificeren en om uitkomsten inzichtelijk te maken
 - Ontwikkel of inventariseer proces- en uitkomstmaten om de zorg van patiënten met hartfalen inzichtelijk te maken
 - Integreer de proces- en uitkomstmaten in de PDCA-cyclus¹

Aanbevelingen tan aanzien van de rol van NVVC Connect:

- NVVC Connect dient de harmonisering van de structuur en inhoud van de RTA's te stimuleren
- NVVC Connect dient kennisdisseminatie tussen regio's en projecten te faciliteren. Bijvoorbeeld middels een platformfunctie: door regio's waarin de implementatie succesvoller is verlopen te verbinden met andere regio's
- NVVC Connect dient in samenwerking met zorgverzekeraars randvoorwaarden te scheppen voor de financiering van de transmurale zorg voor hartfalen
- NVVC kan een rol spelen bij de ontwikkeling en inventarisering van proces- en uitkomstindicatoren

¹ Plan Do Check Act cyclus

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Hartfalen is een progressieve aandoening, gekenmerkt door een grillig beloop en hoge ziektelast voor de patiënt. De incidentie zal het komend decennium fors oplopen, met een verwachte stijging in prevalentie(48%) in ons land tot 342.000 patiënten in 2030.¹ Vroegtijdige diagnose en snelle start van de therapie zijn belangrijke succesfactoren voor de effectiviteit van de behandeling.

Een integrale aanpak met juiste afstemming van de nodige zorg draagt bij aan optimale kwaliteit van zorg. Het zorgteam voor patiënten met hartfalen bestaat uit cardiologen, huisartsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en praktijkondersteuners. Daarnaast spelen apothekers, diëtisten en fysiotherapeuten een rol. Om deze zorg goed te organiseren en af te stemmen zijn Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) Hartfalen opgesteld.² De LTA dient als landelijk kader voor de regio's en beschrijft de volgende aspecten: betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden, aanvullende diagnostiek, terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, controles, voorlichting en leefstijladvisering, hartfalenrevalidatie, rol van de praktijkondersteuner en hartfalenverpleegkundige, registratie en de zorg in de laatste levensfase. De LTA is opgesteld door cardiologen, huisartsen, hartfalenverpleegkundigen, en vertegenwoordigers van De Hart&Vaatgroep, Harteraad en Zorgverzekeraars Nederland. De LTA gaat uit van de tweede herziene NHG-Standaard Hartfalen en de Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen uit 2010 en de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC) over de diagnostiek en behandeling van acuut en chronisch hartfalen uit 2012.³⁴⁵

NVVC Connect stimuleert en faciliteert regio's bij het vertalen van de LTA naar de RTA. Hierbij staat het bieden van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment centraal met als doel het vergroten van de tevredenheid van patiënten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De LTA dient als basis voor de vertaling naar Regionale Transmurale afspraken (RTA) die ontwikkeld worden binnen Connect-regio's. Regionale verschillen zijn onder andere de patiëntenpopulatie, afspraken en samenwerkingsverbanden tussen de eerste en tweede lijn, financieringsmogelijkheden en lokale medische voorzieningen.

Voor de vertaling van de LTA naar RTA's zijn door Connect geen specifieke richtlijnen of instructies opgesteld. De regio's zijn vrijgelaten deze vertaling naar eigen inzicht vorm te geven. Tot 2021 hebben in totaal 17 regio's een RTA opgesteld. Echter, op dit moment is niet duidelijk of de regio's alle organisatorische onderdelen van de LTA hebben gevolgd en uitgewerkt. Daarnaast ontbreekt er een overzicht van de mate van implementatie, succesfactoren en knelpunten die deze implementatie van de RTA's in de weg staan. Doel van dit project is het evalueren van de transmurale hartfalenzorg in de regio.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag van het onderzoek is: 'In welke mate zijn RTA's geïmplementeerd in de regio's?'

Deelvragen hierbij zijn:

1. In welke mate zijn de thema's van de LTA overgenomen in de RTA? (volledigheid)
2. In welke mate zijn de RTA's inhoudelijk correct vertaald vanuit de LTA? (kwaliteit)
3. Wat zijn knelpunten en succesfactoren bij de implementatie van de RTA's?

In de initiële aanvraag was de eerste deelvraag beschreven in werkpakket 1, de tweede deelvraag beschreven in werkpakket 3 en de derde deelvraag beschreven in werkpakket 2. Bij de analyse bleek dat er deels overlap zit in de beschrijving van de volledigheid en kwaliteit van de RTA's. Om deze reden is ervoor gekozen om deze samen te voegen in de beschrijving van de invulling van de regionale transmurale afspraken op volledigheid en kwaliteit in hoofdstuk 2. De mate van implementatie en de knelpunten zijn weergegeven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 wordt een beschouwing op de resultaten gegeven en worden aanbevelingen opgesomd. Gedurende het onderzoek zijn er drie online bijeenkomsten geweest met de klankbordgroep (zie bijlage 3). Het doel van deze bijeenkomsten was tweeledig en bestond enerzijds uit het delen van de voortgang van het onderzoek en anderzijds uit het gezamenlijk reflecteren op de (tussentijdse) resultaten. De primaire doelgroep voor het rapport is NVVC Connect, maar de regio's kunnen het rapport ook gebruiken om te beoordelen of en zo ja op welke onderdelen de zorg nog verder kan worden geoptimaliseerd.

2. Beschrijving van de RTA's

Kernboodschap

NVVC Connect heeft regio's gestimuleerd om aan de hand van de LTA Hartfalen een RTA te ontwikkelen. De NVVC Connect regio's hebben vervolgens zelf en naar eigen inzicht de vertaalslag gemaakt van de LTA naar de RTA. In dit hoofdstuk is onderzocht 1) welke thema's uit de LTA in welke mate zijn opgenomen in de RTA (volledigheid) en 2) of de vertaalslagen die gemaakt zijn in de RTA's medisch inhoudelijk eensluidend zijn met de LTA en voldoen aan vigerende richtlijnen. Voor het eerste onderzoeksdoel is er aan de hand van de LTA een set van indicatoren ontwikkeld waarna is gekeken in hoeverre deze naar voren kwamen in de 17 RTA's. Hieruit is een grote mate van variatie naar voren gekomen waar sommige thema's veelal (gedeeltelijk) ontbreken. Dit is het meest gezien bij het thema "betrokken zorgverleners" en "registratie". Daarentegen zijn de thema's "terugverwijzen" en "aanvullende diagnostiek" het meest compleet behandeld in de RTA's. Medisch inhoudelijk gezien valt op dat veruit de meeste RTA's de LTA goed volgen en zich houden aan vigerende richtlijnen. Kritische noot is dat de regio's er vaak voor kiezen in de RTA details weg te laten. Dat komt de leesbaarheid weliswaar ten goede, maar geeft het risico dat er medisch inhoudelijk niet gewerkt wordt zoals dat is bedoeld in de LTA.

2.1 Inleiding

De LTA beschrijft verschillende thema's die van belang zijn voor de transmurale zorg voor patiënten met hartfalen. Per regio is de vertaling van de LTA naar de RTA op verschillende manieren uitgevoerd, waarbij verschillende zorgprofessionals zijn betrokken. Hierbij is iedere regio vrij geweest om de RTA naar eigen invulling en inzicht vorm te geven. Er zijn aan de regio's geen expliciete instructies of minimale eisen meegegeven om alle thema's uit de LTA te adresseren.

Op dit moment is het nog onbekend naar welke thema's de aandacht is uitgegaan bij het maken van de RTA's. Het is dan ook de vraag in hoeverre de thema's uit de LTA zijn vertaald naar de RTA. Daarnaast is de vraag op welke manier de regio's omgegaan zijn met de medisch inhoudelijke items die in de LTA beschreven zijn. Kiezen de regio's ervoor om deze letterlijk over te nemen of geven zij er een eigen invulling aan?

De doelstelling van dit deelonderzoek is tweeledig en betreft het 1) in kaart brengen in welke mate de thema's uit de LTA zijn overgenomen in de verschillende RTA's en 2) in welke mate de RTA's inhoudelijk aansluitend zijn aan de LTA.

2.2 Methode

Volledigheid

Allereerst is er een set van indicatoren ontwikkeld om te achterhalen in hoeverre de thema's van de LTA zijn beschreven in de verschillende RTA's. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de 10 thema's die belangrijk zijn voor de transmurale zorg voor de patiënten met hartfalen en beschreven in de LTA. De set conceptindicatoren is opgesteld door de onderzoekers en voorgelegd aan leden van de projectgroep, zie bijlage 3. Op basis van de feedback zijn er nog enkele aanpassingen gedaan in de set. Tabel 1 beschrijft de 10 thema's en de onderliggende aspecten.

Tabel 1. Set van indicatoren

Thema's	Aspecten
Betrokken zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> • In de RTA wordt aangegeven dat de patiënt op de hoogte moet worden gesteld van het aanspreekpunt. • In de RTA wordt aangegeven dat de patiënt op de hoogte moet worden gesteld van de eindverantwoordelijke behandelaar. • In de RTA wordt aangegeven dat de patiënt op de hoogte moet worden gesteld van de zorgcoördinator. • De RTA wijst erop dat gezamenlijke besluitvorming de standaard is.
Aanvullende diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> • De rol van de huisarts bij de diagnose van hartfalen wordt besproken (de huisarts geeft de anamnese, voorgeschiedenis, comorbiditeiten, medicatie, labonderzoek en ECG/thoraxfoto's aan de cardioloog). • De rol van de cardioloog bij de diagnose en behandeling wordt besproken (uitvoering en beoordeling ECG, geven van behandeladvies, diagnosticeren van overige cardiale aandoeningen). • Indien de huisarts de behandeling inzet, is er vastgelegd welke informatie de cardioloog aan de huisarts overlegt.
Terugverwijzing naar huisarts	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt genoemd welke patiënten van de cardioloog terug kunnen worden verwezen naar de huisarts.
Voorlichting leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • De behandelaar geeft voorlichting over de aandoening en het belang van de behandeling, zelfzorg en bewaking van het lichaamsgewicht. • Leefstijladviezen m.b.t. vochtinname, voeding en beweging worden afgestemd op de motivatie en mogelijkheden van de patiënt.
Hartfalenrevalidatie	<ul style="list-style-type: none"> • De optie voor een multidisciplinaire hartfalenrevalidatie wordt besproken met de patiënt. • De arts doet periodiek navraag bij de patiënt over de hoeveelheid beweging.
Controles	<ul style="list-style-type: none"> • Controlefrequentie tijdens de instelfase (bij nieuwe patiënten) is vastgesteld. • Controlefrequentie voor de stabiele patiënt is vastgesteld (3-6 maandelijks). • Nadat de patiënt is terugverwezen naar de huisarts en er nieuwe problemen ontstaan, kan de patiënt opnieuw worden ingestuurd. Er is vastgelegd wanneer de huisarts de patiënt weer verwijst naar de cardioloog.
Rol POH	<ul style="list-style-type: none"> • De rol van de POH bij de behandeling wordt besproken. • De POH geeft voorlichting en heeft een signalerende functie.
Rol hartfalen-verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> • De hartfalenverpleegkundige heeft een centrale en coördinerende rol (aanspreekpunt). • De hartfalenverpleegkundige geeft voorlichting.
Registratie	<ul style="list-style-type: none"> • Alle relevante gezondheidsinformatie wordt geregistreerd in een EPD en kan gedeeld worden met andere zorgverleners. • De patiënt heeft toegang tot zijn/haar eigen dossier. • Informatie m.b.t. de gevolgde voorlichting en educatie is opgenomen in het patiëntendossier. • Een individueel zorgplan (met doelen patiënt m.b.t. behandeling) maakt deel uit van het patiëntendossier en is toegankelijk voor alle behandelaars.
Palliatieve fase	<ul style="list-style-type: none"> • De patiënt wordt bij voorkeur thuis behandeld in de palliatieve fase. • De cardioloog draagt de zorg over aan de huisarts. • Er vindt een gesprek plaats met patiënt, familie, behandelaars en/of mantelzorgers m.b.t. het zorgplan, noodmedicatie, PM/CRT/ICD, zingevingsvragen en NR-verklaring. • Bij verdere progressie bespreekt de huisarts de mogelijkheden van terminale zorg. • De pacemaker/CRT wordt bij voorkeur niet uitgeschakeld. • Er is een stappenplan voor het uitschakelen van ICD's.

Er is gekeken of de RTA de thema's en de onderliggende aspecten beschrijft. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen het 1) expliciet aanwezig zijn, 2) impliciet aanwezig zijn en 3) het ontbreken van het aspect. Een voorbeeld van het expliciet aanwezig zijn, is een concrete uitwerking van wanneer patiënten door moeten worden verwezen naar de cardioloog (Thema Controles). Een voorbeeld van een impliciet aanwezig aspect is het noemen van multidisciplinaire hartrevalidatie in een figuur. Het aspect is dan wel aanwezig maar uit het stuk kan niet worden opgemaakt welke rol hartrevalidatie speelt in de behandeling of welke concrete afspraken hierover zijn gemaakt tussen de zorgverleners. Indien er wordt doorverwezen naar een ander document of link waar het thema verder wordt uitgewerkt dan wordt dit ook meegenomen als verlengde inhoud van de RTA. Naast de inhoudelijke thema's is scholing een belangrijke randvoorwaarde voor de implementatie van de RTA. Daarom is er ook gekeken of dit in de RTA's is vastgelegd.

Aangezien elk thema uit een verschillend aantal aspecten bestaat, is er gekeken naar hoeveel punten er zijn gehaald ten opzichte van het totaal aantal mogelijke punten per thema. Hierbij is het ontbreken gescoord als 0 punten, het impliciet aanwezig zijn van het aspect als 1 punt en het expliciet aanwezig zijn als 2 punten. Indien een thema uit 3 aspecten bestaat is het maximaal te halen aantal punten dus 6. Het totaal van het aantal te behalen punten per thema is omgezet naar een score van 0-100%. Voor de volledigheid van de thema's op landelijk niveau is de score van alle regio's geaggregeerd tot een score van 0-100%. Indien alle 17 regio's het desbetreffende thema volledig vertaald hebben in de RTA is de score van dat thema 100%.

Per thema is er dus maximaal 100% te halen, onafhankelijk van het aantal aspecten dat onder het betreffende thema valt. Allereerst is er per thema een overzicht gemaakt van de volledigheid per regio. Vervolgens hebben we per regio gekeken in hoeverre de thema's zijn beschreven.

Kwaliteit

Twee artsen, een cardioloog en een kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten, hebben elke RTA grondig onderzocht om een beeld te krijgen of de LTA medisch inhoudelijk gevolgd wordt en of vigerende medische richtlijnen gehanteerd worden. Deze artsen zijn organisatorisch ondersteund door een procesbegeleider.

1. De werkgroep heeft gezamenlijk een format gemaakt waarbij de niet-medisch inhoudelijke items van de LTA geschrapt zijn zodat alleen de medisch inhoudelijke items overbleven.
2. De cardioloog en de kaderhuisarts beoordeelden -ieder onafhankelijk van elkaar- vijf dezelfde RTA's op medisch inhoudelijke volledigheid en kwaliteit. Per thema is beschreven of de LTA gevolgd is en of het medisch inhoudelijk in lijn is met richtlijnen.
3. Het bleek dat beide artsen goed op één lijn zaten met deze beoordeling, daarom zijn de overige 12 RTA's verdeeld over beide artsen
4. Tussenresultaat was een uitgebreide tabel waarin per RTA staat in hoeverre de items in lijn zijn met de LTA. De analisten hebben de RTA's voorzien van opmerkingen. De betreffende regio's kunnen deze input straks eventueel gebruiken om hun RTA aan te passen zodat deze op genoemde punten meer in lijn komt met de LTA (zie ook paragraaf 2.3.2)

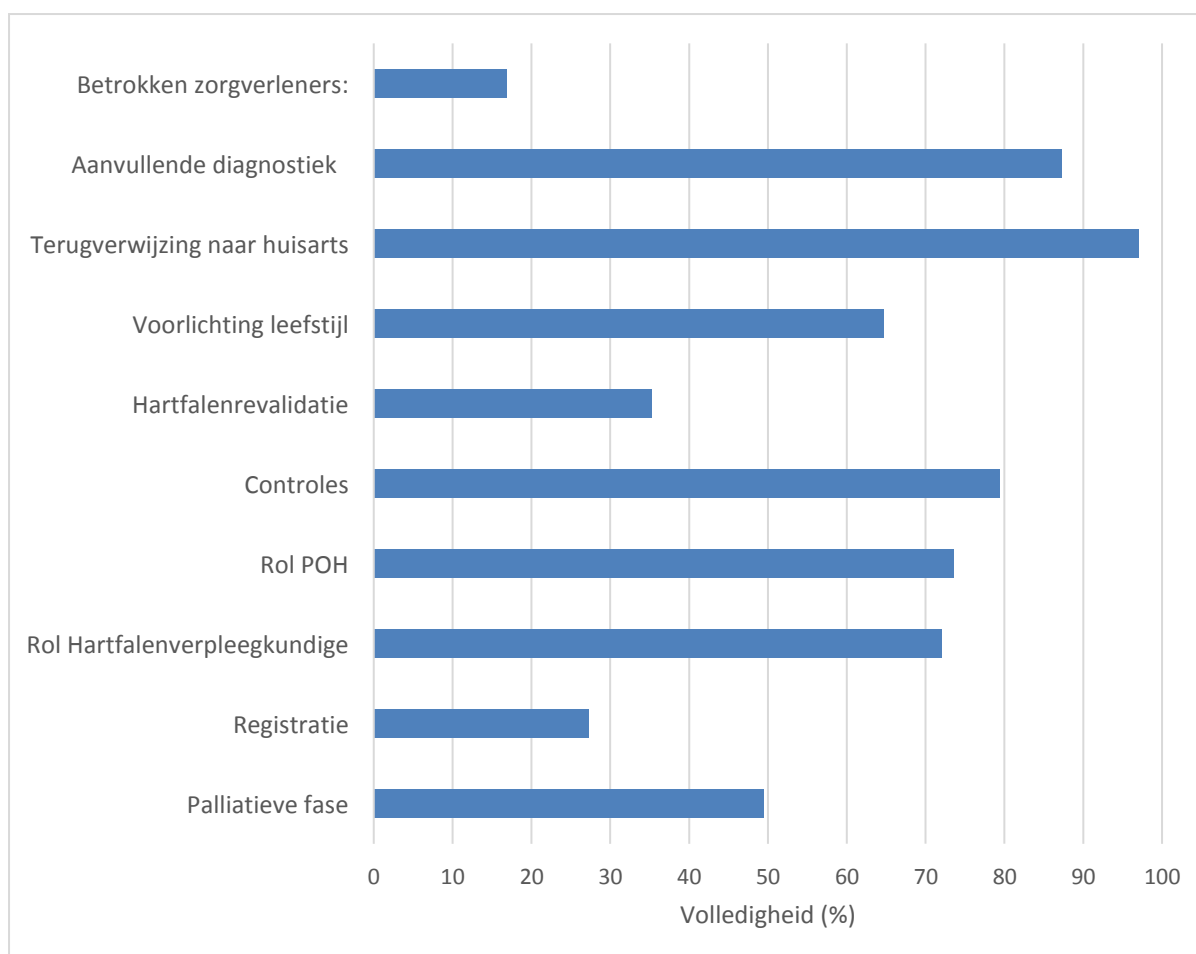
5. De samenvatting hiervan is voorgelegd aan de superviserend cardioloog en de klankbordgroep. Hun input is verwerkt in de definitieve versie van het overzicht.

2.3 Resultaten

2.3.1 Volledigheid

Volledigheid per thema voor alle 17 regio's

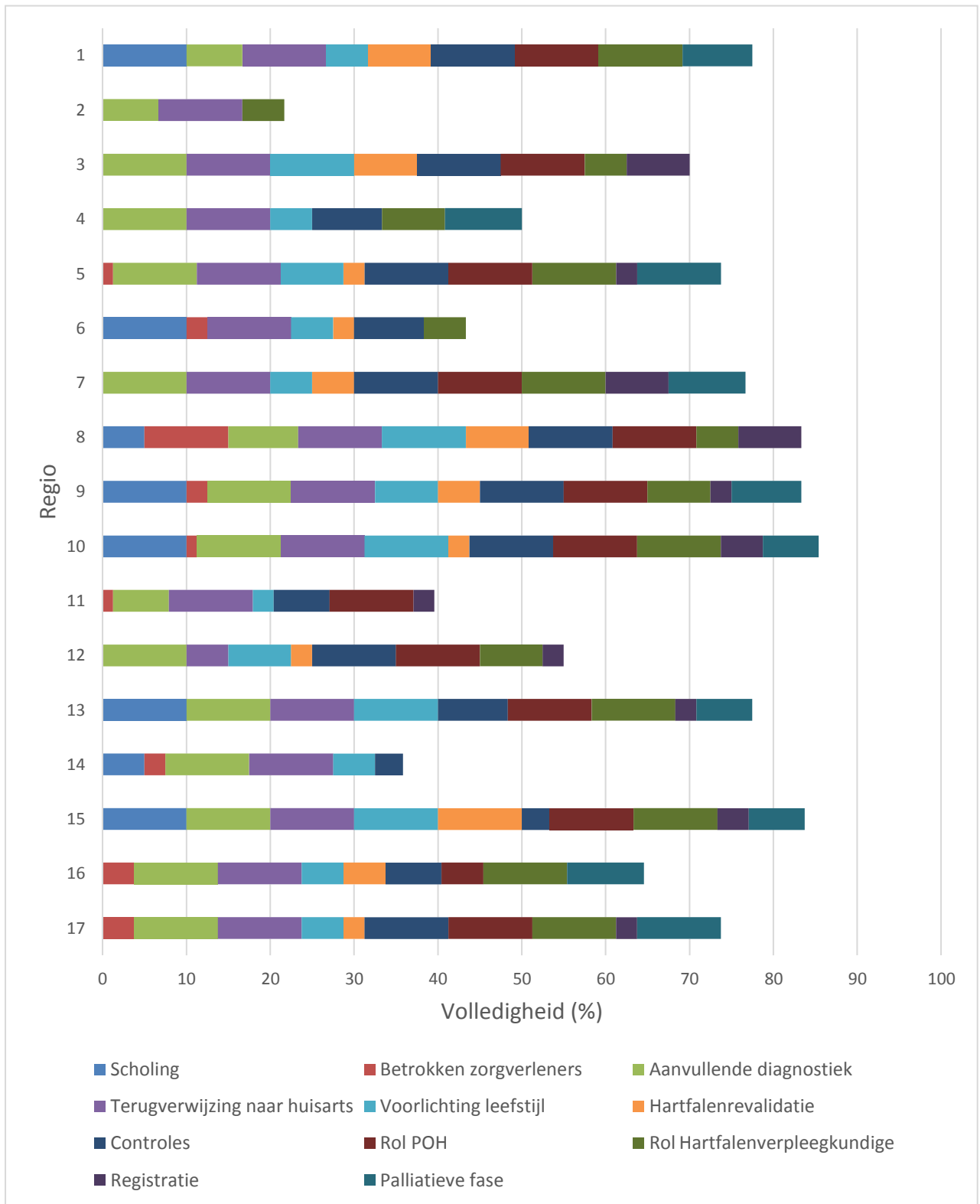
Figuur 1 geeft een overzicht in hoeverre de verschillende thema's uit de LTA zijn beschreven in de RTA's. Dit geeft een globaal overzicht in hoeverre de thema's zijn vastgelegd in de RTA's. De figuur laat zien dat terugverwijzen naar de huisarts vanuit de tweede lijn in alle RTA's vrijwel altijd expliciet benoemd is. Aan het thema 'betrokken zorgverleners' wordt het minste aandacht geschonken in de RTA's. Het thema 'betrokken zorgverleners' beschrijft dat met name geborgd moet zijn dat de patiënt ten alle tijden op de hoogte is van de hoofdbehandelaar, de eindverantwoordelijke behandelaar en de zorgcoördinator. Daarnaast vallen de thema's 'hartfalenrevalidatie', 'registratie' en 'palliatieve fase' op. Voor deze thema's wordt gemiddeld minder dan 50% van de aspecten in de checklist behandeld in de RTA's. Hoewel scholing in de RTA van acht regio's is benoemd, was dit vaak niet geconcretiseerd. Waar dit wel geconcretiseerd was, werden vaak verouderde data genoemd of links die niet meer werkten.



Figuur 1: Volledigheid thema's van de 17 NVVC Connect-regio's

Volledigheid per thema per regio

Figuur 2 beschrijft de volledigheid van de RTA per regio. We zien dat er grote verschillen zitten tussen de regio's, uiteenlopend van 3 uitgewerkte thema's tot 10 thema's per regio. Daarnaast geeft figuur 2 ook meer inzicht hoe volledig de onderliggende aspecten per thema zijn beschreven, indien het is vastgelegd in de RTA. Hoewel 9 regio's het thema 'betrokken zorgverleners' hebben meegenomen, is te zien dat er slechts 1 regio was die alle deelaspecten binnen dit thema behandelde. De thema's 'voorlichting leefstijl' en 'hartrevalidatie' zijn vaak gedeeltelijk opgenomen waar 'terugverwijzen naar de huisarts' vaak helemaal compleet is. Hierbij moet worden opgemerkt dat één thema (terugverwijzen naar huisarts) maar één aspect kent en er dus 0% (afwezig), 50% (impliciet) of 100% (expliciet) kan worden behaald. Dit figuur kan dienen als input bij gesprekken met de regio's om vast te stellen welke thema's en aspecten uit de LTA nog ontbreken en of het wenselijk is om deze in een revisie op te nemen.



Figuur 2: Volledigheid thema's RTA per regio

2.3.2 Kwaliteit

Tabel 2 beschrijft het overzicht van de medisch inhoudelijke juistheid van de RTA's. Deze samenvatting zegt niets over de individuele kwaliteit per RTA op medisch inhoudelijk vlak. Het geeft wel een goed beeld welke medische thema's aandacht hebben gekregen in de RTA's en welk detailniveau de regio's hiervoor hebben gekozen. Over het algemeen valt op dat de meerderheid van de RTA's veel details weglaten. De thema's 'Aanvullende diagnostiek' en 'Terugverwijzing naar huisarts' zijn in de LTA voorzien van veel gedetailleerde medisch inhoudelijke informatie. Met name op deze thema's is in de RTA's de gedetailleerde medisch inhoudelijke informatie niet overgenomen. Het onderzoek voerde niet zover om te achterhalen waarom deze keuze gemaakt wordt. De klankbordgroep vermoedt dat dit gedaan is om de werkbaarheid van de RTA te vergroten: het gaat erom dat er goed samengewerkt wordt waarbij het minder van belang (en misschien wel overbodig is) om inhoudelijke details van richtlijnen te herhalen omdat deze bij betreffende beroepsgroepen bekend (geacht) zijn.

In bijlage 2 is per RTA-(sub)onderdeel te lezen of de LTA gevolgd is en of het medisch inhoudelijk in lijn is met richtlijnen. Het advies aan NVVC Connect is om deze analyse aan elke regio terug te koppelen zodat zij een beeld krijgen van de toets van hun RTA aan de LTA. Bovendien krijgt elke regio hiermee, op de medische thema's na, een beeld van de volledigheid en kwaliteit van de eigen RTA ten opzichte van andere regio's. Uiteraard is in dit rapport niet te herleiden welke RTA van welke regio is (om oordeelvorming en ranglijstgedachten te voorkomen).

Tabel 2. Kwaliteit van de RTA's

<p style="text-align: center;">Aanvullende diagnostiek</p> <p>Slechts 1 regio volgt LTA volledig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veel details worden weggelaten in RTA's • Vooral bij Lichamelijk Onderzoek en Anamnese • Hierdoor ontbreken bijv. vaak de afkapwaardes • Algoritme-figuur uit LTA wordt veelal letterlijk overgenomen, maar er zijn ook eigen varianten • In 1 regio ontbreekt dit thema volledig 	<p style="text-align: center;">Terugverwijzing naar huisarts</p> <p>8 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 3 regio's ontbreekt dit domein geheel (dus geen patiëntencategorieën benoemd voor verwijzing naar huisarts of HF-poli) • Bij de rest (6 regio's) ontbreken vaak de verwijscriteria naar de HF-poli 	<p style="text-align: center;">Voorlichting leefstijl</p> <p>11 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij de andere regio's ontbreekt dit thema (nagenoeg) geheel
<p style="text-align: center;">Hartfalen revalidatie</p> <p>Geen enkele regio volgt LTA volledig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 7 regio's ontbreekt dit domein geheel • Bij de rest (10 regio's) wordt wel genoemd dat arts bij patiënt informeert naar bewegen • Hartrevalidatie optie wordt (volgens RTA's) vaak niet aangeboden aan patiënt 	<p style="text-align: center;">Controles</p> <p>6 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij de andere regio's wordt dit domein slechts globaal genoemd • Jaarcontroles kalium en nierfunctie ontbreken het vaakst 	<p style="text-align: center;">Rol POH</p> <p>11 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 3 regio's ontbreekt dit domein geheel • Bij de rest (3 regio's) is het globaal benoemd
<p style="text-align: center;">Rol hartfalenverpleegkundige</p> <p>2 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 5 regio's ontbreekt dit domein geheel • Bij de rest (10 regio's) is het wel benoemd, maar ontbreekt óf de beschrijving van de rol óf de meetwaarden 	<p style="text-align: center;">Palliatieve fase</p> <p>3 van de 17 regio's volgen volledig LTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 7 regio's ontbreekt dit domein geheel • Bij 7 regio's is het globaal benoemd maar ontbreken zaken zoals in overleg uitzetten ICD 	<p style="text-align: center;">Verwijzing naar richtlijnen</p> <p>Geen enkele regio verwijst naar alle 4 de in de LTA opgenomen richtlijnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij 6 regio's wordt naar geen enkele richtlijn verwezen • Bij 2 regio's wordt naar 1 richtlijn verwezen • Bij 2 regio's wordt naar 2 richtlijnen verwezen • Bij 7 regio's wordt naar 3 richtlijnen verwezen

2.4 Conclusie

Er zijn verschillende thema's die weinig aandacht krijgen in de RTA's. Vooral de thema's 'betrokken zorgverleners', 'registratie' en 'hartfalenrevalidatie' vallen hierbij op. Deze thema's komen voort uit de knelpuntenlijst (bijlage 2 van de LTA) die als uitgangspunt is genomen bij het opstellen van de LTA. Hoewel deze punten dus belangrijke pijlers vormen van de LTA, komen zij niet of in beperkte mate terug in de RTA's. Sommige regio's hebben er ook voor gekozen om juist thema's die niet genoemd staan in de LTA, zoals samenwerkingsafspraken met de derde lijn, vast te leggen in de RTA.

Daarnaast zijn er grote verschillen tussen de RTA's van de verschillende NVVC Connect-regio's. Deze verschillen zijn zowel op het gebied van vorm als inhoud van de RTA. Waar de kortste RTA twee pagina's omvatte, was de langste meer dan 60 pagina's. Ook de mate van concretisering verschilt in grote mate per RTA. Waar bij sommige regio's bijvoorbeeld telefoonnummers stonden die gebeld konden worden voor een consult, hadden andere regio's een generieke omschrijving wanneer er een consult bij de tweede lijn moest worden aangevraagd. Tot slot moet worden opgemerkt dat veel praktische informatie zoals scholingsdata verouderd is en dat er verouderde links vermeld staan.

Wat betreft de kwaliteit van de RTA's, is de belangrijkste conclusie dat de RTA's (op enkele uitzonderingen na) medisch inhoudelijk in lijn zijn met de LTA en vigerende richtlijnen. Maar omdat er vaak voor gekozen wordt om details weg te laten, kan geen conclusie getrokken worden met betrekking tot daadwerkelijke toepassing van de LTA op medisch inhoudelijk vlak.

3. Implementatie van de RTA's

Kernboodschap

Er is een grote variatie in de RTA's en de mate waarin deze zijn geïmplementeerd. Uit de vragenlijst bleek dat de RTA volgens de respondenten alle benodigde informatie bevat en aansluit bij de eigen wensen. Uit de interviews kwamen verschillende beïnvloedende factoren naar voren die gecategoriseerd zijn in de volgende thema's: de RTA, scholing, terugverwijzen, relaties, financiering, EPD-systemen, patiënten, uitkomsten en de rol van NVVC Connect.

3.1 Inleiding

NVVC Connect stimuleert en faciliteert regio's bij het vertalen van de LTA naar de RTA. De disseminatie en praktische implementatie is aan de regio's zelf overgelaten. Het is onbekend hoe de implementatie in de regio's verloopt en wat belemmerende factoren zijn om te werken volgens de RTA. Om hier meer inzicht in te krijgen en de bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen is een diepte analyse nodig waarbij verschillende stakeholders worden betrokken.

3.2 Methode

Om de mate van implementatie in kaart te brengen zijn twee methoden gebruikt, namelijk een vragenlijst en interviews.

Vragenlijst

Met een vragenlijst werd in kaart gebracht in welke mate men bekend is met de RTA, hoe deze wordt toegepast in de patiëntenzorg en welke bevorderende en belemmerende factoren zorgverleners ervaren bij de implementatie. NVVC Connect heeft contactpersonen uit haar netwerk benaderd en uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen, met het verzoek de oproep verder te verspreiden onder vakgenoten voor een zo groot mogelijk bereik. Uitgenodigd werden contactpersonen van alle Connect-regio's alsmede personen uit het netwerk van de HartVaathAG en leden van de NVVC-werkgroep Hartfalen. Het inclusie criterium was een functie als zorgverlener die betrokken is bij hartfalenzorg. Dit betreft zowel hulpverleners uit de eerste lijn (huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen) en de tweede lijn (cardiologen, verpleegkundig specialisten) als kartrekkers binnen de regio.

In de literatuur is gezocht naar een theoretisch kader voor het opstellen van de vragenlijst. Hierbij is gekozen voor het *Meetinstrument Determinanten van Innovaties* (MIDI).⁶ Dit is een empirisch onderbouwd raamwerk, dat vaak gebruikt wordt om in kaart te brengen welke determinanten het invoeren van een innovatie beïnvloeden. Het MIDI-model onderscheidt vier hoofdthema's: 1) kenmerken van de innovatie; 2) kenmerken van de professional; 3) kenmerken van de organisatie; en 4) kenmerken van de omgeving. Het MIDI-model biedt de vrijheid om op basis van eigen inzicht een selectie te maken van die determinanten die in het kader van de onderzochte innovatie voldoende relevant worden geacht. Enkel die determinanten uit het MIDI-model die voldoende differentieerden en waarvan de operationalisatie aansloot bij de onderzoeksvraag, werden opgenomen in de vragenlijst. Deze selectie gebeurde op basis van consensus tussen de onderzoekers, een implementatiewetenschapper en een ervaren cardioloog met hartfalen als aandachtsgebied. De vragenlijst werd aangevuld met 13 vragen over de praktische bruikbaarheid van de RTA en enkele vragen gericht op demografische karakteristieken van de respondent. Een conceptvragenlijst werd

voorgelegd aan de klankbordgroep (zie bijlage 3). De volledige vragenlijst staat in bijlage 4. De vragenlijst is ingevoerd in LimeSurvey Versie 2.06+. De vragenlijst werd getest door vijf personen en aan de hand van hun feedback werden nog enkele minimale aanpassingen doorgevoerd om de begrijpelijkheid en navigatie te verbeteren. De vragenlijst is uitgezet op 3 december 2020 en er zijn data verzameld tot 21 januari 2021.

De meeste vragen (33) werden gesteld volgens een 5-punts Likertschaal. Enkele vragen waren 'gespiegeld' in de vragenlijst opgenomen, wat wil zeggen dat ze laag scoren als men positief oordeelt. Dit werd middels een hercodering aangepast. Vragen zonder 5-punts Likertschaal werden in lijn gebracht met de rest. Wat wil zeggen; 'NVT' en 'Weet niet'-scores (6) werden gehercodeerd naar 'Neutraal' (3). En 'Ja/Nee/Weet niet' vragen (met scores 1,2 en 3) werden gehercodeerd naar 'Nee/Weetniet/Ja' (1,3,5). Alle antwoordcategorieën liepen nadien van negatief naar positief. Een hogere schaalscore betekende dat de betreffende determinant bevorderlijk is voor het succes van de implementatie en de gebruikservaring. Analyses werden uitgevoerd op volledig ingevulde vragenlijsten. We berekenden een gemiddelde score over alle vragen, gemiddelden per theoretisch MIDI-construct en het construct over de praktische bruikbaarheid van de RTA.

Interviews

Vervolgens zijn semigestructureerde interviews gehouden met verschillende stakeholders uit de regio's. Via het netwerk van NVVC Connect zijn de contactpersonen van de verschillende regio's benaderd voor een interview waarna tijdens het interview om nieuwe mogelijke deelnemers is gevraagd. Daarnaast zijn verschillende partijen benaderd die mogelijk een rol kunnen spelen bij de implementatie, zoals de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC) en zorgverzekeraars.

De interviews zijn via Zoom afgenomen op een semigestructureerde manier, waarbij altijd aan het einde open is gevraagd naar aspecten die mogelijk invloed hebben op de implementatie en die niet ter sprake zijn gekomen tijdens het interview. De interviewgide is opgesteld aan de hand van de domeinen van het MIDI-framework van TNO en is gedurende het onderzoek verschillende keren aangepast naar aanleiding van input uit eerdere interviews. De deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het interview door middel van een toestemmingsverklaring.

Na afname van de interviews, zijn deze woordelijk getranscribeerd en geïmporteerd in Atlas.ti voor de analyses. De eerste acht transcripten zijn gecodeerd door twee onderzoekers en vergeleken. De overige interviews zijn gecodeerd door één onderzoeker. Coderingen waarover conflicten of onduidelijkheden bestonden zijn vervolgens besproken tot overeenstemming werd bereikt. Voor de analyse is gebruik gemaakt van inductieve codering.

3.3 Resultaten

3.3.1 Vragenlijst

Omdat de vragenlijst anoniem is verstuurd via verschillende kanalen is niet bekend hoeveel mensen een link naar de vragenlijst hebben ontvangen. Hierdoor was het niet mogelijk om een responspercentage te berekenen.

In totaal hebben 96 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Van hen gaven 21 respondenten aan dat zij niet met de RTA bekend waren. Voor deze mensen eindigde de vragenlijst en waren alleen demografische kenmerken beschikbaar. 75 respondenten gaven aan dat zij enigszins (23%) of goed (77%) met de RTA bekend waren. Van deze 75 respondenten kon de gebruikerservaring van de RTA geanalyseerd worden. Van hen was 65% goed bekend met de LTA, en 33% enigszins. Eén respondent was niet bekend met de LTA. Tabel 3 beschrijft de kenmerken van de respondenten. Omdat het aantal respondenten per beroepsgroep laag was is er geen nadere analyse gedaan per beroepsgroep.

Tabel 3. Kenmerken respondenten vragenlijst

Kenmerk	N = 75 (%)
Geslacht	
Man	32 (43)
Vrouw	43 (57)
Leeftijd	
< 20 jaar	0
20-29 jaar	1 (0)
30-39 jaar	4 (5)
40-49 jaar	25 (33)
50-59 jaar	28 (39)
≥ 60 jaar	17 (23)
Functie	
Cardioloog	27 (36)
Huisarts	14 (19)
Kaderhuisarts: Hart- en vaatziekten	13 (18)
Praktijkondersteuner	7 (9)
Hartfalen-verpleegkundige	7 (9)
Verpleegkundig specialist cardiologie	4 (5)
Anders	3 (4)
Physician assistant /verpleegkundige	0
Jaren werkervaring	
0-4 jaar	2 (3)
5-9 jaar	8 (10)
10-14 jaar	11 (15)
15-19 jaar	11 (15)
20-24 jaar	11 (15)
25-29 jaar	11 (15)
30-34 jaar	13 (17)
≥ 35 jaar	8 (10)

Vervolg tabel 3

NVVC Connect regio	
Alkmaar & Den Helder	5 (6)
Apeldoorn-Zutphen	1 (0)
Bernheze	4 (5)
Den Bosch	1 (0)
Deventer	1 (0)
Gorinchem	2 (3)
Groningen-Drenthe	3 (4)
Groot-Leiden	14 (19)
Maastricht	4 (5)
Nijmegen-Boxmeer	7 (9)
Rotterdam-Rijnmond	9 (12)
Tilburg	3 (4)
Twente	4 (5)
Utrecht	4 (4)
West-Brabant	0 (0)
Zuidoost-Brabant	5 (7)
Anders	8 (11)

Respondenten gaven over het algemeen aan goed bekend te zijn met zowel de RTA als met de LTA en ze scoorden overwegend positief op de vragen. De RTA bevat volgens de respondenten de benodigde informatie en sluit gemiddeld gezien goed aan bij de eigen wensen. Men acht zichzelf voldoende bekwaam om met de RTA te werken. De gemiddelde score per vraag staat beschreven in tabel 4. De gemiddelde score per thema varieerde van 3,79 (thema innovatie) tot 3,86 (thema omgeving).

Tabel 4. Resultaten vragenlijst

Thema	Vraag	Gemiddelde	SD
Innovatie	RTA biedt alle informatie die nodig is om goed mee te werken.	4,0	0,6
	RTA is voor mij te ingewikkeld om mee te werken.	3,9	0,9
	Ik ben voldoende geschoold om met de RTA te werken.	4,1	0,9
	Ik acht mijzelf voldoende bekwaam om met de RTA te kunnen werken.	4,3	0,7
	RTA sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken.	4,0	0,7
	Ik vind de effecten van het gebruik van de RTA duidelijk zichtbaar.	3,3	1,0
	Ik vind dat de RTA positief bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.	4,0	0,7
	Ik vind dat de RTA goed aansluit bij de wensen van de patiënt.	3,6	0,7
Gebruiker	Ik vind dat de RTA goed aansluit bij mijn eigen wensen als zorgverlener.	3,8	0,7
	Ik vind het bij mijn functie horen om de RTA te gebruiken.	4,3	0,7
	Patiënten zijn over het algemeen tevreden als ik handel volgens de RTA.	3,7	0,8
Organisatie	In hoeverre verwachten de volgende personen dat u handelt naar de inhoud van de RTA? [Collega's].	3,7	0,7
	In hoeverre verwachten de volgende personen dat u handelt naar de inhoud van de RTA? [Direct leidinggevende].	3,5	1,0
	Als het gaat om het werken volgens de RTA, hoeveel trekt u zich dan aan van de mening van de volgende personen? [Collega's].	3,8	0,6
	Als het gaat om het werken volgens de RTA, hoeveel trekt u zich dan aan van de mening van de volgende personen? [Direct leidinggevende].	3,3	1,1
	In mijn organisatie zijn formeel afspraken vastgelegd over het gebruik van de RTA.	3,9	1,6
	In mijn regio zijn één of meerdere personen aangewezen voor het coördineren van de invoering van de RTA.	4,4	1,1
	Er is voldoende personeel in onze regio om de RTA zoals bedoeld te kunnen gebruiken.	3,2	0,8
	Onze organisatie stelt mij voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar om de RTA zoals bedoeld te kunnen gebruiken.	3,6	0,9
Sociaalpolitieke omgeving	De activiteiten die in de RTA staan, sluiten goed aan bij bestaande wetten en regels.	3,9	0,8
Overig	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft het diagnostische traject bij de verdenking van hartfalen.	4,1	0,6
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de behandeling die gestart moet worden wanneer de diagnose hartfalen is gesteld.	4,1	0,6
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de onderdelen van de behandeling waar ik beroepsmatig bij betrokken ben.	4,1	0,6
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft het gebruik van een individueel zorgplan (IZP) als onderdeel van de behandeling.	3,6	0,8
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de relevante leefstijladviezen die besproken dienen te worden met de patiënt.	4,1	0,7
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft welk voorlichtingsmateriaal er beschikbaar is voor de patiënt.	3,6	0,8
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft welke medische controles verricht moeten worden bij de patiënt.	4,0	0,7
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de frequentie van controles.	3,7	0,8
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de criteria voor het doorverwijzen van een patiënt naar de tweede lijn (eerste lijn → tweede lijn).	4,1	0,7
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de criteria voor het terugverwijzen van een patiënt naar de eerste lijn (tweede-lijn → eerste lijn).	3,9	0,7
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft wat moet worden vastgelegd in de communicatie tussen de eerste en tweede lijn.	3,9	0,8
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft er bij hartfalen moet worden opgenomen in het patiëntendossier.	3,7	0,8
	Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft de te bieden zorg in de palliatieve fase van hartfalen.	3,8	0,8

SD= Standaarddeviatie

3.3.2 Interviews

Voor dit deel van het evaluatieonderzoek zijn 20 interviews afgenomen en is 1 focusgroep gehouden. Hiermee hebben er in totaal 25 mensen deelgenomen aan dit deel van onderzoek. Deze kwamen uit 9 verschillende NVVC Connect regio's. Daarnaast waren er twee deelnemers die zelf (nog) niet actief waren in een NVVC Connect regio. In één geval bestond er nog geen RTA in de regio en in het andere geval was het een bewuste keuze van een huisartspraktijk om niet deel te nemen aan de RTA.

Tabel 5. Beschrijving deelnemers (N=25)

Beschrijving	Aantal*
Cardiologen	9
(Kader)huisartsen	4
Verpleegkundig specialist	2
POH	1
Projectleider RTA / coördinator zorggroepen	7
Zorgverzekeraars	2
Patiëntenvereniging	1
NVVC projectbureau	2

*deelnemers konden meerdere rollen hebben

Resultaten thema's

Uit de analyse zijn negen thema's naar voren gekomen (zie tabel 6). De thema's zijn hieronder meer in detail beschreven. Ter illustratie van de thema's zijn er quotes uit de interviews opgenomen in bijlage 6 Hierin is een selectie gemaakt uit vele quotes die de analyse ondersteunen.

Tabel 6. Beïnvloedende factoren per thema

Thema	Subthema
De RTA	<ul style="list-style-type: none"> • Komt relatief makkelijk tot stand • Wijkt beargumenteerd af van de LTA
Scholing	<ul style="list-style-type: none"> • Is essentieel voor een goede implementatie • Kent verschillende vormen
Terugverwijzen	<ul style="list-style-type: none"> • Varieert per regio
Relaties	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de lijnen zijn belangrijk voor implementatie • Vertrouwen en persoonlijk contact tussen de lijnen bevordert samenwerking • Laagdrempelig contact verbetert de zorg in de eerste lijn
Financiering	<ul style="list-style-type: none"> • Voor implementatie en behandeling in de eerste lijn is dit uitdagend • Kent vele vormen • Zorgverzekeraar stelt voorwaarden aan vergoeding
EPD-Systemen	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnen laagdrempelig contact ondersteunen • Lenen zich niet altijd voor identificatie van populaties • Kunnen gebruikt worden voor evaluatie
Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn tevreden met de zorg op de hartfalenpoli • Hebben invloed op terugverwijzen
Uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Evalueren kan bijdragen aan verbeteringen van processen
NVVC Connect	<ul style="list-style-type: none"> • Kan regio's beter met elkaar verbinden • Kan kaders voor financiering verkennen

De RTA

De RTA komt relatief eenvoudig tot stand

Bij de totstandkoming zijn verschillende stakeholders betrokken, dit wisselt per regio. Over het algemeen zijn er relatief weinig knelpunten die betrekking hebben op de totstandkoming van de RTA. Hiermee wordt bedoeld dat de zorginhoudelijke punten uit de RTA op weinig weerstand stuiten. Wanneer expliciet naar de totstandkoming van de RTA werd gevraagd gaf men aan dat men, hoewel hier af en toe discussie over was, over het algemeen relatief eenvoudig tot afspraken kwam. De voornaamste barrière die in het verleden een rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van de RTA, waren met name persoonlijke verhoudingen tussen 'key players'. Een bevorderende factor is het als de kartrekkers van het project in de regio enthousiast zijn.

De RTA's wijken beargumenteerd af van de LTA

De RTA's kennen een grote mate van diversiteit op zowel vorm als inhoud. Tijdens de klankbordgroep bijeenkomst werd aangekaart dat deze diversiteit niet meteen te vertalen was naar een kwaliteitsverschil tussen de regio's. Dit werd bevestigd door in de interviews te vragen waarom bepaalde onderdelen uit de LTA niet waren opgenomen in de RTA.

Tijdens de interviews werd soms wel aangegeven dat er bewust voor gekozen is om af te wijken van de LTA om aan de wensen van betrokken partijen tegemoet te komen. Hierbij werd door de geïnterviewden aangegeven dat het essentieel is dat de (kader)huisarts die betrokken is bij de ontwikkeling van de RTA, rekening houdt met de kennis en vaardigheden van de huisartsen in de regio.

Scholing

Scholing is essentieel voor een goede implementatie

Na de totstandkoming van de RTA, wordt deze veelal opgevolgd door scholing. Een van de uitgangspunten van de RTA is namelijk dat alle betrokkenen voldoende geschoold zijn in de behandeling van chronisch hartfalen. Uit de analyse van de RTA's is al naar voren gekomen dat ongeveer de helft van de regio's dit borgt in de RTA. Uit de interviews komt naar voren dat vrijwel alle betrokkenen dit als essentieel onderdeel zien van de RTA omdat de kennis met betrekking tot hartfalen in de eerste lijn varieert en hartfalen als een gecompliceerder ziektebeeld wordt ervaren dan bijvoorbeeld diabetes. Hoewel het hier in eerste instantie gaat over kennis van de behandeling van patiënten met hartfalen draagt scholing ook bij aan het bewustzijn van patiënten met hartfalen in de eerste lijn en kan het persoonlijke relaties tussen de eerste en tweede lijn verbeteren. Deze vraag naar scholing voor de eerste lijn komt niet alleen uit de tweede lijn maar wordt ook gedragen door de huisartsen zelf.

Verschillende cardiologen hebben aangegeven dat ze het effect van deze scholing merken als zij geconsulteerd worden. Dit kan bijvoorbeeld door een vermindering van het aantal verwijzingen voor een diagnose zonder het vermelden van BNP (brain natriuretic peptide) of door gerichtere vragen. Ook is er soms een extra mogelijkheid van consultatie opgezet waardoor de huisarts de hoofdbehandelaar kan blijven terwijl de diagnose toch gesteld kan worden door een cardioloog.

Tot slot werd meerdere keren genoemd dat regio's soms problemen ondervinden met het omgaan met nieuwe ontwikkelingen, in dit geval de SGLT2-remmer die nu ook door cardiologen incidenteel wordt voorgeschreven voor mensen met hartfalen. Deze medicatie beïnvloedt de glucosehuishouding

waardoor dit invloed kan hebben op de behandeling van diabetes wat de behandeling kan compliceren. Regio's gaven aan benieuwd te zijn hoe andere regio's met dit soort ontwikkelingen omgaan.

Verschillende vormen van scholing

Het staat regio's vrij hoe zij de scholing regelen en er zijn verschillende varianten. Voorbeelden zijn een scholingsavond, E-learnings, carrousel initiatieven, casuïstiek bespreking, een on-the-job training maar bijvoorbeeld ook een dag meelopen met de verpleegkundig specialist. Elk van deze manieren kent zijn voor- en nadelen. Zo kan een E-learning efficiënt worden ingezet voor het bijscholen van nieuwe medewerkers in de regio maar draagt het niet bij aan het elkaar leren kennen. Daarentegen kan een persoonlijke benadering huisartsen in de regio, die in eerste instantie niet wilden meewerken, toch overhalen, maar is dit weer zeer tijdsintensief. In sommige regio's was deze scholing enkel gefocust op de POH-er of de huisarts terwijl in andere regio's beiden de scholing volgden of kreeg ook de 2^e lijn aanvullende scholing. Scholing was soms ook een vereiste om in aanmerking te komen voor een extra vergoeding in de eerste lijn (zie financiering).

Het is per regio verschillend hoeveel huisartsen aanvullende scholing hadden gevolgd voor hartfalen. Hoewel deze scholing een belangrijk uitgangspunt is van de RTA, was er overwegend begrip vanuit de zorggroepen en cardiologen dat niet alle huisartsen deze scholing hadden gevolgd. Vaak werd aangegeven dat zij verbaasd waren over de relatief lage aantallen patiënten met hartfalen die bij de huisarts onder behandeling waren (10-15 patiënten).

In twee interviews is er gesproken met mensen uit de eerste lijn die (nog) niet deelnamen aan een RTA in de regio. De reeds aanwezige werkdruk en het beperkte aantal patiënten in combinatie met de tijd en energie die in de implementatie moest worden gestoken, waren belangrijke redenen voor deze personen om niet deel te nemen aan/een RTA Connect regio op te zetten.

Terugverwijzen

Variatie in terugverwijzen

Geïnterviewden gaven aan dat er verschillende criteria voor het terugverwijzen zijn en dat (gebrek aan) vertrouwen leidt tot variatie in het terugverwijzen van stabiele patiënten naar de eerste lijn. Sommige respondenten gaven aan dat bijvoorbeeld strengere terugverwijscriteria op een later moment toch nog zijn aangepast als het aantal patiënten dat werd terugverwezen goed behapbaar bleek voor de huisarts. Ook een toename van het vertrouwen in elkaar droeg bij aan het verruimen van de criteria voor terugverwijzen. Hoewel veel cardiologen en zorggroepen aangeven dat het dus begrijpelijk is dat niet alle huisartspraktijken aansluiten bij dit soort trajecten, kan dit het terugverwijzen in de weg staan omdat de zorgverleners uit de tweede lijn niet weten hoe bekwaam de huisarts in kwestie is met betrekking tot hartfalen. Zij proberen dit veelal te ondervangen door duidelijke instructies mee te geven en waar mogelijk een "warme" overdracht te geven.

Hoewel volgens de LTA de patiënten met een ICD of ander implantaat niet standaard terug worden verwezen naar de eerste lijn, zagen we hier ook uitzonderingen op. Door middel van 'shared care' worden deze patiënten, na afstemming met de huisarts, deels terugverwezen naar de eerste lijn

waarna hij/zij nog één in plaats van twee keer per jaar naar het ziekenhuis komt. Er worden verschillen ervaren in de vrijheid om deze frequentie te bepalen.

In de meeste gevallen ligt het initiatief om patiënten terug te verwijzen binnen de tweede lijn. Hierin ervaren geïnterviewden wel verschillen tussen de regio's. Zo worden in de ene regio patiënten door de verpleegkundig specialist aangedragen voor terugverwijzing terwijl in de andere regio's de cardioloog het initiatief neemt. Daarnaast was er ook een regio waarbij de huisarts (samen met iemand van de zorggroep) input kon geven welke patiënten terug zouden kunnen worden verwezen vanuit de tweede naar de eerste lijn.

Relaties

Relaties binnen de lijnen zijn belangrijk voor een duurzame implementatie

Veel werk met betrekking tot zowel de ontwikkeling van de RTA als de implementatie ligt bij de kartrekkers uit de eerste en tweede lijn. Gedurende deze trajecten is het belangrijk dat zij goed hun achterban hierbij betrekken. Het regionale aspect van de RTA zorgt ervoor dat de regionale kartrekkers veelal meer mandaat genieten dan projecten die van buiten de regio komen.

Volgens enkele geïnterviewden kan persoonlijke aandacht en ondersteuning van bijvoorbeeld de kaderhuisarts of de zorggroep ertoe bijdragen dat huisartsen meer geneigd zijn om zich aan te sluiten. Sterk georganiseerde eerstelijns zorggroepen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bereiken en motiveren van huisartsen door hen te ontzorgen en de administratieve lasten uit handen te nemen of te ondersteunen. Ook kunnen zij problemen die naar voren komen bij de uitvoering van de RTA signaleren en waar mogelijk verbeteringen in het proces ondersteunen. Enkele geïnterviewden gaven aan dat het ook lastig kan zijn om alle cardiologen binnen de vakgroepen te stimuleren om te werken volgens de RTA.

Vertrouwen en elkaar kennen tussen de eerste en tweede lijn draagt bij aan transmurale samenwerking

Het "elkaar kennen" werd meerdere malen als belangrijke bevorderende factor genoemd voor implementatie van de RTA. Daarnaast zorgt een beter inzicht in elkaars werkzaamheden voor meer wederzijds begrip en vertrouwen. Deze persoonlijke contacten met de juiste personen worden schaarser en complexer naarmate er meer zorgaanbieders in de NVVC Connect regio aanwezig zijn. Vooral voor het terugverwijzen speelt het vertrouwen van de cardioloog in de eerste lijn een belangrijke rol. Hoewel ook vaak werd aangegeven dat alle patiënten volgens de RTA werden terugverwezen, gaven sommige cardiologen aan minder vertrouwen te hebben in de bekwaamheid van huisartsen. Een belangrijke reden voor dit gebrek aan vertrouwen was bijvoorbeeld een ervaring in het verleden waarbij er volgens de cardioloog niet adequaat gehandeld was. Ook werd meerdere keren benoemd dat er grote verschillen worden ervaren in de bekwaamheid van POH'ers met betrekking tot hartfalen.

Dit vertrouwen kan ook voortkomen uit eerdere succesvolle transmurale projecten met de zorggroep en de tweedelijns cardiologie. Zo kan de implementatie van een eerder project meer opleveren dan enkel het project zelf maar ook bijdragen aan toekomstige transmurale projecten.

Laagdrempelig contact tussen de eerste en tweede lijn verbetert de zorg rondom patiënten met hartfalen

In vrijwel alle regio's werd genoemd dat de hartfalenpoli laagdrempelig bereikbaar was voor de eerste lijn. Dit lijkt een belangrijke randvoorwaarde te zijn voor zowel de huisarts als de patiënt wanneer het gaat om terugverwijzing naar de eerste lijn. De informatieoverdracht en afspraken over laagdrempelig contact waren belangrijke aspecten van de scholing om zodoende met de kennis uit de tweede lijn de eerste lijn te ondersteunen zonder dat de patiënt weer naar het ziekenhuis hoeft te worden verwezen.

Financiering

Financiering van implementatie en behandeling in eerste lijn is uitdagend

Bij de implementatie van de RTA komen verschillende kosten kijken. Hierbij gaat het onder andere om kosten voor scholing, identificatie van patiënten met hartfalen in de EPD-systemen, en in mindere mate extra werk door de hartfalenverpleegkundigen (o.a. telefonisch advies door huisartsen, extra zorgactiviteiten in de eerste lijn en algemene ondersteuning/projectleider). Deze financiering succesvol aanvragen bij de zorgverzekeraars bleek in verschillende regio's een moeizaam proces te zijn (geweest).

Hierbij werd soms aangegeven dat de tweedeling van de zorginkoop bijdraagt aan de complexiteit. Dit betreft de zorginkoop van de tweede lijn en de eerste lijn. Dit kan problematisch zijn omdat mogelijk de baten (minder zorg in het ziekenhuis) op een andere plek terecht komen dan de investeringen (in de eerste lijn). Volgens geïnterviewden compliceert dit de financiering van transmurale projecten zoals de LTA. Terugverwezen patiënten blijven soms wel kosten maken in het ziekenhuis voor bijvoorbeeld telefonische adviezen door de hartfalenverpleegkundigen of cardioloog. Deze kosten worden niet vergoed indien de patiënt niet meer onder behandeling is in het ziekenhuis.

Een gebrek aan financiering kan implementatie van de LTA en de RTA's in de weg staan. Zo zijn er in verschillende regio's zorggroepen geweest die hebben aangegeven dat zij niet zullen deelnemen aan de RTA indien er geen vergoeding hiervoor geregeld is.

Bekostiging kent vele vormen

Gedurende de interviews zijn verschillende soorten van bekostiging naar voren gekomen. Voorbeelden die genoemd zijn waren opname in de CVRM /HartVaak ketenzorg (segment 2) of op projectbasis in segment 3. Deze variatie werd onderschreven door de zorgverzekeraars. Waar de ene zorginkoper aangaf dat vergoeding via de structuren van bestaande ketenzorgprogramma's verloopt, gaf de andere juist aan dat dit soort transmurale projecten beter in segment 3 passen. Enkele geïnterviewden gaven aan dat hartfalen een te complex ziektebeeld is voor in de reguliere CVRM keten. Segment 3 heeft als voordeel dat er meer op resultaat gestuurd kan worden maar heeft als nadeel dat deze over het algemeen maar voor een beperkte duur geldt wat kan leiden tot onzekerheid.

Daarnaast komt het ook voor dat een zorgverzekeraar geen landelijk beleid voor hartfalen heeft opgesteld. Een bevorderende factor voor het krijgen van een vergoeding was het aanwezig zijn van een goed georganiseerde zorggroep en/of andere overkoepelende organisatie/projectleider ter ondersteuning van het implementatieproces en de organisatie van activiteiten. Daarnaast draagt een

reeds bestaande constructieve samenwerking tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar op een positieve manier bij.

De zorgverzekeraar stelt voorwaarden aan vergoeding

Veel geïnterviewden geven aan dat de zorgverzekeraars zich (te veel) focussen op de verwachte substitutie van zorg in de tweede lijn en de bijbehorende besparingen. Zo moet er van tevoren een business case worden opgesteld die ook daadwerkelijk een besparing laat zien. Dit vraagt een zekere commitment van de tweede lijn waar de omzet volgens het plan zal dalen door de terugverwijzingen naar de eerste lijn. Daarnaast moeten er accurate schattingen worden gemaakt van het aantal terug te verwijzen patiënten en moet dit vervolgens jaarlijks geëvalueerd worden. In de praktijk blijken deze schattingen moeilijk op voorhand te maken (zie thema EPD-systemen).

Hoewel op het eerste gezicht substitutie van tweedelijns zorg zich vanzelfsprekend vertaalt in een kostenbesparing blijkt dit niet altijd het geval. Dit komt door het beperkte aantal patiënten dat voor terugverwijzing in aanmerking komt terwijl er tegelijkertijd wel kosten gemaakt worden voor o.a. scholing en dossieronderzoek. Geïnterviewde zorgprofessionals geven aan ook juist waarde te hechten aan andere (proces)indicatoren en uitkomsten op thema's als verbeterde diagnostiek, palliatieve zorg en laagdrempeliger contact tussen de eerste en tweede lijn. Daarnaast kan het soms moeilijk zijn om effecten toe te schrijven aan de RTA aangezien er ook vaak andere projecten lopen met als doel het bevorderen van de kwaliteit van zorg bij hartfalen.

Een geïnterviewde gaf ook aan dat de zorgverzekeraar een grotere rol zag voor telemonitoring wat ook voor substitutie kan zorgen.

EPD-Systemen

De EPD-systemen kunnen ondersteunen in het zorgproces

Bij de verschillende zorgverleners spelen verschillende informatiesystemen een belangrijke rol. Zo zijn er het Huisarts Informatie Systeem (HIS), Keten Informatie Systeem (KIS), de EPD-systemen van het ziekenhuis en weer verbindende systemen zoals Zorgdomein. Hoewel deze informatiesystemen laagdrempelig contact tussen de eerste en tweede lijn kunnen faciliteren, geven geïnterviewden aan dat dit niet altijd het geval is. Enkele geïnterviewden gaven aan dat gebrekkige informatievoorziening zorgde dat een huisarts niet op het juiste moment de juiste informatie tot zijn beschikking heeft. Enerzijds moet deze informatie eenduidig en uniform vanuit het ziekenhuis worden overgedragen en anderzijds dient deze informatie op een geordende manier te worden verwerkt en toegankelijk te zijn.

In verschillende regio's wordt een (extra) consultatiefunctie ondersteund, waardoor patiënten kunnen worden ondersteund vanuit de tweede lijn zonder dat de patiënt hiervoor naar het ziekenhuis hoeft te worden verwezen.

Het is lastig om de juiste patiëntengroep vanuit de EPD systemen te identificeren

Veel geïnterviewden uit de eerste lijn geven aan dat het een tijdrovende klus is om patiënten met hartfalen te identificeren. Dit geldt niet alleen voor reeds bekende patiënten met hartfalen bij het terugverwijzen naar de eerste lijn maar ook voor patiënten die onder behandeling staan bij de huisarts

maar nog niet zijn gediagnosticeerd met hartfalen. Een geïnterviewde uit een andere regio gaf aan dat er wel ontwikkelingen zijn in de EPD-systemen om dit verder te optimaliseren.

EPD-systemen kunnen evaluatie ondersteunen

Afhankelijk van de systemen kunnen er ook proces- en uitkomstindicatoren worden opgehaald uit de EPD-systemen. Geïnterviewden geven aan dat dit in de praktijk gecompliceerd is door de verschillende systemen en de manier waarop informatie hierin wordt vastgelegd, maar dat dit in potentie wel een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de zorg.

Patiënt

Patiënten zijn tevreden op de hartfalenpoli

Veel geïnterviewden gaven aan dat patiënten zeer te spreken zijn over de zorg die zij ontvangen op de hartfalenpoli. Met name de expertise en de bereikbaarheid van de hartfalenpoli worden gezien als sterke punten. Een geïnterviewde verwees naar een enquête uit 2011 die dit ook bevestigde. Hoewel er geen recente literatuur hierover beschikbaar is, hebben enkele geïnterviewden in verschillende regio's aangegeven dat zij ofwel interesse hebben in het meten van patiëntervaringen of al concrete plannen hebben hiervoor (zie uitkomsten).

De patiënt heeft invloed op een terugverwijzing naar de eerste lijn

In dit onderzoek is er één interview afgenomen bij een patiëntvertegenwoordiger (Harteraad). Daarnaast is er ook tijdens de andere interviews gevraagd naar de ervaring van patiënten. Het algemene beeld van geïnterviewden is dat de patiënt goed betrokken wordt bij een terugverwijzing naar de eerste lijn en ook een belangrijke stem kan hebben in dit proces. In sommige gevallen kwamen de bezwaren om terug te gaan naar de huisarts dan ook vanuit de patiënt en niet van de cardioloog. Net als bij de cardiologen, kan een gebrek aan vertrouwen in de eerste lijn of eerdere ervaringen van de patiënt, terugverwijzing in de weg staan. Laagdrempelige contactmogelijkheden voor zowel de huisarts als de patiënt kunnen dan bijdragen aan een terugverwijzing waar zowel de huisarts als de patiënt achter staat. Voorlichting met betrekking tot het zorgpad door zowel huisarts als cardioloog zorgt ervoor dat de patiënt beter op de hoogte is en daardoor voorbereid is op het terugkeren naar de eerste lijn zodra hij/zij stabiel is ingesteld.

Uitkomsten

Evaluatie van proces- en uitkomstmaten kan ondersteunen in verbetertrajecten en de zorgprofessional motiveren

Uit de interviews blijkt dat er nog niet in elke regio wordt geëvalueerd en de regio's die het wel doen, doen dat op verschillende manieren. Zo wordt er in de ene regio voornamelijk gekeken naar wat er goed gaat en wat er beter kan en focust de andere regio zich meer op de evaluatie van bepaalde (proces)indicatoren. Dit laatste, en met name het aantal terugverwijzingen, is vaak ook een expliciete eis van de zorgverzekeraar voor het doorzetten van vergoedingen. Door het structureel bijhouden en duiden van dergelijke gegevens kunnen waar nodig processen worden aangepast of extra ondersteuning worden ingezet.

Naast het gebruik van deze informatie voor de evaluatie op regionaal niveau kan deze ook worden gebruikt om individuele zorgaanbieders te motiveren. Geïnterviewden uit de zorggroepen gaven aan dat dit werken met spiegelinformatie bijvoorbeeld kan bijdragen aan het verminderen van onderdiagnostiek.

Los van de EPD-systemen die hier soms minder geschikt voor zijn benoemden geïnterviewden nog meer uitdagingen met betrekking tot de evaluatie. Zo is het niet altijd vanzelfsprekend hoe je sommige uitkomstmaten het best kan verzamelen en kwantificeren. Dit geldt met name voor de evaluatie met betrekking tot patiëntervaringen.

Rol NVVC Connect

NVVC Connect kan regio's beter met elkaar verbinden

Op dit moment bestaat de rol van NVVC Connect voornamelijk uit het stimuleren van regio's om een RTA op te zetten in het kader van de zorg rondom hartfalen. Geïnterviewden ondervinden weinig problemen tijdens de totstandkoming van de RTA. Geïnterviewden uit verschillende regio's ondervinden wel knelpunten tijdens het uitrollen van de RTA. Op de vraag naar mogelijke rollen voor NVVC Connect werd genoemd dat zij dit proces meer zouden kunnen ondersteunen in de vorm van het aanleveren van projectleiders. Tegelijkertijd werd erkend dat NVVC Connect hier waarschijnlijk ook niet de middelen voor heeft. Geïnterviewden uit verschillende regio's gaven aan werkgroepen te hebben die transmurale projecten daadkrachtig oppakken en daarmee ook projectoverstijgende ervaring binnen de regio inbrengen. Tijdens de interviews waren deelnemers vooral benieuwd hoe de door hen genoemde knelpunten ervaren worden in andere regio's. Dit gold bijvoorbeeld voor het identificeren van patiënten voor terugverwijzing en het omgaan met de nieuwe SGLT-2 remmers. Deelnemers zagen dan ook een rol voor NVVC Connect in de signalering van deze knelpunten en het verbinden van regio's. Geïnterviewden gaven aan dat er binnen de regio's veel overleg plaatsvindt maar dat zij de connectie met andere regio's missen. Dit vindt deels al plaats middels de 'Connected meetings' maar er werd aangegeven dat er meer behoefte is aan het uitwisselen van ervaringen met andere regio's.

NVVC Connect kan kaders voor financiering verkennen

In regio's waar onderhandelingen met de zorgverzekeraar over de financiering moeizaam zijn verlopen, geven geïnterviewden aan dat hier mogelijk een rol ligt voor NVVC Connect. Waar NVVC Connect zich veelal richt op de inhoud geven geïnterviewden aan dat ze juist ondersteuning nodig hebben op aspecten waar zij zelf geen of minder ervaring mee hebben, onder andere bij de financiering. Zo gaf iemand aan dat de financiering bij dergelijke projecten als de RTA baat kan hebben bij landelijk afspraken omdat nu iedere regio weer apart een business case moet ontwikkelen.

4 Beschouwing en aanbevelingen

Kernboodschap

Dit onderzoek laat zien dat de inhoud, kwaliteit en mate van implementatie van de RTA's verschilt tussen de regio's. Hoewel de LTA ruimte geeft om de RTA's binnen regio's vorm te geven die past bij bestaande structuren en samenwerking, is de variatie groot en is het niet duidelijk hoe sommige aspecten van de zorgverlening geborgd zijn. Er is een verscheidenheid aan ervaringen ten aanzien van de implementatie van RTA's. Ondersteuning bij de implementatie, scholing, financiering en terugverwijzing van patiënten naar de eerste lijn zijn onderwerpen die het meest naar voren kwamen. We sluiten af met aanbevelingen over de RTA, de implementatie hiervan, het inzichtelijk maken van uitkomsten en de rol van NVVC Connect.

4.1 Beschouwing

Inhoud en kwaliteit van de RTA

Voor de vertaling van de LTA naar de RTA's zijn geen richtlijnen aan de regio's gegeven hoe de thema's uitgewerkt dienen te worden in de RTA. De RTA's laten een grote variatie zien in zowel bij het beschrijven van de verschillende thema's, als het detailniveau van de verschillende onderwerpen.

Indien de invulling van een thema precies overeenkomt met de LTA, is het de vraag in hoeverre de RTA meerwaarde biedt ten opzichte van de LTA. De gebruikte methodologie geeft met name inzicht in welke thema's niet in de RTA worden besproken. Indien deze thema's niet op een andere manier geborgd zijn, is het de vraag of deze processen op een gestructureerde manier verlopen binnen de regio. Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van bepaalde thema's en aspecten in de RTA zijn:

- Het betreffende aspect van de zorg is op een andere manier geborgd waar in de RTA niet naar wordt verwezen, bijvoorbeeld een ketenzorgdocument.
- Er worden geen problemen ervaren op een specifiek onderdeel met betrekking tot de transmurale zorg waardoor er geen tot minder aandacht aan is besteed in de RTA. Bijvoorbeeld bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase.
- Het betreffende aspect is generiek en wordt zodanig als vanzelfsprekend beschouwd dat dit niet is vastgelegd in de RTA (bijvoorbeeld het inzien van informatie door de patiënt, het belang van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, of het vastleggen van bepaalde informatie in het medisch dossier).
- Er kon geen overeenstemming op dit thema worden bereikt tijdens de totstandkoming van de RTA.

Implementatie van de RTA's

Met betrekking tot het kwalitatieve deelonderzoek zien we op verschillende thema's knelpunten die in meerdere regio's verdere implementatie in de weg staan. Deze knelpunten zijn vaak complex en betreffen meerdere aspecten en vragen ondersteuning om aangepakt te worden. In sommige regio's wordt dit door zorggroepen of andere transmurale werkgroepen opgepakt. Indien deze ondersteuning niet aanwezig is, is het lastig om bijvoorbeeld de financiering rond te krijgen of een hoge scholingsgraad in de eerste lijn te realiseren. Dit blijken belangrijke randvoorwaarden te zijn voor een succesvolle implementatie van de RTA. Veel van de knelpunten worden in regio's al aangepakt. Echter, regelmatig moeten regio's hierbij opnieuw het wiel uitvinden. Het uitwisselen van ervaringen

tussen de regio's kan helpen om regio's meer van elkaar te laten leren en het implementatieproces efficiënter te maken. NVVC Connect kan hier een rol in spelen door projectgroepen uit verschillende regio's met elkaar te verbinden en gemeenschappelijke uitdagingen (waarvan verschillende in dit onderzoek zijn genoemd) te signaleren en op te pakken.

4.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen ten aanzien van de RTA:

- Stuur aan op de benoeming van alle LTA aspecten in de RTA's of onderbouw waarom is afgeweken van de LTA
- De LTA en ook de RTA's dienen te worden herzien op basis van de meest recente richtlijnen, zoals destijds is afgesproken

Aanbevelingen ten aanzien van de implementatie van de RTA:

- Structurele ondersteuning bij de implementatie van de RTA is nodig:
 - (Financiële) ondersteuning bij aanbieden van scholing in de regio's aan huisartsen
 - Organiseer scholing in de eerste lijn in de regio (bijv. jaarlijkse herhalingscursus)
 - Ondersteun huisartsen met concrete tools en instrumenten zodat zij op een laagdrempelige manier informatie kunnen vinden voor de behandeling van de patiënten met hartfalen
- Bevorder samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners door goede afspraken voor laagdrempelig overleg
- Licht de patiënt in over de zorg die in de eerste lijn geleverd kan worden en over de afstemming van de zorg tussen de eerste en tweede lijn om zo kennis en bewustzijn van deze patiënten te vergroten
- EPD systemen dienen te worden doorontwikkeld om het volgen van de RTA te bevorderen
- Wees bewust van verschillen tussen regio's en houd hier rekening mee bij de vorming van een nieuwe regio en implementatie van de RTA
- Zorg voor ondersteuning om de potentiële patiëntengroepen beter in beeld te krijgen en proces- en uitkomsten te evalueren
 - Registratie in eerste- en tweedelijns EPD systemen dient te worden doorontwikkeld om potentiële patiënten beter te identificeren en om uitkomsten inzichtelijk te maken
 - Ontwikkel of inventariseer proces- en uitkomstmaten om de zorg van patiënten met hartfalen inzichtelijk te maken
 - Integreer de proces- en uitkomstmaten in de PDCA-cyclus²

² Plan Do Check Act cyclus

Aanbevelingen tan aanzien van de rol van NVVC Connect:

- NVVC Connect dient de harmonisering van de structuur en inhoud van de RTA's te stimuleren
- NVVC Connect dient kennisdisseminatie tussen regio's en projecten te faciliteren. Bijvoorbeeld middels een platformfunctie: door regio's waarin de implementatie succesvoller is verlopen te verbinden met andere regio's
- NVVC Connect dient in samenwerking met zorgverzekeraars randvoorwaarden te scheppen voor de financiering van de transmurale zorg voor hartfalen
- NVVC kan een rol spelen bij de ontwikkeling en inventarisering van proces- en uitkomstindicatoren

Bijlage 1. Lijst met afkortingen

BNP:	Brain Natriuretic Peptide
ECG:	Electrocardiogram
HIS:	HuisartsInformatieSysteem
ICPC:	International Classification of Primary Care
KIS:	KetenInformatieSysteem
LTA:	Landelijke Transmurale afspraak
MIDI:	MeetInstrument Determinanten van Innovaties
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NYHA Class:	New York Heart Association classificatie
NVVC:	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
POH:	Praktijkondersteuner Huisarts
RTA:	Regionale Transmurale Afspraak

Bijlage 2. Details analyse kwaliteit RTA's

Belangrijkste verbeterpunten per domein (oftewel: wat ontbreekt er?)											
			Aanvullende diagnostiek	Terugverwijzing naar huisarts	Voorlichting Leefstijl	Hartfalen revalidatie	Controles	Rol POH	Rol hartfalen-verpleegkundige	Palliatieve fase	Verwijzing naar richtlijnen
Regio	score	%									
1	27	69%	LVEF-afkapwaarde ontbreekt; rol cardioloog onvoldoende; info van cardioloog naar huisarts ontbreekt/te globaal	patiëntcategorieën terug naar huisarts niet specifiek omschreven; geldt ook voor verwijzing naar HF-poli	ontbreekt (nagenoeg) geheel / te globaal beschreven	wordt geen aandacht aan besteed. alleen kort benoemd	instelfase te globaal beschreven	niet specifiek genoeg	niet specifiek genoeg	ICD op verzoek uitzetten niet genoemd	Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
2	12	31%	Volledige thema's ontbreken: rol cardioloog, anamnese, lichamelijk onderzoek, verdere diagnostiek, info ECG		ontbreekt geheel	ontbreekt geheel	ontbreekt (nagenoeg) geheel / te globaal beschreven	ontbreekt geheel	ontbreekt (nagenoeg) geheel	ontbreekt geheel	Er wordt naar 1 van de 4 richtlijnen verwezen
3	19	49%	Verdere diagnostiek en Evaluatie niet alle details overgenomen van LTA			Ontbreekt geheel	Instelfase ontbreekt, rest wel		ontbreekt geheel	ontbreekt geheel	Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
4	29	74%	Anamnese en lichamelijk onderzoek niet genoemd, verdere diagnostiek en evaluatie te globaal; rol en info door cardioloog te globaal			ontbreekt geheel	ontbreekt (nagenoeg) geheel / te globaal beschreven	ontbreekt geheel	wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken		Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
5	29	74%	Anamnese en lichamelijk onderzoek te globaal; afkapwaarde BNP niet genoemd; evaluatie en rol cardioloog te globaal			ontbreekt geheel			wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken	pacemaker: slechts verwijzing naar richtlijn	Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
6	18	46%	Anamnese niet; lichamelijk onderzoek onvolledig; info ECG naar cardioloog	patiëntcategorieën naar HF-poli niet specifiek omschreven	informerende/instrueren bij (dreigende) exacerbatie	ontbreekt geheel	jaarcontrole nierfunctie/kalium; verwijzing naar cardioloog bij verslechtering	ontbreekt (nagenoeg) geheel	ontbreekt (nagenoeg) geheel	ontbreekt geheel	Er wordt naar 1 van de 4 richtlijnen verwezen

Belangrijkste verbeterpunten per domein (oftewel: wat ontbreekt er?)											
			Aanvullende diagnostiek	Terugverwijzing naar huisarts	Voorlichting Leefstijl	Hartfalen revalidatie	Controles	Rol POH	Rol hartfalen-verpleegkundige	Palliatieve fase	Verwijzing naar richtlijnen
7	23	59%	Anamnese en lichamelijk onderzoek te algemeen, verdere diagnostiek en evaluatie niet alle details		ontbreekt geheel (wel in (apart?) werkprotocol huisarts	ontbreekt geheel (wel in (apart?) werkprotocol huisarts	ontbreekt deels (wel in (apart?) werkprotocol huisarts	ontbreekt geheel (wel in (apart?) werkprotocol huisarts	wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken		Er wordt naar 2 van de 4 richtlijnen verwezen
8	19	49%	Details m.b.t. info naar cardioloog en huisarts ontbreken	ontbreekt geheel		ontbreekt (nagenoeg) geheel			wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken	ontbreekt geheel	Er wordt naar 2 van de 4 richtlijnen verwezen
9	28	72%	Anamnese en lichamelijk onderzoek alleen algemeen, verdere diagnostiek en evaluatie niet alle details			ontbreekt (nagenoeg) geheel	niet vastgelegd wanneer huisarts patiënt verwijst naar cardioloog; rest wel		wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken		Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
10	22	56%	Anamnese en lichamelijk onderzoek te algemeen, verdere diagnostiek en evaluatie niet alle details	patiëntcategorieën terug naar huisarts niet specifiek omschreven; geldt ook voor verwijzing naar HF-poli		ontbreekt (nagenoeg) geheel	jaarcontrole nierfunctie/ kalium ontbreekt		ontbreekt geheel	ontbreekt gedeeltelijk	Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
11	21	54%	Bijna alles genoemd, maar alleen zeer beknopt	ontbreekt nagenoeg geheel, wordt beknopt genoemd			alleen kort fysiotherapie		rol niet beschreven, wel de meetwaarden	ontbreekt geheel	Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
12	22	56%		ontbreekt nagenoeg geheel, wordt beknopt genoemd		Deels beschreven			rol niet beschreven, wel de meetwaarden	ontbreekt geheel	Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
13	28	72%	Verdere diagnostiek ontbreekt (alleen ECG en echo genoemd)	patiëntcategorieën naar HF-poli niet specifiek omschreven		ontbreekt geheel	jaarcontrole wel genoemd, niet specifiek nierfunctie / kalium			Deels beschreven	Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen

Belangrijkste verbeterpunten per domein (oftewel: wat ontbreekt er?)											
			Aanvullende diagnostiek	Terugverwijzing naar huisarts	Voorlichting Leefstijl	Hartfalen revalidatie	Controles	Rol POH	Rol hartfalen-verpleegkundige	Palliatieve fase	Verwijzing naar richtlijnen
14	14	36%	Algoritme/figuur ontbreekt; anamnese en lichamelijk onderzoek alleen kort genoemd; Aanvullend onderzoek en verdere diagnostiek ontbreken geheel	Verwijzing naar HF-poli ontbreekt geheel	ontbreekt geheel	ontbreekt geheel	Gedeeltelijk genoemd; details instelfase en jaarcontrole nierfunctie / kalium ontbreken	ontbreekt geheel	ontbreekt geheel	Alleen dat patiënt bij voorkeur thuis behandeld wordt, rest ontbreekt	Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
15	37	95%				Alleen verwijzing naar Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011 ontbreekt					Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
16	25	64%	Bij evaluatie ontbreekt Hfpf en Hfref, verder zeer compleet	patiëntcategorieën terug naar huisarts niet specifiek omschreven; geldt ook voor verwijzing naar HF-poli	ontbreekt nagenoeg geheel (alleen dat met patiënt besproken wordt)	ontbreekt nagenoeg geheel (alleen optie wordt met patiënt besproken)	ontbreekt geheel		rol niet beschreven, wel de meetwaarden	alleen stappenplan uitschakelen ICD ontbreekt, verder zeer compleet	Er wordt naar 3 van de 4 richtlijnen verwezen
18	23	59%	Anamnese en lichamelijk onderzoek alleen algemeen, evaluatie niet alle details			ontbreekt (nagenoeg) geheel			wel beschreven, maar meetwaarden ontbreken	ontbreekt geheel	Er wordt naar 0 van de 4 richtlijnen verwezen
23,3		60%									

¹ Regio 17 ontbreekt in de tabel omdat er op moment van analyse geen RTA beschikbaar was voor de werkgroep.

Bijlage 3. Leden projectgroep en klankbordgroep

Projectgroep

Dirk Lok (NVVC-opdrachtgever)

Ingrid van der Gun (NVVC-opdrachtgever)

Erny Korsmit (NVVC)

Huug van Duijn (NVVC)

Marlieke Haeck (NVVC)

Stefan Auener (IQ healthcare)

Simone van Dulmen (IQ healthcare)

Een **klankbordgroep** is driemaal tijdens dit project bij elkaar gekomen en bestond uit:

Anne-Margreet Strijbis (Harteraad)

Annet Makkink (NVVC Connect)

Dirk Lok (NVVC Connect)

Erny Korsmit (projectleider Connect-HF regio Roosendaal)

Huug van Duijn (Kaderhuisarts)

Ineke Nederend (Hartstichting)

Ingrid van der Gun (NVVC Connect)

Ingrid Thuis (NVVC Connect)

Jacintha van Balen (NHG)

Jan van Ramshorst (Cardioloog)

Petra van Pol (Cardioloog en voormalig programmavoorzitter Connect)

Rebecca Abma Schouten (Hartstichting)

Bijlage 4. Vragenlijst

Vraag	Subvraag	Antwoordopties
Wat is uw geslacht?		Man, Vrouw, Wil ik niet zeggen
Wat is uw leeftijd?		Jonger dan 20 jaar, 20-29 jaar, 30-39 jaar, 40-49 jaar, 50-59 jaar, 60 jaar of ouder
Wat is uw beroep?		Cardioloog, Huisarts, Kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten, Physician Assistant, Praktijkondersteuner huisarts (POH), Verpleegkundige, Verpleegkundig Specialist Cardiologie, Anders (vrij invullen)
Hoeveel jaar werkervaring heeft u?		0-4 jaar, 5-9 jaar, 10-14 jaar, 15-19 jaar, 20-24 jaar, 25-29 jaar, 30-34 jaar, > 35 jaar
In welke NVVC Connect regio bent u (het meest) werkzaam?		Alkmaar & Den Helder, Apeldoorn-Zutphen, Bernheze, Deventer, Gorinchem, Groningen-Drenthe, Groot-Leiden, Maastricht, Nijmegen-Boxmeer, Rotterdam-Rijnmond, 's-Hertogenbosch, Tilburg, Twente, Utrecht, West-Brabant, Zuidoost-Brabant, Anders (vrij invullen)
In hoeverre bent u bekend met de inhoud van:		
	Landelijke Transmurale Richtlijn (LTA).	Niet met de inhoud bekend, Enigszins met de inhoud bekend, Goed met de inhoud bekend
	Regionale Transmurale Richtlijn (RTA).	Niet met de inhoud bekend, Enigszins met de inhoud bekend, Goed met de inhoud bekend
De RTA biedt alle informatie die nodig is om goed mee te werken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
De RTA is voor mij te ingewikkeld om mee te werken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Ik ben voldoende geschoold om met de RTA te werken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Ik acht mijzelf voldoende bekwaam om met de RTA te kunnen werken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
De RTA sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Ik vind de effecten van het gebruik van de RTA duidelijk zichtbaar.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Ik vind dat de RTA:		
	Positief bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Goed aansluit bij de wensen van de patiënt.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Goed aansluit bij mijn eigen wensen als zorgverlener.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Ik vind het bij mijn functie horen om de RTA te gebruiken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Patiënten zijn over het algemeen tevreden als ik handel volgens de RTA.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens, Weet niet
In hoeverre verwachten de volgende personen dat u handelt naar de inhoud van de RTA?		

Vraag	Subvraag	Antwoordopties
	Collega's.	Zeer zeker niet, zeker niet, Misschien wel/misschien niet, Zeker wel, Zeer zeker wel
	Direct leidinggevende.	Zeer zeker niet, zeker niet, Misschien wel/misschien niet, Zeker wel, Zeer zeker wel
Als het gaat om het werken volgens de RTA, hoeveel trekt u zich dan aan van de mening van de volgende personen?		
	Collega's.	Zeer weinig, Weinig, Niet weinig/niet veel, Veel, Zeer veel
	Direct leidinggevende.	Zeer weinig, Weinig, Niet weinig/niet veel, Veel, Zeer veel
Zijn in uw organisatie formeel afspraken vastgelegd over het gebruik van de RTA?		Ja, Weet niet, Nee
In mijn regio zijn personen aangewezen voor het coördineren van de invoering van de RTA.		Ja, Weet niet, Nee
Er is voldoende personeel in onze regio om de RTA zoals bedoeld te kunnen gebruiken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
De organisatie stelt voldoende voorzieningen beschikbaar om de RTA te kunnen gebruiken.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens, NVT
De RTA sluit goed aan bij bestaande wetten en regels.		Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens, Weet niet
Ik vind de RTA voldoende duidelijk wat betreft:		
	Het diagnostische traject bij de verdenking van hartfalen.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	De behandeling die gestart moet worden wanneer de diagnose hartfalen is gesteld.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Bij welke onderdelen van de behandeling ik beroepsmatig betrokken ben.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Het gebruik van een individueel zorgplan (IZP) als onderdeel van de behandeling.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	De relevante leefstijladviezen die besproken dienen te worden met de patiënt.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Welk voorlichtingsmateriaal er beschikbaar is voor de patiënt.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Welke medische controles verricht moeten worden bij de patiënt.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Frequentie van de controles.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	De criteria voor het doorverwijzen van een patiënt naar de tweede lijn.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens

Vraag	Subvraag	Antwoordopties
	De criteria voor het terugverwijzen van een patiënt naar de eerste lijn.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Wat er moet worden vastgelegd in communicatie tussen eerste en tweede lijn.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	Wat er bij hartfalen moet worden opgenomen in het patiëntendossier.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
	De te bieden zorg in de palliatieve fase van hartfalen.	Helemaal mee oneens, Mee oneens, Neutraal, Mee eens, Helemaal mee eens
Zijn er in de RTA adviezen opgenomen waarbij u structureel anders handelt?		Nee, Ja namelijk (commentaarveld aub invullen)

Bijlage 5. Topiclijst interviewguide

De interviewguide is opgesteld aan de hand opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen, het theoretisch kader en de resultaten van het vragenlijstonderzoek. Er is gebruik gemaakt van het MIDI framework. Per type stakeholder is de interviewguide op onderdelen aangepast.

Interviewleidraad Evaluatie Implementatie LTA	
ID Nr : Initialen interviewer(s):	
Datum:	
Introductie	
Ik ben _____ van _____	
Eventueel bij een duo interview, stel dan ook de ander voor.	
<ul style="list-style-type: none"> • Dank dat u wilt meewerken aan ons onderzoek naar de implementatie van de LTA/RTA. Wij doen dit onderzoek in opdracht van NVVC Connect. • Het doel van dit interview is om uw ervaringen over de implementatie van de LTA/RTA te bespreken en te kijken naar bevorderende en belemmerende factoren voor verdere opschaling. • We hebben een aantal vragen voorbereid en de verwachting is dat dit interview maximaal 60 minuten zal duren. • Met uw toestemming wil ik het interview graag opnemen met een voice recorder. De data van het interview blijven vertrouwelijk maar de naam van de organisatie wordt in principe niet geanonimiseerd. Heeft u vragen? 	
Ik wil graag beginnen met een aantal vragen over jou en het programma	
Algemene gegevens	Karakteristieken van de respondent: <ul style="list-style-type: none"> • Man/vrouw • Leeftijd • Kunt u mij iets vertellen over uw werk? Wat doet u bij [organisatie naam]? • Hoeveel jaar werkt u in uw huidige baan? Hoe bent u betrokken bij de RTA? Inleiding specifieke project: <ul style="list-style-type: none"> • Wat is uw rol bij de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen?/ Ontwikkeling van de RTA/ gebruik van de RTA? • Wanneer bent u gestart met de RTA bij chronisch hartfalen?

Vragen per domein:

Domein	Topics
Innovatie	Bent u betrokken geweest bij de totstandkoming van de RTA? Zo ja, wat was uw rol? Wat vindt u van de totstandkoming van de RTA in uw regio? Wat is de meerwaarde t.o.v. de landelijke transmurale afspraak (LTA)? Wat vindt u van de RTA in uw regio? Zijn er evt. aanpassingen/veranderingen nodig? Zo ja, welke? (MIDI determinanten: helderheid, juistheid, compleetheid, complexiteit, congruentie huidige werkwijze, zichtbaarheid uitkomsten, relevantie patiënt) Kunt u concrete voorbeelden noemen? (bijvoorbeeld welke onderdelen, zorg in eerste of tweede lijn, stijl, etc.)
Gebruiker	Met welke zorgprofessionals werkt u samen in de dagelijkse praktijk bij de zorg voor patiënten met hartfalen?

	<p>Gebruikt u zelf consistent de RTA?</p> <p>Heeft de RTA uw werk veranderd? Zo ja, op welke manier? Hoe kijkt u hier tegenaan?</p> <p>Ziet u ook effecten van het gebruik van de RTA?</p> <p>Heeft de RTA de zorg voor de patiënten veranderd? Zo ja, op welke manier? Wat vinden patiënten hiervan? Wat vindt u hiervan?</p> <p>Hoe groot is volgens u het deel van uw collega's (in uw regio) dat ook daadwerkelijk gebruik maakt van de RTA? Welke zorgprofessionals meer of minder?</p> <p>Heeft u belemmeringen ervaren bij de implementatie van de RTA, bijvoorbeeld op het gebied van ondersteuning, scholing?</p> <p>Hoe hebben jullie dit opgelost?</p>
Organisatie/ omgeving/ regio	<p>Hoe wordt het gebruik van de RTA gestimuleerd in uw regio? Door wie/hoe?</p> <p>Hoe worden nieuwe medewerkers en andere medewerkers ingewerkt met betrekking tot de RTA?</p> <p>Zijn er financiële middelen/consequenties (nodig) om te werken met de RTA? Zo ja, welke? Zijn deze aanwezig? (bijvoorbeeld Individueel Zorg Plan , extra tijdsinvestering die niet wordt vergoed)</p> <p>Wat voor een impact heeft het gebruik van de RTA op de tijd die u nodig heeft voor de behandeling van uw patiënt?</p> <p>Wie is de coördinator binnen uw regio die belast is met de implementatie van de RTA?</p> <p>Waar kunt u terecht met vragen? Heeft u hier wel eens gebruik van gemaakt? Voorbeeld?</p> <p>Wordt er regelmatig gereflecteerd op de RTA? Is hier behoefte aan? Waarom?</p>
Sociaal politieke omgeving	<p>In hoeverre past de RTA/LTA binnen bestaande wet- en regelgeving die door de bevoegde instanties zijn opgesteld (denk aan financiële structuren, inhoudelijke wetgeving en toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de Nederlandse Zorgautoriteit).</p> <p>Welke partij zou verder kunnen helpen met de implementatie van de RTA? Heeft NVVC Connect daar ook een rol bij? Zo ja, welke?</p>
Afsluiting	<p>Is er nog iets wat we nog niet besproken hebben rondom de implementatie en opschaling van de RTA bij chronisch hartfalen waarvan u denkt dat dit nog wel van belang kan zijn?</p> <p>Welke mensen moeten we nog echt gesproken hebben?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samenvatting - Bedank geïnterviewde

Bijlage 6. Quotes interviews

Thema	Subthema		
De RTA	Komt relatief makkelijk tot stand	-	
	Wijkt beargumenteerd af van de LTA	<p><i>“Ja, maar we doen dat wel. In de stukken die jij van mij hebt gekregen heb je ook wel gelezen waarschijnlijk dat ik daar een groot voorstander van ben. Nee, wij hebben zelfs een hele goede-- Dat is grappig dat je dit noemt. Dus wij hebben een hele goede hartfalen revalidatiegroep. En iedere patiënt krijgt dat ook aangeboden.” R4</i></p> <p><i>“Want bijvoorbeeld we hebben afwijkend gezegd dat inderdaad de echo niet helemaal in de eerste lijn kan omdat daar wel een cardioloog naar de klinische informatie moet kijken. Dat is bijvoorbeeld afwijkend ten opzichte van de regio Tilburg, want daar kan een huisarts wel een heel echocardiogram interpreteren. Daar zijn we van afgeweken. Maar dat komt ook door de huisartsen onderling zelf” R9</i></p>	
Scholing	Is essentieel voor een goede implementatie	<p><i>“Wat we wel terug horen is dat de huisarts-- Dat hebben ze wel aangegeven dat ze wel, omdat het een vrij complex ziektebeeld een stukje kennis-- Het zijn natuurlijk vrij kleine aantallen in de praktijk dus je krijgt er ook geen echte routine in. En dat ze wel af en toe daar behoefte hebben aan meer inhoudelijke kennis. Dat hebben ze wel aangegeven ja.” R14</i></p> <p><i>“Ja, dat is slecht hoor. Kijk, hartfalen is een onderwerp waarvan ik vind: we behandelen ze allemaal. Bijvoorbeeld: een coassistent behandelt ook, iedereen behandelt de diuretica en hartfalen. Maar we onderkennen de patiënten niet goed, we hebben ze niet goed in beeld. Wat dat betreft is hartfalen toch niet een makkelijk iets, hoor.” R18</i></p> <p><i>“En ik merk zelf persoonlijk dat het aantal huisartsen die de scholingen hebben gevolgd, als ik ze aan de lijn heb dat ze een gerichte vraag aan mij stellen van ja, dokter, ik heb dit en dit gedaan. En ik denk dat die iets voor jou nu is, want ik heb volgens de afspraken gehandeld. Ja, ik heb er een paar aan de lijn gehad die dus duidelijk de scholing hebben gevolgd.” F1</i></p> <p><i>“...met name de diagnostische verwijzingen daar hebben de huisartsen iets meer handvatten gekregen. Vroeger stuurden ze gewoon iedereen waarvan ze dachten: misschien heeft die wel hartfalen. En in die afspraken staat natuurlijk je moet een BNP doen en een ECG en alleen als een van de twee afwijkend is dan pas stuur je die patiënt door. Nou en dat wordt redelijk gedaan. En nou, dat leidt misschien wel tot wat afname in het verwijzen, maar niet gigantisch” R12</i></p> <p><i>“En ja, welke afspraken hebben wij met elkaar. Bijvoorbeeld als er een nieuw medicijn beschikbaar komt voor de behandeling van hartfalen zoals de SGLT2-remmers. Gaan we dan alle patiënten weer terug oproepen of is het zo dat de huisartsen dat allemaal moeten implementeren? Of ja, er zijn toch wel vragen die nog niet in die echt zijn opgelost en dat maakt het dan ook moeilijk om dat voldoende vorm te geven.” R8</i></p>	
		Kent verschillende vormen	<p><i>“Om in aanmerking te komen voor de vergoeding, weet je wel die S3 die je in je contract kreeg, moest je data leveren, je moet openstaan voor die metingen. En je moest van elke praktijk een huisarts en een praktijkondersteuner hebben die een door mij goedgekeurde nascholing hartfalen hadden gedaan.” R6</i></p>

Thema	Subthema	
		<p><i>“Dat het niet op de eerste plek staat dat was natuurlijk duidelijk, maar persoonlijk had ik wel verwacht dat de individuele huisarts wel meer hartfalenpatiënten ziet. En in die zin, ja dan ook meer behoefte heeft om goede handvatten te krijgen. En dat is wel denk ik een van de belangrijkste struikelblokken.” R8</i></p> <p><i>“Toentertijd echt op mankracht en het tijdsaspect wat erbij komt kijken, is die keuze gemaakt. Agenda's zitten gewoon vol en ja, het volgen van die patiënten is toch wel intensief. En dat komt er allemaal bij. En ja, dat past gewoon niet. Nee.” R19</i></p> <p><i>“Tot nu toe zijn het toch vrij kleine clubjes patiënten in die praktijken. Dat gaat natuurlijk wel veranderen en op een gegeven moment moeten we wel... Dan worden dat grotere groepen door de vergrijzing en dan wordt het ook aantrekkelijker om daar echt iemand op te zetten die je daar helemaal voor opleidt en dan krijgen ze er ook meer routine in. Maar nu zijn het eigenlijk relatief weinig patiënten, en dan tuig je een heleboel op voor zo'n klein clubje. Dus ja, dat is eigenlijk een beetje wat mij tegenhield om daar nou heel veel moeite voor te doen.” R17</i></p>
Terugverwijzen	Variatie per regio	<p><i>“Ja, je ziet van de huisartsenpraktijk je hebt een stempeltje dat je dit allemaal wel goed kan en dus verwijs ik wel naar die praktijk, want dat kun je ook niet in je EPD implementeren..... Je weet alleen de echte slechte en de echte goede, maar de rest weet je niet. En dat weet je alleen maar omdat je proefondervindelijk al jarenlang verwijzingen krijgt.” R7</i></p> <p><i>“En wij hebben natuurlijk best wel een groot verzorgingsgebied die misschien, ja dan toch weer verder moet reizen of dat het lastig. Dat we zeggen ja, dan zou deze patiënt meer gebaat zijn bij een gemeenschappelijke aanpak. En als die huisarts daarbij dan aangeeft daar voel ik me ook prettig bij dan kunnen we het zo doen. En als die huisarts zegt nou ik vind dat eigenlijk niet zo geschikt dan zal die gewoon twee keer per jaar bij ons blijven komen.” R13</i></p> <p><i>“Omdat wij vanuit de tweede lijn ons juist aan de RTA willen houden, de criteria die wij hanteren om die mensen terug te verwijzen zijn heel erg streng. Ze moeten echt heel stabiel zijn. en die hartfalers die stabiel zijn, zijn moeilijk te vinden. Dus daarom. Maar toen werd de vraag gesteld van kunnen we dat niet versoepelen? Ik zeg nou ja, dat kan niet sowieso omdat het in de RTA zit. Dus wij houden ons heel goed aan de RTA. Toen werd een voorbeeld van de ICD genoemd en toen was er direct duidelijk dat dat niet kan. Maar dat shared care principe is wel interessant ja.” F1</i></p>
Relaties	Binnen de lijnen zijn belangrijk voor implementatie	<p><i>“Ik moet wel zeggen ik heb maar contact met één cardioloog van de 22. Die ene cardioloog is ons aanspreekpunt. Die zegt sowieso al dat het heel-- Misschien heeft dat ook wel te maken de terugverwijzingen, dat het heel lastig is om al zijn collega's hetzelfde te laten doen. Dus al zijn collega's op de hoogte van het hartfalenproject, van het terugsturen naar de eerste lijn, alleen niet iedereen is daar even actief in.” R10</i></p>

Thema	Subthema	
	Vertrouwen tussen de lijn bevordert samenwerking	<p><i>“...wat de cardiologen vooral zeggen is dat je gewoon patiënten die je goed kunt monitoren dat je die onder de juiste voorwaarden naar de eerste lijn kunt doen. En zij zien meer het knelpunt in van hè maar komt die patiënt dan ook goed terecht? Dus dan heb je ook met zaken zoals kennis te maken. Wordt de medicatie wel goed opgevolgd? Want dat zien ze dan vaak ook hè. Dan komt de patiënt eens in het jaar weer terug en dan is de medicatie bijvoorbeeld aangepast of niet up-to-date. Dat zijn de knelpunten die de tweede lijn vooral ervaart” R1</i></p> <p><i>“...soms heb je weleens patiënten die echt gewoon niet willen. Die willen niet terug. Dan denk ik dat het dan inderdaad wel goed zou zijn om die samen te bespreken. En dat kan natuurlijk ook online hè, dat een cardioloog online even aansluit bij het gesprek met die patiënt of andersom, dat de huisarts online aansluit. En dan weet je, je kunt alleen maar een goede samenwerking creëren als je elkaar kent. En dat merken we nu ook bij de POH's, als die een ochtend hebben meegelopen met een verpleegkundig specialist dan ben je al zoveel stappen vooruit”... F1</i></p>
	Laagdrempelig contact verbetert de zorg	<p><i>“Als zij 5 patiënten in een praktijk hebben dan doen zij dat maar een paar keer per jaar. Dus dan vind ik het niet zo gek dat ze op bepaalde momenten weer even kwijt zijn van hoe doe je ook alweer die hartfalenbehandeling? Nou ja, dan kunnen ze dus teruggrijpen op die protocollen. En als dat niet voldoende is dan is het denk ik belangrijk dat ze laagdrempelig toch contact kunnen maken en dat dat niet meteen een contact is wat dan zorgt voor terugverwijzing naar de tweede lijn, en alle kosten die daarmee gepaard gaan. Maar gewoon laagdrempelig collegiaal advies. En eigenlijk is dat natuurlijk ook een onderdeel van scholing waarbij je dan hoopt dat als dat succesvol blijkt te zijn dat het in de jaren daarna alleen maar makkelijker gaat worden.” R11</i></p>
Financiering	Voor implementatie en behandeling in de eerste lijn is uitdagend	<p><i>“De issues beginnen als het over geld gaat. Als het alleen om het document gaat dan is ook de zorgverzekeraar daar niet bij betrokken. Dan spreek ik gewoon met huisartsen en de ziekenhuizen af van nou op deze manier willen we graag dat mensen met hartfalen verwezen worden. En bij deze patiëntencategorie voelen huisartsen zich ok dat ze worden terugverwezen. Dat is heel overzichtelijk. Daar is geen zorgverzekeraar bij betrokken. Maar op het moment dat de huisarts dan zegt ja jeetje dan wil ik daar natuurlijk wel in geschoold worden, dan moet je dus regionale scholingen gaan optuigen. Dan wordt het al iets complexer, maar nog te overzien. Dan heb je alleen met de huisartsen en de specialisten te maken. En op het moment dat de huisarts dan zegt ja maar dan willen we daar ook een bepaalde vergoeding voor hebben, dan komt de zorgverzekeraar erbij en dan komt de business case erbij en dan komt de nulmeting en het meten van eindpunten en dan wordt het extreem complex” R7</i></p> <p><i>“Want wat je vaak hoort is dat inderdaad in de tweede lijn van alles wordt afgesproken en dat de eerste lijn weer een andere afdeling is.... Ja en dan is het gewoon heel belangrijk om goed met hun in contact te zijn. dat zijn we gelukkig ook.” R12</i></p> <p><i>“Dan kom je erachter dat jij aan tafel zit met de eerste lijn zorginkoper, de tweede lijn zorginkoper van beide verzekeraars. De eerste lijn zorginkoper heeft werkelijk geen idee wat er in de tweede lijn gebeurt en andersom.” R5</i></p> <p><i>“... later kwamen we er ook heel soepel uit eigenlijk. Alleen, de volgorde hadden we omgedraaid, dat was wel onhandig. We hebben eerst de inhoud gedaan en toen een kick-off gedaan. En de huisartsen hebben gezegd, we gaan pas echt implementeren als er geld is. En dat duurde een jaar vanwege, van wat ik net vertelde onder andere, dat duurde een jaar.” R6</i></p>

Thema	Subthema
	<p data-bbox="416 226 611 253">Kent vele vormen</p> <p data-bbox="651 226 1476 546"><i>“Nu zijn we afhankelijk of we het nog 3 jaar krijgen en toch altijd nog bang in je achterhoofd dat de zorgverzekeraars zeggen ok dat extra geld is nu klaar. Nou moet de huisarts het er maar bij doen. ...Dat is wel echt een punt waar we meer op moeten richten van ok, het is nu een project van 3 jaar, maar we gaan eigenlijk niet zozeer naar projecten. Of het is alleen een project en dan moet het overgaan in een borgingsfase maar wel met diezelfde middelen of dezelfde financiën. Zal ik het zo zeggen. En dat vind ik wel een spannende of dat dat voor de huisartsen door blijft gaan. Als ik dat geweten had in het begin dan hadden we daar misschien anders ingestoken.” R10</i></p> <p data-bbox="651 584 1476 869"><i>“Dit zijn niet dingen die je even zo doet, die vergen gewoon veel voorbereidingstijd, uitvoering monitoring, evaluatie. En die zijn gebaat bij continuïteit aan alle kanten. Je ziet helaas bij verzekeraars nog wel wat wisselingen van poppetjes in de regio waardoor die continuïteit er niet is. Je hebt eerst ook vertrouwen te winnen van mensen. Ben je niet alleen als persoon betrouwbaar maar ook als organisatie, waait er niet ieder jaar een ander windje waardoor ze denken: ik ga nu met iets bezig maar hou ik het volgend jaar ook nog overeind. Dus dat zijn voor dit soort trajecten ontzettend belangrijke randvoorwaarden” R20.</i></p>
	<p data-bbox="416 875 611 936">Voorwaarden voor vergoeding</p> <p data-bbox="651 875 1476 1196"><i>“Dus inhoudelijk loopt het eigenlijk prima, alleen de zorgverzekeraars willen gewoon zien dat het ook wat oplevert financieel. Dus die willen nu cijfers zien. Nou, we hadden afgesproken dat we 50 patiënten per jaar zouden terugsturen van de tweede naar de eerste lijn. Dat was een inschatting gezien de stabiliteit dat dat wel zou kunnen. Nu blijkt dat het wat anders is.... In de praktijk halen we die 50 misschien nu even niet. Ja, is dat erg? De zorgverzekeraar zegt van wel. Wij zeggen nee, want we hebben korte lijntjes en misschien worden er ook juist wel minder doorgestuurd omdat de huisarts misschien langer zijn hartfalenpatiënt bij zich houdt. Dus ja, dat zou de zorgverzekeraar wel graag wat meer in cijfers willen zien.” R10</i></p> <p data-bbox="651 1234 1476 1518"><i>“Het was een project van 2 jaar geloof ik. En toen bleek uit evaluatie dat echt het aantal opnames stabiel bleef, want dat is al mooi, de mensen worden ouder dus stabiel is al prachtig. Plus de indicatoren, de kwaliteitsindicatoren, van de huisartsen die stegen heel erg. Dus die werden veel beter gecontroleerd, de mensen. En het aantal patiënten in de eerste lijn steeg heel erg. Dus dat was genoeg voor de zorgverzekeraar om te zeggen we gaan het gewoon doen. Het is geen pilot meer of zo. Het staat gewoon in de reguliere S3. Maar goed, elke jaar kunnen ze stoppen natuurlijk. Maar in principe is het geen pilot. Het is gewoon reguliere.” R6</i></p> <p data-bbox="651 1556 1476 1877"><i>“Dat zien we natuurlijk ook wel aan de aantallen op dit moment geïnccludeerde patiënten, want het zijn er nog niet zo veel. Vanuit de eerste lijn hè. Dus nog niet vanuit tweede, maar vanuit de eerste lijn. En naast het feit dat inderdaad-- Hè de zorgverzekeraars willen net name dit project om zoveel mogelijk substitutie van tweede naar eerste lijn te krijgen, maar wij zijn eigenlijk misschien nog meer gefocust op het stukje kennisverrijking binnen de eerste lijn. Dus die kennis van het RTA dat is wel heel erg belangrijk dat je op mekaar kan vertrouwen dat je werkt op dezelfde werkwijze. Dus op dit moment vind ik echt die borging de grootste uitdaging.” F1</i></p> <p data-bbox="651 1915 1476 2036"><i>“En de zorgverzekeraars zijn ook heel erg vanaf dag 1 gecharmeerd van telemonitoring en vonden eigenlijk dat, en dat stond niet in dit project, maar in heel veel regio's werd dat er wel bijgehaald dat de hartfalenzorg ook vervangen kan worden door telemonitoring.” R3</i></p>

Thema	Subthema	
EPD-Systemen	Kunnen laagdrempelig contact ondersteunen	<p><i>“Ja, de classificatie van welke informatie en op welk punt binnen de huisartsinformatiesystemen daar ben ik van geschrokken. En dan snap ik ook beter, het is geen onwil van een huisarts, maar hij moet wel beter gefaciliteerd worden.” R9</i></p> <p><i>“Dat wordt dan misschien een aanpassing in ons project zal ik maar zeggen omdat dat nu via VIP live gaat. En VIP live is eigenlijk ook een applicatie die met name door de POH’s wordt gebruikt. De huisartsen werken meer via zorgdomein. Dus dan moest hij vragen aan zijn POH, of hij of zij, wil jij een e-consult maken naar de cardioloog? Dat werkt gewoon niet zo prettig. Dus nu hebben wij digitaal adviesconsult ...En dat dat beter is voor de kwaliteit van zorg zodat die patiënt niet onnodig naar het ziekenhuis gestuurd wordt of wat sneller geholpen kan worden, want binnen 3 dagen heb je antwoord. Dus als de cardioloog denkt dat die ze zo kan helpen. Dus ik denk dat het voor de kwaliteit van zorg zeker bijdraagt om dat beter te krijgen.” R10</i></p>
	Lenen zich niet altijd voor identificatie van populaties	<p><i>“Dus wij als zorggroep kunnen alleen de patiënten uit KIS zien en de aantallen. Dat zijn niet de aantallen die je zou verwachten als je naar de prevalentiecijfers kijkt. Maar de huisarts heeft ook in zijn eigen systeem in het HIS nog patiënten zitten. Dus eigenlijk zou je die twee bij elkaar op moeten tellen, maar de huisarts weet-- Dat is ook een traject wat we het komende jaar willen doen is dat we willen kijken met de praktijk van hoeveel patiënten heb je gediagnosticeerd op HF? Want het kan bij ons natuurlijk ook nog zijn dat die patiënten in de hartvaatketen zitten en dat ze ondertussen ook een diagnose voor HF hebben. Dus dat vertroebelt alles.” R14</i></p> <p><i>“Verder geven we begeleiding bij het in kaart brengen van de populatie omdat die hartfalers die zitten gewoon over heel veel verschillende ICPC coderingen verspreid. Dus we hebben daar een tool mee ontwikkeld met Zorg op orde, dat is een ICT bedrijfje. En die tool die helpt eigenlijk, die maakt eigenlijk een hele makkelijke lijst vanuit het HIS en bijvoorbeeld gebaseerd op labwaardes BNP of ICPC coderingen of termen in de tekst, gewoon die hartfalencodes. En die lijst werkt eigenlijk de huisarts af. En dan kun je daar eigenlijk gelijk een koppeling aan maken is dat dan hoofdbehandelaar, specialist of huisarts? En de huisarts die includeer je gelijk in je KIS.” R15</i></p>
	Kunnen gebruikt worden voor evaluatie	<p><i>“Er is een heel mooi meetplan ook opgesteld vanuit de cijfers van de eerste lijn, tweede lijn, huisartsenpost. Wat willen we zien? Ook op uitkomstindicatoren. Dus dat is heel mooi. Het lastige daarvan is wel dat je, dat iedereen zijn eigen systeem heeft. Dus je bent afhankelijk van de cijfers die je krijgt van een ander. Dus het digitaliseert nog niet allemaal met elkaar. Daar zijn we wel naar op zoek, maar dat is er dus nog niet. Dus dat is wel-- Ja, dat vind ik wel het lastige van dit verhaal ook. Ik ben dan projectleider, dus ik moet bij de huisartsenpost cijfers opvragen, bij het ziekenhuis cijfers opvragen, in de eerste lijn cijfers opvragen en dat moet aan elkaar geknutseld worden en dat moet besproken worden. Nu hebben we na zoveel jaar wel een redelijk vast format gemaakt, dus dan is dat wel ok. Maar bij de start van een traject is dat wel echt noodzakelijk om te weten hoe krijg ik mijn gegevens eruit en wat wil ik dan met die gegevens? Welke gegevens zijn noodzakelijk om het project te laten slagen? Dat is wel een belangrijke. En dat zien we in andere projecten dat we dat iets minder geborgd hebben en in dit project gaat dat wel heel goed moet ik zeggen.” R10</i></p> <p><i>“Een persoonlijk denk ik dat wel iets wat ontzettend zou helpen is gegevens te hebben waar je ook op zou kunnen sturen. Dus omdat nu zijn het allemaal</i></p>

Thema	Subthema	
		<p><i>in de meeste praktijken toch wel black boxen bij ons ook voor een deel waar je weinig inzicht hebt, waar je ook weinig feedback krijgt hoe je het zelf doet, met wat je bezig bent. Dus ik denk dat de digitalisering hier in principe de belangrijkste oplossing is.” R8</i></p>
Patiënten	Zijn tevreden met de zorg op de hartfalenpoli	<p><i>“...En toen bleek dat die patiënten dus het liefste op de hartfalenpoli wilden komen voor de hartfalenzorg en niet naar de huisarts. Dat had achteraf ook een reden, want die patiënten- we hebben dat teruggekeken- die waren met de klachten waarvoor ze uiteindelijk de diagnose hartfalen kregen tussen de 6 en 10 keer bij de huisarts geweest in het jaar daarvoor. Een beetje kortademig. Een beetje dikke been. En een beetje moe. En ze voelden zich dus niet gehoord.” R4</i></p> <p><i>“Wat wij als heel positief zien of waar mensen heel positief over zijn is de hartfalenpoli. Eigenlijk mensen die onder behandeling, onder controle eigenlijk zijn van een hartfalenpoli ja die voelen zich heel veilig. Ze hebben vaak ook het 06 nummer van de verpleegkundige hè of spreekuren dat ze echt terecht kunnen met vragen of ongerustheden.” R2</i></p>
	Hebben invloed op terugverwijzen	<p><i>“Ik hoor veel cardiologen weleens zeggen van ja, mensen willen niet naar de huisarts. Maar dan denk ik ja, heb jij ooit in je verwachtingenmanagement aan het begin van een zorgtraject gezegd van: “hey op een gegeven moment als het beter met jou gaat dan ga je naar de huisarts. Daar heb ik afspraken mee. Daar werk ik goed mee samen. En als er iets gebeurt dan ga je weer terug naar mij. Ik werk met de huisarts als een team.” En zo creëer je ook vertrouwen, ook in de deskundigheid bij zo’n patiënt.” R2</i></p> <p><i>“Ja, het is wisselend. Sommigen zijn bang en willen het niet. Het is natuurlijk niet zo dat we daar helemaal geen rekening mee houden. Maar sommigen vinden het ook prima en zijn blij dat ze niet meer naar de tweede lijn of naar het centrum zeg maar hoeven te komen maar bij hun in de buurt kunnen. En goed, we zeggen natuurlijk altijd als er een probleem is dan mag je uiteraard ook weer terugkomen. En ja, wij zeggen ook stel je komt niet verder met de huisarts of er is een probleem om de huisarts te bereiken of hoe dan ook mag je ook bij ons direct aan de bel trekken. Dus ze hebben in die zin wel nog een beetje een vangnet. En hiermee, ja is het toch wel zo dat een groter gedeelte van de patiënten zich daarin goed kan vinden om het op die manier te doen.” R8</i></p>
Uitkomsten	Evaluatie kan bijdragen aan verbeteringen van processen	<p><i>“We hebben ook bijgehouden hoeveel patiënten we dan terugstuurden naar de huisarts en waarom we ze dan terugstuurden. Waren dat kwetsbare ouderen? Was dat terminaal hartfalen? Dus daar hebben we een database al jaren van bijgehouden. Dus die getallen konden we ook overleggen dat we konden laten zien hoeveel we terugverwezen. En tot slot was het zo dat er ook indicatoren waren bij de huisarts. We hebben die indicatoren gebruikt die door de kaderhuisartsen aan het begin van het Connect hartfalen project zijn opgesteld.” R3</i></p> <p><i>“Uit zo’n gesprek bekijken we hoeveel poliklinische bezoeken er zijn geweest. Is dat toegenomen, is dat afgenomen? Hoeveel patiënten heeft een cardioloog nu onder zijn hoede? Zijn er nog patiënten die zij toch als stabiel zien die nog terug zouden kunnen komen? Nou ja en dan bespreken we gewoon eigenlijk op inhoud hoe we dit traject voortzetten en waar we op zouden kunnen scholen bijvoorbeeld. Of we zien bijvoorbeeld dat de NYHA classificatie niet goed wordt ingevuld. Dat is iets nieuwsEn dan zijn dat afspraken die we maken en na een half jaar evalueren we weer en kijken we of dat het procentueel gestegen is dat het goed is ingevuld ja of nee.” R10</i></p>

Thema	Subthema	
		<p><i>“Ik denk dat het protocol in feite prima is. Dat hebben we onlangs nog herzien. Dat sluit ook helemaal aan bij de NHG standaard. Waar nog zeker verbetermogelijkheden zitten en waar we ook mee aan de slag gaan is dat we de praktijken gaan voorzien van spiegelinformatie om ze ook meer, ja de feedback te geven over hoeveel patiënten heb je nou in de keten geïnccludeerd en daarmee hopelijk stimuleren dat de patiënten beter in beeld gaan krijgen of houden. En dat ze wellicht meer gaan opschuiven naar die verwachte prevalentie.” R14</i></p> <p><i>“Dat vind ik nu nog echt-- Dat hebben we nu meer zeg maar met evaluatiemomenten voor onszelf gedaan. Ja, wij liepen heel erg tegenaan van hoe kunnen we dat nou goed evalueren zeg maar? Dat gaat ze gewoon doen eigenlijk door de vragenlijsten en veel interviews te gaan doen met de praktijken. Hè voor ons ook om gewoon er wat meer zicht op te krijgen en ook voor die patiënttevredenheid. Want dat is gewoon zo ingewikkeld. Wat is AVG proof? En hè wil je een POH vragen bij het tweede consult om een brief mee te geven met wat vragen over tevredenheid? Ja iedereen vergeet het. Dus dat-- Ja, zo kom je gewoon niet aan je aantallen. Zo kom je niet aan je evaluatie.” R15</i></p>
Rol NVVC Connect	NVVC Connect kan regio's beter met elkaar verbinden	<p><i>“Want wij dachten van zijn wij nou de enigen die ertegenaan lopen dat het gewoon ook landelijk is? Dat verwacht je ook wel, alleen er wordt gewoon weinig over gesproken. En dan is het ook fijn dat je die terugkoppeling kunt krijgen of dat je ergens dit nog een keer na kunt vragen van hey lopen jullie hier ook tegenaan? Hebben jullie al een wijziging gedaan in wat je nu wel of niet includeert?” F1</i></p> <p><i>“Ik denk dat je toch nog iets meer-- Ja, misschien toch wat meer evaluatie dat je toch een soort jaarlijks evaluatie doet of dat je toch een soort bijeenkomst doet van de verschillende regio's bij elkaar om-- Hè dat iedereen eens kort toelicht van hoe hebben wij het nou aangepakt en dat je, ja-- Ik denk dat zo'n Connect kan ook wel een beetje zien van goh oh daar doen ze het zo en daar doen ze het zo. Hè misschien moeten we die eenseen keer bij elkaar brengen of nou ja, op die manier. Doen we overigens-- Nuzijn we bezig met de RTA pijn op de borst zijn we een van de pilot regio's en daar gaan we dat wel-- Doet Connect dat wel iets actiever. Die heeft nu daar ook een projectleider vanuit Connect op gezet. Ik denk dat dat wel heel waardevol kan zijn, want dan zit je-- Je start met drie regio's en dan zit je eigenlijk met de projectleiders ook om tafel en hoor je ook van goh wij doen dit of dit met het HIS. Dat is wel waardevol.” R15</i></p>
	NVVC Connect kan kaders voor financiering verkennen	<p><i>“Het is inderdaad wij gaan voor de inhoud. Wij willen iets goeds neerzetten. En dan moet je ook met mensen aan tafel zitten die compleet andere gedachtegangen hebben en compleet anders denken dan wij. En ik denk dat NVVC daar ook niet sterker in is, want NVVC gaat ook meer voor de inhoud dan voor dit soort praktische zaken. Dus voor mij dat was echt een game changer dat ik zoiets had van ok, het is, zijn ook andere dingen dan dat je denkt wat het beste is voor de patiënt. En ik denk dat, dat is misschien waar NVVC op dit moment nog tekort schiet dat het teveel op de inhoud wat bereikt is te focussen.” R5</i></p> <p><i>“Ik ben toevallig ook nu bezig met een project waarbij je er ook tegenaan loopt dat de financiering vanuit de zorgverzekeraars te versnipperd is. Het feit dat dat je eigenlijk geen heel de eerste of tweede lijn overkoepelend hebt qua financiering nekt veel projecten. En dan gaat het weer op projectbasis. Maar op projectbasis dan is het leuk, want dan krijgen we een projectmanager misschien en die is na een jaar weer weg en die weet ook niet of je dan inderdaad of je iemand hebt die duurzaam verbonden is. Je</i></p>

Thema	Subthema
	<p><i>moet eigenlijk inderdaad gewoon een financieringsstroom hebben zoals de NVVC, vanuit de NVVC via de FMS ook met de NHG aan gaan dringen om meer te kijken naar niet populatiebekostiging maar wel overkoepelende bekostiging van dit soort projecten. Het hangt nu teveel bij projectbasis die een bepaalde duur hebben en dan stoppen. Waarbij er teveel regionale variëteit is." R9</i></p>

Literatuurlijst

¹ Hartstichting, „Hartfalen wordt vaak niet herkend: tijd voor actie!,” Hartstichting. Beschikbaar via: <https://professionals.hartstichting.nl/actualiteiten/hartfalencampagne>

² Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen, 2015. Beschikbaar via <https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>

³ NHG-standaard Hartfalen, 2010 (Tweede herziening). Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen>

⁴ ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2012;14:803-869. Beschikbaar via: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1787>

⁵ Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen, 2010. Beschikbaar via: https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni2010.pdf

⁶ M. A. Fleuren, T. G. Paulussen, P. Van Dommelen en S. Van Buuren, „Towards a measurement instrument for determinants of innovations,” *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 26, nr. 5, pp. 501-510, 1 October 2014.