



CONNECT-PROJECT VAN HUISARTSEN EN CARDIOLOGEN IN TWEDE FASE

Duidelijke taak eerste lijn b

Optimale ketenzorg voor patiënten met een acuut hartinfarct; dat is het doel van het Connect-project dat sinds een jaar in de regio Rotterdam loopt. Huisarts Erik Herman uit Rotterdam en cardioloog n.p. Rob van Mechelen zijn volop bezig om de zorg in zowel de eerste als de tweede lijn in kaart te brengen. Positief neveneffect is intensievere samenwerking tussen cardiologen en huisartsen in Rotterdam.

Zo op het eerste gezicht is de zorg voor patiënten met een non-STEMI-hartinfarct goed geregeld. Daar zijn Rob van Mechelen, tot voor kort cardioloog in het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam, en huisarts Erik Herman, met een solopraktijk in een gezondheidscentrum in Rotterdam, het over eens. Maar of de zorg in de hele keten écht optimaal uitgevoerd wordt, weet eigenlijk niemand. Is de tijd van de eerste symptomen totdat de patiënt op de hartkatherisatiekamer ligt zo kort mogelijk? En krijgen de patiënten ook daadwerkelijk de *golden five* aan medicatie als zij worden ontslagen? Op deze vragen proberen de cardiologen, huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers antwoord te vinden met het Connect-project van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). "Want meten is weten", zegt Erik Herman. "Alleen als we metingen doen, weten we hoe de beginsituatie is en hoe we die kunnen verbeteren als dat nodig is." Dat meten is bepaald geen sinecure, stelt Van Mechelen. "De zorg voor patiënten met een acuut hartinfarct begint altijd bij de huisarts of de ambulancedienst. De ambulance heeft een

goed digitaal systeem om de aanrijtiden te registreren. Deze gegevens worden bij de overdracht in het ziekenhuis overhandigd. Maar dit is een los papiertje uit een systeem dat niet is aangesloten op het digitale ziekenhuisprogramma. De dienstdoende verpleegkundige moet dit dan opnieuw invoeren in het computersysteem van het ziekenhuis. Als de patiënt gedotterd is, wordt deze voor de nazorg na een aantal uren meestal al overgedragen aan een ander ziekenhuis. Ook dan is weer sprake van een geschreven overdracht, omdat elektronisch patiënten dossiers van verschillende ziekenhuizen niet met elkaar communiceren."

0-meting

Het kost dan dus veel tijd om een 0-meting uit te voeren, stelt Van Mechelen. "Daarom zijn we een jaar geleden met dit project gestart met een enthousiaste groep van cardiologen van tien ziekenhuizen in de regio Rotterdam. Samen met een student-assistent hebben we per ziekenhuis veertig patiëntencasussen verzameld voor de 0-meting. Zo kunnen we van 400 patiënten bekijken hoe het nú is geregeld." Het gaat daarbij om de hele keten: van de allereerste symptomen en het bezoek aan de huisarts, de huisartsenpost, de eerste hulp, het bellen van de ambulance tot aan de nazorg met de relevante medicatie en hartrevalidatie. Een belangrijke schakel in die keten is de huisarts. "Toen we in deze regio een huisarts zochten voor de pilot, dacht ik meteen aan Erik", zegt Van Mechelen. "Hij heeft twee jaar als agnion cardiologie gewerkt en heeft dus veel affiniteit met het onderwerp." Erik Herman: "Als ik als huisarts een acuut coronair syndroom vermoed, stuur ik iemand direct in voor nadere diagnostiek en behandeling. Prettig is dat we nu ook aanvullende diagnostiek, zoals een ECG, kunnen doen als dat beeld zich op de praktijk laat zien."

De rol van de huisarts ligt vooral in het preventieve stuk en de nazorg, vertelt hij. "Het is voor ons belangrijk om de risico-

In het kort

Huisarts Erik Herman en cardioloog n.p. Rob van Mechelen werken samen in het Rotterdamse Connect-project. Dit project ambieert optimale ketenzorg voor patiënten met een acuut hartinfarct. Er is een grote rol voor de huisarts in het preventieve stuk, in de diagnostisering en na behandeling van de cardioloog. Het Connect-project heeft de keten geïnventariseerd en 0-metingen gedaan. Inmiddels is de interventiefase ingegaan. Hierin wordt vooral aandacht besteed aan de richtlijnen van de ESC. Op SEH's en CCU's hangen posters met de richtlijnen en bezoeken deelnemende cardiologen ziekenhuizen om aandacht voor het naleven ervan. Over een jaar vindt een tweede meting plaats.

ij patiënten met infarct



Volgens Rob van Mechelen (l) en Erik Herman (r) is een belangrijk neveneffect van het project intensiever contact tussen de eerste en tweede lijn

patiënten te identificeren: patiënten met diabetes en cardio-vasculaire problemen. Zij moeten regelmatig gescreend worden. Ook stoppen met roken is een belangrijk onderdeel van de preventie. "Daar valt écht de meeste winst te halen. Om te voorkomen dat een infarct ontstaat, maar ook na het infarct om een recidive te voorkomen." Het aanbieden van een stoppen-met-rokenprogramma is een belangrijke taak van de huisarts. "Al blijft dat lastig door de veranderingen in het zorgverzekeringspakket de afgelopen jaren."

Het is belangrijk dat er een goede overdracht plaatsvindt van de cardioloog naar de huisarts. "We moeten weten wat de medicatie van de patiënt is. We gaan nu uit van de *golden five*: statine, aspirine, ACE-remmer, bètablokker en clopido-

grel", maar het is goed om dat te controleren en ervoor te zorgen dat de patiënt op het goede moment weer stopt met de clopidogrel."

Interventiefase

De huisartsen en cardiologen in de regio Rotterdam zijn niet de enigen die meedoen aan het Connect-project. Er lopen inmiddels ook projecten in Alkmaar, Maastricht, Arnhem, Utrecht, Groningen, Zwolle en Apeldoorn. Ook andere regio's hebben interesse. "Met Alkmaar lopen we voorop", vertelt van Mechelen.

In Rotterdam is de 0-meting al afgerond en zitten ze in de tweede fase, de interventiefase. Hierin wordt vooral aandacht besteed aan de richtlijnen van de European Society of Cardiology. "Op alle betrokken SEH's en CCU's hangen posters met richtlijnen. Ook bezoekt een afvaardiging van onze cardiologen alle ziekenhuizen om aandacht te vragen voor het naleven van die richtlijnen", vertelt Van Mechelen.

Over een jaar wordt opnieuw een meting gedaan om te kijken of zorgverleners meer volgens de richtlijnen werken. Ook moet dan met de huisartsen worden bekeken of de boodschap van optimale zorg bij hen is aangekomen. "Want de huisarts blijft de centrale rol vervullen in de patiëntenzorg." Huisartsen zouden de indicatoren moeten registreren. Daartoe zijn ze best bereid, schat Herman in. "Als het maar een hoger doel dient – namelijk verbetering kwaliteit van zorg – kunnen we prima de gegevens bijhouden. Het moet zo eenvoudig mogelijk worden, zonder ellenlange vragenlijsten." De uiteindelijke vraag is natuurlijk of de patiëntenzorg ook daadwerkelijk beter is na een aantal jaren van gegevens bijhouden en het beter volgen van de richtlijnen. De dokters vermoeden dat wel, maar weten het niet zeker. Van Mechelen: "Daartoe moeten we langdurig follow-up-onderzoek uitvoeren. Maar daar zijn mensen en financiële middelen voor nodig. Daar willen we natuurlijk wel op inzetten."

Ongeacht de uitkomst van het Connect-project is een belangrijk neveneffect dat contacten tussen de eerste en tweede lijn nóg verder zijn geïntensiveerd. "Dat is zeker een surplus", zegt Herman. "De lijnen worden nu nog korter en dat is erg prettig." Van Mechelen, lachend: "Toen ik nog praktiseerde en hoorde dat Erik een patiënt ging insturen, hoefde ik niet eens inhoudelijk te overleggen: ik ging blindelings af op zijn inschattingsvermogen en liet de patiënt meteen komen. Zo'n goede, informele lijn kan de kwaliteit van zorg verbeteren." ■