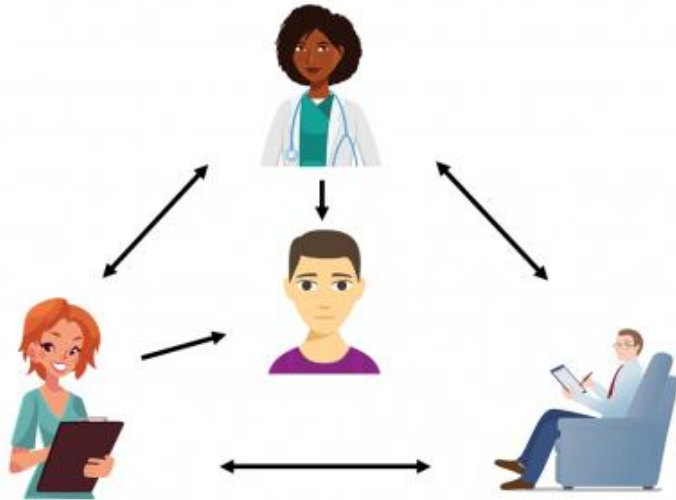


Collaboration between specialized HIV care and primary care



Christiana Nöstlinger & Hanne Apers

Sexual and Reproductive Health Group

BREACH SYMPOSIUM
30/11/2018

Introduction and background

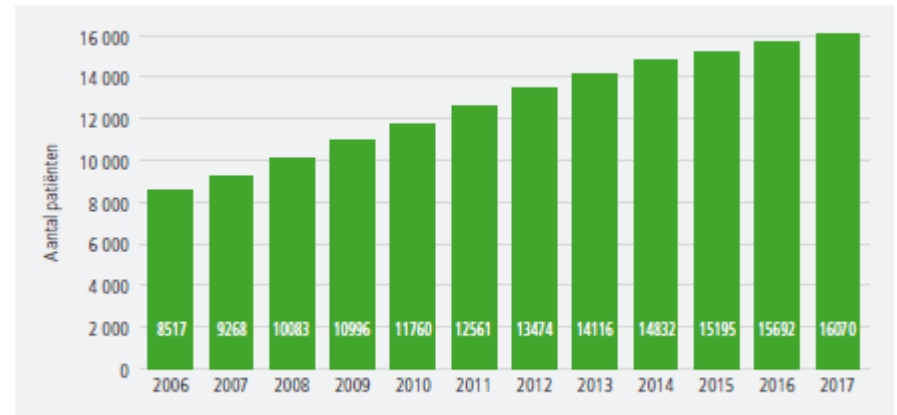
- **HIV co-epidemics** make the management of HIV as a **chronic condition** complex (Deeks, Lewin & Havlir et al., 2013)
- **People living with HIV (PLHIV)** may have almost the same life expectancy as uninfected people – but may have specific needs: life-style related diseases (e.g. cardiovascular diseases), mental health and sexual and reproductive health needs
- **HIV is different than other chronic conditions:** PLHIV may be affected by inter-secting forms of stigma with impact on health behaviors and treatment (Katz et al., 2013)



Introduction and background

- Increasing patient numbers followed-up in care in Belgium:
16.070 hiv patients in 2017 → average increase of 687 new patients/year 2006-2017
- Aids Reference Centers (ARC)
follow about 80% of the patients
- Pressure on health systems
to reduce cost →
search for alternative HIV care models

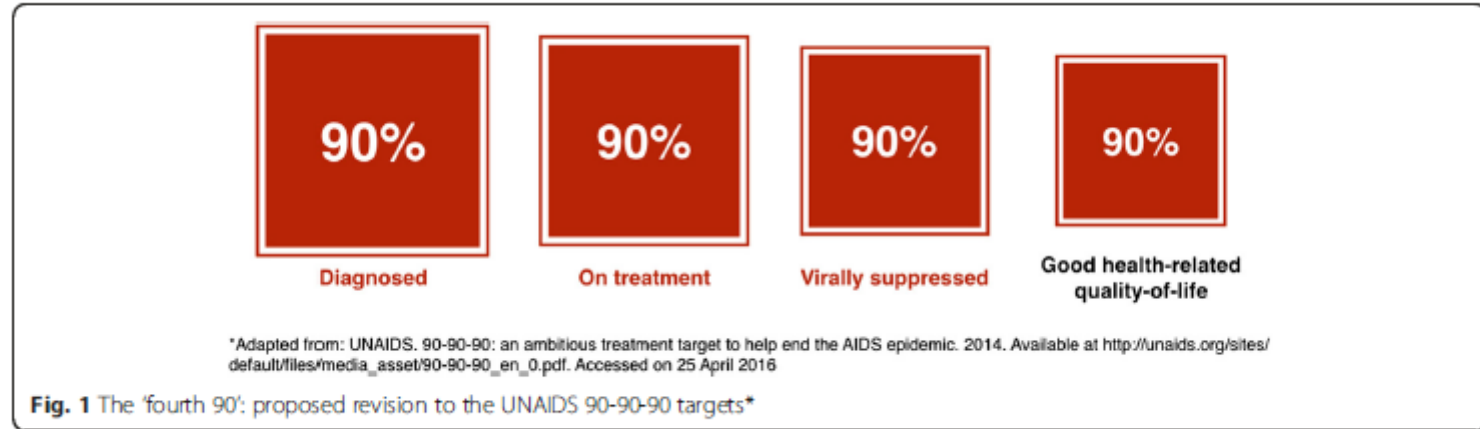
Figuur 25 | Aantal hiv-patiënten in medische opvolging in België, 2006-2017



Source: Sciensano, 2018



Quality of care: increasing focus beyond 90:90:90



Can collaboration contribute to this goal, and how could this be achieved?



Problem statement and objective

- Systematic reviews on collaboration in HIV care: mixed results on evidence, but indication that it may lead to better screening for co-morbidities
- Collaboration works when non-specialists have access to specialists for advice and support (Mapp et al, 2015; Sokom et al, 2015; Kendall et al, 2015)
- Belgian HIV Plan, Action 44: **The responsibility of the care should be shared between general practitioners (GP) and the recognized specialist centers**
- Not much is known about **how to best organize collaboration to achieve good quality of care**



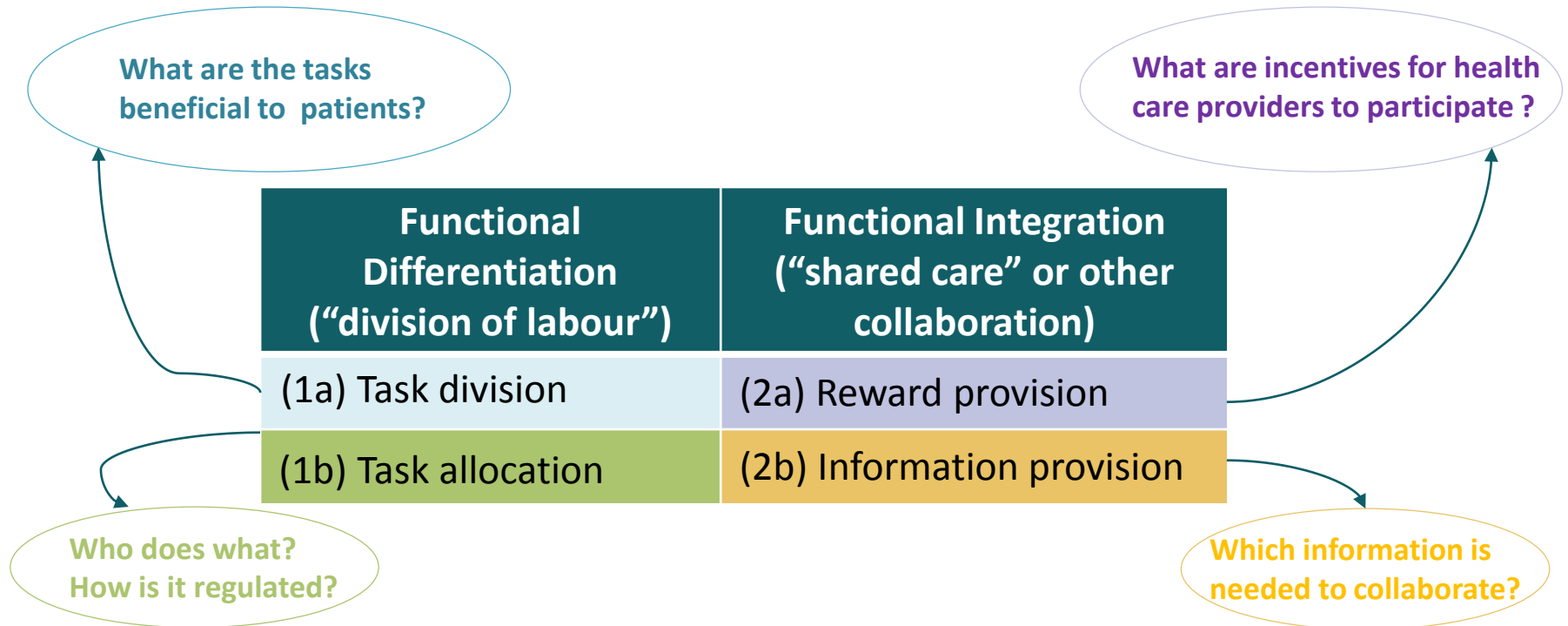
Collaboration to achieve tailor-made care...

Various forms of collaboration: formalized shared care between different types of services (e.g. primary care and HIV specialist) → collaborative care models (flexible, person-centered or tailor-made, coordinated care among various actors)

“It’s not about everybody getting the same thing. It’s about everybody getting what they need in order to improve the quality of their situation.” (Grimsrud et al., 2017)



The four essential problems of organizing



Adapted from: Puranam P. (2018): The microstructure of organizations.



Differentiation: tasks and the allocation of tasks to (individual) members to achieve a common goal

(1a) Task Division: “mapping goals into tasks and sub-tasks”

(1b) Task allocation: “mapping the tasks to individual (groups of) agents”



(1a) Task Division: “mapping goals into tasks and sub-tasks”

Current state of affairs: Mapping initiatives

- Limited research available in Belgium: Verheyen et al., 2017; Swannet et al., 2014; HERMETIC project: intervention to improve HIV screening in primary care → screening advice

Advies hiv-screening door huisartsen

Screenen voor hiv is belangrijk voor de patiënt en de volkgezondheid. Een derde van de hiv-patiënten in België wordt te laat gediagnosticeerd. Gemiddeld zitten er 23 maanden tussen een hiv-infectie en de diagnose. In die periode is er risico op hiv-transmissie. De kans op transmissie is quasi nihil wanneer de hiv-patiënt medicatie neemt, een stabiele ondetecteerbare virale lading heeft (tijdens de laatste 6 maanden) en geen andere seksueel

overdraagbare infectie. Tijdige opstart van hiv-medicatie verhoogt ook de levenskwaliteit en levensduur van de patiënt en is kosteneffectief op lange termijn. Huisartsen zijn uitstekend geplaatst om hiv vroegtijdig op te sporen. Daarom is het aangeraden om naast uw huidige screening (zoals bijv. van zwangere vrouwen of op vraag van de patiënt) ook proactief en routinematig een hiv-test voor te stellen aan onderstaande groepen.

STEL PROACTIEF EEN HIV-TEST VOOR AAN:

Patiënten met een verhoogd risico

- ✓ Mannen die seks hebben met mannen
- ✓ Mensen uit sub-Saharaans Afrika en andere hoog-prevalentiegebieden (zie ook de reeks bij 2.1.1.1 en 2.1.1.2 voor meer info)
- ✓ Injecterende druggebruikers

Hoe vaak testen?

Minstens jaarlijks, bij risicoverandering en de 3 maanden. Maak samen met je patiënt een afweging.

- ✓ Mensen die seksueel contact hadden met iemand uit voorgaande groepen

Maak samen met je patiënt een afweging op basis van gedrag

Zie ook: <http://www.hiv.be/nl/over-hiv/over-hiv-advies/hiv-advies-huisartsen.pdf>

Patiënten met aandoeningen indicatief voor een hiv-infectie

- ✓ Seksueel overdraagbare infecties
- ✓ Hepatitis B of C (zie ook reeks 2.1.1.1)
- ✓ Dysplasie van de baarmoederhals
- ✓ Herpes zoster
- ✓ Seborrhische dermatitis/ exantheem (zie ook reeks 2.1.1.1)
- ✓ Onverklaarde koorts (DASH-kenmerk) (zie ook reeks 2.1.1.1 en 2.1.1.2)
- ✓ Onverklaarde leukocytopenie/ trombocytopenie (zie ook reeks 2.1.1.1)

Stel ACT20 een hiv-test voor

- ✓ Onverklaard gewichtsverlies
- ✓ Onverklaarde lymfadenopathie
- ✓ Onverklaarde orale candidiasis
- ✓ Onverklaarde chronische diarree
- ✓ Ernstige of atypische pneumonie
- ✓ Onverklaarde perifere neuropathie
- ✓ Terugkerende longontsteking

Maak een afweging op basis van afkomst en gedrag

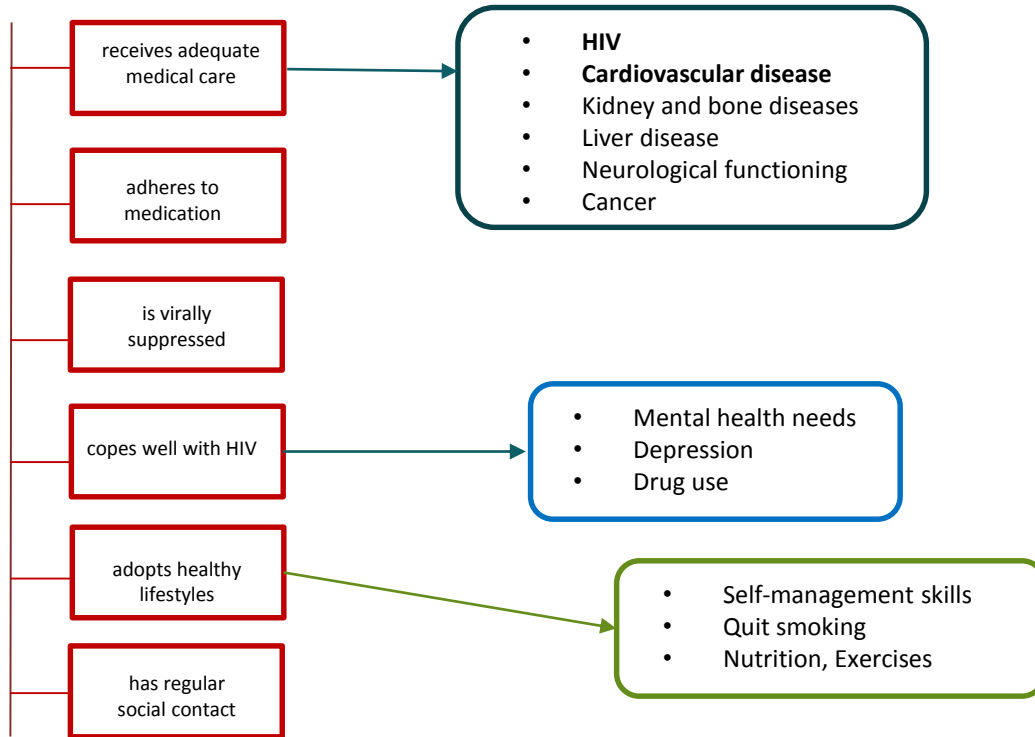
Zie ook: <http://www.hiv.be/nl/over-hiv/over-hiv-advies/hiv-advies-huisartsen.pdf>

In the pipeline:

- KCE: guidelines for STI-screening
- WOREL: working group on developing guidelines for HIV-care in primary care



(1a) Task Division: “mapping goals into tasks and sub-tasks”



Current state of affairs:

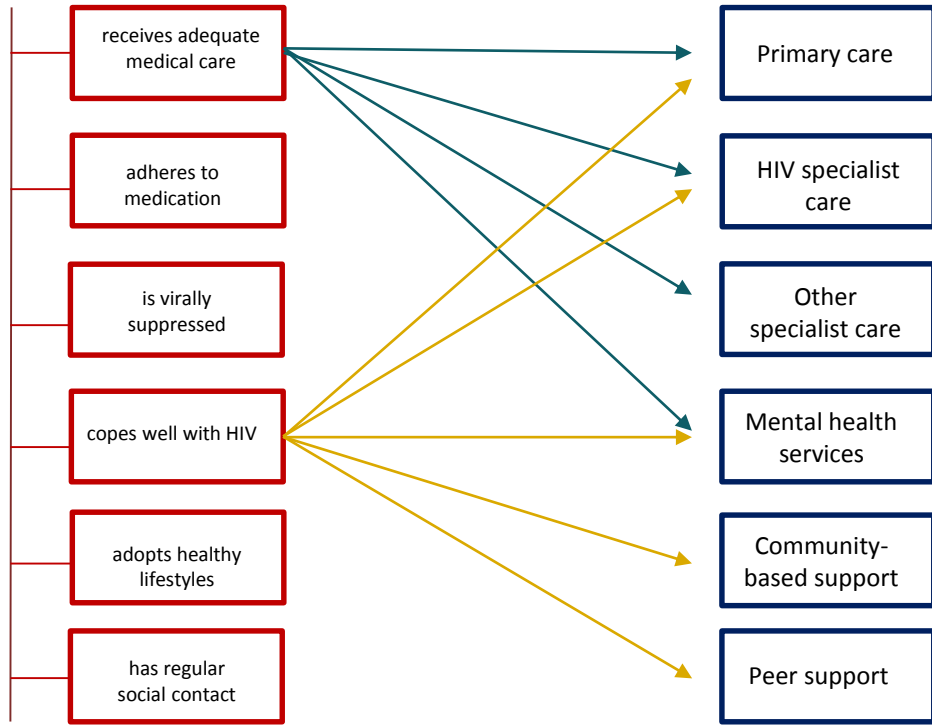
- ARC specialists and GPs are in favor of better cooperation and task allocation (Swannet et al., 2014)
- Increasing tasks for GPs, but unclear content and limited knowledge
- Each ARC: own approach for cooperation ARC-GP regarding care (Hermetic)
- *“... Patiënten weten vaak niet tot wie zich te richten en ook de huisarts kan de klachten niet altijd plaatsen: hiv-gerelateerd of niet?”*
(Avonts, 2017)

(1b) Task allocation: “mapping the tasks to individual (groups of) agents”

Huisarts	Aids Referentie Centrum
Opvang van niet-hiv gerelateerde problematiek	Eerste contact: medische en psycho-sociale begeleiding van een HIV diagnose, uitvoeren van relevante ‘staging’ en screeningsonderzoeken. Opstart van een anti-retrovirale (ARV) therapie: multi-disciplinaire aanpak: administratieve, medische en psychosociale begeleiding
Evaluatie en begeleiding van therapietrouw (voornamelijk in ARC, met ondersteuning van huisarts)	
Soa/hiv-screening van de partner op regelmatige tijdstippen	Monitoren van immuniteitsstatus en nevenwerkingen
Algemene administratieve begeleiding: werkonbekwaamheid, invaliditeit, ect.	Bepalen van resistentiepatroon en eventuele ARV-aanpassing
Laagdrempelige opvang: derde betaler, oproepen voor afspraak, ect.	Selecteren en begeleiden van patienten die deelnemen aan klinische studies



(1b) Task allocation: “mapping the tasks to individual (groups of) agents”



Functional integration: providing the necessary motivation or information to cooperate

(2a) Reward provision: “mapping a set of rewards to motivate actors to cooperate”

(2b) Provision of information: “providing the information needed to execute tasks and coordinate actions with others”



(2a) Reward provision: “mapping a set of rewards to motivate actors to cooperate”

- Good patient-doctor relationship: reward for GPs (HERMETIC project)
- Perceived quality of care: *“Patiënten die mede door de huisarts gevolgd worden voor hiv-gerelateerde problemen, blijken echter beter gescreend voor kanker en het cardiovasculaire risico. ...Ook patiënten voelen dat de kwaliteit van zorg toeneemt, indien de huisarts betrokken wordt.”* (Verheyen et al., 2017)
- More time and dedication for specialist tasks: reward for specialists (Swannet et al., 2014)
- Professional relationships (HERMETIC project): Face-to-face contact during training provided opportunity to discuss specific cases, perceived as leverage for future contact and referral because of increased familiarity with ARCs



(2b) Provision of information: “providing the information needed to execute tasks and coordinate actions with others”

HERMETIC project (formative research):

- Majority of GPs seems unaware about new developments in the HIV-field; GPs with individual interest (e.g. following HIV-patient or experience in tropical medicine) are better informed; effect of age-cohorts?
- GPs’ main complaint: communication with ARC (e.g. vaccination status, CD4-count) → implications on care and proper follow-up
- ‘Official guidelines’ most preferred way of working and motivation to test for HIV



(2b) Provision of information: “providing the information needed to execute tasks and coordinate actions with others”

- Electronic communication systems perceived as tools to improve or overcome communication gaps, but still in progress
- Online information: very difficult to find for GPs, most information online is addressed to patient
- *“Om de ‘koudwatervrees’ bij huisartsen ... te overwinnen is er nood aan gemakkelijk toegankelijke, praktisch bruikbare informatie over verschillende aspecten van de hiv-zorg, zoals geneesmiddelen-interacties, noodzaak aan doorverwijzing...*

Ook een verbeterde hiv-opleiding voor de eerste lijn en een opleiding in cultuursensitieve zorg voor zowel de eerste als tweede lijn zijn mogelijkheden.”

(Swannet et al., 2014)



Discussion

- Status quo: fragmented approaches in collaboration, but consensus on the need to provide tailored care (in analogy with integrated care models for other chronic diseases, but adapted for HIV)
- Models should remain responsive and flexible (HIV changes over time, across the life-course, different and complex patient needs)
- Crucial role of training, access to information, communication issues: referral and follow-up systems
- Guidelines are a first step: but implementation requires good collaboration and communication



Discussion

- Role of other actors (other professionals/specialist, community-based support, expert-patients, etc.)?
- What is the vision of the patient?
- Need to systematically develop and evaluate integrated care models for HIV care (patient-reported outcomes, cost-effectiveness?) in local contexts

Thank You!



References

- Avonts D. Hiv – wat moet je ermee. Huisarts Nu, Nov-Dec 2017, 6:241.
- Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*. 2013 Nov 2;382(9903):1525-33.
- Grimsrud A, Barnabas RV, Ehrenkranz P, Ford N. Evidence for scale up: the differentiated care research agenda. *Journal of the International AIDS Society*. 2017 Jul;20:22024.
- Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013 Nov;16:18640.
- Kendall CE, Taljaard M, Younger J, Hogg W, Glazier RH, Manuel DG. A population-based study comparing patterns of care delivery on the quality of care for persons living with HIV in Ontario. *BMJ open*. 2015 May 1;5(5):e007428.
- Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, del Amo Valero J, Gatell JM, Baptista-Leite R, Mendão L, Porter K, Vella S. Beyond viral suppression of HIV—the new quality of life frontier. *BMC medicine*. 2016 Dec;14(1):94.
- Mapp F, Hutchinson J, Estcourt C. A systematic review of contemporary models of shared HIV care and HIV in primary care in high-income settings. *International journal of STD & AIDS*. 2015 Dec;26(14):991-7.
- Puranam P. *The Microstructure of Organizations*. Oxford University Press; 2018 Jun 4.
- Sciensano. Jaarrapport HIV Aids 2017. November 2018. <https://www.sciensano.be/en/biblio/epidemiologie-van-aids-en-hiv-infectie-belgie-toestand-op-31-december-2017>
- Swannet S, Apers L, Pierreux K, Lacor P. Is gedeelde hiv zorg mogelijk in België? Een kritische reflectie. *Huisarts Nu*, Nov-Dec 2014; 43(6).
- Verheyen K, Apers L, Loos H, Apers H, Peremans L. Opvolging van hiv in de huisartsenpraktijk: welke taken neemt de huisarts op? *Huisarts Nu*, Nov-Dec 2017; 46:251-5.

