
Implementatie van een zorgpad hartfalen

Wat is het effect op de levenskwaliteit van de patiënt?

Auteurs

› Annelies Lefevre, Miek Smeets, Willem Raat en Bert Vaes zijn verbonden aan het Academisch Centrum Voor Huisartsgeroepkunde, KU Leuven.

Inleiding

Chronisch hartfalen is een belangrijk probleem omwille van de vergrijzende populatie, de impact op de kwaliteit van leven, de herhaaldelijke ziekenhuisopnames en de hoge mortaliteit.¹ Het is bekend dat een multidisciplinair zorgprogramma met opvolging door gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen de sterfte doet dalen, hartfalenhospitalisaties vermindert en de levenskwaliteit verbetert.^{1,2}

Huisartsen hebben een centrale rol bij de zorg voor patiënten met hartfalen, maar zijn vaak niet intensief betrokken bij zorgprogramma's die vanuit het ziekenhuis opgestart worden.³

Onderzoeksvraag

Gezien het ontbreken van een zorgprogramma voor hartfalen in de eerste lijn, werd in deze studie een regionaal zorgpad geïmplementeerd door huisartsen van een huisartsenpraktijk in Menen.⁴

In dit praktijkverbeterend project stond de volgende onderzoeksvraag centraal: wat is het effect, vier maanden na de implementatie, van het lokale zorgpad hartfalen op de levenskwaliteit van de patiënt?

Methode

Onderzoeksgroep

Patiënten met hartfalen werden opgespoord via een diagnostische audit in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Er werd gezocht op een gecodeerde en vrije tekst diagnose hartfalen (ICPC-2: K77). Alle dossiers die uit deze audit naar voren kwamen, werden geopend en de diagnose hartfalen werd besproken met de artsen van de praktijk om de diagnose hartfalen al dan niet te bevestigen. Vervolgens werd bekeken of de patiënt in aanmerking kwam voor deelname aan dit praktijkverbeterend project. Exclusiecriteria waren: demantie, wilsonbekwaamheid en majeure depressieve comorbiditeit.



Wat is bekend?

- › Belangrijke diagnoses, zoals hartfalen, worden te weinig correct geregistreerd in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD).
- › Een zorgpad hartfalen, opgestart in de tweede lijn, verbetert de levenskwaliteit, vermindert hospitalisaties voor hartfalen en doet de mortaliteit dalen.

Wat is nieuw?

- › Een diagnostische audit in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) verhoogt in belangrijke mate de correcte codering van hartfalen.
- › Een zorgpad hartfalen, opgestart in de eerste lijn, verbetert de levenskwaliteit vooral bij patiënten met initieel een slechte levenskwaliteit.

Om de werklust beheersbaar te houden werd beslist om het project te beperken tot twintig patiënten, geselecteerd op hun wil en motivatie tot medewerking.

Na het geven van geïnformeerde toestemming werden de patiënten geïncludeerd.

Opzet

Het zorgprogramma omvat een informatieboekje, een dagboek voor de patiënt (beide opgemaakt door Algemeen Ziekenhuis Delta) en een uitgeschreven protocol met richtlijnen over patiënteneducatie, opvolging en medicatiebeheer.⁴ Het informatieboekje werd samen met de patiënt overlopen. In de patiënteneducatie werd de nadruk gelegd op het belang van een zoutvrij dieet, vochtrestrictie en gewichtscntrole: dagelijks het gewicht meten en bij een gewichtstoename van 2 kg of meer contact opnemen met de huisarts.

Tijdens de vervolconsulten werd nagegaan of de patiënt klachten van hartfalen of hypotensie had, of bijwerkingen

van medicatie ondervond. Samen met de patiënt werden de opgetekende waarden in het dagboekje overlopen.

Het klinisch onderzoek omvatte meting van het gewicht, bloeddruk, hartritme, opsporen enkeloedemen en evalueren van de centraal veneuze druk (CVD). Op indicatie gebeurde een labo (creatinine en ionen).

Bij patiënten met stabiel hartfalen en verminderde ejectiefraction (HF_rEF) zonder klachten van hypotensie of nierinsufficiëntie werden de ACE-inhibitoren/sartanen en bètablokkers opgedreven tot de maximaal getolereerde dosis. Indien noodzakelijk, werd overleg gepleegd met de cardioloog of hartfalenverpleegkundige of verwezen naar de tweede lijn.

Vragenlijst

De studie was observationeel van opzet en omvatte een geselecteerde cohortgroep die gedurende vier maanden gevolgd werd.

Bij de start en op het einde werd de levenskwaliteit gemeten via een Nederlands gevalideerde versie van de Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). De puntenscore op de MLHFQ werd als volgt geïnterpreteerd: <24 (goede levenskwaliteit), 24-45 (gemiddeld), >45 (slechte levenskwaliteit). De puntenscores van de MLHFQ-vragenlijst voor en na het implementeren van het zorgpad werden

vergeleken aan de hand van een paired samples T-test. Een verschil van twaalf punten of meer werd beschouwd als klinisch relevant.⁵

Resultaten

Patiëntenkenmerken

De audit in het EMD resulteerde in 69 patiënten met een mogelijke diagnose van hartfalen, waarvan bij 8 patiënten een gecodeerde diagnose hartfalen geregistreerd stond (12%). Bij 33 patiënten was de diagnose als vrije tekst in de probleemlijst of voorgeschiedenis vermeld (48%). Bij de resterende 28 patiënten stond als vrije tekst diagnose hartfalen ergens in een losse consultatie bij de huisarts of in een brief van de cardioloog of geriater (41%). Bij 61 van de 69 geïdentificeerde patiënten werd de diagnose hartfalen bevestigd door de behandelende huisarts (88%).

Na het toepassen van de exclusiecriteria bleven er 48 patiënten over die in aanmerking kwamen voor inclusie (79%). Hiervan werden 20 patiënten geselecteerd in overleg met de huisartsen van de praktijk. De gemiddelde leeftijd van deze 20 geïncludeerde patiënten (17 mannen en 3 vrouwen) was 76 ± 11 jaar. Er waren 10 patiënten met een bewaarde (>50%) ejectiefraction (HF_pEF), 5 patiënten met een gedaalde (<40%)

Tabel: Score op de vragenlijst 'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)' voor en na implementatie met de mate van verbetering van de levenskwaliteit.

Type hartfalen (HF)	Score VOOR	Score NA	Mate van verbetering
HF _p EF (met bewaarde ejectiefraction, EF>50%)	4	2	-2
	15,5	14	-1,5
	40	32	-8
	9	6	-3
	34,5	22,5	-12
	27	22	-5
	54	19	-35
	19	11	-8
	8	12	+4
	11	13	+2
HF _r EF (met verminderde ejectiefraction, EF<40%)	71	3	-68
	49	14	-35
	36	45	+9
	39	9	-30
	26	10	-16
HF _m rEF (met een ejectiefraction tussen 40-50%)	12	12	0
	4	3	-1
	19	14	-5
Geen ejectiefraction gekend	7	16	+9
	15	3	-12

Groen betekent goede, oranje gemiddelde en rood een slechte levenskwaliteit. In de kolom 'mate van verbetering' duidt een positieve score op een verslechtering en een negatieve op een verbetering. Een verschil van -12 punten werd als een klinisch relevante verbetering van de levenskwaliteit beschouwd (blauwe arcering).

ejectiefractie (HFrEF) en 3 patiënten met een ejectiefractie tussen de 40 en 50% (HFmrEF). Bij twee patiënten was de ejectiefractie nooit eerder bepaald.

Opvolging van de patiënten

Tijdens het eerste contact in het kader van deze studie vond de patiënteneducatie plaats, wat meestal 15 minuten of langer in beslag nam.

Gedurende de vier maanden dat de studie liep, werden 16 patiënten minstens maandelijks gezien (80%), 11 namen hun dagboekje mee waarin ze dagelijks hun gewicht en bloeddruk noteerden (69%); 5 patiënten vulden hun dagboek niet in. De opvolgingscontacten verliepen als een normale consultatie. Bij de 4 andere patiënten vonden slechts 3 contacten plaats, waarvan 2 contacten de opstart- en afsluitcontacten waren.

Bij aanvang van de studie werd bij 3 patiënten een slechte levenskwaliteit vastgesteld (>45 punten), 11 patiënten hadden een goede (<24 punten) en 6 patiënten een gemiddelde levenskwaliteit (24-45 punten). In de groep van de HFrEF-patiënten waren er meer patiënten met een slechte levenskwaliteit (2/5) versus 1/10 van de HFpEF-patiënten (zie tabel).

Invloed van het zorgpad hartfalen

Na vier maanden werd bij 18 op 20 patiënten (90%) een goede levenskwaliteit vastgesteld. De gemiddelde score op het einde van de studie lag 10,9 punten lager (95%-BI:

+7,6 tot -29,4, met $P=0,017$) dan bij aanvang. Zeven patiënten (35%) vertoonden een klinisch relevante verbetering in levenskwaliteit (zie figuur). Tot deze groep patiënten behoorden de 3 patiënten met initieel een slechte levenskwaliteit.

Slechts 1 van de 11 patiënten met initieel een goede levenskwaliteit maakte een klinisch relevante verbetering door. Bij de 7 patiënten die een klinisch relevante verbetering doormaakten, waren er 4 patiënten met HFrEF, 2 patiënten met HFpEF en 1 patiënt met een EF tussen de 40 en 50%. Eén patiënt met HFrEF gaf op het einde van de studie een slechtere levenskwaliteit aan.

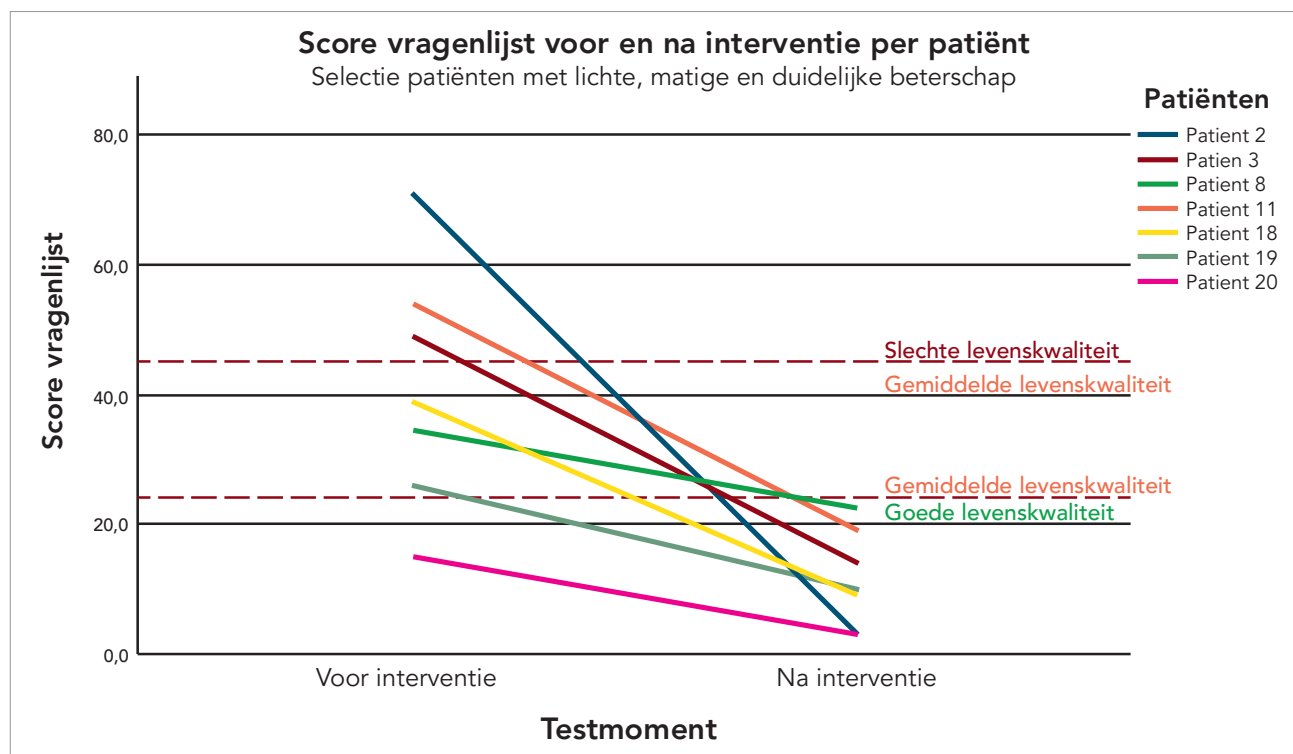
Bespreking

Algemene vaststellingen

De diagnostische audit in het EMD om patiënten met hartfalen te identificeren leidde tot een belangrijke toename van het aantal correct gecodeerde diagnoses.

Het doorlopen van het zorgpad zorgde voor een klinisch relevante verbetering van de levenskwaliteit (≥ 12 punten) bij 7 van de 20 patiënten. Patiënten met de slechtste levenskwaliteit bij aanvang boekten de meeste vooruitgang. Voornamelijk patiënten met HFrEF, die bij aanvang van de studie globaal een slechtere levenskwaliteit aangaven, vertoonden vaker een klinisch relevante verbetering.

Figuur: Evolutie van de zeven patiënten met klinisch relevante verbetering van de levenskwaliteit, gemeten via de Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).



Meer diagnoses van hartfalen

De diagnostische audit leidde tot de identificatie van 61 patiënten met hartfalen (op een totaal van 69 met een mogelijke diagnose van hartfalen), terwijl vooraf slechts bij 8 patiënten een diagnose hartfalen gecodeerd geregistreerd was. De meeste patiënten waren niet op de hoogte van hun cardiale aandoening. Het viel op dat patiënten schrokken bij het benoemen van 'hartfalen' als diagnose.⁶

Het grootste deel (18 op de 20) van de patiënten in de cohortgroep was het laatste jaar gezien door een cardioloog, die meestal aan de patiënten vermeldde dat 'alles stabiel was' en hartfalen niet benoemde. Vermoedelijk was het daarom soms moeilijk om de patiënten te overtuigen van de diagnose en de implicaties ervan. Een duidelijke communicatie over de diagnose van hartfalen is dus een eerste belangrijke stap om de zorg te verbeteren.³

Nut van patiënteneducatie

Het zorgpad toepassen in de huisartsenpraktijk was haalbaar. Het onderdeel 'patiënteneducatie' vormde een aparte consultatie. Het leerproces van de patiënt bleek een belangrijk onderdeel te vormen van het zorgpad hartfalen. Patiënten werden bewust gemaakt dat bepaalde klachten met hun hartprobleem gerelateerd waren en kwamen hiervoor sneller consulteren, waardoor mogelijk ziekenhuisopnames voorkomen werden.

Door de educatie waren patiënten meer gemotiveerd om hun levensstijl aan te passen en zichzelf op te volgen aan de hand van het dagboekje. Niet alleen de kennis van de patiënt nam toe, maar ook die van de artsen over de aanpak van hartfalen. Bij een pas ontslagen patiënt met hartfalen staat de medicamenteuze behandeling vaak nog niet op punt. Ze zijn enkel 'ontwaterd' en het is aan de huisarts om de diuretica af te bouwen en de ACE-inhibitoren, sartanen en/of bètablokkers verder op te drijven bij de patiënten met gereduceerde ejectionfraction (HFrEF).¹

Verbetering van levenskwaliteit

Het verschil van de gemiddelde scores voor levenskwaliteit voor en na implementatie van het zorgpad was niet klinisch relevant. Wel was duidelijk dat patiënten met de slechtste levenskwaliteit de meeste vooruitgang boekten. Nagenoeg alle patiënten met HFrEF maakten een klinisch relevante verbetering door. Maar het aandeel patiënten met HFrEF in de huisartsenpraktijk is eerder beperkt.⁵

In de OSCAR-studie, uitgevoerd in acht Vlaamse huisartsenpraktijken, was dit ook slechts 20% van de totale populatie.³ Patiënten met hartfalen in de huisartsenpraktijk zijn doorgaans eerder stabiele patiënten met een bewaarde ejectionfraction (HFpEF), die vaak een goede levenskwaliteit vertonen en dus minder marge tot verbetering hebben.^{1,5}

In deze studie had slechts één van de elf patiënten met initieel een goede levenskwaliteit een klinisch relevante verbetering doorgemaakt. Hetzelfde werd aangetoond in de Franse ETIC-studie, die routinezorg voor patiënten met hartfalen vergeleek met educatie door getrainde huisart-

sen. Er kon geen significante verbetering van de levenskwaliteit tussen beide groepen aangetoond worden, vermoedelijk omdat de levenskwaliteit bij aanvang van de studie reeds goed was.⁵ Een goede selectie van patiënten die baat kunnen hebben bij doorgedreven educatie en opvolging, is dus aangewezen.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Het feit dat de patiënten werden geselecteerd uit een grotere groep, op basis van hun vermogen tot participatie, impliceert een selectiebias.

Een bijkomende zwakte is de korte periode (vier maanden) waarin verandering van levenskwaliteit werd gemeten. Impact op een chronische ziekte behoeft in regel een langere opvolging en meerdere evaluaties, zodat verandering beter in kaart kan worden gebracht.

Hoe dan ook konden we aantonen dat een zorgpad hartfalen mogelijk is in de setting van een huisartsenpraktijk. Het implementeren ervan zorgde voor een leercurve bij de betrokken huisartsen en had een duidelijk effect bij patiënten die bij aanvang een slechtere levenskwaliteit hadden.

Besluit

De toepassing van het zorgpad hartfalen in de eerste lijn blijkt een succesvol praktijkverbeterend project. Identificatie van de studiepoulatie via de beschikbare gegevens in het medisch dossier leidt tot een betere registratie en coding in het EMD en verhoogt de aandacht voor de diagnose van hartfalen.

Het zorgpad hartfalen is haalbaar in tijd en leidt tot een verbetering van de kennis over hartfalenzorg bij de betrokken huisartsen. Een klinisch relevante verbetering in levenskwaliteit wordt vooral bereikt bij patiënten met de slechtste levenskwaliteit bij aanvang. ←

› Lefevre A, Smeets M, Raat W, Vaes B. Implementatie van een zorgpad hartfalen: wat is het effect op de levenskwaliteit van de patiënt? *Huisarts Nu* 2020;49:220-4.

Literatuur

- 1 Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2016;18:891-975.
- 2 Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, et al. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2005;7:1133-44.

- 3 Smeets M. Towards the implementation of a disease management program for heart failure patients in general practice (unpublished doctoral dissertation). Leuven: KU Leuven; 2018. https://limo.libis.be/primo-explore/fulldisplay?docid=LIRIAS2328631&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&from_Sitemap=1 (laatst geraadpleegd in juni 2019)
- 4 Derthoo D. Extramuraal zorgpad hartfalen Zuid- en Mid-den-West-Vlaanderen. www.azdelta.be/sites/default/files/04-27_zorgpad_hartfalen.pdf (laatst geraadpleegd in april 2017)
- 5 Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, et al. Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. *BMC Fam Pract* 2016;17:80.
- 6 Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, et al. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* 2016;6:e013459.



bestel online

www.DMED.be




Arkopharma
LABORATOIRES
De intelligentie van de natuur voor uw gezondheid

ARKORELAX®

SLAAP FORT 8H

GEZOND SLAPEN ZONDER GEWENNING

- Gemakkelijker inslapen
- Minder nachtelijk ontwaken
- Wakker worden zonder slaperigheid

EEN HERSTELLEND SLAAP VAN 8U

LAAG MET SNELLE VRIJSTELLING

- 0,295 mg Melatonine
- 150 mg Extract van het ondergronds gedeelte van valeriana
- 100mg Extract van het bovengronds gedeelte van passiebloem

Gemakkelijker inslapen



LAAG MET VERTRAAGDE VRIJSTELLING

- 160 mg Extract van het bovengronds gedeelte van goudpapaver
- 0,7 mg Vitamine B6

Voor een kwalitatieve, rustgevende slaap, om het ontwaken 's nachts te helpen verminderen!



Voedingssupplement. Bestemd voor volwassenen.
1 tablet per dag 30 min voor het slapengaan met een groot glas water. Niet aanbevolen voor zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven.

Vraag uw staal aan op <http://arkopharma.rmnet-corner.be>

ARKOPHARMA, FARMACEUTISCH LABORATORIUM VOOR NATUURLIJKE GENEESKUNDE