HARTFALEN: Op naar meer transmurale samenwerking en patiënt empowerment?

Haio: MAES Yne , U.G.
Promotor: AVONTS Dirk
Praktijkopleider: CREPEL Thierry , Langsweirdt Dirk

Context: Harfalen is een ernstige aandoening met hoge mortaliteit en morbiditeit, waarvan de prevalentie in België geschat wordt op 2-3%. Het is een klinisch syndroom, gekenmerkt door typische symptomen en klinische tekens dat veroorzaakt wordt door een structurele of functionele abnormaliteit van het hart. Door de complexiteit en de ernst van de aandoening zijn meerdere artsen en zorgverleners betrokken bij de zorg voor deze patiënten. Naar aanleiding van de opstart van een transmuraal zorgpad hartfalen in de regio midden en zuid West-Vlaanderen werd een antwoord gezocht op enkele onderzoeksvragen.

Onderzoeksvraag: Hoe verloopt de zorg voor patiënten met hartfalen momenteel? Hoe is de visie van huisartsen en cardiologen op deze zorg (en hoe zit de taakverdeling ineen)? Zijn patiënten met hartfalen in staat om zelf hun zorg te coördineren mits voldoende kennis over hun ziektebeeld? Kan een zorgmapje hierbij helpen?

Methode: Een eerste project bracht de zorg voor patiënten met hartfalen in kaart: 13 huisartsen en 12 cardiologen uit de regio werden geïnterviewd over verschillende aspecten van de zorg. Het tweede project was een proefproject met 9 patiënten: via interviews werd de globale toestand van de patiënt en zijn kennis omtrent hartfalen nagegaan. Er werd extra patiënt educatie op maat gegeven en een zorgmap aangelegd waarmee patiënten hun zorg konden opvolgen. Na 6 maanden werd nagegaan of deze interventie effect had op de kennis en het functioneren van de patiënt.

Resultaten: Artsen Er zijn weinig verschillen in visie tussen de huisartsen en de cardiologen. De samenwerking verloopt vlot (ondanks de lange wachttijd in 2 de lijn). Huisartsen zijn minder vertrouwd met de definitie 'hartfalen' dan cardiologen. Diagnosestelling gebeurt meestal in tweede lijn. Natriuretische peptiden worden niet gebruikt in 1 ste lijn, en worden niet terugbetaald. Als behandeling worden diuretica gestart, gevolgd door onderhoudsbehandeling met RAAS blokker en/of bètablokkers, maar deze worden door de huisartsen vaak niet allebei opgestart en/of opgedreven. Huisartsen maken geen onderscheid tussen HFrEF en HFpEF. Opvolging van de patiënt gebeurt meestal op het moment dat de medicatie op is met 1-2x/jaar een bloedafname. Dit is te weinig volgens de 2 de lijn. Patiënten Patiënten met hartfalen hebben weinig kennis over hun eigen ziektebeeld, en de behandeling hiervan. De medicatie is amper gekend. Hartfalen heeft een grote impact op het leven van de patiënt, de meeste patiënten worden minstens matig gehinderd in hun dagelijkse leven door hun aandoening. 6 maanden na interventie (patiënt educatie en aanmaken van zorgmap) is er betere symptoomcontrole bij quasi alle patiënten. Patiënten zijn over het algemeen tevreden over hun gezondheidstoestand. Er waren geen ongeplande meer ziekenhuisopnames omwille van hartfalen. Ondanks de patiënt educatie is de kennis quasi niet verbeterd. Patiënten zijn ook meer moedeloos dan voor de interventie. Er is wel een betere opvolging van gewicht en bloeddruk.

Conclusie: Er is een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn en enkele struikelblokken werden blootgelegd: Huisartsen storen zich aan de lange wachttijden bij de cardioloog en de frequente vervolgafspraken. Cardiologen vinden dan weer dat de huisarts de patiënten te weinig opvolgt (enkel als de medicatie op is), en te weinig bloedafnames uitvoert. De basisbehandeling

wordt door veel huisartsen niet opgedreven, omdat ze zich hiermee onvoldoende vertrouwd voelen. Patiënt educatie en aanmaken van een zorgmap wordt door de patiënt positief ontvangen. Het bevordert de patiënt participatie in de opvolging van hartfalen (dagelijks wegen en opvolging van de bloeddruk), mogelijks is er ook betere symptoomcontrole. De kennis van de patiënt verbeterde niet.