Ervaringen van zorgverleners bij de implementatie van een hartfalenprotocol in woonzorgcentra

Vansevenant Emiel, KULeuven

Promotor: Prof. Van Pottelbergh Gijs, KULeuven

Co-promotoren: Smeets Miek, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023-2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond: Hartfalen is een prevalente aandoening binnen woonzorgcentra met een slechte prognose. Multidisciplinaire interventies voor hartfalen binnen woonzorgcentra hebben een gunstig effect op de kwaliteit van zorg en het aantal hospitalisaties. In België is het gebruik van dergelijke hartfalen protocollen nog geen standaard zorg.

Methodes: Een hartfalen protocol, opgesteld door een hartfalen verpleegkundige op basis van de hartfalen richtlijn van de Europese Society of Cardiology, werd na een bijscholing geïmplementeerd gedurende drie maanden op drie afdelingen in twee woonzorgcentra. Daarna werden via semigestructureerde interviews de ervaringen van zorgverleners met het protocol onderzocht. Thematische analyse werd gebruikt als data analyse.

Resultaten: Twaalf verpleeg- en zorgkundigen werden geïnterviewd. Zij gaven aan dat het protocol bijdroeg aan een betere opvolging van hun bewoners met hartfalen en een goede samenwerking met de huisarts. De betrokkenheid van de zorgkundigen was echter minimaal. Bevorderende factoren voor de implementatie van het protocol waren de bijscholing en de heldere vorm van het protocol. De belangrijkste barrières waren een hoge werklast, het ontbreken van formele hartfalen diagnoses en weinig engagement van het leidinggevend personeel. Aanpassingen aan het protocol die de zorgverleners voorstelden waren gericht op het verminderen van de werklast. Daarnaast zouden zij saturatie en oedemen als symptomen toevoegen aan het protocol en adviseerden zij om de bijscholing interactiever te maken.

Conclusies: Hoewel de zorgverleners vonden dat het protocol bijdroeg aan een betere hartfalen zorg, identificeerden ze verschillende barrières die aanpassingen aan het protocol vereisen. Bovendien werd vastgesteld dat er binnen de woonzorgcentra vaak lisdiuretica werden gebruikt zonder een diagnose van hartfalen, waarvoor verder onderzoek nodig is.

Inleiding

Hartfalen is een chronische aandoening waarbij kenmerkende symptomen zoals dyspnoe, vermoeidheid en gezwollen enkels en klinische tekens zoals perifeer oedeem, long crepitaties en gestegen centraalveneuze druk veroorzaakt worden door structurele en/of functionele hartafwijkingen.[1] Het heeft een grote impact op kwaliteit van leven en een slechte prognose.[2,3] Gezien de prevalentie stijgt met de leeftijd, wordt vooral de oudere populatie getroffen.[4] Bijgevolg is hartfalen een frequente aandoening binnen woonzorgcentra.[5-7] Ook de financiële kost is aanzienlijk en wordt grotendeels verklaard door frequente ziekenhuisopnames.[8] Door de vergrijzing wordt voorspeld dat de impact van hartfalen op de samenleving in de toekomst zal toenemen.[2] Elke patiënt met hartfalen zou geïncludeerd moeten worden in een multidisciplinair zorgprogramma gezien het effect hiervan op (re)hospitalisaties en overlijden.[1]

In België is dit nog geen standaard zorg maar werden er wel in verschillende regio's multidisciplinaire zorgprogramma's rond hartfalen opgezet o.a. binnen het kader van de projecten 'geïntegreerde zorg voor chronisch zieken'. Een lacune binnen deze zorgprogramma's is de zorg in woonzorgcentra. Bij bewoners met hartfalen bedraagt de mortaliteit en hospitalisatie na een jaar respectievelijk 42-46% en 31-52%.[9,10] De kwaliteit van zorg voor deze specifieke populatie is ondermaats.[11,12] Er wordt aangenomen dat een deel van de ziekenhuisopnames voor hartfalen vanuit woonzorgcentra vermijdbaar is.[13-15] Zorgkundigen spelen hierbij een cruciale rol door het herkennen van vroege symptomen van hartfalenexacerbaties.[16] Gekende barrières om op evidentie gebaseerde zorg aan te bieden, zijn interdisciplinaire communicatie en een gebrek aan educatie van zorgverleners.[17-19] Verschillende studies tonen aan dat multidisciplinaire interventies voor hartfalen in woonzorgcentra een gunstig effect hebben op de kwaliteit van zorg en het aantal ziekenhuisopnames.[20,21]

Deze studie wil de implementatie van een hartfalen protocol evalueren in woonzorgcentra a.d.h.v. interviews met de betrokken zorgverleners (verpleegkundigen en zorgkundigen).

Methoden

Interventie

We implementeerden een hartfalenprotocol in Vlaamse woonzorgcentra. In elk deelnemend woonzorgcentrum werd er een bijscholing georganiseerd om educatie te geven rond hartfalen, het protocol voor te stellen en het gebruik ervan aan te moedigen. Het protocol was gebaseerd op een bestaand hartfalenprotocol dat werd ontwikkeld binnen Zorgzaam Leuven door een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige op basis van de richtlijn rond hartfalen van de European Society of Cardiology (cf. Appendix 1). Na de bijscholing volgde een implementatie fase van drie maanden van juli 2023 tot september 2023 in drie afdelingen van twee woonzorgcentra. De implementatie van dit protocol werd geëvalueerd aan de hand van semigestructureerde interviews met betrokken zorgverleners.

Ethische overwegingen

Een gunstig advies voor deze studie werd verkregen van de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 19-05-2023. Alle geïnterviewde zorgverleners ondertekenden vooraf een geïnformeerde toestemming.

Deelnemers en werving

Verschillende woonzorgcentra in de regio's Westhoek en Midden-West-Vlaanderen werden per mail gecontacteerd om deel te nemen aan de studie. In deze regio's was de interviewer (EV) ten tijde van de studie als huisarts-in-opleiding tewerkgesteld. Deelname van de woonzorgcentra en de betrokken zorgverleners was vrijwillig en er werd geen financiële vergoeding aangeboden.

Data collectie

Voor de semigestructureerde interviews werd een topic guide gecreëerd in het Nederlands (cf. Appendix 2). Per afdeling werden bij vier zorgverleners interviews afgenomen door één van de auteurs (EV) tussen oktober 2023 en november 2023. De interviewer is een mannelijke

masterstudent Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Deze studie is zijn masterproef. MS trainde de onderzoeker in het afnemen van interviews. De interviewer was vertrouwd met enkele van de geïnterviewde zorgverleners in een professionele context. Zij werden op de hoogte gesteld van zijn beroep en persoonlijk doel van het onderzoek. De interviews werden afgenomen binnen de woonzorgcentra en er werden audio-opnames gemaakt. De interviews werden in het Nederlands gehouden en verbatim getranscribeerd. In overleg met de directie van de woonzorgcentra werden de interviews afgenomen tijdens de werkuren van de zorgverleners. Onder de geïnterviewde zorgverleners streefden we naar variatie in geslacht, leeftijd, werkervaring en opleiding. Zowel (hoofd)verpleegkundigen als zorgkundigen werden geïnterviewd.

Data analyse

Thematische analyse werd gebruikt als een methode voor de analyse en synthese van de semigestructureerde interviews. Thematische analyse wordt beschouwd als een beproefde en geteste methode die een expliciete en transparante link behoudt tussen conclusies en de geanalyseerde tekst.[22] Thematische analyse omvat drie fases. In de eerste fase werd elke regel tekst van de interviews gecodeerd volgens de betekenis en inhoud. Daarna werd in de tweede fase gezocht naar gelijkenissen en verschillen tussen deze codes om ze in te delen in een hiërarchische boomstructuur. Uit dit proces werden beschrijvende thema's gedistilleerd. Ten slotte werden in de derde fase deze beschrijvende thema's beoordeeld naar relevantie. Hieruit kwamen meer abstracte en analytische thema's naar boven die op hun beurt opnieuw werden getoetst naar relevantie. Door dit proces te herhalen werden de analytische thema's verfijnd.[21] Dit volledige proces werd door auteur EV doorlopen. Na elke vier interviews en na elke fase van de analyse werden de resultaten besproken met MS. Het softwareprogramma NVIVO 12 werd gebruikt om te coderen, sorteren en te assisteren bij de data-analyse.

Resultaten

Deelnemers en werving

Drie van de zes verzonden e-mails resulteerden in akkoord van woonzorgcentra om deel te nemen aan een presentatie van het protocol, waarvan uiteindelijk twee woonzorgcentra daadwerkelijk deelnamen aan de studie. Het voornaamste obstakel om niet te participeren was een gebrek aan tijd als gevolg van de verplichte invoering van BelRAI. Beide deelnemende woonzorgcentra zijn non-profitorganisaties. Na de interventie selecteerden de afdelingsverantwoordelijken zorgverleners voor interviews, rekening houdend met een voldoende diversiteit in leeftijd, werkervaring en functieomschrijving (Tabel 1). De gemiddelde duur van de interviews bedroeg 56 minuten.

Thema 1 – Implementatie van het protocol

1. Organisatie van de zorg

1.1. Impact van de zorgorganisatie

Op elke afdeling speelden één of enkele zorgverleners een centrale rol in de implementatie van het protocol. Dit waren meestal verpleegkundigen of afdelingsverantwoordelijken. Op één afdeling werd een zorgkundige hiervoor aangesteld.

> "Ik werd een beetje verantwoordelijk gesteld om de collega's mee te nemen in het verhaal. (…) Ik heb al de bewoners opgezocht die in aanmerking kwamen voor het hartfalenprotocol." – Verpleegkundige 6

> "Mijn rol was om alle parameters te meten en hiervan grafieken te maken en in te geven." – Zorgkundige 1

Op deze laatste afdeling werd het protocol minder door de andere zorgverleners gebruikt.

"Ik denk niet dat zij er zoveel aandacht aan besteed hebben." – Zorgkundige 1

1.2. Betrokkenheid van de zorgkundigen

De meeste zorgkundigen minimaliseerden hun eigen rol, terwijl de meningen van de verpleegkundigen hierover verdeeld waren.

"Op het protocol heb ik eigenlijk niet echt stil gestaan omdat dat eigenlijk eerder voor de verpleegkundigen is om dat een beetje op te volgen." – Zorgkundige 3

"We hebben wel een beetje iedereen betrokken van de zorg. Meestal de verpleegkundigen wel, maar ook de zorgkundigen die wat meer interesse toonden." – Verpleegkundige 4

Er was wel eensgezindheid over de belangrijke taak die zorgkundigen hebben omdat zij over het algemeen het meest observeren.

"Maar meestal zijn deze symptomen iets dat wij horen van de zorgkundigen." – Afdelingsverantwoordelijke 2

1.3. Contacteren van de huisarts

Vooral een plotse gewichtstoename was een reden om de huisarts te contacteren.

"We hebben dan toch de dokter gecontacteerd want ze was denk ik vier kilo of zo op nog geen week bijgekomen." – Verpleegkundige 4

2. Bevorderende factoren

De meeste zorgverleners vonden dat het protocol bijdroeg aan een betere opvolging van hun bewoners en een goede samenwerking met de huisarts.

"Als er iemand zegt: 'Ik ben kort van adem', dan gingen we eigenlijk vroeger eerder zuurstof geven of zoiets. Terwijl nu gaan we ze dan nog eens vlugger wegen. Misschien wat vlugger kijken of het gewicht omhoog is en dan vlugger de dokter bellen in vergelijking met vroeger." – Verpleegkundige 2

3. Barrières

Naast bevorderende factoren gaven de zorgverleners ook meerdere barrières tot de implementatie van het protocol aan.

3.1. Algemene barrières bij de implementatie van het protocol

Zorgverleners haalden als obstakels tot het gebruik van het protocol een ongunstige timing tijdens de vakantieperiode met ontbreken van vast personeel en te weinig leiding van hogerop door twijfel over de meerwaarde van het protocol aan.

> "Als je zo een studie doet en het is ook een vakantieperiode, naar opvolging toe is dat wel moeilijk." – Afdelingsverantwoordelijke 2

> "En daar ben ik te kort geschoten. Ik moest dat nog wat meer gepromoot hebben." – Afdelingsverantwoordelijke 1

> "Ik denk misschien ook zelf - ik ga niet zeggen te weinig overtuigd van de meerwaarde - misschien wel. Of misschien niet genoeg er bij stil gestaan wat de meerwaarde nog hier kan zijn." – Afdelingsverantwoordelijke 1

Dit resulteerde in het niet ophangen van het protocol op één afdeling. Hierdoor was er geen extra aandacht voor de symptomen en werden de levensstijlfactoren niet opgevolgd. Een oplossing die enkele zorgverleners hiervoor voorstelden was extra begeleiding van de onderzoeker.

> "Ik weet niet of dat haalbaar is, maar misschien zo eens binnenkomen om te vragen van: 'Lukt het hier?' " – Verpleegkundige 3

3.2. Hoge werklast

Zorgverleners vermeldden dat vooral het wegen en de parameters nemen veel tijd in beslag nam.

> "De laatste maanden verliepen iets moeilijker. Het was wel tamelijk intensief om het wekelijks uit te voeren." – Verpleegkundige 6

Ze vergeleken hierbij de situatie in woonzorgcentra met die in ziekenhuizen.

> "In het ziekenhuis is dat makkelijker hé, je hebt dan je kar mee en om de zoveel uur neem je al de parameters. Wij hebben daarvoor geen tijd. Om de zoveel tijd al die parameters nemen bij iedereen, dat gaat niet." – Verpleegkundige 2

Een andere oorzaak voor de hoge werklast was het veelvuldig gebruik van lisdiuretica bij de bewoners. Gezien dit één van de screeningscriteria is, werden hierdoor vele bewoners opgenomen in het hartfalen protocol.

> "Als we dan kijken naar de screening van de diuretica, was dat wel heel scherp gesteld. (…) van die 34 bewoners waarvoor wij verantwoordelijk zijn, dat we er waarschijnlijk drie- of vierentwintig hadden die konden in de screening zitten (…) leek het ons wel heel arbeidsintensief te worden." – Afdelingsverantwoordelijke 2

3.3. Ontbreken van een hartfalen diagnose bij bewoners

Meerdere zorgverleners gaven aan dat zij vermoedden dat sommige bewoners hartfalen hadden, maar dat dit niet formeel was vastgesteld of dat zij hiervan niet op de hoogte waren gebracht. Dit bemoeilijkte het geven van hartfalen educatie.

> "In het project zaten enkel de personen met diuretica en oedemen, omdat er geen hartfalen vastgesteld is. Maar we hebben waarschijnlijk wel veel patiënten waar dat er hartfalen aanwezig is, maar dat het niet is vastgesteld." – Verpleegkundige 4

> "We zien soms dat een mens binnenkomt en ja, we weten het eigenlijk niet echt of ze decompenserend zijn of niet." – Afdelingsverantwoordelijke 2

3.4. Onduidelijkheid bij samenwerking met de huisarts

Beide afdelingsverantwoordelijken gaven aan dat als zij de huisarts pas zouden contacteren bij een volgend bezoek, wat aangegeven werd in het protocol, hierin een aanzienlijke variatie bestaat.

> " 'Bij volgend bezoek', ik heb huisartsen die maar één keer per maand komen. Ik zou wel geen maand wachten om sommige van die zaken te laten weten." – Afdelingsverantwoordelijke 1

> “We hebben dokters die niet komen als we niet bellen.” – Afdelingsverantwoordelijke 2

3.5. Moeilijk toepasbaar

Enkele aspecten van het protocol vonden meerdere zorgverleners moeilijk om uit te voeren. Een belangrijke reden die zij aanhaalden, was dat zij de bewoners niet steeds konden controleren. Daarnaast vonden sommigen het moeilijk om de bewoners te motiveren.

> “Naar alcohol en naar zoutinname… Op de kamer heb je daar geen zicht op.” – Zorgkundige 3

> “Ja, bijvoorbeeld iemand die niet graag beweegt, die kan je dan ook niet forceren om te bewegen. Zo’n dingen hé.” – Zorgkundige 2

3.6. Reeds geïmplementeerd

Bij verschillende zorgverleners leefde de indruk dat al veel aspecten van het protocol reeds werden toegepast.

> “Nu, als ik kijk naar de opvolging van levensstijl, eigenlijk is dat iets dat wij vrij makkelijk- We doen al heel veel dingen, ik ga het zo zeggen.” – Afdelingsverantwoordelijke 1

Voor enkele zaken zoals voeding- en vochtinname gebruikten ze reeds andere protocollen.

> “Wij hebben een werkgroep van voeding (…) we deden het al systematisch, het is niet echt nieuw of iets dat we moeten veranderen.” – Zorgkundige 2

> “Bij warm weer wordt er wel een extra dranktoer gedaan. (…) Dat is iets wat sowieso gebeurt.” – Verpleegkundige 5

3.7. Verkeerde interpretatie van het protocol

Sommige zorgverleners interpreteerde verschillende aspecten van het protocol op een andere manier. Zo veronderstelden enkelen dat zij het alcoholgebruik en roken van hun bewoners moesten volledig verbieden.

"Het is moeilijk om soms dingen af te pakken." – Zorgkundige 3

Daarnaast dachten vele zorgverleners verkeerdelijk dat compressiekousen belangrijk zijn bij hartfalen.

"Van die compressiekousen dat het een absolute noodzaak is bij zwelling." – Verpleegkundige 5

Ten slotte hadden de meesten over het hoofd gezien dat de alarmsignalen preventief dienden aangeleerd te worden aan de alerte bewoners.

"Het aanleren van de alarmsignalen is voor mij een drempel. (…) Ik zou niet letterlijk zeggen tegen een bewoner die alle symptomen heeft: 'Het zal waarschijnlijk hartfalen zijn.'" – Verpleegkundige 6

"Nee, ik dacht niet dat het de bedoeling was dat ik het ging aanleren aan de bewoner." – Zorgkundige 4

3.8. Weerstand tot parameters nemen

Zeker wanneer de parameters lange tijd stabiel bleven zorgde dit voor weerstand bij meerdere zorgverleners. Het werd als minder nuttig ervaren omdat het een routinematig karakter kreeg.

"Maar die bloeddruk, die stond altijd goed. (…) In het begin ging dat wel, maar op den duur… Als het iedere keer goed staat, vind je dat dan een beetje overbodig." – Verpleegkundige 2

"Maar dan heb ik wel het gevoel, we nemen het omdat we het moeten nemen. Het wordt meer routine." – Verpleegkundige 6

"Want het gaat erom dat de mensen overtuigd zijn van de zinvolheid van hun taken. Dat vind ik een hele belangrijke. En dat is bij gelijk welk protocol." – Afdelingsverantwoordelijke 1

3.9. Bewoners ongerust maken

Velen waren afgeschrikt om de alarmsymptomen uit te leggen uit angst de bewoners onnodig bang te maken, zeker wanneer zij geen formele diagnose van hartfalen hadden.

> "Nee, ik denk dat we dan van alles in het hoofd zullen steken van de mensen en dat ze daar dan ook te veel op gefixeerd zullen zijn. (…) Dan gaan we paniek zaaien." – Verpleegkundige 1

> "Omdat ze vlug zou panikeren. Ik ben zeker dat ze de huisarts zou willen laten langskomen om te constateren dat ze hartfalen heeft." – Verpleegkundige 6

Daarnaast waren enkele bewoners ook ongerust doordat de zorgverleners frequenter parameters namen.

> "Sommige bewoners vonden dat wel raar dat wij zoveel die bloeddruk namen. Ze dachten dat er iets fout was." – Zorgkundige 3

Thema 2 – Evaluatie van de inhoud van het protocol

Over het algemeen vonden de zorgverleners dat het protocol duidelijk en volledig was.

> "Het geeft wel een mooi overzicht van waar je bij hartfalen wel rekening mee kunt houden, waar je ergens wel aandacht voor moet hebben. (…) Ja, ik vind het wel een mooi overzicht. – Verpleegkundige 1

> Ja, ik vind het wel duidelijk. Want eens je het leest, dan snap je ook wel direct wat je eigenlijk moet doen. – Zorgkundige 1

1. Screening

De meeste zorgverleners gingen akkoord met de screeningscriteria die werden toegepast. Deze omvatten het gebruik van een hoge dosis lisdiuretica of een gedocumenteerde ziekenhuisopname vanwege hartfalen.

> "Ik denk niet dat er andere criteria zijn voor screening. Ik denk dat die twee wel al een hele lading dekken." – Afdelingsverantwoordelijke 1

Enkelen stelden voor om de criteria strenger te maken door ofwel een hogere dosis lisdiuretica als criterium te hanteren, ofwel door na te gaan welke bewoners effectief hartfalen hebben.

> “Ik zou effectief de screening wat strenger doen, zodat je dan wat minder bewoners hebt.” – Verpleegkundige 1
> “Ik zou uitzoeken welke bewoners echt wel hartfalen hebben. Want dat is wel heel belangrijk. Of ze gekend zijn met hartfalen.” – Verpleegkundige 6

2. Symptomen

Er was een consensus over de symptomen die in het protocol stonden, waarbij vooral het gewicht als bijzonder belangrijk werd beschouwd.

> “Vooral dat gewicht, ik denk dat dat wel een grote factor is.” – Verpleegkundige 1
> “Het gewicht vind ik wel goed. Omdat je dan echt een overzicht hebt van: ‘Is er nu vochtophoping of vermagering?’ ” – Zorgkundige 1

Enkelen stelden voor om de parameters minder frequent te meten, om zo de werklast te verminderen.

> “In plaats van wekelijks om de twee weken proberen, zo zou je het meer kunnen verdelen.” – Verpleegkundige 5
> “Naar frequentie toe is het voor mij iets te intensief voor in een woonzorgcentrum, als ik denk naar bezetting toe.” – Afdelingsverantwoordelijke 2

Verscheidene zorgverleners stelden voor om saturatie en oedeem van de benen toe te voegen als symptomen aan het protocol.

> “Als ze kortademig zijn ga je sowieso toch eens de saturatie meten.” – Verpleegkundige 4
> “Zwelling wordt wel gecontroleerd. Dat is heel belangrijk of ze vocht ophouden. Als mensen die nooit vocht ophouden nu opeens wel vocht ophouden, dan wordt er meteen naar de dokter gebeld.” – Verpleegkundige 5

3. Levensstijlfactoren

Over het algemeen stemden de zorgverleners in met de levensstijlfactoren die in het protocol stonden vermeld.

> “Het heeft er eigenlijk allemaal mee te maken hé. Ik denk dat het ook de meest courante zijn of de belangrijkste die erop staan.” – Verpleegkundige 4

Er was echter minder consensus over welke factoren eventueel konden weggelaten worden.

> "Sowieso moet je beweging stimuleren bij iedereen, niet alleen bij mensen met hartfalen. Je moet het bij iedereen stimuleren, dus zou ik het weglaten bij het protocol." – Verpleegkundige 5
> "Die ondervoeding, voor mij hoeft dat er niet bij. Compressie voor mij ook niet echt. We kunnen het wel eens zeggen, maar in principe- Goh, die zoutinname, daar heb ik ook wel mijn bedenkingen over." – Verpleegkundige 2
> "Daar heb ik het een beetje moeilijk mee, met de rest niet, maar met die compressiekousen…" – Afdelingsverantwoordelijke 1
> "Ik weet dat roken slecht is maar ja, is het echt nodig dat dat daar ook bij is?" – Zorgkundige 2

4. Alarmsignalen

De meeste zorgverleners vonden ook de alarmsignalen belangrijk en stelden voor om ze te behouden.

> "Dat is goed. Het staat ook in het rood dus het is duidelijk dat dat niet oké is." – Verpleegkundige 3
> "Aan de bewoners zelf de gebruikelijke signalen eens zeggen die bij hartfalen horen en dan eigenlijk welke dat de alarmsignalen zijn waarmee ze zeker niet lang mogen wachten. Ja, ik zie dat wel haalbaar, bij de alerte bewoners natuurlijk." – Verpleegkundige 4

Daarnaast vonden meerdere zorgverleners de alarmsignalen ook nuttig om zelf te gebruiken.

> "Dat vond ik wel handig. Beknopt, maar toch zo- Ja, het zijn de zaken die er moeten op staan en het is makkelijk om te gebruiken eigenlijk." – Verpleegkundige 4

5. Vorm

De meningen over de vorm van het protocol waren unaniem positief. Vooral de helderheid en het gebruik van kleuren werden geprezen.

> "De kleuren, hoe het opgesteld is, de gewichtscontrole. Ja, ik vind het goed. Het is duidelijk." – Zorgkundige 2

6. Bijscholing

Over de bijscholing waren de meningen erg verdeeld. Terwijl velen de uitleg positief ervaarden en het op prijs stelden dat hartfalen nogmaals werd uitgelegd, vonden anderen de bijscholing omslachtig of ingewikkeld en misten zij wat interactie.

> "Ik vind dat altijd wel goed. Het is niet omdat je het in grote lijnen kent dat het niet goed is om het toch eens te herhalen." – Verpleegkundige 1
> "Ik vond het nogal redelijk langdradig en het was ook letterlijk wat er op de PowerPoint stond." – Verpleegkundige 5
> "Misschien met een casus of zo werken of er in verwerken? Ik weet het niet. En met voorbeelden? Misschien dat dat wel een meerwaarde is." – Zorgkundige 3

Alle zorgverleners waren het er echter wel over eens dat de bijscholing in belangrijke mate bijdroeg aan het implementeren van het protocol.

> "Met de bijscholing had je wel echt de basis van wat je moest doen. En je had de achtergrond." – Zorgkundige 1
> "Het is interessant om eerst de uitleg van het protocol te krijgen voor je aan de slag gaat. Het was ook goed dat iedereen aanwezig was op de bijscholing. Eerst de bijscholing en daarna het protocol opstarten vond ik wel goed." – Verpleegkundige 6

Discussie

Samenvatting van de resultaten

Deze studie implementeerde een hartfalenprotocol in drie afdelingen van twee verschillende woonzorgcentra, met als doel de interprofessionele communicatie te verbeteren en op evidentie gebaseerde zorg te bevorderen. Door middel van semigestructureerde interviews werden de ervaringen van de zorgverleners met het protocol onderzocht. Over het algemeen vonden de

zorgverleners het protocol duidelijk en volledig. Zij gaven aan dat het protocol bijdroeg aan een betere opvolging van hun bewoners met hartfalen en een goede samenwerking met de huisarts. De betrokkenheid van de zorgkundigen was echter minimaal. Bevorderende factoren voor de implementatie van het protocol waren de voorafgaande bijscholing en de heldere vorm van het protocol. Barrières tot de implementatie waren een hoge werklast, het ontbreken van formele hartfalen diagnoses, weinig engagement van het leidinggevend personeel, de afwezigheid van vast personeel, moeilijk toepasbaar of reeds geïmplementeerd zijn van bepaalde aspecten van het protocol en weerstand tot het nemen van parameters die stabiel blijven. Aanpassingen aan het protocol die de zorgverleners voorstelden waren het toevoegen van saturatie en oedeem van de benen als symptomen en het verminderen van de werklast door minder frequent te wegen en parameters te nemen en/of strengere selectiecriteria te hanteren. Ten slotte adviseerden zij om meer interactieve elementen toe te voegen aan de bijscholing.

Vergelijking met de literatuur

Ons protocol voorzag in het vroegtijdig opsporen van hartfalenexacerbaties door bewoners te monitoren op gewicht, parameters, dyspnoe en hoesten (cf. Appendix 1). De zorgverleners adviseerden om hiernaast ook de oedemen van de bewoners op te volgen. In de literatuur bestaan er verschillende richtlijnen voor het management van hartfalen binnen langdurige zorginstellingen. [9, 23-26] Daarbij is monitoring van het gewicht één van de pijlers om hartfalenexacerbaties vroegtijdig op te sporen.[27,28] Daarnaast adviseren zij om symptomen zoals dyspnoe, hoesten en oedemen frequent op te volgen. We stellen dan ook voor om het opvolgen van oedemen toe te voegen aan het protocol. Alle richtlijnen adviseren verpleegkundigen om naast deze symptomen ook klinisch onderzoek uit te voeren om de vochtbalans van de patiënt te beoordelen. Dit omvat het beoordelen van de centraalveneuze druk en auscultatie van het hart en de longen. Deze vaardigheden vormen echter geen standaard onderdeel van de taken van verpleegkundigen in Belgische woonzorgcentra.

Enkele zorgkundigen voelden zich minder betrokken bij het monitoren van de symptomen van hartfalen, omdat ze dit beschouwden als de taak van de verpleegkundige. Een Canadees kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorgkundigen in de zorg voor bewoners met hartfalen identificeerde een onduidelijke taakverdeling als een belangrijke belemmering om goede zorg te leveren.[29] Een richtlijn uit de Verenigde Staten verduidelijkt de rol van de zorgkundige met behulp van de ANEWLEAF-tool.[26] Deze pocketgids bevat symptomen van hartfalen en wordt door zorgkundigen gebruikt om te screenen op een hartfalenexacerbatie. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat oudere patiënten niet altijd de typische symptomen van hartfalen vertonen.[30,31] Wanneer een zorgkundige een van deze niet-specifieke symptomen opmerkt, communiceert hij of zij dit met een verpleegkundige voor verdere beoordeling en opvolging. Vergelijkbare tools zijn onder meer de Stop and Watch-tool[32] en de FACES-tool[33]. Meerdere interventiestudies hebben reeds de ANEWLEAF-tool geïmplementeerd in langdurige zorginstellingen met positieve reacties van het zorgpersoneel.[34,35] Het integreren van deze tool in ons protocol kan de vroege detectie van hartfalenexacerbaties bevorderen en de betrokkenheid van de zorgkundigen vergroten.

Naast het monitoren van symptomen, focuste ons protocol op het verbeteren van hartfalen management door levensstijlfactoren op te volgen en hartfalen educatie te geven door alarmsymptomen uit te leggen aan alerte bewoners (cf. Appendix 1). Deze aanpak is in lijn met de richtlijnaanbevelingen, enkel het gebruik van compressiekousen wordt niet besproken.[9,23-26] Aangezien dit item vaak verkeerdelijk werd geïnterpreteerd door de zorgverleners, wordt het best verwijderd uit het protocol. Een essentieel aspect in de zorg voor bewoners met hartfalen dat ontbreekt in ons protocol is de vroegtijdige zorgplanning. Het protocol zou de zorgverleners moeten aanmoedigen om gesprekken te voeren met de patiënt en hun familie over hun zorgdoelen.[9]

De zorgverleners identificeerden verschillende barrières tot het implementeren van ons protocol. Zij merkten op dat het onmogelijk was om alarmsymptomen van hartfalen aan te leren aan alerte bewoners omdat velen, ondanks het gebruik van lisdiuretica, geen diagnose van hartfalen hadden.

Verder onderzoek is nodig om deze discrepantie te verklaren en op te lossen. Een kwalitatief onderzoek vermelde dat het ontbreken van een formele diagnose van hartfalen een significante barrière was voor het bieden van geschikte zorg.[19] Samenwerking met de huisarts om diagnostiek naar hartfalen uit te voeren lijkt ons essentieel om deze belemmering op te heffen.

Vervolgens vermeldden de zorgverleners dat het uitvoeren van het protocol een hoge werklast toevoegde aan hun drukke agenda. Vooral het frequent wegen en nemen van parameters vonden zij erg arbeidsintensief. Daarnaast waren ook veel bewoners opgenomen in het protocol wegens het veelvuldig gebruik van lisdiuretica, wat gold als selectiecriterium. De zorgverleners stelden minder frequente opvolging en strengere selectiecriteria voor als mogelijke oplossingen. Een interventiestudie uit de Verenigde Staten vond ook dat frequent wegen leidde tot een hoge werklast en gaf adviezen om dit in de dagdagelijkse routine te includeren.[36] Het belang van frequente gewichtscontroles werd reeds aangehaald. In onze studie bleven de parameters daarentegen stabiel, waardoor dit weerstand opwekte bij de zorgverleners om ze te blijven meten. Daarom stellen we voor de frequente opvolging van parameters te schrappen.

Een andere barrière die de zorgverleners aangaven was het gebrek aan engagement van het leidinggevend personeel. In verschillende interventiestudies werd sterk leiderschap aangehaald als een bevorderende factor in de implementatie.[33-37] Een mogelijke oplossing om engagement te stimuleren is het gebruik van Kotter's Change Management principes.[38] Dit 8-stappen-proces beschrijft acht essentiële stappen die een organisatie moet doorlopen om verandering door te voeren en vol te houden, met aandacht voor samenwerking met het leidinggevend personeel. Verschillende interventiestudies hebben dit stappenplan toegepast binnen langdurige zorginstellingen en kunnen gelden als inspiratiebron voor toekomstige interventies.[36,37]

Ten slotte erkenden de zorgverleners het belang van de bijscholing, maar adviseerden ze om deze interactiever te maken. In eerdere interventies zijn verschillende educatieve programma's uitgewerkt.[33,37,39,40] Een voorkeur gaat uit naar multimodale educatie met inbegrip van 'bedside

teaching' en casusbesprekingen, waarbij interactie wordt aangemoedigd.[29,33] Deze educatie kan worden verzorgd door een arts of een gespecialiseerd hartfalenverpleegkundige.

Sterktes en limitaties

Een sterkte van deze studie is de kwalitatieve analyse van de ervaringen van zowel verpleegkundigen als zorgkundigen. Hierdoor werden de meningen van alle zorgverleners in de woonzorgcentra gehoord. Bovendien zorgde de variatie in leeftijd en jaren werkervaring van de geïnterviewden voor een goede diversiteit.

Een limitatie van dit project is het beperkte aantal deelnemende woonzorgcentra, die beide non-profitorganisaties zijn. Daarom moeten de bevindingen voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bovendien maakt de korte duur van de implementatie het onmogelijk om conclusies te trekken over de voortzetting van het protocol. Het project richtte zich op de haalbaarheid van het protocol, zonder een analyse van het effect ervan op de geleverde zorg. Daarnaast was er ook geen plan opgenomen om te garanderen dat de doorgevoerde veranderingen behouden worden.

Een andere beperking was dat studies over langdurige zorg vaak zowel woonzorgcentra als 'skilled nursing facilities' omvatten, laatstgenoemde zijn gespecialiseerde behandelingscentra waar patiënten doorgaans kortdurend verblijven na een ziekenhuisopname. Daarom is het niet vanzelfsprekend om bevindingen binnen deze zorgsetting te extrapoleren naar Belgische woonzorgcentra.

Verder had de masterstudent een professionele relatie met meerdere geïnterviewde zorgverleners, wat hun antwoorden zou kunnen beïnvloeden. Ten slotte had de interviewer beperkte ervaring met kwalitatief onderzoek. Dit werd echter zoveel mogelijk gecompenseerd door een training in interviewtechnieken en kwalitatieve data-analyse.

Conclusie

Deze kwalitatieve studie onderzocht de implementatie van een hartfalen protocol in woonzorgcentra. Hoewel de zorgverleners vonden dat het protocol bijdroeg aan een betere hartfalen zorg, identificeerden ze verschillende barrières die aanpassingen vereisen. Het frequente meten van parameters werd als te arbeidsintensief beschouwd en stopgezet. Een belangrijke barrière was ook het gebrek aan engagement van het leidinggevend personeel. Kotter's Change Management principes kunnen worden toegepast om dit engagement te bevorderen. Bovendien gebruikten veel bewoners lisdiuretica zonder een diagnose van hartfalen. Verder onderzoek is nodig om deze discrepantie te verklaren. Tot slot was de betrokkenheid van zorgkundigen minimaal. Het gebruik van de ANEWLEAF-tool en uitgebreidere educatie kunnen de betrokkenheid van zorgkundigen in het team vergroten.

REFERENTIES

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42:3599–3726.
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovasc Res. 2023;118(17):3272-3287.
3. Smeets M, Vaes B, Mamouris P, et al. Burden of heart failure in Flemish general practices: a registry-based study in the Intego database. BMJ Open. 2019;9(1):e022972.
4. van Riet EE, Hoes AW, Wagenaar KP, et al. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. Eur J Heart Fail. 2016;18(3):242-52.
5. Daamen MA, Schols JM, Jaarsma T, Hamers JP. Prevalence of heart failure in nursing homes: a systematic literature review. Scand J Caring Sci. 2010;24(1):202-8.
6. Michalik C, Matusik P, Nowak J, et al. Heart failure, comorbidities, and polypharmacy among elderly nursing home residents. Pol Arch Med Wewn. 2013;123(4):170-5.
7. Daamen MA, Hamers JP, Gorgels AP, et al. Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. BMC Geriatr. 2015;15:167.
8. Claes N, Jacobs N, Vijgen J. Impact of heart failure on hospital activity and healthcare costs in Belgium. J Med Econ. 2008;11(1):71-9.
9. Jurgens CY, Goodlin S, Dolansky M, et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. Circ Heart Fail. 2015;8:655-87.
10. Foebel AD, Heckman GA, Ji K, et al. Heart failure--related mortality and hospitalization in the year following admission to a long-term care facility: the geriatric outcomes and longitudinal decline in heart failure (GOLD-HF) study. J Card Fail. 2013;19(7):468-77.
11. Close H, Hancock H, Mason JM, et al. "It's Somebody else's responsibility" – perceptions of general practitioners, heart failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study. BMC Geriatr. 2013;13:69.
12. Aronow WS, Rich MW, Goodlin SJ, et al. In-hospital cardiology consultation and evidence-based care for nursing home residents with heart failure. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(5):448-52.
13. Bowman CE, Elford J, Dovey J, et al. Acute hospital admissions from nursing homes: some may be avoidable. Postgrad Med J. 2001;77:40-42.
14. Rizza P, Bianco A, Pavia M, et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Serv Res. 2007;7:134.
15. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, et al. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents--a population-based study. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):510-7.
16. Heckman GA, Boscart VM, McKelvie RS, et al. Perspectives of Primary-Care Providers on Heart Failure in Long-Term Care Homes. Can J Aging. 2014;33(3):320-35.
17. Marcella J, Nadarajah J, Kelley ML, et al. Understanding organizational context and heart failure management in long term care homes in Ontario, Canada. Health. 2012;4:725–734.

18. Newhouse I, Heckman GA, Harrison D, et al. Barriers to the management of heart failure in Ontario long-term care homes: an interprofessional care perspective. J Res Interpr Prac Educ. 2012;2(3):278–295.
19. Strachan PH, Kaasalainen S, Horton A, et al. Managing heart failure in the long-term care setting: nurses' experiences in Ontario, Canada. Nurs Res. 2014 Sep-Oct;63(5):357-365.
20. Heckman GA, Shamji AK, Ladha R, et al. Heart Failure Management in Nursing Homes: A Scoping Literature Review. Can J Cardiol. 2018;34(7):871-880.
21. Boxer RS, Dolansky MA, Chaussee EL, et al. A Randomized Controlled Trial of Heart Failure Disease Management in Skilled Nursing Facilities. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(3):359-366.
22. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2008;8:45.
23. Ahmed A, Jones L, Hays CI. DEFEAT heart failure: Assessment and management of heart failure in nursing homes made easy. J Am Med Dir Assoc. 2008;9:383-389.
24. Nazir A, Smucker WD. Heart failure in post-acute and long-term care: evidence and strategies to improve transitions, clinical care, and quality of life. J Am Med Dir Assoc. 2015 Oct 1;16(10):825-31.
25. Heckman GA, Boscart VM, D'Elia T, et al. Managing heart failure in long-term care: Recommendations from an interprofessional stakeholder consultation. Can J Aging. 2016;35:447-464.
26. Harrington CC. Evidence-Based Practice Guideline: Assessing Heart Failure in Long-Term Care Facilities. J Gerontol Nurs. 2019;45(7):18-24.
27. Jurgens CY. Somatic awareness, uncertainty, and delay in care-seeking in acute heart failure. Res Nurs Health. 2006;29(20):74–86.
28. Chaudhry SI, Wang Y, Concato J, et al. Patterns of weight change preceding hospitalization for heart failure. Circulation. 2007;116:1549–1554.
29. Heckman GA, Boscart VM, D'Elia T, et al. The role of unregulated care providers in managing heart failure patients in long-term care facilities. J Clin Nurs. 2017;26(5-6):849-861.
30. Glenny C, Heckman G, McKelvie R. Heart failure in older persons: considerations for the primary care physician. CGS J. CME. 2012;2(1):9–18.
31. Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, et al. Illness presentation in elderly patients. Arch Intern Med. 1995;155:1060–1064.
32. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. J Am Geriatr Soc. 2011;59(4):745-753.
33. Lekan D, Hendrix CC, McConnell ES, White H. The Connected Learning Model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. Nurse Educ Pract. 2010;10(4):243-8.
34. Nazir A, Dennis ME, Unroe KT. Implementation of a heart failure quality initiative in a skilled nursing facility: Lessons learned. J Gerontol Nurs. 2015;41:26-33.
35. Boscart VM, Heckman GA, Huson K, et al. Implementation of an interprofessional communication and collaboration intervention to improve care capacity for heart failure management in long-term care. J Interprof Care. 2017;31(5):583-592.
36. Dolansky MA, Hitch JA, Pina IL, Boxer RS. Improving heart failure disease management in skilled nursing facilities: Lessons learned. Clin Nurs Res. 2013;22:432-447.
37. Kim J, Ea E, Luck Parish A, Levin RF. A nurse practitioner-led heart failure education program for certified nursing assistants in a long-term care facility. Ann Longterm Care. 2016;24:27-34.
38. Kotter J. Leading change. Boston, MA: Harvard Business School Press; 1996.

39. Boxer RS, Dolansky MA, Frantz MA, et al. The bridge project: Improving heart failure care in skilled nursing facilities. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:83.e1-e7.
40. Heckman GA, Boscart VM, Huson K, et al. Enhancing Knowledge and InterProfessional care for Heart Failure (EKWIP-HF) in long-term care: a pilot study. Pilot Feasibility Stud. 2017;4:9.

Tabel 1: Kenmerken geïnterviewden

ID	Geslacht	Leeftijd	Jaren werkervaring	Functieomschrijving	Werklocatie
1	Man	41	20	Verpleegkundige	WZC 1
2	Vrouw	32	4	Verpleegkundige	WZC 1
3	Vrouw	27	1	Zorgkundige	WZC 2 afdeling 1
4	Vrouw	59	12	Afdelingsverantwoordelijke	WZC 2 afdeling 1
5	Vrouw	24	2	Verpleegkundige	WZC 2 afdeling 1
6	Vrouw	48	11	Zorgkundige	WZC 2 afdeling 1
7	Vrouw	33	1	Verpleegkundige	WZC 2 afdeling 2
8	Vrouw	35	17	Zorgkundige	WZC 2 afdeling 2
9	Man	46	22	Afdelingsverantwoordelijke	WZC 1
10	Vrouw	38	18	Zorgkundige	WZC 1
11	Vrouw	27	4	Verpleegkundige	WZC 2 afdeling 2
12	Vrouw	49	18	Verpleegkundige	WZC 2 afdeling 2

Appendix 1: Hartfalen protocol



Appendix 2: Topic guide

Op welke wijze werd het hartfalenprotocol toegepast op uw afdeling?

- Welke rol had je hierbij?
- Wat verliep er goed?
- Wat verliep er moeilijker?
    - Waar liep de communicatie mis? (Indien het protocol niet juist werd toegepast)
    - Waarom werd X minder toegepast?
- Hoe zou de toepassing van het hartfalenprotocol beter kunnen verlopen in de toekomst?

Wat vond je van de inhoud van het protocol?

- Wat vond je goed aan het protocol?
- Wat vond je minder goed aan het protocol?
- Wat zou je zelf aanpassen aan het protocol?
- Wat vond je van de symptomen die je moest opvolgen?
- Wat vond je van de levensstijlsaanpassingen die je moest opvolgen?
- Wat vond je van het deel over alarmsymptomen aanleren aan de alerte bewoners?
- Welke impact heeft het protocol gehad op de zorg voor bewoners met hartfalen?
- Wat vond je van de workload van het protocol?

Wat vond je van de vorm van het protocol?

- In welke mate werd de inhoud van het protocol duidelijk weergegeven?
- Wat vond je goed aan de vorm van het protocol?
- Wat vond je minder goed aan de vorm van het protocol?
- Wat zou je veranderen aan de vorm van het protocol?

Wat vond je van de bijscholing die werd gegeven rond hartfalen?

- Wat vond je van de uitleg over hartfalen binnen de bijscholing?
- Wat vond je van de uitleg over het protocol binnen de bijscholing?
- In welke zin heeft dit bijgedragen aan het gebruik van het hartfalenprotocol?
- In welke mate zou je het gebruik van een bijscholing aanbevelen om een hartfalenprotocol op te starten in een woonzorgcentrum?