

TRANSMURALE ZORG CHRONISCH HARTFALEN

Betere kwaliteit van leven door eerstelijns hartfalenverpleegkundige

Zorg voor patiënten met chronisch hartfalen is een zaak voor zowel de eerste als de tweede lijn. In Zuidoost-Friesland kunnen door goede transmurale afspraken en de inzet van een gespecialiseerde verpleegkundige in de huisartsenpraktijk patiënten langer in de thuissituatie blijven.

G.J. VERMEER

Een groot deel van de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische ziekten kan plaatsvinden in de eerste lijn, mits daar de nodige adequate voorzieningen aanwezig zijn. Dit geldt ook voor patiënten met chronisch hartfalen. In de regio Drachten is in 2003 voor deze patiëntencategorie het Transmuraal Hartfalenproject van start gegaan, met als belangrijkste onderdeel de inzet van een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Tussen de eerste en tweede lijn zijn afspraken gemaakt over diagnostiek, behandeling, verwijzing en communicatie, afgestemd

met de reeds in 1999 opgerichte hartfalenpolikliniek.

SAMENWERKINGSMODEL

De samenwerkingspartners binnen het project zijn: de regionale huisartsenvereniging Friesland Oost, het ziekenhuis Nij Smellinghe (cardioloog en hartfalenverpleegkundigen van de hartfalenpoli), Thuiszorg De Friese Wouden (werkgever hartfalenverpleegkundigen eerste lijn) en het Medisch Coördinatie Centrum 'de

aan de hand van medicatiegegevens de in aanmerking komende patiënten. Vervolgens stelt de huisarts samen met de hartfalenverpleegkundige een lijst op van patiënten met chronisch hartfalen of bij wie nadere diagnostiek zal worden uitgevoerd ter bevestiging of uitsluiting daarvan.

Op haar spreekuur (of bij de patiënt thuis als deze niet naar de praktijk kan komen) neemt de hartfalenverpleegkundige de anamnese af (klachten, oedemen,

Juist bij dreigende instabiliteit zijn ziekenhuisopnamen te voorkomen

Compagnons' (projectleider en project-medewerker).

Het project verloopt volgens het quattromodel (zie de *afbeelding*). Om duidelijke communicatielijnen te scheppen is afgesproken dat in de eerste lijn de huisarts de regie heeft en in de tweede lijn de cardioloog. De berichtgeving loopt in principe tussen deze twee personen, met als tussenpersonen de hartfalenverpleegkundigen van de huisartsenpraktijk en de polikliniek.

VAST PROTOCOL

In dit project zijn vanuit de thuiszorg eerstelijns hartfalenverpleegkundigen ingezet. Deze gespecialiseerde verpleegkundigen ondersteunen de huisarts bij het verlenen van adequate zorg aan patiënten met (mogelijk) chronisch hartfalen. Zij werken in de huisartsenpraktijk en vallen ook onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. De werkzaamheden verlopen volgens een vast protocol.

De huisarts of diens assistente selecteert met behulp van de ICPC-code of

gewicht, voeding/vocht), meet de bloeddruk, vraagt labonderzoek aan, begeleidt de optitratie van medicatie. Zij is ook het aanspreekpunt bij vragen of problemen rond het hartfalen.

De hartfalenverpleegkundige informeert de huisarts over haar bevindingen en overlegt indien nodig. Ook is er regelmatig afstemming tussen de hartfalenverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en de collega's op de hartfalenpolikliniek in de vorm van casuïstiekbesprekingen.

CARDIOLOOG

De huisarts heeft de mogelijkheid om voor een éénmalig, diagnostisch consult te verwijzen naar de cardioloog. De cardioloog heeft hiervoor iedere week een plaats op de polikliniek gereserveerd. Omdat het grootste deel van de instroom van patiënten in de huisartsenpraktijk afkomstig is uit de hartfalenpolikliniek en de diagnostiek dus reeds is verricht, wordt van deze mogelijkheid slechts beperkt gebruikgemaakt. In ruim twee

jaar werd bij 17 patiënten op deze wijze hartfalen vastgesteld. Er zullen waarschijnlijk (iets) meer aanvragen zijn gedaan, maar dat is in het registratiesysteem niet te achterhalen.

CLASSIFICATIE

Bij de bepaling van de zorgbehoefte en het zorgtraject is het belangrijk dat de eerste en tweede lijn eenzelfde classificatie hanteren. Aanvankelijk ging men uit van de NIM-classificatie (NYHA-klasse, Instabiliteit, Mobiliteit). Dit schema bleek echter niet goed bruikbaar. Er was behoefte aan een simpeler indeling en de accenten voor de verschillende bij het project betrokken beroepsgroepen lagen verschillend.

Voor de hartfalenverpleegkundige is de mate van stabiliteit doorslaggevend voor de ernst van het hartfalen. Juist bij dreigende instabiliteit is er in de eer-

ste lijn veel winst te behalen voor de patiënt (voorkomen ziekenhuisopname in verband met decompensatie). Voor de cardioloog is juist het item vitaal/niet-vitaal belangrijk bij het bepalen van de plaats van behandeling: thuis of poliklinisch.

Naar aanleiding hiervan is een aangepast NIM-classificatieschema ontwikkeld: vitaal/niet-vitaal; NYHA klasse I-IV (geen klachten, klachten tijdens forse inspanning, klachten tijdens matige inspanning, klachten tijdens rust); instabiel, dreigend instabiel, stabiel. Daarnaast is aandacht besteed aan een uniforme manier van classificeren door casuïstiek te bespreken en gelijksoortige vragen te stellen aan de patiënt.

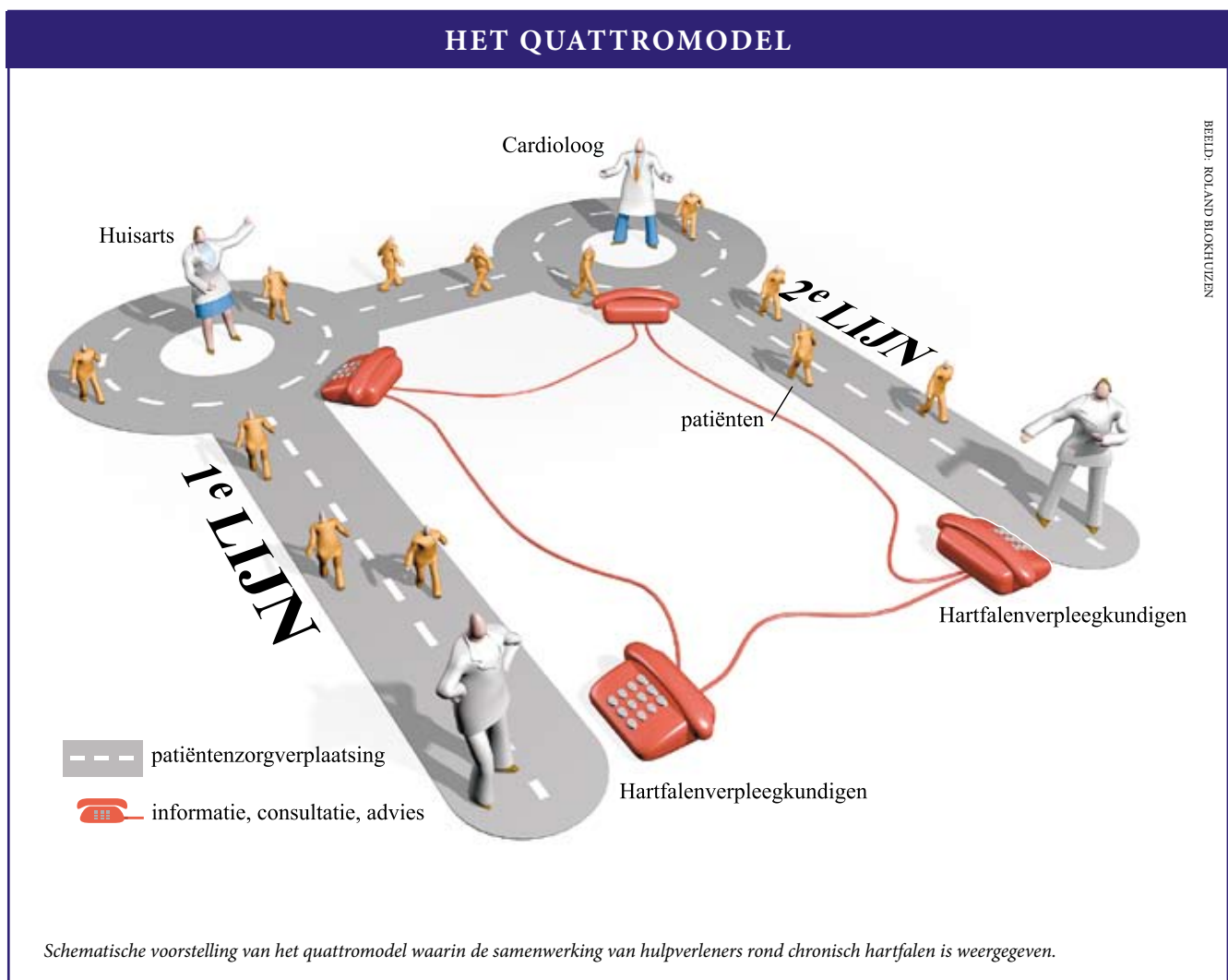
DIËTETIEK

Het in dit project ontwikkelde protocol 'Inschakelen diëtiste in de 1e en 2e lijn'

houdt in dat in principe voor iedere patiënt met chronisch hartfalen de diëtiste wordt ingeschakeld. Het kan dan gaan om adviezen bij zoutbeperking, bij ongewenst gewichtsverlies of bij noodzaak van gewichtsreductie. Voor patiënten op de hartfalenpoli is doorgaans bij een ziekenhuisopname de diëtiste al ingeschakeld. Als dit niet het geval is, regelt de hartfalenverpleegkundige op de poli dit; in de thuisituatie zal de eerstelijns hartfalenverpleegkundige de diëtiste van de thuiszorg inschakelen.

REVALIDATIE

Omdat hartfalenrevalidatie in Nederland (nog) geen vast programma kent, heeft een werkgroep van fysiotherapeuten uit de eerste en tweede lijn een trainingsprogramma ontwikkeld. Dit bestaat uit een training van drie maanden op de afdeling Fysiotherapie van het >>



SAMENVATTING

- In Zuidoost-Friesland is voor patiënten met chronisch hartfalen een transmuraal multidisciplinair, geprotocolleerd zorgaanbod ontwikkeld.
- Het accent ligt op de inzet van gespecialiseerde hartfalenverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Zij houdt spreekuren en bezoekt de patiënten indien nodig thuis.
- De huisarts kan naar de cardioloog verwijzen voor alleen diagnostiek.
- Zowel eerste- als tweedelijns patiënten kunnen hulp krijgen van een diëtist en er is een hartrevalidatieprogramma.
- De belangrijkste winst in het project is het leveren van adequate zorg in de eerste lijn aan met name oudere patiënten, die niet (meer) op de hartfalenpoli kunnen komen.

<< ziekenhuis met een vervolg van een halfjaar in een eerstelijns fysiotherapeutenpraktijk. Per jaar is er plaats voor twee groepen van maximaal acht patiënten. Voor hartfalenpatiënten die niet naar het ziekenhuis of de fysiotherapiepraktijk kunnen komen, is er een individueel programma in ontwikkeling. Verwijzing naar hartfalenrevalidatie geschiedt door de cardioloog of huisarts, veelal op voordracht van de hartfalenverpleegkundigen uit de eerste en de tweede lijn. De deelnemers aan de hartrevalidatie geven te kennen dat hun kwaliteit van leven zeer is toegenomen.

Knelpunt is dat voor de betrokken fysiotherapeuten een speciale opleiding is vereist. Op dit moment is deze opleiding echter alleen toegankelijk voor fysiotherapeuten in de tweede lijn. In de eerste lijn zijn er dus weinig voor dit programma gekwalificeerde fysiotherapeuten.

GROEPSVOORLICHTING

Bij de start van het project organiseerde de Nederlandse Hartstichting een training voor cursusleiders om groepsvoorzichting te geven aan patiënten met

project is het aantal patiënten op de polikliniek weliswaar toegenomen, maar de behandelingsduur is korter en het aantal contacten minder. Er worden meer patiënten overgedragen aan de eerste lijn, én eerder in het traject.

In de eerste lijn wordt, overeenkomstig de situatie in de huisartsenpraktijk, de behandeling/begeleiding zelden afgesloten. Het aantal (niet afgesloten) contacten per patiënt varieert van 1 tot 17, het gemiddelde is 5 bezoeken. Het aantal telefonische contacten (veelal bij dreigende decompensatie) is niet geregistreerd.

In de eerste lijn is de gemiddelde leeftijd van patiënten met chronisch hartfalen 10 jaar hoger dan die van de patiënten op de hartfalenpoli (80 versus 70 jaar).

In de eerste lijn worden patiënten met alle NYHA-klassen begeleid. Ook instabiele patiënten (57 van de 203) blijken goed in de thuissituatie te kunnen worden behandeld (met medicijnen en een dieet). In de groep van 55 patiënten met 1 tot 5 episodën van (dreigende) decompensatie kwamen 116 episodën voor. Daarnaast was er een groep van 11 patiënten, met meer dan 5 episodën van

zelden patiënten met een acute decompensatie gezien.

Verder heeft de begeleiding en behandeling door hartfalenverpleegkundigen van zowel stabiele als (dreigend) instabiele patiënten als resultaat dat de huisarts nu veel minder patiënten met chronisch hartfalen op zijn spreekuur ziet. Een geslaagde taakdelegatie dus.

De hartfalenverpleegkundige zal ook na de projectperiode in de huisartsenpraktijk blijven functioneren. Gezien de aard van de problematiek, waarvoor specialistische kennis en ervaring nodig is, en het feit dat het aantal patiënten met chronisch hartfalen veel lager is dan verwacht, zal een praktijkondersteuner die ervaring niet op peil kunnen houden. ■

mw. G.J. Vermeer,
arts, projectleider Transmuraal Hartfalenproject Drachten

Correspondentieadres: mcc.g.j.vermeer@znb.nl

In de Goede voorbeelden-databank van Snellerbeter vindt u nog een voorbeeld van begeleiding door een hartfalenverpleegkundige via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.



Inzet van hartfalenverpleegkundige is geslaagde vorm van taakdelegatie



chronisch hartfalen en hun partners/mantelzorgers. Een projectmedewerker (de fysiotherapeut) en

één van de hartfalenverpleegkundigen hebben deze cursus gevolgd. Zij geven samen tweemaal per jaar een cursus 'Leven met hartfalen'. Voor deze doelgroep is dit tot nu toe de enige vorm van groepsvoorzichting in het land. De deelnemers zijn zeer positief over deze aanvulling in het zorgaanbod.

AANTALLEN

In de periode 1 januari 2003 tot 1 april 2005 begeleiden de hartfalenverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk 203 patiënten met chronisch hartfalen. In diezelfde periode zijn op de hartfalenpoli 161 patiënten gezien. In de loop van het

(dreigende) decompensatie. In al deze episodën vonden 26 ziekenhuisopnamen plaats bij 20 patiënten.

KWALITEITSVERBETERING

Geconcludeerd kan worden dat dit Transmuraal Hartfalenproject heeft geleid tot een betere kwaliteit van zorg en een betere kwaliteit van leven voor de patiënt met chronisch hartfalen. Dit laatste geldt vooral voor de oudere patiënten met co-morbiditeit die niet meer op de hartfalenpoli kunnen komen en voor de instabiele patiënten, die dankzij de multidisciplinaire, geprotocolleerde zorg nu goed thuis zijn te behandelen. Opname in verband met (dreigende) decompensatie wordt door de intensieve zorg thuis vaak voorkomen. Door de tijdige en adequate behandeling worden op de huisartsenpost nu nog maar