

## Nieuwe Pallialine-richtlijn: Palliatieve zorg bij patiënten met hartfalen



De nieuwe richtlijn, die CEBAM-gevalideerd is, werd geschreven over een periode van 5 jaar. Een richtlijn schrijven heden ten dage is namelijk een heel intensief werk die in België vooral op vrijwillige inzet en tijdsinvestering gebaseerd is. Ik wil hierbij dan ook iedereen bedanken die betrokken was bij de ontwikkeling van deze richtlijn.

We kozen voor een **aparte richtlijn voor de palliatieve fase** van deze chronische ziekte gezien we vooral de nadruk willen leggen op een tijdige opstart van palliatieve zorg bij hartfalen. Dit zorgt namelijk voor een betere symptoomcontrole en levenskwaliteit, minder hospitalisaties en een gunstig effect op de totale zorgkost. Bovendien heeft palliatieve zorg geen of zelfs een gunstig effect op de mortaliteit van patiënten met hartfalen.

De symptomen zijn vergelijkbaar met die van oncologische patiënten met een gemiddelde 5-jaarsoverleving van 50%.

Hartfalenzorg en palliatieve zorg gaan hand in hand en dit vanaf de diagnose. **Vroegtijdige zorgplanning (VZP)** is een essentieel onderdeel bij de zorg voor deze patiënten. Hierbij gaan we met een patiënt en zijn naasten in gesprek over hoe diens visie is over de toekomstige zorgdoelen en wensen. Karakteristiek voor patiënten met hartfalen is dat ze weinig ziekte-inzicht hebben, hun prognose overschatten en het verloop van de ziekte niet kennen. Hierdoor moet een VZP-gesprek gedurende het traject meermaals herhaald worden, waarbij enerzijds info verstrekt wordt en anderzijds ook aandacht gegeven wordt aan het feit dat patiënten gedurende het verloop ook kunnen veranderen van idee.

Zorgverleners ervaren echter wel barrières om te starten met een VZP-gesprek. De belangrijkste zijn gebrek aan richtlijnen, patiënten angstig maken, onzekerheid over de prognose van hartfalen en patiënten die zelf niet weten dat ze hartfalen hebben.

**Triggermomenten** die de **doorgedreven palliatieve zorgfase** inluiden zijn: een negatief antwoord op de “surprise question” (zou u verrast zijn wanneer uw patiënt in de komende 12 maanden overlijdt?), aanhoudende symptomen ondanks optimale therapie, ernstige comorbiditeit met negatieve invloed op de levenskwaliteit, frequente ziekenhuisopnames voor hartfalen, patiënt komt niet in aanmerking voor harttransplantatie of steunhart en symptomatische ritmestoornissen of ICD-schokken waarvoor geen behandeling meer mogelijk is.

Zoals reeds vermeld gaat hartfalenzorg hand in hand met palliatieve zorg. Dit komt ook tot uiting bij de medicatie voor **symptoomcontrole**. De medicatie die specifiek gebruikt wordt bij hartfalen wordt liefst zo lang mogelijk doorgegeven. Dit gaat vooral over de diuretica maar ook over de middelen die inwerken op het renine-angiotensinesysteem, de bèta-blokkers en de aldosteron-antagonisten. Deze medicatie verhoogt namelijk de levenskwaliteit doordat ze de symptomen van hartfalen onder controle houden. In de richtlijn staat beschreven welke criteria er zijn om een afbouw of stop van deze medicatie te overwegen.

Ook heel specifiek bij patiënten met hartfalen is het beleid rond de **defibrillator**. Deze devices dienen tijdig uitgeschakeld te worden tijdens het traject. Dit komt best ook aan bod bij de VZP-gesprekken. De defibrillator wordt bij voorkeur uitgeschakeld in het ziekenhuis op de dienst cardiologie voor de terminale fase ingaat. In een thuissetting zo’n device uitschakelen, is niet evident. Wanneer het toch zou verkeerd lopen, kan je een noodplan terugvinden in de richtlijn.

Dr. Verhelst Griet

Equipe-arts De Mantel en co-auteur van de richtlijn : Palliatieve zorg bij patiënten met hartfalen.