



Impact van continuïteit van zorg op hartfalen

Referentie

Cinza-Sanjurjo S, Mazón-Ramos P, Rey-Aldana D, et al. Continuity of primary care and its impact on prognosis in patients with heart failure referred for cardiology consultation. *BMC Prim Care* 2025;26:375. DOI: 10.1186/s12875-025-03083-7

Duiding

Véronique Goncette, pharmacien hospitalier clinicien, Centre Hospitalier Universitaire de Liège.
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Is continuïteit van zorg door één vaste behandelende arts, vergeleken met een onderbreking van die continuïteit, geassocieerd met een vermindering van hospitalisaties en mortaliteit na 1 jaar bij patiënten met hartfalen die in de eerstelijnszorg worden opgevolgd?

Achtergrond

Hartfalen vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. De aandoening gaat gepaard met frequente hospitalisaties wegens decompensaties en met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Internationale richtlijnen benadrukken het belang van een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak, met nauwe samenwerking tussen tweede/derdelijnszorg en eerstelijnszorg. Deze aanpak heeft tot doel een longitudinale opvolging van patiënten te verzekeren en de aanbevolen behandelingen te optimaliseren (1-3). Verschillende Minerva-duidingen beklemtonen dat, naast medicamenteuze behandelingen, ook de organisatie en de kwaliteit van de zorg een aanzienlijke invloed hebben op de klinische uitkomsten van patiënten met chronische aandoeningen. Zo vermindert gestructureerde cardiale revalidatie het aantal hospitalisaties en verbetert ze de kwaliteit van leven van stabiele patiënten met hartfalen (4,5). Telerevalidatie zou een volwaardig organisatorisch alternatief kunnen zijn, al zijn de resultaten heterogeen (6). Minerva stelt ook dat fragmentatie van zorg en gebrek aan coördinatie tussen huisartsen en tweede/derdelijnsartsen een belangrijke uitdaging vormen in de zorg voor patiënten met complexe chronische aandoeningen. Dit wijst op het belang van geïntegreerde en collaboratieve eerstelijnszorg (7,8). Patiënten met hartfalen zijn bovendien vaak geconfronteerd met multimorbiditeit, wat een nauwe afstemming tussen huisarts en cardioloog vereist. In deze context lijkt continuïteit van zorg, gedefinieerd als één vaste behandelende arts in de eerste lijn en consistentie in het zorgtraject, een belangrijke organisatorische determinant van de prognose. Die continuïteit wordt geassocieerd met een vermindering van de mortaliteit, hospitalisaties en gezondheidszorgkosten (9,10). De onderzoeksvraag van een door Minerva recent geselecteerde studie is dan ook klinisch relevant. Ze neemt namelijk een potentieel beïnvloedbare organisatorische factor onder de loep die de uitkomsten bij deze hoogrisicopopulatie kan verbeteren (11).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- patiënten met een diagnose van hartfalen, gerekruteerd en doorverwezen door hun behandelende arts (eerstelijnszorg) naar een specialistische cardiologische consultatie, tussen januari 2010 en december 2023, in de gezondheidsregio van Santiago de Compostela (Galicië, Spanje)
- inclusiecriteria:

- diagnose van hartfalen, gecodeerd in het eerstelijnszorgsysteem (ICPC-2: K77) of voorgeschiedenis van hospitalisatie voor hartfalen (met overeenkomstige ICD-9- of ICD-10-codering)
- doorverwijzing door de behandelende arts naar een specialistische cardiologische consultatie tijdens de studieperiode
- follow-up in de gezondheidsregio onderzocht in de studie
- exclusiecriteria:
 - patiënten die buiten de bestudeerde gezondheidsregio wonen
 - patiënten die door ziekenhuisdiensten werden doorverwezen in plaats van door de eerste lijn
 - patiënten zonder beschikbare informatie over de behandelende arts of verwijzende arts
- in totaal werden 7 243 patiënten geïdentificeerd, van wie 5 899 werden opgenomen in de uiteindelijke analyse met een gemiddelde leeftijd van 78,2 jaar; 51,4% mannen, 49,6% vrouwen; met comorbiditeiten: arteriële hypertensie (76,5%), diabetes (32,7%), ischemische hartziekte (19,2%), voorgeschiedenis van hospitalisatie voor hartfalen (26,9%), voorkamerfibrillatie (51,5%), cerebrovasculair accident (6,6%), perifere arterieel vaatlijden (8,1%), klepziekten (3,3%), chronische nierinsufficiëntie (2,1%), kanker (12,2%).

Onderzoeksopzet

Retrospectieve observationele cohortstudie

- patiënten werden ingedeeld volgens de continuïteit van zorg met de behandelende arts
 - continuïteit van zorg: patiënten werden opgevolgd door dezelfde behandelende arts en door diezelfde arts verwezen naar een specialistische cardiologische consultatie (n=4 762 of 80,7%)
 - onderbreking van de continuïteit van zorg: wissel van behandelende artsen of opvolging door verschillende artsen en patiënten werden door een andere arts dan hun vaste behandelende arts verwezen naar een specialistische cardiologische consultatie (n=1 137 of 19,3%)

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: hospitalisaties door alle oorzaken, hospitalisaties voor cardiovasculaire gebeurtenissen, hospitalisaties gerelateerd aan hartfalen, mortaliteit door alle oorzaken, cardiovasculaire mortaliteit en mortaliteit gerelateerd aan hartfalen
- statistische analyse waarbij categorische variabelen worden uitgedrukt in percentages en continue variabelen in gemiddelden en standaarddeviatie; om de associatie tussen elke continuïteitsparameter en de uitkomstmaten te schatten werd een Cox-regressiemodel gebruikt (odds ratio (OR) en 95% betrouwbaarheidsinterval)

Resultaten

- hospitalisatie na 1 jaar
 - groep ‘continuïteit van zorg’
 - daling van het aantal hospitalisaties door alle oorzaken (OR 0,85; 95% BI van 0,76 tot 0,95; p = 0,006)
 - geen statistisch significante associatie voor hospitalisaties voor cardiovasculaire gebeurtenissen (OR 0,92; 95% BI van 0,78 tot 1,09; p=0,322) noch voor hospitalisaties gerelateerd aan hartfalen (OR 1,11; 95% BI van 0,85 tot 1,47; p=0,440)
 - groep ‘onderbreking van de continuïteit van zorg’
 - toename van hospitalisaties door alle oorzaken (OR 1,58; 95% BI van 1,32 tot 1,89; p<0,001)
 - toename van hospitalisaties voor cardiovasculaire gebeurtenissen (OR 1,64; 95% BI van 1,27 tot 2,12; p<0,001)

- toename van hospitalisaties gerelateerd aan hartfalen (OR 1,78; 95% BI van 1,19 tot 2,65; p=0,005)
 - mortaliteit na 1 jaar
 - groep ‘continuïteit van zorg’
 - daling van de mortaliteit door alle oorzaken (OR 0,89; 95% BI van 0,80 tot 1,00; p=0,044)
 - geen statistisch significante associatie voor cardiovasculaire mortaliteit (OR 0,87; 95% BI van 0,73 tot 1,05; p=0,160) noch voor mortaliteit gerelateerd aan hartfalen (OR 0,85; 95% BI 0,67 tot 1,08; p=0,187)
 - groep ‘onderbreking van de continuïteit van zorg’
 - toename van de mortaliteit door alle oorzaken (OR 1,66; 95% BI van 1,42 tot 1,94; p<0,001)
 - toename van de cardiovasculaire mortaliteit (OR 2,65; 95% BI van 2,02 tot 3,48; p<0,001)
 - toename van de mortaliteit gerelateerd aan hartfalen (OR 2,27; 95% BI van 1,61 tot 3,19; p<0,001)
 - in de groep ‘onderbreking van de continuïteit van zorg’ was er een hoger gemiddeld jaarlijks aantal verwijzingen naar een specialistische consultatie ($2,4 \pm 3,0$ versus $1,5 \pm 0,5$; p<0,001)
 - in de groep ‘onderbreking van de continuïteit van zorg’ was er eveneens een hoger gemiddeld jaarlijks aantal verwijzingen door eerstelijnsartsen naar een specialist ($9,3 \pm 12,1$ versus $1,6 \pm 1,1$; p<0,001).

Besluit van de auteurs

Continuïteit van zorg, gedefinieerd als de opvolging door dezelfde eerstelijnsarts van een groep patiënten met hartfalen, vermindert het aantal verwijzingen naar specialisten en is geassocieerd met betere klinische uitkomsten, met name een daling van het aantal hospitalisaties door alle oorzaken en van de mortaliteit. Een onderbreking van deze continuïteit van zorg was geassocieerd met een ongunstigere prognose na één jaar.

Financiering van de studie

Er wordt in deze studie geen financieringsbron vermeld

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze studie heeft meerdere methodologische sterktes. Ze steunt op een grote groep van bijna 6 000 patiënten met hartfalen die in de eerstelijnszorg retrospectief werden opgevolgd over een lange periode. Dat creëert een robuuste statistische power. Men vergeleek patiënten die door dezelfde behandelende arts werden opgevolgd met patiënten bij wie de continuïteit van zorg werd onderbroken door een wissel van behandelende artsen. De definitie van continuïteit van zorg is conceptueel interessant en relevant, omdat ze focust op de zorgcontinuïteit van de verwijzende behandelende arts, en niet alleen op hoe vaak een patiënt op consultatie komt, zoals bij de Bice-Boxerman Continuity Index (BBI) of de Usual Provider of Care (UPC)-index (12,13). Deze indices kijken namelijk alleen naar het aantal contacten binnen een zorgcentrum en negeren of de patiënt telkens door dezelfde arts wordt opgevolgd. Het gebruik van multivariate Cox-modellen, gecorrigeerd voor talrijke prognostisch relevante variabelen (zoals leeftijd, geslacht, comorbiditeiten, cardiovasculaire risicofactoren, afstand tot het ziekenhuis en consultatiemodaliteiten), versterkt de robuustheid van de gevonden associaties.

Er zijn echter ook belangrijke methodologische beperkingen. Het observationele en retrospectieve karakter laat niet toe om causale verbanden te leggen. Het ontbreken van informatie over de ernst van hartfalen, zoals linkerventrieklejectiefraction, NYHA-klasse (*New York Heart Association*), biomerkers en therapeutische status van de patiënten, is een belangrijke beperking, aangezien deze factoren sterk samenhangen met een verschillende prognose tussen de groepen. Daarnaast is de kwaliteit van de gegevens afhankelijk van de informatie in het elektronisch medisch dossier. De auteurs vermelden bovendien dat het niet mogelijk was om contacten met zorgverleners buiten het nationale gezondheidssysteem te identificeren, en dat er onnauwkeurigheden kunnen zijn in de registratie van oorzaken van overlijden voor het jaar 2023.

Beoordeling van de resultaten

De onderzochte populatie is oud en heeft meerdere aandoeningen. Dat weerspiegelt goed het typische profiel van patiënten met hartfalen in de eerstelijnszorg en maakt dat de bevindingen extrapoleerbaar zijn. Continuïteit van zorg in de eerste lijn door een vaste behandelende arts (de referentiearts) is qua concept eenvoudig en herkenbaar in verschillende zorgsystemen, inclusief de Belgische zorg. Onderbreking van deze continuïteit door een wissel van artsen binnen eenzelfde patiëntenpopulatie, weerspiegelt ook de reële praktijk. De primaire uitkomstmaten (hospitalisatie en mortaliteit door alle oorzaken na 1 jaar) zijn klinisch relevant voor de beoordeling van de prognose bij hartfalen. De resultaten tonen een associatie tussen continuïteit van zorg in de eerste lijn en een significante vermindering van het aantal hospitalisaties en de mortaliteit door alle oorzaken. Daartegenover staat dat onderbreking van de continuïteit gepaard gaat met een verhoogd risico van cardiovasculaire en met hartfalen gerelateerde hospitalisaties, alsook op cardiovasculaire en met hartfalen gerelateerde mortaliteit. Dit versterkt de hypothese van een klinisch relevant effect van continuïteit in de arts-patiëntrelatie. Deze bevindingen liggen in lijn met eerdere studies die het positieve effect van continuïteit van zorg aantonen. De risico-batenverhouding lijkt zeer gunstig gezien het minimale risico en de potentieel grote impact op de prognose van patiënten met hartfalen. Toch blijft een voorzichtige interpretatie aangewezen gezien de methodologische beperkingen van de studie.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De huidige aanbevelingen voor de aanpak van hartfalen spitsen zich toe op een gestructureerde en gecoördineerde organisatie van de zorg, waarbij een multiprofessionele benadering en een nauwe samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn centraal staan. De richtlijnen van de European Society of Cardiology benadrukken het belang van een multidisciplinaire aanpak van hartfalen, met gespecialiseerde teams en een continue zorgcoördinatie doorheen het volledige zorgtraject, met als doel de behandeling te optimaliseren en hospitalisaties en mortaliteit te verminderen (klasse IA). De aanbevelingen van de American Heart Association / American College of Cardiology / Heart Failure Society of America leggen dan weer de nadruk op het doorverwijzen van hoogrisicopatiënten naar zorgmanagementprogramma's, waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn (2,3). In België wijst een Delphi-consensus op het belang van een nauwe samenwerking tussen cardioloog en behandelende arts, waarbij deze laatste een sleutelrol bekleedt in de optimalisatie van de behandeling, onder meer via medicatietitratie en het bevorderen van therapietrouw (14). In lijn hiermee beveelt WOREL aan om patiënten te integreren in zorgmanagementprogramma's met verschillende zorgfactoren, en om een actieve opvolging in de eerste lijn te voorzien, vooral na hospitalisatie (15). In deze context neemt de behandelende arts een centrale rol op in de coördinatie en longitudinale opvolging van zorg, zonder daarbij de enige zorgverlener te zijn in de aanpak van hartfalen. De huidige aanbevelingen leggen vooral de nadruk op organisatorische continuïteit, via zorgcoördinatie en geïntegreerde zorgtrajecten, eerder dan op een strikte continuïteit van de zorgrelatie met één vaste behandelende arts, een aspect dat trouwens weinig expliciet aan bod komt.

Besluit van Minerva

Deze retrospectieve observationele cohortstudie toont aan dat bij patiënten met hartfalen die in de eerstelijnszorg worden opgevolgd, continuïteit van zorg, gedefinieerd als stabiliteit en consistentie van

het zorgtraject met één vaste behandelende arts, geassocieerd is met een vermindering van hospitalisaties en mortaliteit door alle oorzaken na 1 jaar. Een onderbreking in deze continuïteit gaat daarentegen gepaard met een significante toename van hospitalisaties en van cardiovasculaire en hartfalen gerelateerde mortaliteit. Deze studie includeerde een omvangrijk cohort, hanteerde klinisch relevante uitkomstmaten en vertrok van een gestructureerde definitie van continuïteit van zorg. We moeten de resultaten echter met de nodige voorzichtigheid interpreteren wegens belangrijke beperkingen zoals de retrospectieve opzet en het ontbreken van gegevens over de klinische ernst van hartfalen.

Referenties

1. Taylor CJ, Rutten FH, Brouwer JR, Hobbs FD. Practical guidance on heart failure diagnosis and management in primary care: Recent EPCCS recommendations. *Br J Gen Pract* 2017;67:326-7. DOI: 10.3399/bjgp17X691553
2. 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: 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2022;145:e876-e894. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001062
4. Sculier JP. Hartrevalidatie met fysieke training is gunstig voor de patiënt met stabiel hartfalen. *Minerva Duiding* 01/11/2019. Duiding van Long L, Mordi IR, Bridges C, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2019, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD003331.pub5
5. Uvin K. Nut van niet-medicamenteuze interventies voor patiënten met hartfalen en gedaalde ejectiefractie? *Minerva Artikel* 2025;24(6):134-9. Duiding van Li Y, He W, Jiang J, et al. Non-pharmacological interventions in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a systematic review and network meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2024;105:963-74. DOI: 10.1016/j.apmr.2023.07.004
6. Uvin K. Effectiviteit van telerevalidatie bij patiënten met hartfalen. *Minerva Artikel* 2024;23(4):74-7. Duiding van Gao Y, Wang N, Zang L, Li N. Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Nurs* 2023;32:7661-76. DOI: 10.1111/jocn.16726
7. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5. Duiding van Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
8. Belche JL, Crismer A. Multimorbiditeit: een uitdaging voor de huisarts en het gezondheidszorgsysteem. *Minerva Artikel* 2016;15(3):55-7.
9. Chang GM, Chen JY, Kuo WY, Tung YC. Associations of continuity and coordination of care with outcomes and costs after discharge among patients with heart failure: a nationwide population-based study. *Int J Cardiol* 2022;353:54-61. DOI: 10.1016/j.ijcard.2022.01.028
10. Hamo CE, Mukhopadhyay A, Li X, et al. Association between visit frequency, continuity of care, and pharmacy fill adherence in heart failure patients. *Am Heart J* 2024;273:53-60. DOI: 10.1016/j.ahj.2024.04.003
11. Cinza-Sanjurjo S, Mazón-Ramos P, Rey-Aldana D, et al. Continuity of primary care and its impact on prognosis in patients with heart failure referred for cardiology consultation. *BMC Prim Care* 2025;26:375. DOI: 10.1186/s12875-025-03083-7
12. Bice TW, Boxehman SB. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care* 1977;15:347-9. DOI: 10.1097/00005650-197704000-00010
13. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003;1:134-43. DOI: 10.1370/afm.23
14. Verhestraeten C, Weijers G, Debleu D, et al. Diagnosis, treatment, and follow-up of heart failure patients by general practitioners: A Delphi consensus statement. *PLoS One* 2020;15:1-14. DOI: 10.1371/journal.pone.0244485
15. Smeets M, Van Cauwenbergh S, Mokrane S, et al. Chronisch hartfalen. *WOREL*. Published online: 2024; Update: 2026.