

HARTFALEN

Landelijke Transmurale Afspraak



Zorgverzekeraars Nederland



Inhoudsopgave

Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen Kernpunten	2
Inleiding	2
1. Betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden.....	3
2. Aanvullende diagnostiek en behandeladvies	4
3. Terugverwijzing	5
4. Voorlichting leefstijladvisering	5
5. Hartfalenrevalidatie.....	5
6. Controles	6
7. Rol van de praktijkondersteuner (POH)	6
8. Rol van de hartfalenverpleegkundige.....	7
9. Registratie.....	7
10. Zorg in de laatste levensfase	7
11. Aandachtpunten voor bespreking in de regio	8
12. Verantwoording en herziening	9
LITERATUUR.....	10
BIJLAGE 1 - Deelnemers.....	11
BIJLAGE 2 - Knelpuntenlijst.....	12

Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen Kernpunten

- De LTA gaat uit van de tweede herziene NHG-Standaard Hartfalen en de Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen uit 2010 en de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC) over de diagnostiek en behandeling van acuut en chronisch hartfalen uit 2012. Voor de afspraken met betrekking tot de organisatie van de hartfalenzorg is gebruik gemaakt van de Standards for delivering heart failure care van de ESC uit 2011.
- De LTA is opgesteld door cardiologen, huisartsen, hartfalenverpleegkundigen, een vertegenwoordiger van De Hart&Vaatgroep als patiëntenvereniging en een vertegenwoordiger namens Zorgverzekeraars Nederland.
- De LTA beschrijft de betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden, de aanvullende diagnostiek, de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, de controles, de voorlichting en leefstijladvisering, hartfalenrevalidatie, de rol van de praktijkondersteuner huisarts (POH) en hartfalenverpleegkundige, de registratie en de zorg in de laatste levensfase. Voor de medicamenteuze behandeling wordt verwezen naar de eerder genoemde richtlijnen.
- In de LTA is nadrukkelijk plaats voor gezamenlijke besluitvorming van de arts en de patiënt en wordt aandacht besteed aan zelfmanagement van de patiënt of de mantelzorger. Ter ondersteuning daarvan wordt aanbevolen een individueel zorgplan op te stellen. Op basis van deze LTA kunnen regionale transmurale afspraken worden gemaakt tussen huisartsen en cardiologen, andere betrokken disciplines, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars.

Inleiding

Hartfalen is een veel voorkomende aandoening. Tussen 20 en 30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Momenteel hebben ongeveer 130.000 mensen last van hartfalen. Over tien jaar zal dit aantal door vergrijzing van de bevolking stijgen tot naar verwachting 195.000.¹ De mortaliteit van hartfalen is hoog, hoger dan van darm-, borst- en prostaatkanker. De impact op de patiënt, de mantelzorgers en het zorgstelsel is groot (<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/184/WHFA-whitepaper-15-May-14.pdf>).

Hartfalen ontstaat doordat de pompfunctie (slagvolume) van het hart tekort schiet. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aankunnen en 's nachts kortademig kunnen zijn. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken.

Interventies met bewezen effecten zijn beschreven in de NHG-Standaard Hartfalen en Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen uit 2010, die inhoudelijk gelijk aan elkaar zijn.^{2,3} Deze vormen het uitgangspunt voor deze Landelijke Transmurale Afspraak (LTA). Deze richtlijnen zijn gebaseerd op de richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC), waarvan in 2012 een update verscheen.^{4,5} De wijzigingen zijn niet van dien aard dat ze gevolgen hebben voor de aanbevelingen in deze LTA (https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/96/MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni2010.pdf).

Het doel van deze LTA is om een kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg. Uitgangspunt is, naast de eerder genoemde richtlijnen, de Standard for delivering heart failure care van de ESC (2011), een Europese richtlijn over optimale organisatie van hartfalenzorg (ontwikkeld door de betrokken zorgverleners en patiënten).⁶

De LTA is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging

voor Cardiologie (NVVC), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep (HartVaatHAG), De Hart&Vaatgroep (DH&V), de Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaatverpleegkundigen (NVHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zij hebben geen conflicterende belangen gemeld. De werkgroep werd ondersteund door het Kwaliteitsinstituut dat onderdeel uitmaakt van het Zorginstituut Nederland. De samenstelling van de werkgroep en de inbreng van andere betrokkenen zijn vermeld in bijlage 1. De onderwerpen en aandachtspunten van de LTA zijn bepaald op basis van uitkomsten van een knelpuntenanalyse onder de betrokken partijen. Voor de fasen in het zorgproces die niet aan bod komen, wordt verwezen naar de NHG-Standaard en de multidisciplinaire richtlijn. De uitkomst van de knelpuntenanalyse is vermeld in bijlage 2.

Uitgangspunt voor deze LTA is dat betrokken zorgverleners voldoende geschoold en bekwaam zijn in de zorg voor patiënten met hartfalen. Dit geldt vooral in het kader van eventuele substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, waarbij de huisarts en de praktijkondersteuner (POH) extra taken en verantwoordelijkheden op zich nemen. De financiële randvoorwaarden die hiervoor moeten worden geregeld vallen buiten het bestek van deze LTA.

De LTA beschrijft de aandachtspunten voor bespreking in de regio. Hierbij kunnen op het niveau van de zorggroep samenwerkingsafspraken worden gemaakt over de onderwerpen die in deze LTA worden besproken, al dan niet met financiële onderbouwing.

1. Betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden

Hartfalen is een aandoening waarbij naadloze zorg rondom de patiënt van belang is. Er zijn meerdere behandelaars betrokken bij de hartfalenzorg: de huisarts en de POH, de cardioloog en de hartfalenverpleegkundige (hiervoor kan ook de verpleegkundig specialist worden gelezen). Het is belangrijk dat deze behandelaars helder met elkaar communiceren. Afhankelijk van de behoefte en vraag van de patiënt en de tijd en de plaats zal één van

deze vier behandelaars optreden als aanspreekpunt.

Indien de huisarts het aanspreekpunt is, dan is deze op kantooruren via de praktijk te benaderen en in avond, nacht en weekend via de huisartsenpost. Voor patiënten in een niet stabiele fase zorgt de huisarts voor een overdracht naar de huisartsenpost.

Indien de cardioloog het aanspreekpunt is, weet de patiënt hoe deze op elk tijdstip van de dag (doordeweeks en in het weekend) te benaderen is. Bij acute veranderingen weet de patiënt wie te benaderen.

Ook kan de POH of hartfalenverpleegkundige aanspreekpunt zijn indien de huisarts respectievelijk de cardioloog hoofdbehandelaar is. Het verdient aanbeveling dat hierover per regio afspraken gemaakt worden. Voor de invulling van de rol van de POH en hartfalenverpleegkundige wordt verwezen naar de specifieke paragrafen hierover in de LTA.

Voor de patiënt met hartfalen dient te allen tijde duidelijk te zijn wie van de betrokken behandelaars⁷:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt, zijn mantelzorgverzorger en zijn eventuele vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft en hoofdbehandelaar is voor de zorgverlening aan de patiënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk behandelaars worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand. De zorg is erop gericht dat de patiënt naar wens en vermogen deel heeft in de zorg. Beslissingen over in te zetten zorg of wijzigingen hierin, komen tot stand in gezamenlijke besluitvorming, tenzij de patiënt aangeeft de beslissing over te laten aan de behandelaar. Aan de patiënt wordt de keuze geboden om een en ander vast te leggen in een individueel zorgplan.

2. Aanvullende diagnostiek en behandeladvies

De diagnose hartfalen berust op een combinatie van klachten, onderzoeksbevindingen en bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart in rust. Om dit laatste vast te stellen is echocardiografie essentieel. Hartfalen is het gevolg van onderliggend lijden, zoals langdurige hypertensie, ischemische hartziekte, ritme- of geleidingsstoornissen en hartklepafwijkingen. Echocardiografie is nodig voor het stellen van de diagnose en kan aanwijzingen geven voor de oorzaak van het hartfalen. Voor de behandeling is het noodzakelijk te differentiëren tussen hartfalen met verminderde ejectiefractie (“systolisch hartfalen”) en hartfalen met behouden ejectiefractie (“diastolisch hartfalen”).

Bij een vermoeden van hartfalen bespreekt de huisarts de noodzakelijke aanvulling van de diagnostiek met een echocardiogram met de patiënt (zie figuur 1) en verwijst daarvoor naar de cardioloog. De uitkomst is het bevestigen of uitsluiten van de diagnose hartfalen en eventueel onderliggend lijden en de behandelbaarheid daarvan. Bij de verwijzing voor echocardiografie worden de volgende gegevens door de huisarts aan de cardioloog verstrekt:

- relevante gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek;
- cardiovasculaire voorgeschiedenis, comorbiditeit en actuele medicatie;

- uitslagen van laboratoriumonderzoek waaronder het natriuretisch peptide (NT-pro)BNP;
- ECG (indien verricht), en
- X-thorax (indien verricht).

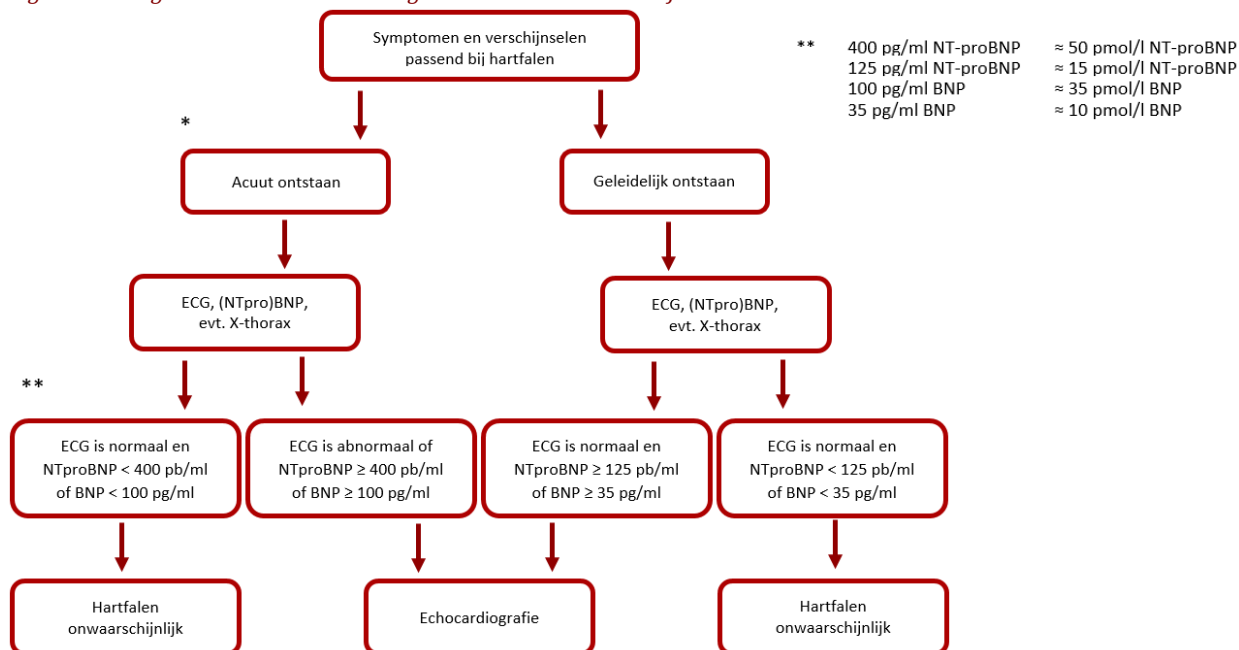
De rol van de cardioloog:

- de uitvoering en beoordeling van het echocardiogram in samenhang met de gegevens van de huisarts en aanvullende klinische bevindingen;
- het geven van een behandeladvies aan de huisarts of het zelf inzetten van een behandeling, in overleg met patiënt en huisarts;
- het diagnosticeren van andere cardiale aandoeningen dan hartfalen en zonodig behandelen in overleg met patiënt en huisarts.

Indien de huisarts de behandeling inzet, worden de volgende gegevens door de cardioloog aan de huisarts verstrekt om de patiënt verder te kunnen behandelen en begeleiden:

- specifieke bevindingen bij echocardiografie (ejectiefractie, bewegingspatroon van de wand, volumina atria en ventrikels, wanddikte, kleplijden, vullingsdynamiek);
- een voor de huisarts werkbaar conclusie:
 - (i) hartfalen met verminderde ejectiefractie (“systolisch hartfalen”)
 - (ii) hartfalen met behouden ejectiefractie (“diastolisch hartfalen”)
 - (iii) geen hartfalen;
- overige bevindingen,
- behandeladvies en gewenst vervolgbeleid.

Figuur 1. Algoritme voor het diagnosticeren van hartfalen



3. Terugverwijzing

Indien de cardioloog de behandeling heeft ingezet, kunnen na verloop van tijd de volgende patiënten worden terugverwezen naar huisarts:

- (i) Patiënten met hartfalen met verminderde ejectiefractie die optimaal (zowel medicamenteus als niet medicamenteus) zijn behandeld en stabiel zijn;
- (ii) Patiënten die hersteld zijn na behandeling van hartfalen en een normalisatie hebben van de linker ventrikelejectiefractie;
- (iii) Patiënten met hartfalen en behouden ejectiefractie die behandeld en stabiel zijn, en
- (iv) Patiënten in de laatste levensfase (zie desbetreffende paragraaf)

Patiënten met hartfalen en daarnaast ernstige comorbiditeit (bijvoorbeeld Hb < 6,0 mml, verminderde nierfunctie met een klaring < 30 ml/min en ernstig COPD), kunnen in overleg vervolgd blijven op de hartfalenpolikliniek, waarbij de toestand van de patiënt regelmatig gerapporteerd wordt aan de huisarts.

4. Voorlichting leefstijladvisering

De behandelaar geeft voorlichting over de aandoening, het belang van de behandeling, het aandeel van zelfzorg en de noodzaak van het bewaken van het lichaamsgewicht. De leefstijladviezen hebben betrekking op de vochtinname en voeding (o.a. natriumbeperving) en lichaamsbeweging. Deze worden afgestemd op de patiënt waarbij rekening wordt gehouden met de motivatie en mogelijkheden van de patiënt.

De behandelaar informeert en instrueert de patiënt over de klachten en symptomen van een (dreigende) exacerbatie en de adequate vervolgstappen. Symptomen van een (dreigende) exacerbatie worden benoemd in het individueel zorgplan. Indien één of meerdere van deze symptomen zich kenbaar maken (nachtelijke dyspneu, gewichtstoename van meer dan 3 kg in korte tijd, toename van het enkeloedeem) neemt de patiënt contact op met zijn aanspreekpunt op dat moment.

Als de patiënt stabiel is, wordt regelmatige lichaamsbeweging aanbevolen. Conditietraining kan worden geadviseerd aan alle patiënten met stabiel, chronisch hartfalen. Voor verantwoord bewegen is professionele begeleiding te overwegen door een fysiotherapeut met specifieke kennis over hartfalen en individuele afstemming.²

Voor meer informatie wordt verwezen naar een aantal websites. Hierin staat ook informatie over medicatie en zelfzorg. Websites met nuttige informatie voor de patiënt, zijn familie en mantelzorger(s) zijn:

- www.heartfailurematters.org (Nederlandse tekst)
- www.thuisarts.nl
- www.hartstichting.nl
- www.hartenvaatgroep.nl
- www.hartwijzer.nl.

Deze websites worden ook vermeld in het individueel zorgplan.

5. Hartfalenrevalidatie

Hartfalenrevalidatie kan een onderdeel zijn van de zorg voor hartfalenpatiënten.

De revalidatie bij patiënten met hartfalen kan worden onderscheiden in twee stadia: in aansluiting op nieuw gediagnosticeerd hartfalen en als nabehandeling van patiënten met hartfalen in een stabiele fase. Revalidatie kan worden gegeven door de fysiotherapeut of in een revalidatiecentrum. De behandeling is multidisciplinair volgens de richtlijn uit 2011.⁸ De behandelaar is de fysiotherapeut (met aantekening hartrevalidatie/hartfalen) in respectievelijk de eerste lijn, het ziekenhuis en in een revalidatiecentrum. De mate en intensiteit van het bewegen worden in overleg met de patiënt bepaald. Indien de patiënt na een opbouwschema in staat is het geleerde te continueren kan deze ervoor kiezen om het bewegingsprogramma zelfstandig voort te zetten. De huisarts is op de hoogte van het lokale aanbod van specifieke beweegprogramma's door fysiotherapeuten. Periodiek zal de arts navraag doen hoeveel de patiënt actueel beweegt en wat de eventuele belemmeringen zijn.

6. Controles

Alle patiënten met hartfalen worden frequent gecontroleerd. Optimale controle leidt tot een verminderde kans op ziekenhuisopnamen, verminderde sterfte en een betere kwaliteit van leven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de instelfase bij nieuw gediagnosticeerd hartfalen en de periodieke controle bij stabiel hartfalen. In de instelfase wordt de patiënt ingesteld op medicatie gericht op hartfalen met verminderde ejectiefraction of behouden ejectiefraction volgens de richtlijn. In deze fase is frequent contact (wekelijks tot tweewekelijks) noodzakelijk, omdat onder controle van verschillende parameters bij de patiënt langzaam de dosering van de aangewezen medicatie wordt verhoogd. Deze controles zijn nodig tot de streefdosis of de maximaal verdraagbare dosering van de medicatie is bereikt.

Bij de controle worden gewicht, bloeddruk en polsfrequentie gemeten, wordt gelet op perifeer oedeem en wordt gevraagd naar nachtelijke dyspneu en inspanningstolerantie. Daarnaast dient het optreden van klachten gemonitord te worden met name bij het instellen op een bètablokker. Tevens wordt aandacht besteed aan (verandering van) klachten, leefstijl (bewegen en voeding), therapietrouw en psychisch functioneren, met name depressieve klachten en cognitieve stoornissen. Psychosociale aspecten zoals het leren leven met hartfalen zijn een belangrijk onderdeel van de zorg en begeleiding. Deze komen ook in het individueel zorgplan aan de orde.

Nadat de patiënt stabiel is ingesteld wordt geadviseerd de patiënt elke drie maanden te controleren. Controle van de nierfunctie en kalium vindt minimaal één keer per jaar plaats. Als tussentijds de klachten toenemen wordt de patiënt verzocht contact op te nemen met het afgesproken aanspreekpunt. In overleg met de patiënt en afhankelijk van de ernst van het hartfalen kan worden afgeweken van het driemaandelijke schema. In overleg met de patiënt wordt een controleschema opgesteld, waarbij rekening wordt gehouden met de ernst van de klachten, comorbiditeit, de mobiliteit en de wensen van de patiënt. Het schema kan worden opgenomen in het individueel zorgplan.

Comorbiditeit

Hartfalen komt zelden voor zonder comorbiditeit en vaak wordt een patiënt al regelmatig gecontroleerd in verband met diabetes mellitus, COPD of cardiovasculair risicomanagement. Het verdient aanbeveling deze controles op elkaar af te stemmen.

Extra controles kunnen noodzakelijk zijn bij intercurrente problemen zoals koorts, griep, diarree en nieuwe bijkomende medicatie.

Telemonitoring

De effecten van de inzet van telemonitoring bij behandeling van hartfalen zijn nog niet duidelijk en de uitkomsten van gerandomiseerde studies zijn niet consistent. Telemonitoring is wel opgenomen in de huidige richtlijnen, echter zonder duidelijke aanbeveling. De toepassing ervan groeit; nieuw ontwikkelde zorgpaden voorzien in het gebruik van telemonitoring en de waardering van patiënten is positief. Indien telemonitoring wordt ingezet, is het van belang dit te doen in een onderzoeksetting om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van inzichten hieromtrent.

Verwijzing

De patiënt wordt verwezen naar de cardioloog bij onvoldoende resultaat van de behandeling na verslechtering, of een vermoeden van een myocardinfarct of andere (invasief) behandelbare oorzaak voor het hartfalen.

7. Rol van de praktijkondersteuner (POH)

De POH (praktijkondersteuner van de huisarts) begeleidt patiënten met een chronische aandoening onder supervisie van de huisarts. Hartfalen is een chronische aandoening waarvan de zorg en begeleiding ook tot het takenpakket van de POH kunnen horen. Hiervoor dient de POH te worden opgeleid.

Patiënten met stabiel hartfalen kunnen periodiek worden gecontroleerd door de POH, met adequate rapportage in het huisartsinformatiesysteem; de jaarlijkse controles worden bij voorkeur door de huisarts gedaan. De POH kan de patiënt ook thuis bezoeken. De POH geeft voorlichting over hartfalen, leefstijladviezen en zelfzorgitems, biedt hulp bij het aanvragen van voorzieningen en signaleert en begeleidt op cognitieve, sociale en

psychische problemen. Voor de ondersteuning van zelfmanagement kan de POH gebruik maken van het individueel zorgplan. De POH heeft regelmatig overleg met de huisarts over het beleid en kan bij acute problemen op elk moment met de huisarts in contact treden.

8. Rol van de hartfalenverpleegkundige

De hartfalenverpleegkundige is werkzaam binnen de hartfalenpolikliniek en biedt binnen de directe zorg voor patiënten met hartfalen specialistische zorg in combinatie met medische zorg. De hartfalenverpleegkundig specialist heeft hierbij de bevoegdheid om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren, verrichten en te delegeren zoals het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (conform de daarvoor gestelde eisen). De hartfalenverpleegkundige heeft een centrale, coördinerende rol in de veelal complexe, multidisciplinaire zorg waarbij zowel de eerste, tweede en (in geval van geavanceerde interventie) ook de derde lijn betrokken is. Het uitgangspunt hierbij is optimale zorg waarbij de patiënt centraal staat. De hartfalenverpleegkundige is aanspreekpunt bij de eerste tekenen van exacerbatie en vragen uit de eerste lijn of van andere disciplines. Daarnaast is de zorg gericht op: adequate patiëntvoorlichting met speciale aandacht voor therapietrouw, vroegsymptoomherkenning en zelfmanagement, optimalisering van medicamenteuze therapie (titratie tot aanbevolen doses), psychosociale ondersteuning van patiënt en naasten en begeleiding naar de palliatieve fase. De cardioloog met hartfalen als aandachtsgebied is hierbij beschikbaar voor overleg en back-up is gegarandeerd. De hartfalenverpleegkundige is daarnaast betrokken bij (regionale) nascholing van zorgverleners en optimaliseren van regionale ketenzorg.

9. Registratie

Medisch dossier

Bij de zorg rondom hartfalen zijn meerdere disciplines betrokken. Een goede verslaglegging is essentieel voor de onderlinge communicatie en optimale behandeling van patiënten met hartfalen. Naast de meetwaarden die betrekking hebben op het hartfalen dienen ook de meetwaarden van relevante comorbiditeit, medicatie, allergieën, in-

toxicaties en intoleranties te worden geregistreerd. Het verdient aanbeveling in alle regio's gebruik te maken van een elektronisch patiëntdossier dat de zorg rond hartfalen ondersteunt en toegerust is om de informatie te delen met andere zorgverleners. In het individueel zorgplan wordt hier ook aandacht aan besteed.

Patiëntdossier

Voor optimaal zelfmanagement van de patiënt is het wenselijk dat de patiënt toegang heeft tot zijn/haar eigen dossier. De patiënt heeft daarmee inzicht in de eigen behandeling. Het is wenselijk dat de patiënt eigen meetwaarden kan invoeren. De patiënt heeft inzicht in de voorlichting en educatie die al gegeven is en die nog gegeven kan worden. Deze informatie vormt een integraal onderdeel van het patiëntdossier.

Individueel zorgplan

Om de zorg specifiek af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiënt wordt aanbevolen gebruik te maken van een individueel zorgplan. Hierin worden de door de patiënt gewenste doelen van de behandeling opgenomen en aangepast aan de dynamiek van het ziektebeeld. Het individueel zorgplan maakt deel uit van het patiëntdossier en is voor alle betrokken zorgverleners toegankelijk. De zorgverlener kan ook verwijzen naar websites met nuttige informatie voor de patiënt, inclusief medicatie/zelfzorg (zie ook de websites zoals vermeld in Hoofdstuk 4).

10. Zorg in de laatste levensfase

Kenmerkend voor hartfalen in de laatste fase is dat er naast klinische tekenen van hartfalen frequente opnames voor hartfalen zijn in een kort tijdsbestek. Daarnaast kunnen er nierfunctiestoornissen zijn en kan cachexie optreden. Indien de patiënt zich tevens in NYHA klasse IV bevindt, is polikliniekbezoek op een bepaald moment niet meer opportuun. Deze patiënten worden bij voorkeur thuis behandeld door de huisarts en de POH, al dan niet met telefonische consultaties van de hartfalenverpleegkundige en de cardioloog. De aanpak is afgestemd met de patiënt en gericht op het behoud van kwaliteit van leven en comfort. In dat geval stelt de cardioloog in overleg met de patiënt voor om de patiënt over te dragen aan de

huisarts. De cardioloog draagt zorg voor alle relevante gegevens. De huisarts wordt daarmee de hoofdbehandelaar. Met de patiënt, zijn familie, betrokken behandelaars en/of mantelzorgers worden afspraken gemaakt over het zorgplan, de noodmedicatie, de pacemaker, biventriculaire pacing (CRT) of Implanteerbare Cardioverter Defibrillator (ICD) (indien aanwezig), zingevingsvragen en een eventuele niet-reanimeren verklaring als onderdeel van de overdracht.

Bij verdere progressie van het hartfalen bespreekt de huisarts met de patiënt en/of mantelzorgers de mogelijkheden van terminale zorg (zie ook:

<http://www.cbo.nl/actueel/publicaties/zorgmoodle-palliatieve-zorg-1.0>).

Beleid bij pacemaker/CRT

Een functionerende pacemaker (bradytherapie) of biventriculaire pacing (CRT) zal het overlijdensproces niet verstoren. Een functionerende pacemaker of CRT kan belangrijk zijn voor het comfort van de patiënt. Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT kan cardiale klachten veroorzaken of toename van cardiale klachten geven. Dit is niet altijd goed te voorspellen. Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT is daarom niet wenselijk.

Beleid bij ICD

Een functionerende ICD (tachytherapie) kan het overlijdensproces verstoren door het afgeven van shocks. Een belangrijk aandachtspunt is dat de ICD op verzoek (in de thuissituatie) kan worden uitgezet. Deze handelingen zijn verder uitgewerkt in de [richtlijn ICD/Pacemaker in de laatste levensfase](#).

Tevens is er een [patiëntenfolder](#) over dit onderwerp en een patiënten voorlichtingsfilm [ICD in de laatste levensfase](#).

Om het bovenstaande goed te laten verlopen, verdient het aanbeveling een stappenplan te ontwikkelen.

11. Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Voor optimale zorg rond de patiënt met hartfalen wordt geadviseerd in de regio samenwerkingsafspraken te maken over de aandachtspunten genoemd in de LTA. Deze regionale afspraken worden vastgelegd in www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl.

Regionaal zijn er verschillen in aanpak mogelijk. Zo wordt de huisarts vaak ondersteund door een POH maar deze is anno 2015 nog niet in alle regio's geschoold in hartfalenzorg. Daarnaast nemen de meeste huisartsen deel aan een zorggroep waarin praktijkoverstijgende taken georganiseerd worden.

Daar waar huisartsen lid zijn van een zorggroep kunnen de samenwerkingsafspraken verder uitgewerkt te worden op het niveau van de zorggroep.

Bespreek hoe de werkwijze van de huisartsen is bij hartfalen:

- Inventariseer de POH-ondersteuning van huisartsen, de samenwerking en de deelname in een zorggroep;
- Vraag na hoeveel ervaring en expertise (nascholing) de verschillende huisartsen hebben met de behandeling van hartfalenpatiënten;
- Inventariseer welke huisartsen zelf patiënten behandelen met hartfalen en de behandeling van patiënten uit de tweede lijn willen overnemen;
- Inventariseer en leg vast hoe en door wie de controles bij patiënten met hartfalen worden gedaan en wie het aanspreekpunt is in geval van vragen of verslechtering;
- Inventariseer de regeling van de opvang bij problemen in avond-, nacht- en weekenddiensten en bespreek het beleid op de huisartsenpost bij exacerbatie van hartfalen, en
- Maak afspraken wanneer een kaderhuisarts hartvaatziekten geconsulteerd kan worden.

Bespreek hoe de werkwijze van de cardiologen is bij hartfalen:

- Inventariseer welke cardiologen hartfalen als speciaal aandachtsgebied hebben en wie binnen de maatschap het eerste aanspreekpunt is/zijn voor de hartfalenzorg;
- Ga na of er in een multidisciplinair team wordt gewerkt en welke rol de hartfalenverpleegkundige/hartfalenverpleegkundig specialist daarin heeft;
- Ga na of er structurele afspraken met andere disciplines zijn en of er afspraken zijn over consultatie bij patiënten met hartfalen die om andere dan cardiale redenen opgenomen zijn in het ziekenhuis, en

- Ga na of er speciale aandachtsgebieden zijn voor hartfalen die van belang kunnen zijn voor regionale samenwerking.

Bespreek de regionale afstemming en samenwerking tussen eerste en tweede lijn:

- Maak afspraken over het gewenste diagnostisch traject. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen huisartsen met en zonder ervaring in hartfalenzorg;
- Zorg voor eenduidig voorlichtingsmateriaal;
- Maak afspraken over de wijze van consultatie, verwijzing, terugverwijzing en eventueel gebruik van telemonitoring;
- Bespreek welke informatie wanneer wordt uitgewisseld, hoe dit moet gebeuren, hoe bereikbaarheid gegarandeerd is voor overleg en hoe de zorg onderling afgestemd wordt;
- Bespreek op welke termijn en op welke wijze de cardioloog de patiënt terugverwijst naar de huisarts na opname in het ziekenhuis, en
- Maak afspraken over verdere regionale afstemming, overleg en nascholingsactiviteiten met de eerstelijns hartfalenzorg.

Deze LTA wordt gebruikt als basis voor uitwerking in verschillende regio's door middel van een NVVC Connect project in 2015. Aanvullende informatie over de Connect projecten is te vinden op www.nvvcconnect.nl.

12. Verantwoording en herziening

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie is eigenaar van de LTA Hartfalen en ziet toe op het tijdig bijeen roepen van de betrokken organisaties bij het herzien van de LTA.

Datum autorisatie: 5 november 2015

Datum herziening: november 2017 – daarna iedere twee jaar

De richtlijn is geautoriseerd door:

- De Hart&Vaatgroep
- Federatie Medisch Coördinerende Centra
- De Hart- en Vaatziekten Huisartsen Adviesgroep
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

LITERATUUR

1. Whitepaper Heart failure: preventing disease and death worldwide. Beschikbaar via: <https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/184/WHFA-whitepaper-15-May-14.pdf>
2. RIVM rapport 260401006. Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst, 2012. Beschikbaar via: http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:117514&type=org&disposition=inline&ns_nc=1
3. NHG-standaard Hartfalen, 2010 (Tweede herziening). Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen>
4. Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen, 2010. Beschikbaar via: https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/96/MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni2010.pdf
5. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Beschikbaar via: <https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/44/Multidisciplinaire%20Richtlijn%20Hartrevalidatie%202011%2023052011.pdf>
6. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail 2012;14:803-869. Beschikbaar via: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1787>
7. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Fail 2011;13:235-41. Beschikbaar via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfq221/full>
8. KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 2010. Beschikbaar via: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/72200/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

BIJLAGE 1 - Deelnemers

Samenstelling werkgroep (in alfabetische volgorde):

1. drs. J.M. Ansink, cardioloog, MC Zuiderzee, locatie Lelystad (NVVC)
2. dr. J.S. Burgers, huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap (NHG)*
3. dr. B.P. Geerdes, senior medisch adviseur Achmea, Divisie Zorg & Gezondheid (ZN)
4. M. Elsendoorn, beleidsmedewerker kwaliteit (NVVC)
5. H. van Laarhoven, beleidsadviseur (DH&V)*
6. dr. A. Mosterd, cardioloog, Meander Medisch Centrum Amersfoort (NVVC)
7. drs. A. Oostindjer, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, Oldenzaal (HartVaathAG)
8. drs. P.E.J. van Pol, cardioloog, Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiderdorp (NVVC)*
9. P.H. Pruijssers-Lamers, verpleegkundig specialist hartfalen, Deventer Ziekenhuis (NVHV)
10. drs. M.J.M. Valk, huisarts Amersfoort, onderzoeker Julius Centrum voor gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde UMC Utrecht (NHG)*

Geraadpleegde verenigingen en experts (in alfabetische volgorde):

1. DH&V
2. FMCC
3. HartVaathAG
4. InEen
5. LHV
6. NHG
7. NVHV
8. NVVC
9. dr. F.H. Rutten, assoc. professor Huisartsgeneeskunde, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde UMC Utrecht
10. V&VN
11. ZN

Lijst gebruikte afkortingen:

DH&V:	De Hart&Vaatgroep
FMCC:	Federatie Medisch Coördinerende Centra
HartVaathAG:	De Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep
LHV:	Landelijke Huisartsen Vereniging
NHG:	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVHV:	Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen
NVVC:	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
V&VN:	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland

* Deze personen maakten deel uit van de schrijfgroep van de LTA.

BIJLAGE 2 - Knelpuntenlijst

Alvorens over te gaan tot het opstellen van de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen (LTA) zijn betrokken partijen benaderd met de vraag waar in hun ogen de knelpunten liggen op het gebied van de transmurale zorg bij hartfalen. Partijen hebben hier hun achterban over benaderd en onderstaande knelpunten worden als belangrijk gekenmerkt. Bij het opstellen van de LTA zijn deze knelpunten als uitgangspunt genomen.

1. Het aanvragen van een diagnostische echo door de huisarts;
2. (Ontbreken van) afstemming tussen de taken van de hartfalen verpleegkundige en de eerste lijn;
3. Wat kan de praktijkondersteuner betekenen voor de hartfalenzorg in de eerste lijn;
4. Terminale zorg: hoe en door wie wordt de overgang naar het terminale stadium gemarkeerd;
5. Ontbreken goede ICT-EPD¹ ondersteuning;
6. Niet altijd goede terugkoppeling vanuit eerste lijn na terugverwijzing;
7. Hoe lopen de controles in de huisartsenpraktijk;
8. Niet herkennen klachten/te laat stellen diagnose hartfalen;
9. Niet genoeg aandacht psychosociale aspecten hartfalen;
10. Onduidelijkheid aanspreekpunt;
11. Te weinig aandacht revalidatie en terminale zorg;
12. Te weinig kennis ARBO-arts van hartfalen;
13. Te weinig aandacht zelfmanagement patiënt/IZP²;
14. Ontbreken routebeschrijving hartfalen poli na diagnostiek -> huisarts;
15. Verwijzing huisarts mogelijk voor alleen diagnostisch advies + behandeltraject;
16. Instellen medicatie door huisarts na diagnostiek;
17. Bewustzijn hartfalenpatiënten in de huisartspraktijk;
18. Onduidelijkheid regelmaat terugkomen hartfalen patiënt op HF³ polikliniek;
19. Mogelijkheden inzet HF verpleegkundige en POH⁴-er ook in eerste lijn, en
20. Ontbreken mogelijkheid de module per regio aan te passen, afhankelijk van regionale voorkeuren, expertise enz.

¹ Elektronisch patiëntendossier

² Individueel Zorgplan

³ Hartfalen

⁴ Praktijkondersteuner huisarts