

Regionale Transmurale Afspraak Hartfalen Rotterdam Rijnmond

**Chronisch Hartfalen:
Afspraken tussen cardiologen en huisartsen**

Inleiding

Voor u ligt de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) Hartfalen, regio Rotterdam Rijnmond. Het doel van deze RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving van chronisch hartfalen.

Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Rotterdam Rijnmond. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede/derde lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken met behoud of verbetering van de kwaliteit van zorg.

De RTA hartfalen geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en cardiologen oor chronisch hartfalen op het gebied van:

- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Consultatie;
- Verwijzing en terugverwijzing van patiënten;
- Berichtgeving over patiënten;
- Evaluatie RTA hartfalen.

Deze RTA is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen 2015, de NHG standaard hartfalen 2010 en de European Society of Cardiology (ESC) richtlijn hartfalen 2016.

Het betreft hier de RTA Chronisch hartfalen. Acut hartfalen valt buiten deze RTA.

Deelnemende partijen

Deze RTA wordt gedragen door:

- Zorggroepen regio Rotterdam Rijnmond die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
- Ziekenhuizen regio Rotterdam Rijnmond die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

Evaluatie RTA hartfalen

In het vierde kwartaal van 2019 wordt de RTA hartfalen door de betrokken partijen geëvalueerd op onderwerpen als organisatie van scholing, casuïstiek bespreking en overdracht van behandeling. Indien van toepassing wordt de RTA op basis van de opgedane ervaringen aangepast.

Auteurs:

Mireille Emans, Cardioloog Maatschap Rijnmond Zuid, Ikazia ZH, Rotterdam

Marco van Gent, Cardioloog Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

Lia van der Vorm, Kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten IZER, Rotterdam

Mede beoordeeld door:

Dorine Rijlaarsdam- Hermsen, kaderhuisarts Beleid & Beheer, Huisartsenpraktijk

Rijlaarsdam & Geurts, Rotterdam

Hans Bos, Huisarts, Kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten in opleiding, Huisartsenpraktijk Bos,
Capelle aan den IJssel

Maart 2018

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Inhoudsopgave	4
1. Uitgangspunten bij diagnostiek en behandeling in de eerste lijn	5
2. Verwijsindicaties en richtlijnen voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	5
3. Beantwoording meekijkconsult door cardioloog	6
4. Verwijzing naar de tweede lijn - gegevensoverdracht	7
5. Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	7
5.1 Medicatie	7
5.2 Invasieve behandelingsmogelijkheden	8
5.3 Hartfalen met een behouden ejectionfracctie (LVEF > 50%) (HFpEF)	8
6. Voorlichting en begeleiding	8
7. Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	8
8. Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	9
9. Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	10
9.1 Geriatrische patiënt	10
10. Besprekingen: casuïstiek bespreking door cardioloog	10
Bijlage 1. Stroomdiagram verdenking chronisch hartfalen	12
Bijlage 2. Overzichtstabel etiologie / co morbiditeit hartfalen	13
Bijlage 3. Stroomdiagram medicamenteuze behandeling van hartfalen met verminderde ejectionfracctie	14
Bijlage 4. Stroomdiagram invasieve behandelingsmogelijkheden van hartfalen met verminderde LVEF	15
Bijlage 5. Overzicht niet-medicamenteuze behandeling/begeleiding hartfalen	16
Bijlage 6. Lijst contactpersonen ziekenhuizen	17
Bijlage 7. Overdrachtsformulier tussen 2 ^e en 1 ^e lijn	19
Bijlage 8. Wensen voor het leven in de laatste fase bij hartfalen	20
Bijlage 9. ICD in de laatste levensfase	24

Chronisch Hartfalen: Afspraken tussen cardiologen en huisartsen

1. Uitgangspunten bij diagnostiek en behandeling in de eerste lijn

De diagnose hartfalen is een klinische diagnose welke berust op een combinatie van klachten, onderzoeksbevindingen en bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart in rust. De huisarts stelt de diagnose chronisch hartfalen of sterke verdenking daarop.

Wanneer op basis van de klachten van de patiënt de huisarts chronisch hartfalen vermoedt, wordt een (elektrocardiogram) ECG gemaakt en wordt (NT-pro)BNP bepaald. Wanneer het ECG en (NT-pro)BNP beiden geheel normaal zijn, dan is hartfalen onwaarschijnlijk en zal door de huisarts verder onderzoek naar een alternatieve diagnose in gang worden gezet.

Indien de (NT-pro)BNP waarde boven het uitsluit-afkappunt ligt en/of het ECG is afwijkend, dan bespreekt de huisarts met de patiënt de noodzakelijke aanvulling van de diagnostiek met echocardiografie. Eventuele medicamenteuze behandeling wordt gestart op basis van de NHG-richtlijn Hartfalen en/of ESC richtlijn hartfalen 2016.

Zie Bijlage 1: Stroomdiagram bij verdenking chronisch hartfalen.

2. Verwijsindicaties en richtlijnen voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

De huisarts verwijst patiënten met verdenking op chronisch hartfalen voor nadere diagnostiek of verricht een eerste lijns echocardiogram met consultatie van de tweede lijn middels een meekijkconsult. Richtlijnen voor verwijzing cq. consultatie naar de tweede lijn zijn als volgt:

- Huisarts draagt zorg voor ECG/(NT-pro)BNP.
- Indien bovengenoemde onderzoeken verricht zijn in de eerste lijn en het (NTpro)BNP is verhoogd en/of het ECG is afwijkend, dan kan de huisarts danwel verwijzen naar 2^e lijn voor consult cardioloog inclusief echocardiogram, danwel een 1^e lijns echocardiogram regelen.
- Echocardiografie in de eerste lijn: afhankelijk van hoe dit geregeld is met de samenwerkende cardiologen, vult de huisarts “aanvraagformulier echocardiografie” volledig in, danwel regelt dit met een virtueel meekijkconsult met de cardioloog. De aanvraag vermeldt: duidelijke vraagstelling, medische voorgeschiedenis, huidige medicatie, (NTpro)BNP uitslag en volledige ECG. Idealiter: de cardioloog die het echocardiogram beoordeelt is dezelfde die het meekijkconsult vervolgens beantwoordt, zodat de beoordeling van het echocardiogram gebeurt met kennis van alle klinische informatie.
- Indien echocardiografie in tweede lijn: de patiënt wordt doorverwezen naar de cardioloog. De huisarts geeft aan of, bij de diagnose hartfalen, het gewenst is dat verdere behandeling (mede) in 1^e lijn uitgevoerd wordt .

Indien een patiënt in de eerste lijn wordt behandeld voor harthalen is een verwijzing naar de tweede lijn gewenst indien:

- De cardioloog in het behandeladvies behorend bij het (virtuele) consult bij echocardiografie in de eerste lijn heeft geadviseerd om verdere diagnostiek of behandeling te laten plaatsvinden in de tweede/derde lijn.
- Er geen of onvoldoende respons is op de ingestelde therapie.
- De patiënt naast hartfalen bijkomende/nieuwe cardiale problematiek heeft (bijv. angina pectoris, kleplijden, hartritme- of geleidingsstoornissen)

Bij de kwetsbare oudere patiënt kan de huisarts, in overleg met patient en familie, weloverwogen afwijken van bovenstaande richtlijnen.

3. Beantwoording meekijkconsult door cardioloog

De huisarts kan de cardioloog consulteren via een meekijkconsult. De wijze waarop dit consult wordt vormgegeven (VipLive, beveiligde mail) verschilt per deelnemende organisatie. Hierover worden onderling afspraken gemaakt.

Consultatie vindt plaats op basis van de richtlijnen van het Regionaal Meekijkconsult.

Uitgangspunt hierbij is dat de huisartsen hoofdbehandelaar blijft en dat de cardioloog binnen drie dagen de consultvraag beantwoordt.

De conclusie van het meekijkconsult naar de huisarts omvat minimaal:

- 1) Een diagnose van of het uitsluiten van hartfalen;
 - i) Hartfalen met verminderde linkerventrikel ejectionfracctie (HF_rEF, LVEF < 40%)
 - ii) Hartfalen met behouden linkerventrikel ejectionfracctie (HF_pEF, LVEF > 50%)
 - iii) Geen hartfalen
 - iv) Nog immer twijfel over diagnose o.b.v. de aangeboden klinische informatie en diagnostiek, waarbij mogelijk advies tot beoordeling patiënt in 2^e lijn. (Dit zal slechts in uitzonderingsgevallen van toepassing zijn, maar hartfalen is een klinische diagnose welke niet altijd even eenduidig te stellen is)
- 2) Verslag van het echocardiogram waarin:
 - De waarde van de linker ventrikel ejectionfracctie (LVEF);
 - LVEF > 50% is normaal en past alleen bij hartfalen met behouden ejectionfracctie indien er andere echocardiografische afwijkingen zijn die passen bij bijvoorbeeld:
 - verhoogde linker ventrikel vullingsdrukken (verhoogde e/e' en linker atrium volumevergroting);
 - concentrische remodelling (verdikte linker ventrikel wanden);
 - kleplijden;
 - pulmonale hypertensie;
 - verminderde rechterventrikelfunctie.

Let wel: Atriumfibrilleren bemoeilijkt de interpretatie van het echocardiogram.

- Klinisch relevant kleplijden.
- Andere van belang zijnde hartafwijkingen, inclusief mogelijke oorzaken voor het hartfalen.

- 3) Een behandeladvies.

4. Verwijzing naar de tweede lijn - gegevensoverdracht

De huisarts schrijft bij verwijzing een brief met daarin minimaal de volgende gegevens:

- Risicoprofiel CVRM;
- Beloop;
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat;
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie;
- Huidige medicatie;
- Relevante voorgeschiedenis;
- Recent ECG en NTproBNP en andere relevante laboratoriumgegevens;
- Bereikbaarheid voor overleg (mail, intercollegiaal nummer, mobiel);
- Brief wordt gefaxt / gemaïld / afspraak via zorgdomein / andere mogelijkheden van beveiligd verwijzen.

Bij spoed wordt de patient telefonisch aangemeld bij de cardioloog. Belangrijke medische patientengegevens worden in dat geval later gefaxed of gemaïld.

5. Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

In de huidige RTA is gekozen om in principe elke patiënt met hartfalen en een verminderde ejectiefraction (LVEF < 40%) (HFrEF) te verwijzen naar de cardioloog voor verdere analyse van de etiologie en behandeling.

De cardioloog volgt dezelfde diagnostische stappen en is in de gelegenheid de anamnese en het lichamelijk onderzoek zelf te verrichten en eventueel aan te vullen. Indien geïndiceerd kan nadere diagnostiek naar andere cardiale aandoeningen dan hartfalen volgen of in geval van hartfalen wordt gestart met behandeling en diagnostiek naar de oorzaak ervan. Indien hartfalen (of een andere cardiale aandoening) niet vastgesteld wordt, dan wordt de patiënt terugverwezen naar de eerste lijn.

Er moet in principe altijd naar de oorzaak van het hartfalen worden gezocht en deze oorzaak dient behandeld te worden. Zie bijlage 2: Overzichtstabel etiologie / co morbiditeit hartfalen

5.1 Medicatie

In het geval van hartfalen met verminderde LV functie (HFrEF) wordt er gestart met hartfalenmedicatie. Deze medicatie wordt optimaal opgetitreerd volgens de richtlijnen. Klachten zoals kortademigheid en verminderd vermogen bij inspanning en enkeloedeem kunnen een teken zijn van overvulling en dienen in dat geval met lisdiuretica behandeld te worden. Lisdiuretica hebben echter geen prognostisch effect, in tegenstelling tot angiotensine-converting enzyme inhibitors (ACEremmers, of alternatief angiotensine receptor blokkers, ARB), betablokkers, mineralocorticoïde receptor antagonisten (MRA) of angiotensine receptor neprilysine inhibitors (ARNI). Zie bijlage 3: Stroomdiagram medicamenteuze behandeling van hartfalen met verminderde LVEF.

5.2 Invasieve behandelingsmogelijkheden

Invasieve behandeling is gespecialiseerde 2^{de} lijns 3^e lijns zorg. Deze zorg is alleen voorbehouden aan enkele ziekenhuizen in de regio.

Zie bijlage 4: Stroomdiagram invasieve behandelingsmogelijkheden van hartfalen met verminderde LVEF.

5.3 Hartfalen met een behouden ejectiefractie (LVEF > 50%) (HFpEF)

Over het algemeen kan de behandeling van HFpEF in de 1^e lijn geschieden en bestaat o.a. uit lisdiuretica bij tekenen van overvulling (en mindering of tijdelijk stoppen bij weer euvolemie). Er is geen duidelijke mortaliteit verminderende medicatie voor deze patiënten. De bloeddruk dient adequaat behandeld te worden en men moet beducht zijn op het optreden van paroxismaal atriumfibrilleren (door verhoogde vullingsdrukken met atriale dilatatie), aangezien dit consequenties heeft voor de behandeling (o.a. antistolling en symptomen).

Indien er op basis van het echocardiogram een andere onderliggende cardiale of pulmonale oorzaak (bijv. kleplijden of ernstige pulmonale hypertensie) wordt gevonden als oorzaak voor het HFpEF, waarvoor 2^e lijns diagnostiek en behandeling geïndiceerd is, volgt advies tot verwijzing naar 2^e lijn.

6. Voorlichting en begeleiding

Voorlichting over hartfalen, het belang van de (medicamenteuze) behandeling, het aandeel van zelfzorg en de noodzaak van het bewaken van het lichaamsgewicht (dagelijks/vaak wegen) is van groot belang. Patiënten met hartfalen en verminderde ejectiefractie krijgen, behalve voorlichting en informatie over wegen, instructies over andere leefregels zoals vocht- en natriumbeperving, stoppen met roken en worden intensief begeleid in het omgaan met hartfalen en het vroegtijdig signaleren van verergering van hartfalen en zelftitratie van diuretica. Deze signalen worden afgestemd op de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de motivatie en mogelijkheden van de patiënt. Dit kan gedaan worden door een verpleegkundig specialist hartfalen/gespecialiseerd verpleegkundige hartfalen in de tweede/derde lijn of - in overleg met de huisarts - door de praktijkondersteuner huisarts (POH), met aandachtsgebied en geschoold in hartfalen, of de verpleegkundig specialist (VS) in de huisartspraktijk. Zie bijlage 5: Overzicht niet-medicamenteuze behandeling/begeleiding hartfalen.

7. Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

Indien patiënten met HFpEF en een EF > 40% worden terugverwezen naar de 1^e lijn, wordt het beleid van de cardioloog gecontinueerd. De praktijkverpleegkundige zal de patient regelmatig controleren op medicatiegebruik, klachten, leefstijl etc.

Terugverwijzing naar de eerste lijn dient overwogen te worden bij:

- Patienten met hartfalen met behouden ejectiefractie, tenzij (verdenking op) bijkomende cardiologische of pulmonale pathologie dit niet toelaat (bijv. hartklepafwijkingen, ritmestoornissen, ernstige pulmonale hypertensie).
- Patienten die hersteld zijn na behandeling van hartfalen en een normalisatie hebben van de linkerventrikejectiefractie, zonder ander actief cardiaal lijden.
- Kwetsbare ouderen met hartfalen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is. Huisarts/POH kan zo nodig overleggen met hartfalen verpleegkundige.
- Wanneer een patiënt in de terminale fase van het hartfalen geraakt en er geen zinvolle behandeling in het ziekenhuis mogelijk is.

In de huidige RTA is er voor gekozen om patienten met hartfalen met persisterend verminderde ejectiefractie (LVEF < 40%), die optimaal behandeld zijn (zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, incl. analyse etiologie), vooralsnog niet standaard terug te verwijzen naar 1^e lijn. Dit in afwachting van scholingstrajecten op het gebied van hartfalen voor de 1^e lijn in de regio. Het streven is om dit over 3 jaar te implementeren in een aangepaste RTA.

Na terugverwijzing door de cardioloog naar de huisarts ziet de huisarts de patient binnen de door de cardioloog aangegeven termijn. Vervolgcontrole via de huisarts vindt, afhankelijk van de situatie, eenmaal per 3-12 maanden plaats. Wij adviseren om in het 1^e jaar patienten om de 3 maanden te zien.

8. Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De verpleegkundig specialist hartfalen of cardioloog stuurt een bericht van terugverwijzing naar de huisarts, waarna de huisarts hoofdbehandelaar is. De cardioloog is verantwoordelijk voor de schriftelijke overdracht.

In de schriftelijke overdracht staat vermeld:

- Dat er sprake is van een **SCHAKELCONSULT**. Bij een schakelconsult wordt de zorg voor de patient overgedragen aan de huisarts. Een schakelconsult leidt vanuit de huisartspraktijk tot de volgende acties:
 - De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het spreekuur binnen 3 maanden na het laatste polibezoek.
 - Indien sprake is geweest van een klinische opname legt de huisarts/POH/VS binnen 1 week een visite af.
 - Bij terminaal hartfalen wordt, nadat de patient door de cardioloog uitgebreid voorgelicht is, de huisarts telefonisch op de hoogte gebracht.
- Laatste meetwaarden (bloeddruk, gewicht, pols, ECG, laboratorium waarden)
- Huidige klachten.
- Leefstijladviezen.
- Huidige medicatie met dosering en indicatie.
- Hoe te handelen bij verslechtering van hartfalen.
- Welke controles (nierfunctie etc.) er wanneer nodig zijn.
- Contactpersoon in het ziekenhuis met bijbehorende contactgegevens voor de huisarts/POH indien terugverwijzen naar het ziekenhuis nodig is.

- Indien er sprake is van een elektronisch device, zoals bijv. CRT/D of ICD, vermelding van merk device, instellingen en contactgegevens pacemakertehnicus. (Bijv. voor het tijdig aanpassen van de tachytherapie (o.a. shock) in de palliatieve situatie, in principe zijn er geen aanpassingen nodig bij een pacemaker zonder ICD functie in palliatieve setting).
- Uiterlijk **3 weken na afronding/ontslag** vanuit de poli krijgt de huisarts **een brief** met alle diagnostische en therapeutische bevindingen.
- Binnen 3 maanden na het eerste polibezoek ontvangt de huisarts een brief.
- De cardioloog rapporteert minimaal jaarlijks over patienten die langer in zorg blijven, maar in ieder geval na belangrijke wijzigingen in beleid.

9. Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

Indien een huisartsenpraktijk beschikt over een POH of VS die geschoold is in hartfalenzorg, kan in onderling overleg tussen de patiënt, de huisarts en de desbetreffende POH of VS, afgesproken worden dat de POH of VS de periodieke controle van patiënten met stabiel en medicamenteus optimaal ingesteld hartfalen op zich neemt. Hierbij maakt de POH of VS gebruik van een adequaat rapportagesysteem (Huisartsen Informatie Systeem (HIS) of Keten Informatie Systeem (KIS)). Jaarlijkse controles van de patiënt worden door de huisarts verricht. De POH of VS geeft voorlichting over hartfalen, leefstijladviezen en zelfzorgitems, biedt hulp bij het aanvragen van voorzieningen en signaleert en begeleidt bij cognitieve, sociale en psychische problemen. De POH of VS heeft overleg met de huisarts over het beleid en kan bij acute problemen op elk moment met de huisarts in contact treden.

Er kan in sommige regio's gebruikt gemaakt worden van het hartpad, waarbij een hartfalenverpleegkundige vanuit de thuiszorg ingeschakeld wordt voor begeleiding direct na ontslag. Patient kan hiervoor, alleen in goed overleg met de huisarts, aangemeld worden.

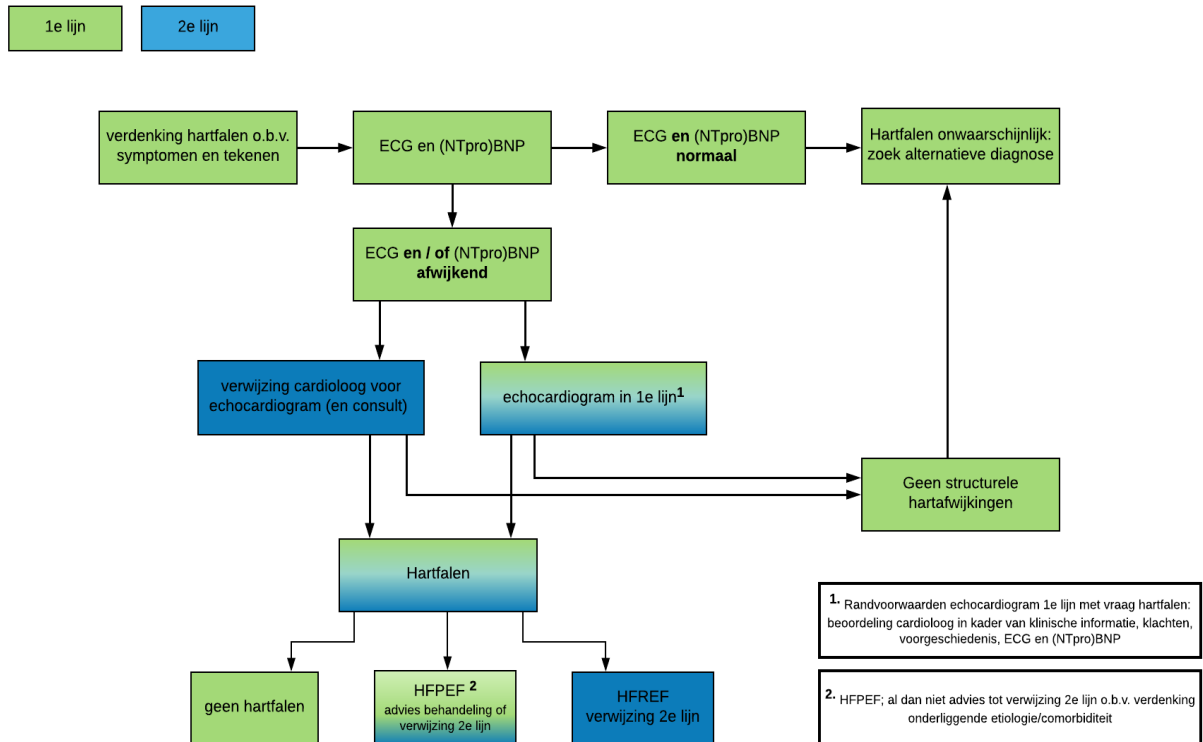
9.1 Geriatrische patiënt

Bij de oudere patiënt spelen naast het hartfalen vaak nog andere (medische) problemen. Denk aan cognitieve stoornissen, stemmingsstoornissen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, cerebrovasculaire aandoeningen en urine-incontinentie. De co morbiditeit en kwetsbaarheid heeft gevolgen voor de behandeling. Medicatie moet voorzichtig aangepast worden en veelal komt men uit bij lagere doseringen. Bij medische ingrepen zullen de baten en potentiële risico's individueel afgewogen moeten worden. Eventueel kan bij de begeleiding van de oudere patient de gespecialiseerd verpleegkundige van de thuiszorg een rol spelen.

10. Besprekingen: casuïstiek bespreking door cardioloog

De kaderhuisartsen, cardiologen, en hartfalenverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten hartfalen bieden gezamenlijk periodieke nascholing aan voor alle betrokkenen (huisartsen, POH's, hartfalenverpleegkundigen, doktersassistenten), inclusief casuïstiekbespreking.

Bijlage 1. Stroomdiagram verdenking chronisch hartfalen



Bijlage 2. Overzichtstabel etiologie / co morbiditeit hartfalen

Zoek naar etiologie

Aandacht voor comorbiditeit !

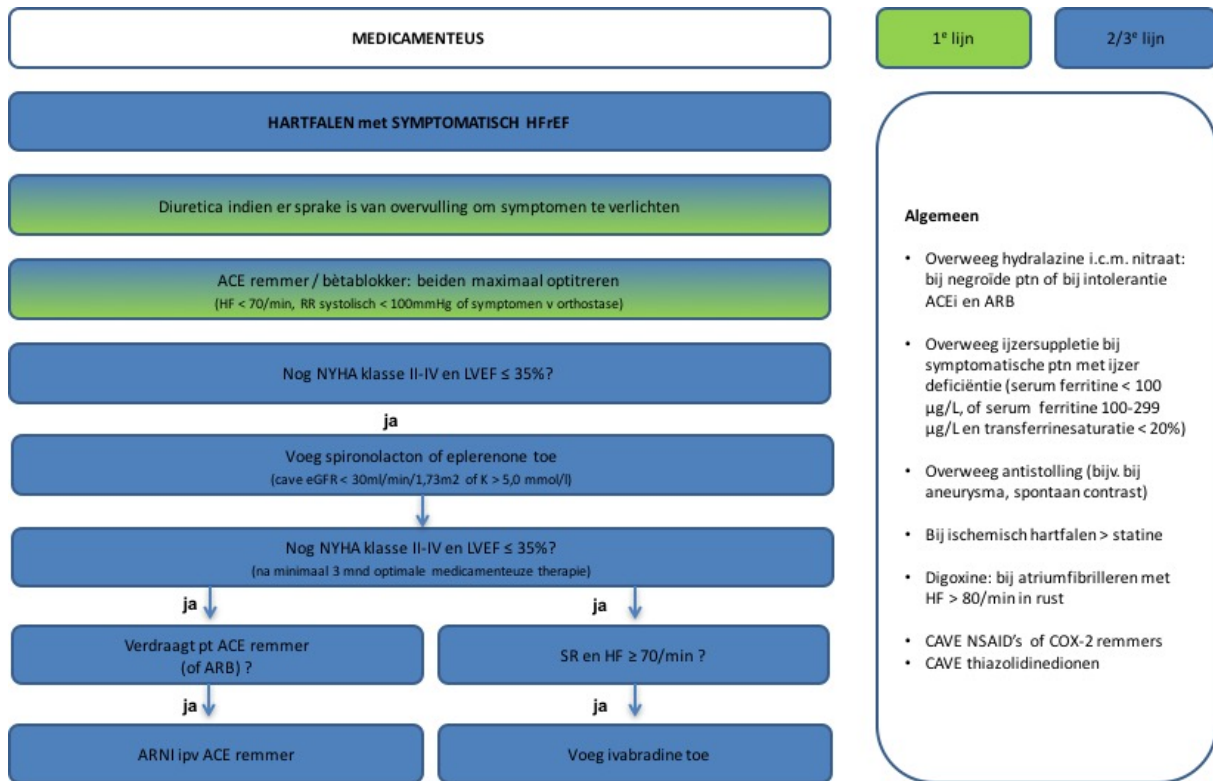
Cardiovasculair

- Ischemie
- Hypertensie
- Klepvitia
- Atriumfibrilleren/atriumflutter
- Diastolische dysfunctie
- Bradycardie
- Ventriculaire aritmie

Niet cardiovasculair

- Anemie
- OSAS
- COPD
- Nierinsufficiëntie
- Schildklierfunctiestoornis
- Diabetes mellitus
- IJzergebrek
- Intoxicaties

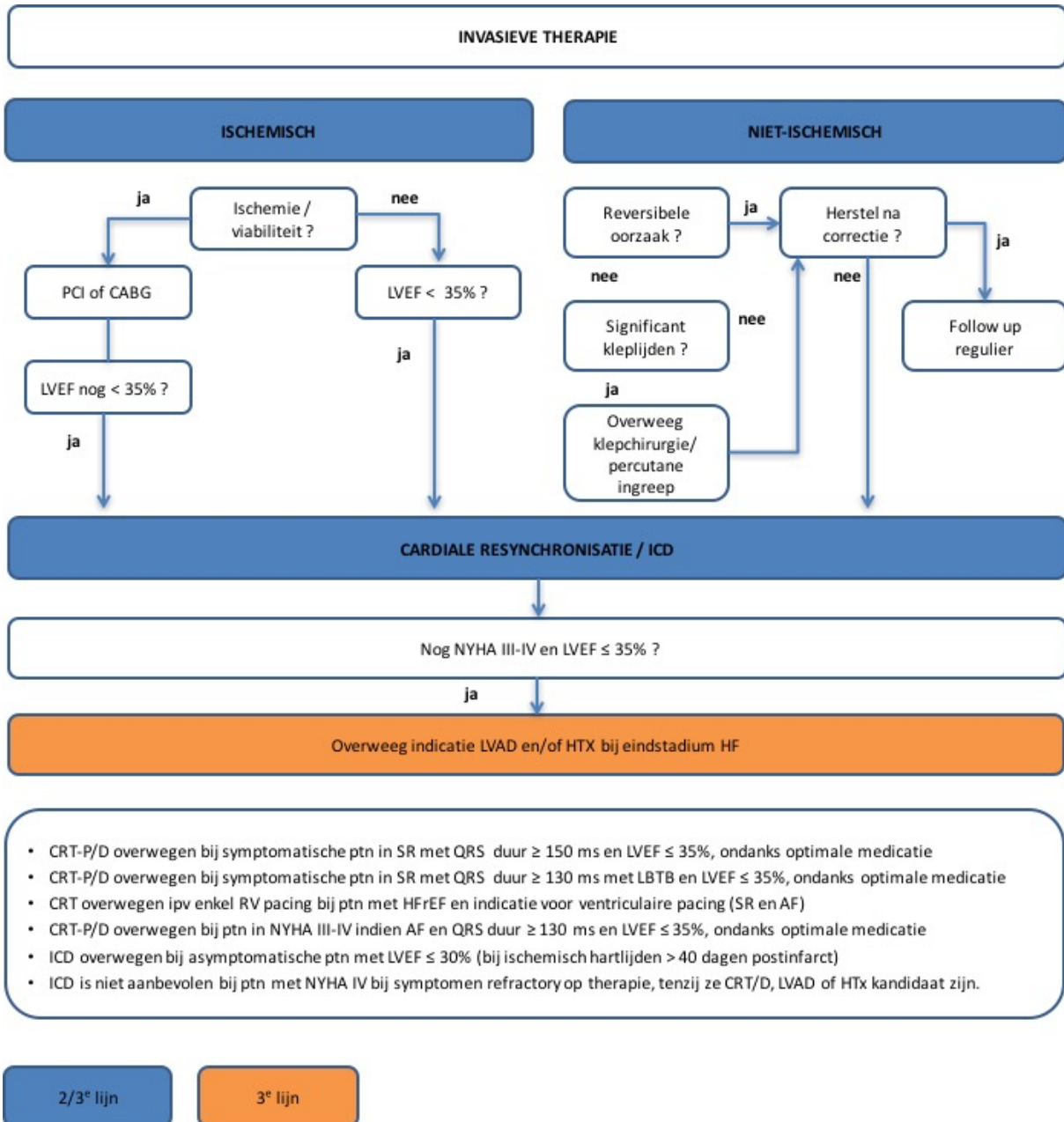
Bijlage 3. Stroomdiagram medicamenteuze behandeling van hartfalen met verminderde ejectiefractie



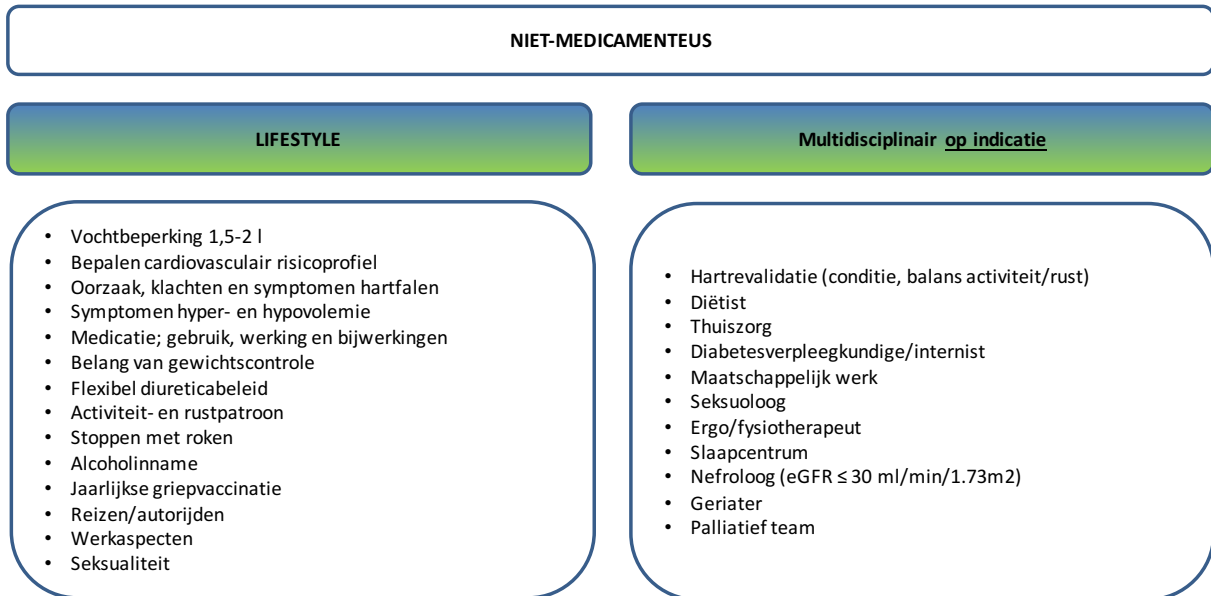
*NB; in de European Society of Cardiology Guidelines heart failure 2016 wordt tevens onderscheid gemaakt in hartfalen met midrange LV functie (HFmrEF, LVEF 40-49%).

Aangezien deze categorie (nog) niet vermeld is in de LTA of de NHG-standaard hartfalen én omdat er nog weinig bewijsvoering is voor de behandeling van deze categorie, hebben we dit voor de overzichtelijkheid in deze RTA 2018 buiten beschouwing gelaten

Bijlage 4. Stroomdiagram invasieve behandelingsmogelijkheden van hartfalen met verminderde LVEF



Bijlage 5. Overzicht niet-medicamenteuze behandeling/begeleiding hartfalen.



Bijlage 6. Lijst contactpersonen ziekenhuizen

Albert Schweitzer Ziekenhuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m do, 8.30 – 16.30u

Telnr: 078-6542257

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. L. Verhoeven, Mw. H. Trossèl, Mw. K. Glorioso

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. M.W.F. van Gent

Erasmus Medisch Centrum

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.30 – 16.00u

Telnr: 010- 7035078, b.g.g. 06-38063276

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. Y. Hendriksma, Mw. L. Emilsdottir, Mw. L. Oudakker

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. J.J. Brugts, Dr. K. Caliskan, Dr. A.C.

Constantinescu, Dr. O.C.Manintveld

Franciscus Gasthuis/Vlietland

Locatie Franciscus Gasthuis, Rotterdam

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 16.00u

Telnr: 010-4616911

hartfalenpoli@franciscus.nl

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. B. Sonneveld, Mw. N. Slingeland

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. B. van Dalen

Locatie Franciscus Vlietland, Schiedam

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 16.00u

Telnr: 010-8931225

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. F. Van Vliet, Mw. M. Heijkoop, Mw. S. van Toorn

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dhr. H. Werner

IJsselland Ziekenhuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.30 – 16.30u

Telnr: 010-2585581

hartfalen@ysl.nl

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. R. Hofman, Mw. F. Walker

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dhr. Th.G.M. van Delft

Ikazia Ziekenhuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 9.30u en 15.30-16.30u

Telnr: 010-2975599 (direct telnr)

hartfalenpoli@ikazia.nl

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. E. v. Alphen, Mw. A. de Waard, Dhr. M. v. Oort, Mw.

K. Messemaker

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. M. Emans, Dr. L. Klieverik

Maasstad Ziekenhuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 16.30u

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. R. van der Velde-Schouten, Mw. J. Hoek-Verschoor, Mw. J. Ras-van Benthem

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Mw. C. van de Meerendonk-Sahtoe

Spijkenisse Medisch Centrum

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma, di, wo en vrij, 8.30 – 16.30u

Telnr: 018-1658332

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. P. Middelburg-Poldervaart, Mw. L. den Hartog

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. L. Klieverik

Van Weel Bethesda ziekenhuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.30 - 16.00u

Telnr: 0187-607150 (via polikliniek cardiologie)

Hartfalenverpleegkundigen: Mw. P. van Veen

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen: Dr. K.W. Wu

Bijlage 7. Overdrachtsformulier Hartfalen tussen 2^e en 1^e lijn

Personalia

Hier sticker plakken

Medicatie

Zie bijgevoegde medicatielijst

Reden terugverwijzing

Afspraken met patiënt

Omcirkel wat van toepassing is

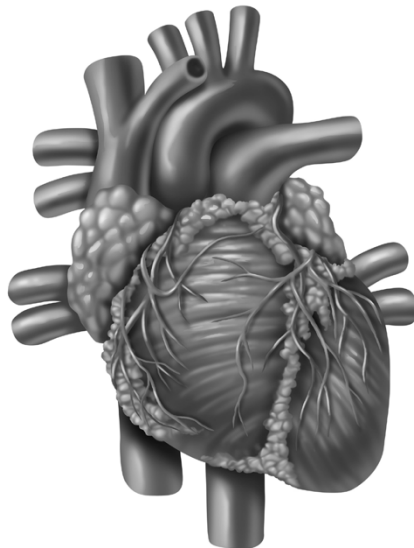
- Wel/ Niet reanimeren beleid
- Wel/ geen ziekenhuisopname
- Patiënt/ familie zijn volledig op de hoogte van prognose/ verdere afspraken
- ICD is uitgezet/ niet uitgezet/ niet aanwezig
- Gesproken over euthanasie/ palliatieve sedatie/ bewustzijn verlagende medicatie/ weefseldonatie/

Eventuele toelichting



Wensen voor het leven in de laatste fase bij hartfalen

Patiënteninformatie



De cardioloog heeft er met u over gesproken dat er met een andere behandeling voor uw hartfalen wordt begonnen gericht op verlichting van symptomen en kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Samen heeft u besloten om daarom in principe af te zien van verdere behandeling in het ziekenhuis.

Uw cardioloog zal uw huisarts hiervan op de hoogte brengen en de zorg daarbij overdragen. In de thuissituatie neemt uw huisarts, in samenwerking met de medewerkers van de thuiszorg, de begeleiding over. Uw huisarts en de thuiszorg besteden aandacht aan uw lichamelijke klachten, zoals pijn of benauwdheid. Ook is er aandacht voor uw zorgen en verdriet. En voor vragen die bij u opkomen door het naderende afscheid. Uw cardioloog heeft met u gesproken over wat niet-reanimeren inhoudt.

Niet reanimeren-beleid

De cardioloog heeft met u gesproken over wel of niet reanimeren. Het is belangrijk dat uw familie en overige zorgverleners van uw wensen op dat gebied op de hoogte zijn. Uw cardioloog zal uw huisarts op de hoogte brengen. Uw huisarts zal de huisartsenpost en overige zorgverleners hierover informeren. In geval van nood kunt u het beste uw huisarts of buiten kantoor tijden de huisartsenpost bellen. Mocht uw familie in geval van nood toch 112 bellen, dan is het verstandig als uw familie/naasten direct aangeven dat u te kennen heeft gegeven dat u wel of niet gereanimeerd wilt worden.

ICD uitzetten

Behalve de wens om niet te reanimeren in geval van een hartstilstand, kunt u met uw cardioloog ook afspraken hebben gemaakt over en, indien van toepassing, het uitschakelen van de ICD (implanteerbare cardioverter defibrillator). Steeds meer mensen met hartfalen hebben tenslotte een ICD, die een elektrische shock afgeeft bij levensbedreigende ritmestoornissen. Om tijdens en na het overlijden, onnodige en onaangename shocks te voorkomen, kan de shockfunctie van de ICD worden uitgeschakeld. Dit gebeurt door uw cardioloog of pacemakertechnicus met behulp van de programmer, die ook voor de technische controles wordt gebruikt.

Het uitzetten van de ICD-shockfunctie gebeurt bij voorkeur in een stadium waarin u nog mobiel bent en zelf naar het ziekenhuis kunt gaan. In noodgevallen kan deactivatie plaatsvinden op een andere locatie na overleg tussen uw huisarts en uw cardioloog in het ICD- centrum.

Overigens zal de pacemakerfunctie van uw ICD niet worden uitgezet, omdat dit een toename van klachten zou kunnen geven. En dat is uiteraard niet wenselijk.

Graag informeren wij u nu alvast over het feit dat de begrafenisondernemer na uw overlijden de ICD of pacemaker zal verwijderen. Dit om milieuschade te voorkomen.

Wat kan ik zelf doen bij eventuele toename van klachten?

Bij de diagnose hartfalen heeft u leefstijladviezen gekregen. Om de kwaliteit van leven zoveel mogelijk te waarborgen, is het van belang dat u zich zo goed mogelijk aan deze leefstijladviezen houdt. Wij adviseren u om goed rekening te houden met uw beperkingen en een goede balans proberen te vinden tussen rust en activiteit.

Zout beperkt dieet

Bij hartfalen ontstaan klachten door het vasthouden van vocht. Om deze klachten te voorkomen, hebt u een zout beperkt dieet gekregen tijdens de behandeling van hartfalen. U kunt overwegen om het zout beperkte dieet om te zetten in een wensdieet.

- Is uw eetlust normaal, dan kunt u te veel zout binnen krijgen en meer vocht vast gaan houden. Het gevolg kan zijn dat uw klachten toenemen en de kwaliteit van leven afneemt. In dat geval is het verstandig om het zout beperkte dieet te blijven volgen.
- Hebt u weinig eetlust dan kunt u zonder problemen overgaan op een wensdieet en meerdere kleinere maaltijden per dag gebruiken. U kunt dan ook volle producten gebruiken in plaats van halfvolle
- Hebt u last van misselijkheid door leverstuwung, dan kunt u meerdere kleinere porties per dag nuttigen.
- U kunt via de huisarts de hulp van een diëtist inroepen.

Vochtbeperking

Bij de behandeling van hartfalen hebt u een vochtbeperking gekregen. Vaak is dit anderhalf tot twee liter. Mensen met hartfalen hebben vaak veel dorst. Extra vochttoediening maakt dat u misschien meer klachten krijgt door het vasthouden van vocht in uw lichaam. Mogelijk helpen de volgende tips:

- Het meerdere malen per uur de mond bevochtigen of spoelen kan de klachten enigszins verlichten.
- Zuigen op ijsklontjes met citroen, kauwgom gebruiken, koud drinken of water met citroen zijn andere tips om wat minder dorst te hebben.
- Het is belangrijk om niet te zoet of te gekruid te eten, omdat u hier weer meer dorst van kunt krijgen.
- Als uw klachten over een droge mond samenhangen met medicijnen (met name door het gebruik van sterke pijnmedicatie, zoals bijvoorbeeld morfine), kan in overleg met uw huisarts, gekeken worden of er andere medicijnen voor u zijn.
- Een goede mondverzorging kan ook verlichting van klachten geven.

Stijging van uw lichaamsgewicht door vasthouden van vocht.

Omdat uw hart slecht werkt, kunt u vocht vasthouden en zullen uw klachten toenemen. U kunt vocht vasthouden in uw longen, benen en buik.

- Het eerste waar u aan merkt dat u vocht vasthoudt, is het stijgen van uw lichaamsgewicht. Uw gewicht kan per dag met één kilo of meer gaan stijgen. Het is belangrijk om elke dag op hetzelfde tijdstip te wegen.
- Mocht uw gewicht in een of twee dagen twee tot drie kilo stijgen en krijgt u last van meer klachten zoals benauwdheid, dikke, pijnlijke buik of dikke benen dan neemt u twee dagen een extra plastablet furosemide (= lasix) of bumetanide (= burinex).
- Stijgt het gewicht in een week twee tot drie kilo en krijgt u meer last van klachten, dan neemt u ook twee dagen een extra furosemide (= lasix) of bumetanide (= burinex).
- Als hierdoor uw gewicht niet afneemt, neemt u contact op met uw huisarts.

Acute kortademigheid of benauwdheid

Belangrijk is te weten dat er in geval van acute benauwdheid weinig kans bestaat om te stikken. Als u ontslagen wordt uit het ziekenhuis, krijgt u een recept voor noodmedicatie. Het is belangrijk dat deze medicijnen bij u thuis zijn als u thuiskomt en dat uw familieleden, uw huisarts en medewerkers van de thuiszorg ervan op de hoogte zijn dat u de noodmedicatie in huis heeft. Bij problemen kunt u er gebruik van maken. Mocht u thuis acuut kortademig of benauwd worden, doe dan het volgende:

- Probeer rustig te blijven.
- Ga goed rechtop zitten met de benen naar beneden.

- Neem een plastablet en spuit nitrospray onder de tong of leg een tablet isordil onder de tong.
- Bel het spoednummer van uw huisarts of de huisartsenpost als de klachten onverminderd aanhouden. Samen kunt u dan verder kijken wat er gedaan moet worden.
- Verlicht klachten van moeheid en benauwdheid met morfine.

Meer informatie

Voor vragen kunt u terecht bij uw huisarts of uw zorgverlener van de thuiszorg. Daarnaast is aanvullende informatie te vinden op:

- www.hartstichting.nl
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl

Bijlage 9. ICD in de laatste levensfase

Hierbij verwijzen wij naar de richtlijn “ICD/pacemaker in de laatste levensfase” van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie:

<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/153/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>