

Regionale Transmurale Afspraak Hartfalen Utrecht

Deelnemende partijen

De RTA wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

Bijbehorende documenten:

Deze RTA is gekoppeld aan de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening.

Status: Werkdocument	Looptijd: 2 jaar	Eigenaar:	Beheerder: Platform transmurale zorg
Versie: Versie: 12.0			
Wijze van publicatie: Zorgdomein, websites partijen	Evaluatiedatum: {na één jaar}	Verantwoordelijke: Voorzitter kaderartsen zorggroepen	E-mailadres contactpersoon: MHollander@lrjg.nl

Doelstelling

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht en is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening. 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.

Hieronder volgt de RTA hartfalen die richtlijnen geeft voor de samenwerking tussen huisartsen en cardiologen bij de:

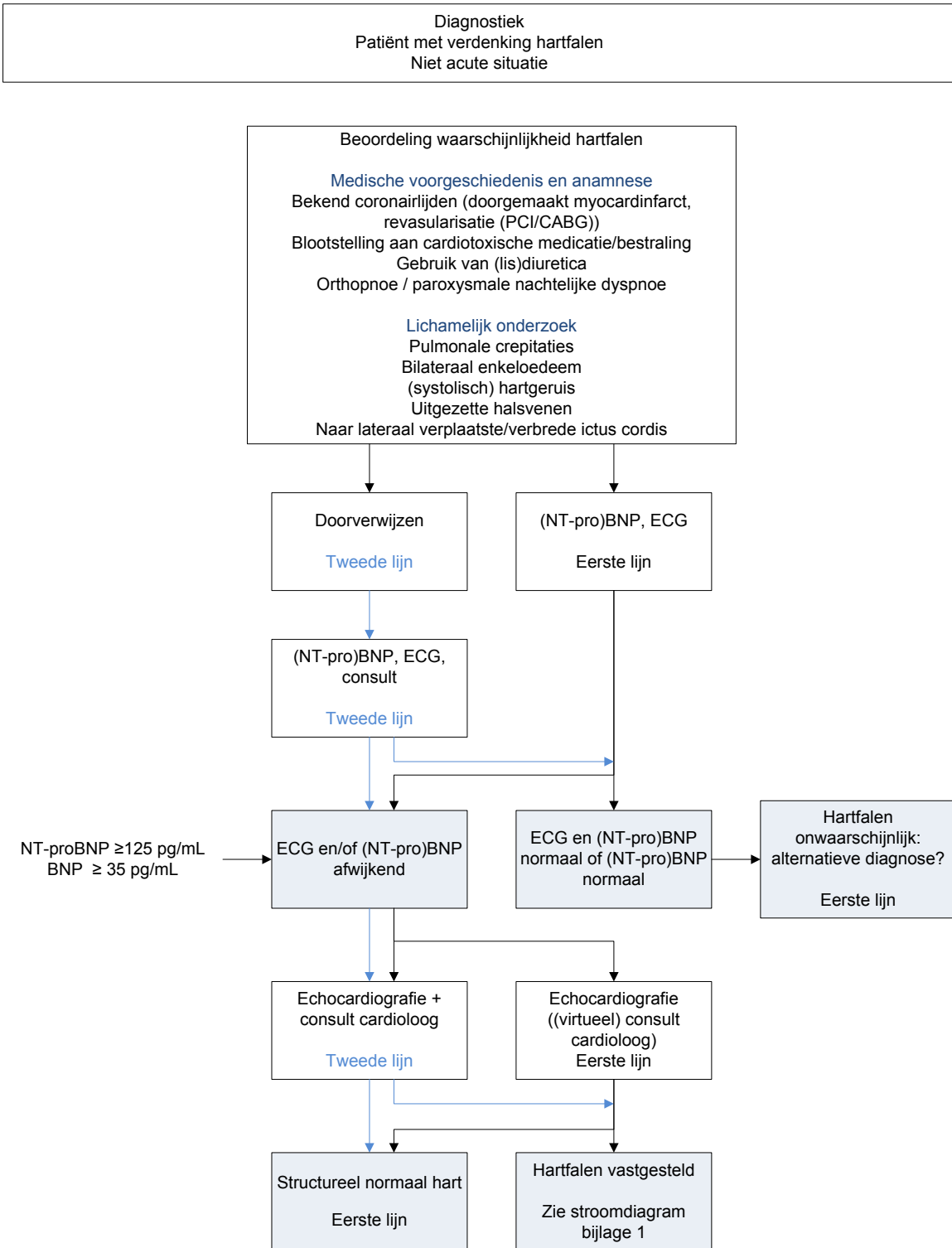
- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Consultatie;
- Verwijzen en terugverwijzen van patiënten;
- Berichtgeving over patiënten.
- Evaluatie RTA hartfalen

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

Bijlagen

- Bijlage 1. Stroomdiagram RTA hartfalen behandeling en terug verwijzing
- Bijlage 2. E-health bij hartfalen
- Bijlage 3. Contactpersonen
- Bijlage 4. HASP richtlijnen voor berichtgeving

Diagnostiek



Figuur 1. Stroomdiagram diagnostiek patiënt verdenking hartfalen in een niet acute situatie

Wanneer op basis van de klachten van de patiënt de huisarts hartfalen vermoedt, wordt een (elektrocardiogram) ECG gemaakt en wordt (NT-pro)BNP bepaald.

Wanneer het ECG en (NT-pro)BNP beiden 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, dan bespreekt de huisarts met de patiënt de noodzakelijke aanvulling van de diagnostiek met echocardiografie. Dit kan door middel van verwijzing naar de cardioloog, maar ook door een 'open-access' voorziening zoals via een diagnostisch centrum. Het echocardiogram dient te worden gemaakt door een hartfunctielaborant met specialisatie echocardiografie en door een cardioloog gesuperviseerd en beoordeeld te worden. De uitkomst is het bevestigen of uitsluiten van hartfalen en eventueel onderliggend of bijkomend cardiaal lijden en een voorstel tot behandeladvies. Indien op het echocardiogram een structureel en functioneel normaal hart wordt gezien, dan is hartfalen onwaarschijnlijk en kan verder onderzoek naar een alternatieve diagnose door de huisarts in gang worden gezet.

De rol van de huisarts bij de diagnostiek

- ECG/(NT-pro)BNP: Deze kunnen zowel in de eerste als tweede lijn worden uitgevoerd.
- Indien bovengenoemde onderzoeken verricht zijn in de eerste lijn en het (NT-pro)BNP verhoogd is, dan kan de huisarts een echocardiogram aanvragen. Dit kan 'open access' en door verwijzing naar de cardioloog. 'Open access' is echocardiografie op verzoek van de huisarts, waarbij het echocardiogram wordt gemaakt door een getrainde echolaborante en beoordeeld door een cardioloog. (In dit RTA wordt deze laatst genoemde methode geschaard onder de eerste lijn).
- Echocardiografie in de eerste lijn:
 - De huisarts vult het "aanvraagformulier echocardiografie" volledig in, inclusief vraagstelling, medische voorgeschiedenis, huidige medicatie, (NT-pro)BNP uitslag en voegt een kopie van het gemaakte ECG toe.
- Echocardiografie in tweede lijn:
 - De patiënt wordt via zorgdomein doorverwezen voor een cardiologisch consult.

De rol van de cardioloog bij de diagnostiek

Diagnostiek in eerste lijn

Indien de huisarts gebruik maakt van open access, ook wel “virtueel cardiologisch consult” genoemd, dan wordt het echocardiogram in een eerstelijns diagnostische faciliteit uitgevoerd. Voor de interpretatie en het geven van een advies door een cardioloog (t.a.v. behandeling of voor nadere cardiologische diagnostiek) is het cruciaal dat de huisarts de aanvraag compleet invult.

De conclusie van het echocardiografieverslag omvat minimaal:

- De waarde van de linker ventrikel ejectiefractie (LVEF); LVEF <40% past bij hartfalen met verminderde ejectiefractie, LVEF 40-50% past bij hartfalen met mid-range hartfalen. Een LVEF >50% is normaal en past alleen bij hartfalen met behouden ejectiefractie indien er andere echocardiografische afwijkingen zijn die passen bij verhoogde linker ventrikel vullingsdrukken (verhoogde e/e' en linker atrium volumevergroting) en concentrische remodeling (verdikte linker ventrikel wanden). Atriumfibrilleren bemoeilijkt de interpretatie van het echocardiogram.
- In geval van (waarschijnlijk) hartfalen, de vermoedelijke oorzaak (of oorzaken)
- Klinisch relevant kleplijden
- Andere van belang zijnde hartafwijkingen, inclusief mogelijke oorzaken voor het hartfalen.

Het behandeladvies bevat:

- Een procedure voorstel voor wel/geen verdere diagnostiek of behandeling door de cardioloog aan de huisarts.

Diagnostiek in tweede/derde lijn

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 starten 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.

Behandeling hartfalen

Medicatie

Start en optitratie van hartfalenmedicatie wordt gedaan door, of onder supervisie van, de behandelend arts (cardioloog of huisarts). Klachten zoals kortademig en verminderd

vermogen bij inspanning en enkeloedeem ontstaan door overvulling en dienen met lisdiuretica behandeld te worden. Behandelbare oorzaken voor het hartfalen dienen eveneens behandeld te worden.

Bovenstaande geldt voor zowel hartfalen met verminderde, mid-range als behouden ejectiefractie.

Hartfalen met een verminderde ejectiefractie (LVEF<40%)

De behandeling bestaat uit lisdiuretica bij tekenen van overvulling (en mindering of tijdelijk stoppen bij weer euvoemie). Gestart wordt met een ACE-remmer (en indien deze niet verdragen wordt een angiotensine blokker) en een bètablokker. Met een lage dosering beginnen en iedere twee weken optitreren (“start low, go slow”). Vervolgens spironolacton of eplerenone indien de LVEF <35% was. Deze stappen kunnen gezet worden door een huisarts deskundig op het gebied van hartfalen of door de cardioloog. Alle verdere stappen die daarna nodig zijn worden door de cardioloog gezet, inclusief de overweging tot resynchronisatietherapie (CRT) en ICD.

Hartfalen met een behouden ejectiefractie (LVEF>50%)

Deze behandeling kan door de huisarts geschieden en bestaat uit lisdiuretica bij tekenen van overvulling (en mindering of tijdelijk stoppen bij weer euvoemie). Er is geen duidelijke mortaliteits-verminderende medicatie voor deze patiënten. De bloeddruk dient adequaat behandeld te worden.

Hartfalen met mid-range ejectiefractie (LVEF 40-50%)

De behandeling hiervan is nog onduidelijk. In ieder geval conform hartfalen met behouden ejectiefractie, maar er zijn ook sterke aanwijzingen dat een Mineralocorticoid Receptor Antagonist (MRA), bètablokker en ACE-remmers/ARBs het aantal ziekenhuisopnames voor hartfalen kan verminderen en mogelijk ook de mortaliteit.

Voorlichting

Voorlichting over hartfalen, het belang van de behandeling, het aandeel van zelfzorg en de noodzaak van het bewaken van het lichaamsgewicht (dagelijks/vaak wegen) wordt gestart door de behandelend arts. 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 ook 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.

Voor meer informatie over hartfalen en gerelateerde onderwerpen kan de patiënt verwezen worden naar: www.heartfailurematters.org/nl_NL , www.hartstichting.nl, www.hartenvaatgroep.nl, www.hartwijzer.nl en www.thuisarts.nl

Begeleiding patiënt met hartfalen door praktijkondersteuner huisarts (POH)

Indien een huisartsenpraktijk beschikt over een POH die geschoold is in hartfalenzorg, kan in onderling overleg tussen de patiënt, de huisarts en de desbetreffende POH, afgesproken worden dat de POH de periodieke controle van patiënten met stabiel en medicamenteus optimaal ingesteld hartfalen op zich neemt. Hierbij maakt de POH 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 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 heeft overleg met de huisarts over het beleid en kan bij acute problemen op elk moment met de huisarts in contact treden.

E-health

Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten van hartfalen verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen met betrekking tot het inpassen van leefregels in zijn leven en het vroegtijdig signaleren van klachten of verschijnselen die passen bij verslechtering van hartfalen en om hierop actie te ondernemen. Het belang van het optimaliseren van de kennis van patiënt, maar ook diens mantelzorgers over hartfalen is belangrijk. E-health kan hierbij een rol spelen. Zie voor meer informatie over e-health bijlage 2.

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 comorbiditeit 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. De balans zal makkelijker doorslaan naar conservatieve behandeling.

Palliatieve zorg

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 met de hartfalenverpleegkundige/verpleegkundig specialist hartfalen 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, CRT of 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.

Consultatie

De huisarts kan de cardioloog om consultatie vragen: dit gaat veelal over diagnostiek en behandelopties. De cardioloog kan ook de huisarts consulteren over niet-cardiale comorbiditeit en informatie over de context van de patiënt. Bij de eerste vorm van consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar'. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Bij de beslissing van consulteren dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het eventuele effect van de interventie op de lange termijn en de co-morbiditeit. Consultatie kan eventueel elektronisch.

Consultatie van hartfalenverpleegkundige (tweede lijn) door POH/huisarts

Ook bij deze consultatie blijft de huisarts hoofdbehandelaar. Dit kan eventueel elektronisch.

Besprekingen: casuïstiek bespreking door cardioloog

De kaderhuisartsen, cardiologen, en hartfalenverpleegkundigen/verpleegkundig specialisten hartfalen bieden gezamenlijk tweejaarlijks nascholing aan voor alle betrokkenen (huisartsen, POHs, hartfalenverpleegkundigen), inclusief casuïstiekbespreking.

Verwijzing

Onder verwijzen wordt verstaan: 'het overdragen van de behandeling door de huisarts aan de medisch specialist'. De medisch specialist wordt hoofdbehandelaar totdat deze weer terugverwijst naar de huisarts. Bij de beslissing van (terug)verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en eventuele cardiale en niet-cardiale co-morbiditeit. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Zie voor de schematische weergave bijlage 1.

Verwijzing door huisarts naar cardioloog

Een verwijzing van een patiënt waarbij hartfalen is vastgesteld naar de tweede lijn, is gewenst indien:

- 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)

In de verwijzing staat duidelijk vermeld:

- Welke onderzoeken er de afgelopen tijd zijn gedaan
- Wat de vraagstelling is aan de cardioloog

Terug verwijzing van cardioloog naar huisarts

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

In de schriftelijke overdracht staat vermeld:

- 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 medicatie eventueel nog aangepast moet worden
- Welke controles (nierfunctie etc.) er wanneer nodig zijn
- Contactpersoon in het ziekenhuis met bijbehorende contactgegevens voor de huisarts/POH indien terug verwijzen naar het ziekenhuis nodig is.

In ieder geval terug verwijzing naar de eerste lijn:

- Iedereen met hartfalen met behouden ejectiefractie, tenzij bijkomende cardiologische pathologie dit niet toelaat
- Wanneer de behandeling geoptimaliseerd is, inclusief eventuele behandeling van de oorzaak van het hartfalen. Het hoofdbehandelaarschap voor hartfalen gaat dan naar de huisarts en bij bijkomende relevante cardiologische pathologie blijft de patiënt voor de bijkomende relevante cardiologische pathologie (dus geen hartfalen) onder controle van de cardioloog
- Wanneer een patiënt in de terminale fase van het hartfalen geraakt en er geen zinvolle behandeling in het ziekenhuis mogelijk is.

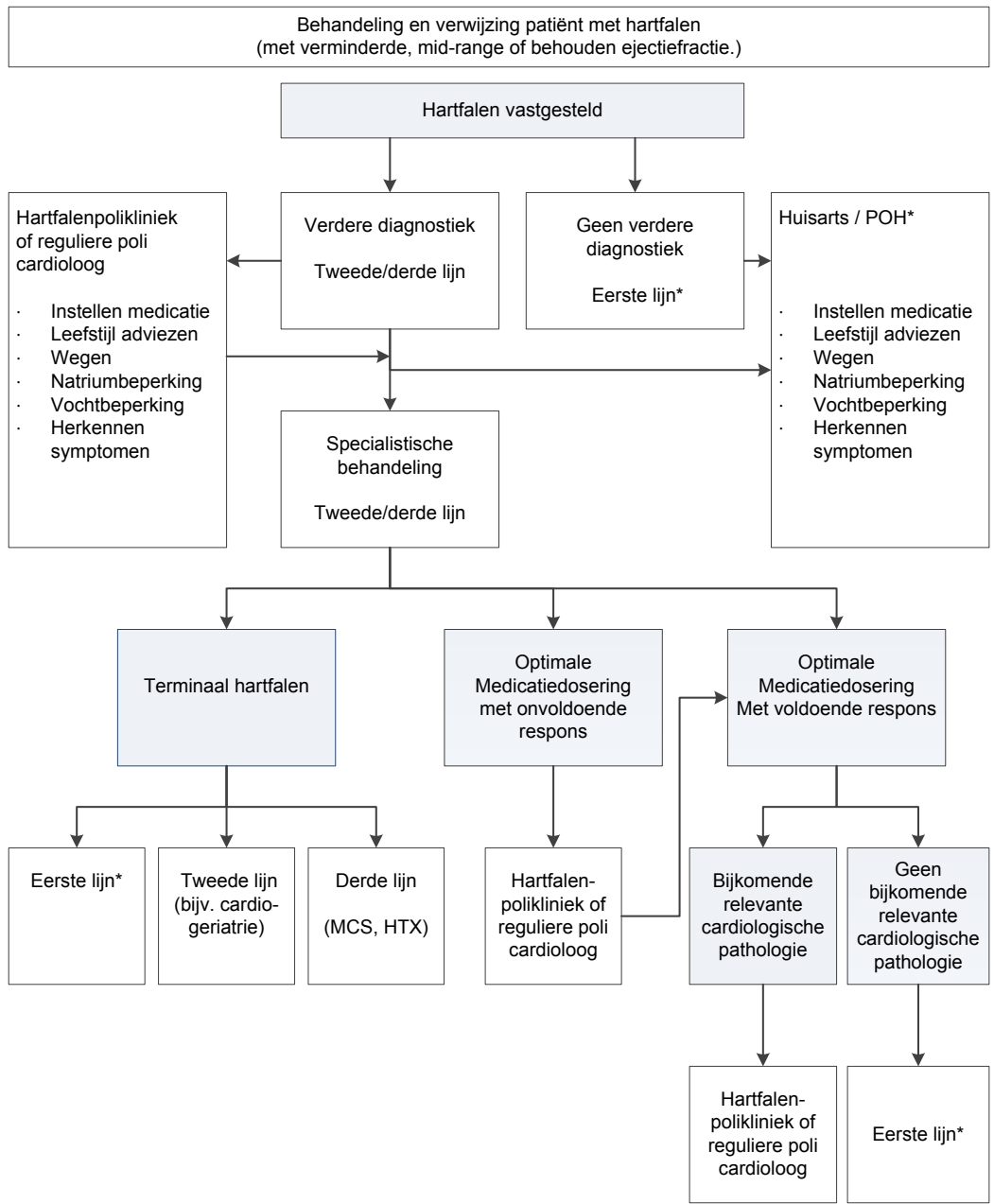
Berichtgeving

Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.
Zie bijlage 4 HASP richtlijnen voor berichtgeving.

Evaluatie RTA hartfalen

Elke twee jaar wordt de RTA hartfalen door de betrokken partijen geëvalueerd op onderwerpen als organisatie van scholing en casuïstiek bespreking, overdracht van behandeling, gebruik e-health. Voor de evaluatie van e-health zie:
www.nvvc.nl/media/richtlijn/202/Samenwerkingsafspraken_en_kwaliteitscriteria_telebegeleiding_hartfalen_DEF.pdf

Bijlage 1 Stroomdiagram behandeling hartfalen en terug verwijzing



* Mogelijkheid tot consulteren tweede/derde lijn; Indien geen of onvoldoende respons is op de ingestelde therapie tijdelijk terugverwijzen naar tweede/derde lijn; Indien de patiënt naast hartfalen bijkomende/nieuwe cardiologische pathologie heeft tijdelijk terugverwijzen naar de tweede/derde lijn

HTX: harttransplantatie, MCS: Mechanical Circulatory Support/steunhart, POH: praktijkondersteuner huisarts

Bijlage 2. E-health bij hartfalen

Inleiding

De verwachting is dat het aantal patiënten met hartfalen in Nederland tot 2040 zal toenemen. De kwaliteit van leven kan door de symptomen van hartfalen sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het inpassen van leefregels in zijn leven en het vroegtijdig signaleren van symptomen van verslechtering van hartfalen en hier acties op ondernemen. Het belang van het optimaliseren van de kennis van patiënten en diens mantelzorgers over hartfalen gerelateerde onderwerpen is hierbij evident.

Voor patiënten met hartfalen zijn er diverse vormen van e-health ontwikkeld; deze voorzien in het op afstand monitoren van voor de individuele patiënt relevante fysiologische parameters en symptomen van hartfalen (telemonitoring) en/of relevante leefstijlparameters en informatieverstrekking (tele-educatie). Hiermee krijgen patiënten met hartfalen de middelen aangereikt om het breed gedragen concept van zelfmanagement te vergroten.

Criteria eHealth

Alle patiënten met hartfalen in de eerste en tweede/derde lijn kunnen gebruik maken van tele-educatie. Patiënten met hartfalen die in aanmerking komen voor telemonitoring zijn:

- Patiënten met recent gediagnosticeerd hartfalen
- Patiënten na (her)opname voor exacerbatie hartfalen
- Patiënten met exacerbatie hartfalen waarvoor wijzigingen in medicatie (lisdiuretica, MRA, thiazidediuretica)
- Patiënten nog niet ingesteld volgens de ESC richtlijn op hartfalen medicatie
- Angstige en/of onzekere patiënten met symptomen van hartfalen (dus NYHA klasse II of hoger)
- Patiënten die hulp nodig hebben bij het vroegtijdig signaleren van symptomen van verergering van hartfalen

Duur telemonitoring

Patiënten met hartfalen die in aanmerking komen voor telemonitoring kunnen tot 9 maanden per keer hiervan gebruik maken. Na deze 9 maanden wordt door zorgverleners en patiënt geëvalueerd of voortzetting noodzakelijk is. De patiënt kan dan nog wel gebruik maken van het forum en patiëntenvoorlichting in het systeem echter niet meer van de telemonitoringsmogelijkheden (zoals weegschaal, bloeddrukmeter e.d.). Telebegeleiding moet ingebed zijn in het transmurale zorgpad hartfalen, waarvan een hartfalenpolikliniek een onderdeel is. Wanneer een patiënt

bijvoorbeeld verhuist van tweede naar eerste lijn ,of vice versa, verhuist het systeem waar nodig mee.

Onderzoek

De regio benadrukt het belang van wetenschappelijk onderbouwd onderzoek naar de effecten van e-health bij hartfalen op onder meer de Patient Reported Outcomes Measures, zoals kwaliteit van leven, mate van zelfmanagement en tevredenheid en uitkomsten als zorgconsumptie, (her)opnames en veiligheid. De regio sluit hierin aan bij de landelijke onderzoeksopzet van de werkgroep 'Telebegeleiding bij hartfalen'.

Zie ook het document 'Samenwerkingsafspraken en kwaliteitscriteria bij invoeren telebegeleiding bij hartfalen in Nederland' via www.nvvc.nl te raadplegen.

Bijlage 3. Stuurgroep

Huisartsen

G. Daggelders, kaderhuisarts hart- en vaatziekten De Bilt

M. Prinssen, kaderhuisarts hart- en vaatziekten Huisartsen Utrecht Stad

M. Hollander, kaderhuisarts hart- en vaatziekten Leidsche Rijn Julius GZC

UMC Utrecht

F.W. Asselbergs, cardioloog

M.J. Cramer, cardioloog
M. Brons, verplegingswetenschapper cardiologie
F. Baars, projectmanager zorginnovatie

Diakonessenhuis Utrecht

H.J. Houtgraaf, cardioloog
D. Engelen, cardioloog
M. Aertsen, verpleegkundig specialist hartfalen

St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein: 088-3203200 24-uurs huisartsenlijn

R.M. van Tooren, cardioloog
J.C. Kelder, arts/epidemioloog/supervisor hartfalenpolikliniek

Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

J. Smits, cardioloog

Schrijfgroep RTA hartfalen regio Utrecht

F.W. Asselbergs, cardioloog, UMC Utrecht
F. Baars, projectmanager zorginnovatie, UMC Utrecht
M. Brons, verplegingswetenschapper cardiologie, UMC Utrecht
M. Hollander, kaderhuisarts hart- en vaatziekten Leidsche Rijn Julius GZC

Geraadpleegde deskundige:

F.H. Rutten, huisarts, associate professor huisartsgeneeskunde, UMC Utrecht

Bijlage 4: HASP richtlijnen voor berichtgeving

NHG HASP richtlijn:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/richtlijn_hasp_0.pdf

Samenvattingskaart huisarts:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/samenvattingskaartje_ha_0.pdf

Samenvattingskaart specialist:

www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/samenvattingskaartje_specialist_0.pdf