

# **Regionale transmurale afspraken (RTA) chronisch hartfalen**

## **Regio Zuid-Holland Noord**

Versie: mei 2021  
Vraag of foutje gezien?: [info@knooppuntketenzorg.nl](mailto:info@knooppuntketenzorg.nl)

## **Inhoudsopgave**

Inleiding .....	3
Protocol 1 Connect Hartfalen: Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen .....	4
Protocol 2 Connect Hartfalen: Diagnostiek en medicamenteuze behandeling in 2 <sup>e</sup> lijn .....	5
Protocol 3 Connect Hartfalen: Invasieve behandeling van hartfalen .....	7
Protocol 4 Connect Hartfalen: Terugverwijzen van patiënten met hartfalen .....	8
Protocol 5 Connect Hartfalen: Stappenplan palliatieve fase hartfalen .....	11
Werkprotocol chronisch hartfalen huisarts en POH .....	18

## **Inleiding**

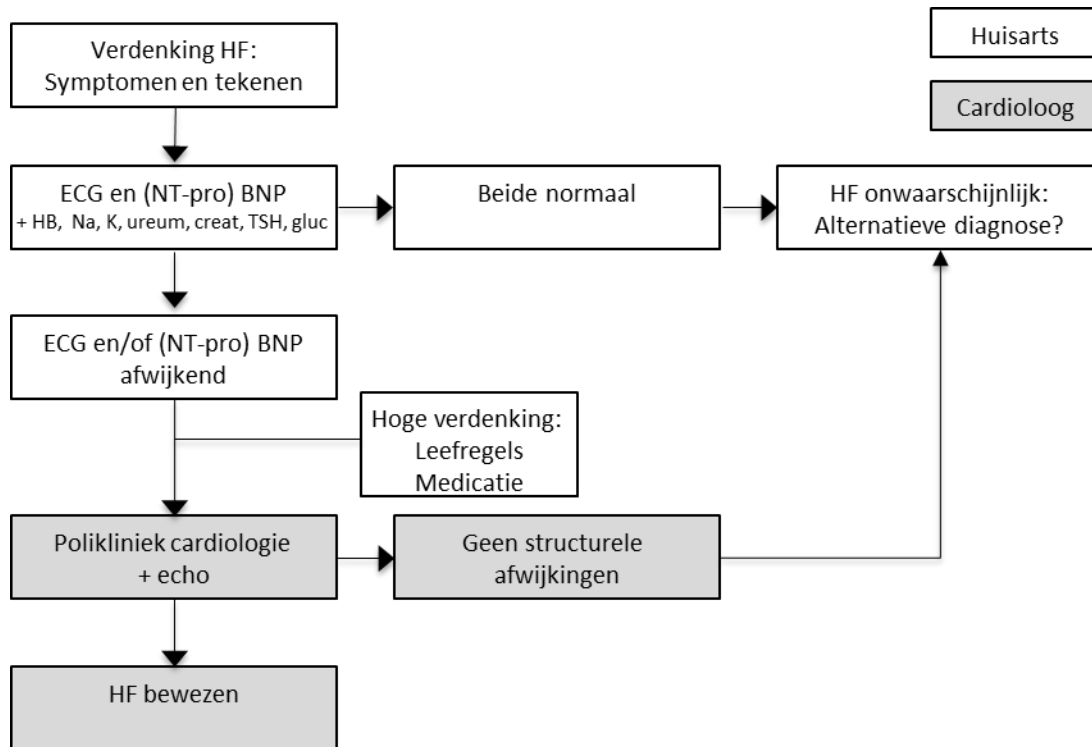
Hartfalen is een veel voorkomende aandoening. Tussen de 20-30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Momenteel hebben ongeveer 130.000 mensen last van hartfalen in Nederland. Over tien jaar zal dit aantal door vergrijzing van de bevolking stijgen tot naar verwachting 195.000. De gemiddelde huisartsenpraktijk heeft 15-20 patiënten met hartfalen. De mortaliteit van hartfalen is hoog, en de impact op de patiënt, de mantelzorger en het zorgstelsel is groot.

Deze RTA beschrijft in vijf protocollen de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede en derde lijn en de terugverwijzing van de tweede en derde naar de eerste lijn, behandeling en controles, voorlichting en informatievoorziening en de rol de verschillende zorgverleners.

Tevens is het werkprotocol voor huisarts en praktijkondersteuner toegevoegd.

De RTA is opgesteld door cardiologen, huisartsen en specialistisch verpleegkundigen hartfalen en gebaseerd op de NHG-standaard Hartfalen en de LTA Hartfalen.

## Protocol 1 Connect Hartfalen: Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen



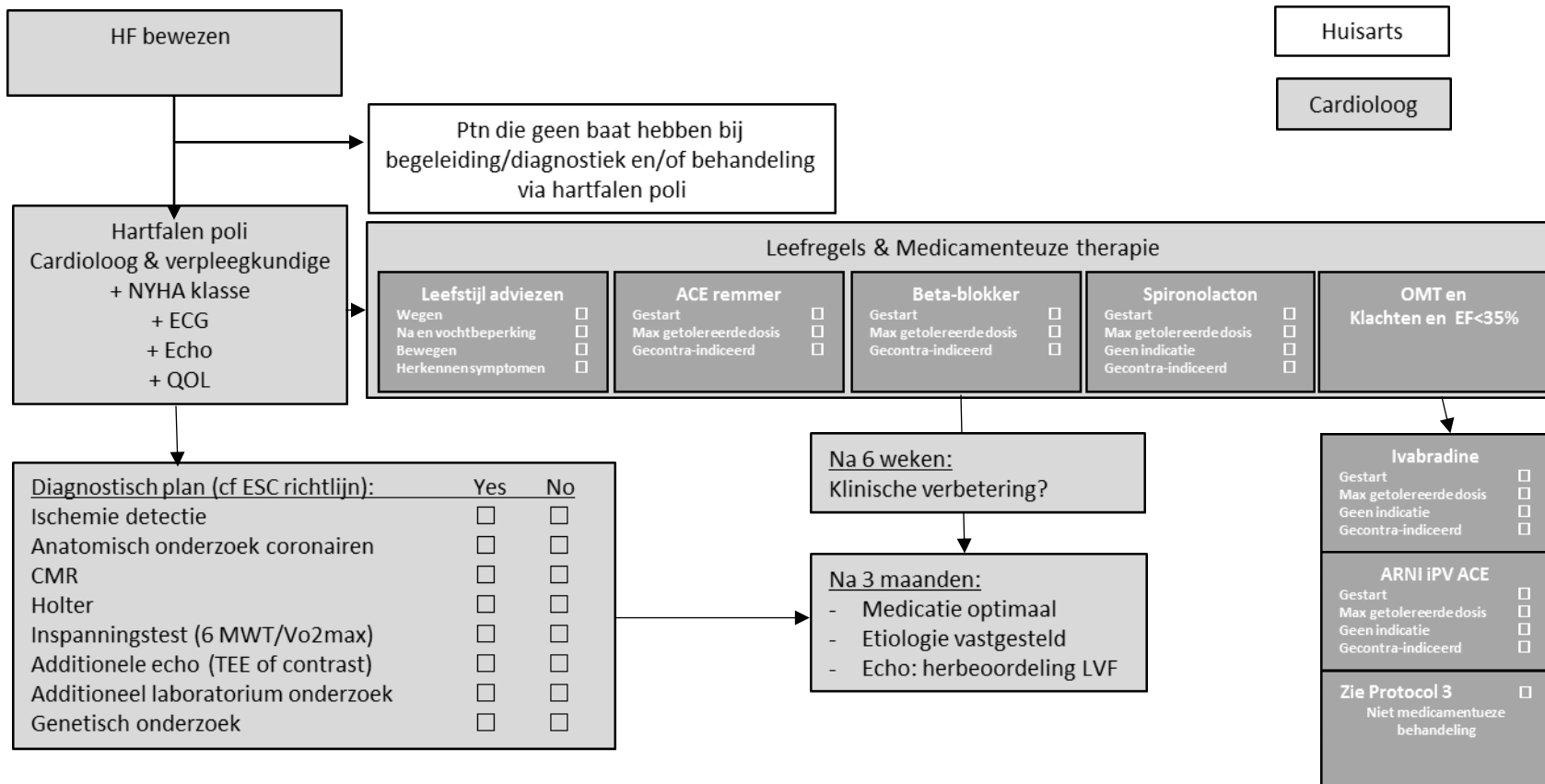
### Acties huisarts:

- Anamnese: symptomen van hartfalen?
- Lichamelijk onderzoek: tekenen van hartfalen?
- ECG
  - Elke huisartspraktijk/samenwerkingsverband zorgt ervoor dat ECG zelf beoordeeld kan worden en/of beschikt over mogelijkheid om ECG door te sturen naar cardioloog ter beoordeling (binnen 24 uur);
  - Lab: (NT-pro) BNP. Geadviseerd wordt om dan uit praktische overwegingen ook Hb, Na, K, ureum, creatinine, TSH en glucose te bepalen. Verdere bepalingen op indicatie.
- Verwijzing cardioloog op verdenking hartfalen bij afwijkend ECG en/of verhoogd (NT-pro) BNP
  - Bij instabiele patiënt of NYHA Klasse IV: verwijzing naar EHH of SEH;
  - Altijd verwijzen tenzij weinig vitale patiënt waarbij diagnostiek/behandeling in 2e lijn niet bijdragend is. In dat geval kan een eerstelijns echo cor worden aangevraagd
  - Bij hoge verdenking op hartfalen: leefregels en start medicatie (diuretica en/of ACE-remmer);
  - Bij verwijzing via Zorgdomein ECG, laboratoriumuitslagen, voorgeschiedenis en medicatiegebruik vermelden.

### Acties cardioloog:

- Patiënt krijgt poli-afspraak met echo in één setting binnen twee weken;
- Verslaglegging (conclusie polibezoek incl. echo) naar huisarts binnen 48 uur na polibezoek;
- Indien geen hartfalen of "significante andere cardiale problematiek": retour huisarts.

## Protocol 2 Connect Hartfalen: Diagnostiek en medicamenteuze behandeling in 2<sup>e</sup> lijn



**Patiënten met bewezen hartfalen:**

- Patiënten die geen baat hebben bij begeleiding/diagnostiek en/of behandeling via hartfalen poli: terugverwijzen naar de huisarts, incl. het verslag van de echo en advies t.a.v. behandeling.
- Overige patiënten: diagnostiek en behandeling via hartfalen poli.

**Eerste bezoek hartfalen polikliniek:**

- NYHA klasse
- ECG
- Echo (gemaakt in protocol 1) beschikbaar.  
Verslag bevat LVEF bepaling en beschrijving diastolische LV functie
- QOL (Minnesota with Heart failure)
- Medicamenteus behandelplan
- Diagnostisch plan bepalen en bespreken met patiënt
  - Indicatie voor diagnostiek cf ESC richtlijn hartfalen
  - Additioneel laboratoriumonderzoek: calcium, leverbiochemie, schildklierfunctie, ferritine, ijzerbindingscapaciteit, urinezuur, vitamine B1
  - Genetisch onderzoek (idiopathische dilaterende CMP en hypertrofische CMP)
- Aanmelden bij hartfalen verpleegkundige: leefstijladviezen, educatie (o.a. bereikbaarheid binnen/buiten kantoor tijden, herkennen achteruitgang), begeleiding bij optitreren medicatie
- Verslaglegging naar huisarts van eerste bezoek hartfalen polikliniek.

**Vervolg bezoeken hartfalen verpleegkundige:**

- Optitreren hartfalen medicatie opgeleide van klachten, bloeddruk/hartfrequentie, vullingsstatus en nierfunctie/elektrolyten
- Bezoeken aan hartfalen verpleegkundige worden op indicatie (beoordeling door hartfalen verpleegkundige) nabesproken met cardioloog.
- Cardiologen organiseren minimaal 1 keer per week vast moment om met hartfalen verpleegkundige patiënten te bespreken.

**Vervolg bezoek cardioloog 6 weken na intake:**

- Klinische verbetering?
- Beoordeling voortgang t.a.v optitreren medicatie
- Beoordeling voortgang t.a.v. diagnostisch plan.

**Vervolg bezoek cardioloog 3-6 maanden na intake:**

- Herbeoordelen NYHA klasse
- Echo, incl. beschrijving LVEF
- Evalueren doelen:
  - Medicatie optimaal?
  - Etiologie vastgesteld?
- Verslaglegging naar huisarts van beloop gedurende eerste 3 maanden behandeling HF poli.

**Indien patiënt zich gedurende behandeling hartfalen poli bij huisarts meldt ivm toename klachten:**

- Huisarts neemt dezelfde dag contact op met hartfalen verpleegkundige
- Mogelijke acties:
  - Aanpassen medicatie
  - Extra bezoek op hartfalen polikliniek
  - Insturen EHH/SEH.

**Contact gegevens hartfalen poli's**

LUMC	06-51159090
Alrijne leiderdorp	071-5828482
Alrijne Leiden	071-5178178 of 071 5178433, vragen naar sein 082.

## Protocol 3 Connect Hartfalen: Invasieve behandeling van hartfalen

Hartteam bespreking  
\*: te bespreken gegevens

Therapeutisch plan (cf ESC richtlijn):	Yes	No
Revascularisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klep interventie (chirurgie, percutaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritme interventie (AF, VT of His ablatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LV chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartrevalidatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harttransplantatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LVAD als destination therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

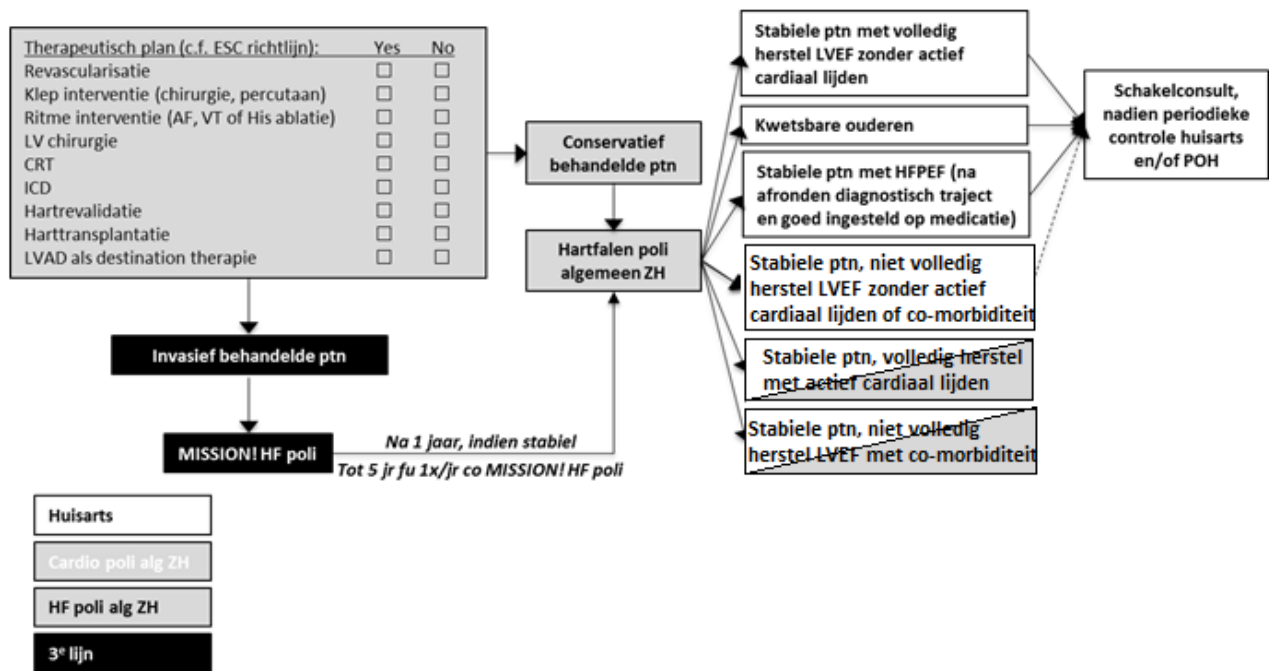
### Invasieve behandeling van hartfalen:

- De indicatiestelling voor invasieve behandeling verloopt cf. de ESC-guidelines. Hierop is het Mission Hartfalen programma gebaseerd.
- De besluitvorming om invasief te behandelen vindt plaats in het regionale hartteam.
- Het behandelplan van alle patiënten met hartfalen  $\geq$  NYHA-klasse 2 met een verminderde LV ejectiefraction wordt minimaal eenmalig besproken in het hartfalen team binnen het ziekenhuis en/of in het 3e lijns hartteam. De uitkomst van deze bespreking, inclusief overwegingen, wordt opgenomen in de status.
- Als er geen conventionele behandelopties zijn t.a.v. het hartfalen wordt bij patiënten met een verminderde LV ejectiefraction harttransplantatie screening overwogen. Indien patiënt is afgewezen voor harttransplantatie kan LVAD als destination therapie worden overwogen. Indicatiestelling cf consensus document van de werkgroep LVAD van de NVVC:  
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Consensus-LVAD-2019-Okt-2019-Final.pdf>

### \*Indien verwijzing van (reeds langer) bekende hartfalen patiënten naar 3e lijn wordt overwogen: T.t.v. overleg/verwijzing zijn volgende gegevens van belang:

- Hoe vaak is patiënt in het afgelopen jaar opgenomen i.v.m. hartfalen? Inotropie behoefte? Klinisch beeld m.n. rechts of links decompensatie?
- Is patiënt maximaal medicamenteus behandeld? Indien medicament of target dosering niet getolereerd werd: wat was reden?
- Recent lab in euvolemische situatie
  - Bij nierinsufficiëntie (eGFR  $<35$  ml/min)
    - Wordt nierfunctie beter met inotropie?
    - Overweeg echo nieren: nier grootte?
- Echo in euvolemische situatie
- Bij patiënt met coronairvaatlijden:
  - Recent CAG (bij patiënten met LV aneurysma inclusief LV angio)
  - Bij coronairpathologie: ischemiedetectie
- Indien beschikbaar svp overige beeldvorming (MRI, TEE) meesturen.

## Protocol 4 Connect Hartfalen: Terugverwijzen van patiënten met hartfalen



### Laatste wijzigingen:

- Per 2021 zijn in bovenstaand schema wijzigingen aangebracht bij de 6 vakjes over terugverwijzing. Let daar op. Nadere toelichting daarover staat bij 4.2.

### 4.1 Terugverwijzen van 3e lijn naar 2e lijn

#### 1. Invasief behandelde patiënten

- Na invasieve behandeling: follow-up in LUMC cf. Mission! hartfalenprotocol.
- 12 maanden na invasieve behandeling her evaluatie:
  - Indien patiënt stabiel is: terugverwijzen naar 2e lijn met tot 5 jaar follow-up jaarlijkse "kwaliteitscontrole" in LUMC t.b.v. evaluatie invasieve behandeling.
    - Kwaliteitscontrole omvat polibeziek met TTE en Vo2 max. Cardioloog in 2e lijn en huisarts worden geïnformeerd over bevindingen.
    - Bij terugverwijzen worden, indien van toepassing, specifieke adviezen gegeven t.a.v. (bijv. echografische) follow-up
    - Uitzondering: LVAD-patiënten, deze blijven in LUMC onder controle
  - Indien patiënt instabiel is, de klinische of cardiale situatie achteruitgaat of de invasieve behandeling niet het gewenste resultaat heeft gebracht: her evaluatie behandelmogelijkheden.

#### 2. Conservatief behandelde patiënten

- Patiënt wordt na opstellen behandelplan terugverwezen naar de cardioloog in verwijzend ziekenhuis voor verdere behandeling en follow-up. Hierbij worden, indien geïndiceerd, adviezen t.a.v. medicatie, revalidatie, periodieke controle en wanneer opnieuw te verwijzen naar 3e lijn expliciet vermeld.
- Bij achteruitgang, progressie hartfalen: opnieuw overleg



### 3. Patiënten met een ICD

- Stabiele patiënten worden terugverwezen naar eigen cardioloog in 2e lijn
- ICD-controle in LUMC:
  - 1x/12 mnd ICD-controle in LUMC + ECG + polibezoek gericht op ICD problematiek
  - 1x/12 mnd ICD-controle via homemonitoring
  - 1x/3 jaar \*TTE (bijv. t.b.v. achteruitgang LV- of RV-functie tgv RV-pacing. Indien een TTE in de 2e lijn gemaakt is wordt deze opgevraagd om dubbele onderzoeken zoveel mogelijk te voorkomen)
  - Verwijzend cardioloog wordt minimaal 1x/jaar per brief op de hoogte gebracht van bevindingen; bij ritmestoornissen of andere bijzonderheden ook tussentijds
  - Verwijzend cardioloog informeert ICD controlerend centrum minimaal jaarlijks over cardiologische situatie van patiënt

\*TTE = Trans Thoracale Echocardiografie

### 4.2 Terugverwijzen van cardioloog naar huisarts

Wie:

- Stabiele hartfalen patiënt met *volledig herstel* van de LV-functie *zonder actief cardiaal lijden*: verdere behandeling en follow-up via de huisarts. Indien geïndiceerd met controle CVRM.
- Kwetsbare ouderen met hartfalen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is: behandeling en follow-up via huisarts. Huisarts kan zo nodig overleggen met hartfalen verpleegkundige.
- Patiënten met HFPEF na afronding van diagnostisch traject en goed ingesteld op medicatie: follow-up via huisarts. Bij cardiale co-morbiditeit (bijv. hartklepafwijkingen en/of ritmestoornissen): overweeg controle na 1 jaar bij cardioloog met TTE.
- Stabiele patiënt met *niet-volledig herstel* LV-functie *zonder co-morbiditeit* waarvoor cardiologische controle noodzakelijk is: jaarlijkse controle door cardioloog met TTE. CVRM aan huisarts.
- Stabiele hartfalen patiënt met *volledig herstel* van de LV-functie *met andere cardiale problematiek* worden – indien mogelijk - terugverwezen naar 1e lijn. Voor klepvitia is alleen per x jaar een echo cor nodig door oproep van cardioloog. Controle reguliere poli Cardiologie alleen als patiënt daadwerkelijk actief en instabiel cardiaal lijden heeft.
- Stabiele patiënt met *niet-volledig herstel* LV-functie *met co-morbiditeit* volgens criteria LTA: Alleen controles cardioloog bij dusdanig actieve co-morbiditeit die het hart ernstig kan belasten (bijvoorbeeld bij GFR<30 ml/min of Hb<6,0 mmol/l, dus niet bijvoorbeeld diabetes of reumatoïde arthritis). Bij vermeend bestaan COPD naast Hartfalen wordt patiënt naar huisarts verwezen met vraagstelling COPD onderzoek. Acute patiënten worden met longarts overlegd.

Hoe:

In de **ontslag/overdrachtsbrief** in het kopje 'conclusie en beleid' van de poli hartfalen naar de 1<sup>e</sup> lijn moet in ieder geval **standaard** staan:

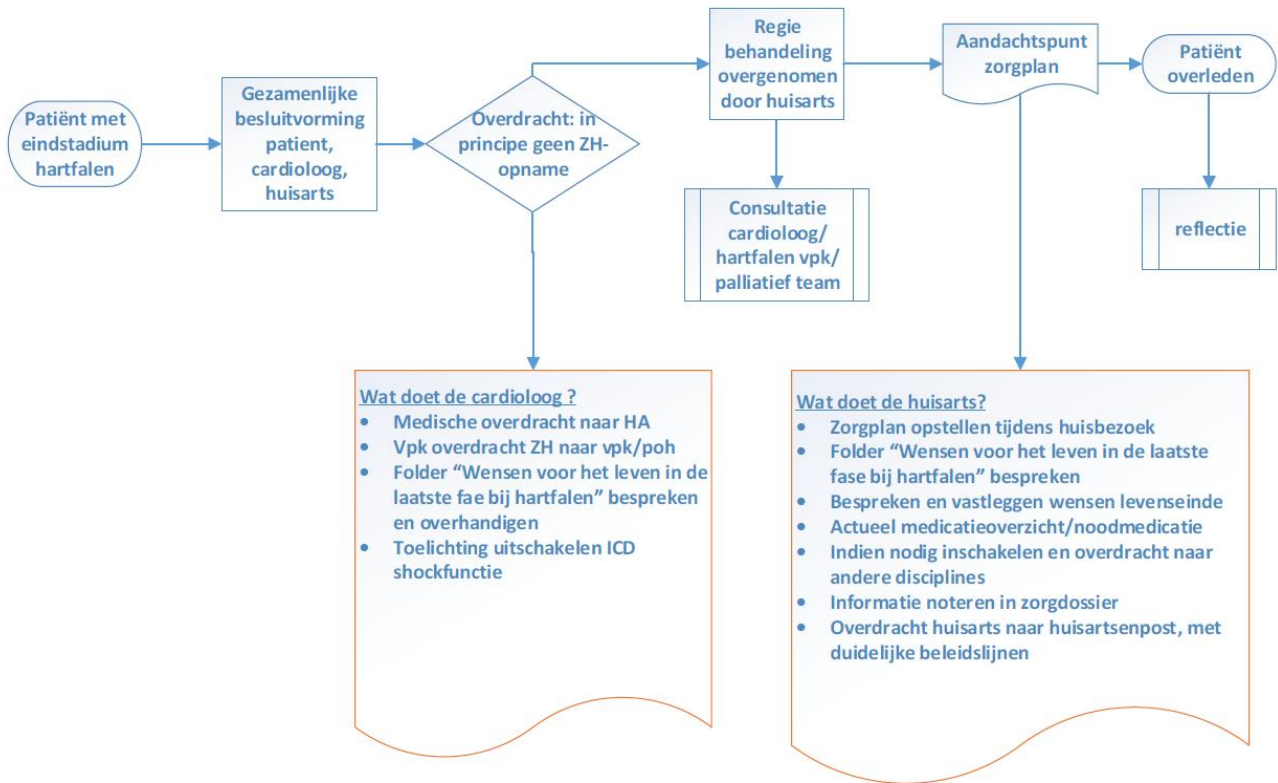
Betreft volledig ontslag bij Stabiele patiënt/Palliatieve patiënt/Kwetsbare oudere.

- **Soort Hartfalen:** HF-PEF/ HF-REFmet ejectiefractie (zo mogelijk etiologie benoemen)
- **NYHA-klasse** bij ontslag
- **Laatste parameters:** gewicht, RR, nierfunctie
- **Zorg in 1<sup>e</sup> lijn** volgens protocol: Betreft Stabiel HF/Terminaal HF/Kwetsbare oudere met HF
- Bij terminaal HF patiënt (palliatief Hartfalen) afspraak maken <2 weken voor **schakelconsult** (liefst samen met POH). Voor overige patiënten plan consult binnen 6 weken
- Afspraak onderzoek op termijn bij cardioloog; bv echo Cor over 2-3 jaar ivm klepvitium etc. De cardioloog **roept zelf op**
- Verzoek tot verzorgen van herhaalreceptuur van medicatie die geïnitieerd is door de cardioloog
- **Hoofdbehandelaarschap** (twee opties):
  1. Het Hoofdbehandelaarschap hartfalen wordt overgedragen naar de huisarts. Ik ga ervan uit dat u dan ook zorg draagt voor het CVRM.
  2. De patiënt wordt voor zijn hartfalen nog steeds gecontroleerd in het ziekenhuis (de cardioloog blijft voorlopig hoofdbehandelaar hartfalen). Wel verzoek ik u het CVRM op u te nemen (u wordt hoofdbehandelaar CVRM).

Uiteraard volgt daarna ontslagbrief met beloop en beschrijven van de onderzoeken die gedaan zijn.

## Protocol 5 Connect Hartfalen: Stappenplan palliatieve fase hartfalen

### 5.1 Zorgproces



### 5.2 Patiënt met eindstadium hartfalen; levensverwachting.

De overgang van de curatieve naar palliatieve fase is bij hartfalen meestal niet duidelijk aan te geven. Soms gebeurt dit plotseling, soms heel geleidelijk. Herken de patiënt met slechte levensverwachting zonder prognostische modellen op basis van volgende kenmerken:

- Frequente ziekenhuisopnames of andere ernstige episodes van hartfalen ondanks optimale behandeling.
- Progressieve fysieke en/of mentale achteruitgang en ADL afhankelijkheid.
- Significants gewichtsverlies: cardiale cachexie.
- Afhankelijkheid bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
- Ernstige co-morbiditeit.
- Negatief antwoord op de surprise question: Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen 12 maanden komt te overlijden?
- Geen mogelijkheden voor harttransplantatie of LVAD of patiënt wijst dit af.

Ga tijdig in gesprek met de patiënt en diens naasten. Raadpleeg zo nodig de beschikbare richtlijnen en standaarden.

### 5.3 Palliatieve zorg bij hartfalen

#### Besluitvorming: 'in principe geen ziekenhuis opname meer'

Het gaat om een gezamenlijke besluitvorming waar patiënt en zijn omgeving én cardioloog én huisarts (HA) / specialist ouderengeneeskunde (SOG) positief over moeten zijn. (zie verder onder 3 AC-planning)

Wat wordt verstaan onder palliatieve zorg en hoe moet dit worden vormgegeven?

- Besteed aandacht aan alle dimensies van het ziek zijn: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel. Ga daarbij uit van een interdisciplinaire benadering. Verleen basale palliatieve zorg op al deze gebieden. Signaleer tijdig klachten en problemen waarvoor consultatie en/of verwijzing noodzakelijk is.
- Stel samen met de patiënt een individueel zorgplan op, gebaseerd op de individuele waarden, wensen en behoeften van de patiënt op alle bovengenoemde gebieden. Anticipeer op situaties die zich in de toekomst kunnen voordoen. Besteed hierbij ook aandacht aan de (on)wenselijkheid van ziekenhuisopnames en het niet starten of staken van maatregelen ter voorkoming van plotselinge hartdood.
- Zorg dat het individueel zorgplan beschikbaar is voor de patiënt en alle betrokken zorgverleners. Stel het zorgplan zo nodig bij gedurende het ziekteproces.
- Betrek de mantelzorg en naasten actief in de zorg. Besteed aandacht aan de draagkracht, draaglast, waarden, wensen en behoeften van de mantelzorg en naasten (zowel tijdens het ziekteproces als na het overlijden).
- Raadpleeg zo nodig de richtlijnen palliatieve zorg op Pallialine.
- Vraag bij moeilijk behandelbare symptomen en/of complexe problemen advies aan deskundigen, bv een gespecialiseerd palliatief arts/team en/of verwijs/betrek gespecialiseerde zorgverleners.

Hoe wordt de zorg afgestemd op het stadium van de palliatieve zorg bij patiënten met hartfalen NYHA-klasse III en IV?

- Stel uzelf als betrokken zorgverlener - bij toename van ziekte en/of kwetsbaarheid, het optreden van complicaties of functionele achteruitgang - de surprise question: zou het mij verbazen als de patiënt binnen 12 maanden overlijdt?
- Ga in gesprek met de patiënt, als uw antwoord op de surprise question 'nee' is, na zorgvuldig te hebben afgetast in hoeverre de patiënt open staat voor een dergelijk gesprek. Bespreek daarbij scenario's van het verdere beloop en ga zo nodig (opnieuw) na wat de wensen en verwachtingen van de patiënt zijn t.a.v. de toekomst en het levenseinde.
- Zet palliatieve zorg vroegtijdig in.
- Voer regelmatig een gesprek om de situatie en de wensen van de patiënt en naasten te evalueren. Ga tijdens het gesprek in op de symptomen en de betekenis daarvan voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren. Exploreer gedachtes en wensen van de patiënt t.a.v. de toekomst en behandeldoelen. Bespreek, indien mogelijk en gewenst, de prognose. Stel het zorgplan aan de hand van dit gesprek bij.
- Besteed in de fase van ziektegerichte palliatie aandacht aan de baten en lasten van de behandeling. Zet ziektegerichte behandeling gericht op verlichting van symptomen zo lang mogelijk door.
- Let bij palliatie in de stervensfase op belastende symptomen en signalen. Richt het handelen vooral op comfort en verlichting van lijden en verbetering van de kwaliteit van sterven.
- Besteed aandacht aan de nazorg voor de naasten na het overlijden van de patiënt.

#### **5.4 Advance care planning (ACP) in palliatieve fase proactieve zorgplanning**

Start tijdig gesprekken over advance care planning. Aanleidingen voor deze gesprekken zijn de eerder genoemde criteria. Voer gesprekken over advance care planning op basis van de methode van gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en ga na of de patiënt en naasten de informatie hebben begrepen.

Bespreek in een visite aan huis (evt. meerdere gesprekken) actuele en te verwachten symptomen in alle palliatieve domeinen en daarbij, indien relevant en door de patiënt gewenst, de volgende aspecten:

- Individuele levensdoelen en doelen van zorg
- Existentiële vragen, levensbeschouwing en culturele achtergrond
- Mogelijkheden van palliatieve zorg
- (niet)-Behandelafspraken
- Ziekenhuisopnames / ic-opnames
- Plaats van zorg en sterven
- Crisissituaties (acute verstikking, refractaire symptomen), gebruik van noodmedicatie.
- Wilsverklaring
- Wettelijke vertegenwoordiging in de situatie van (acute) verslechtering en wilsonbekwaamheid
- Levensindebeslissingen (onder meer vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, uitzetten van de ICD shockfunctie, morfine voor symptoomverlichting, dialyse, palliatieve sedatie, euthanasie, weefseldonatie, bewust stoppen met eten en drinken
- Draaglast en draagkracht naasten en mantelzorgers
- Wensen met betrekking tot de uitvaart
- Nazorg.

Documenteer de gemaakte afspraken in het individueel zorgplan/digitaal dossier en zorg dat de andere betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken. Geef een kopie van de gemaakte afspraken mee aan de patiënt. Herhaal gesprekken en afstemming over de zorg met enige regelmaat (zie KNMG brochure onder 5).

#### **5.5. Organisatie & communicatie van zorg & kwaliteit**

Hoe dragen de organisatie van de zorg en de daarbij behorende communicatie tussen de zorgverleners onderling bij aan de kwaliteit van leven en sterven van de patiënt met hartfalen NYHA klasse III-IV?

##### **Besluitvorming: 'in principe geen ziekenhuis opname meer'**

Het gaat om een gezamenlijke besluitvorming waar patiënt en zijn omgeving én cardioloog én huisarts (HA) / specialist ouderengeneeskunde (SOG) positief over moeten zijn. Na dit besluit goed met de patiënt besproken te hebben, volgt een telefonische én schriftelijke overdracht van ziekenhuis naar HA of SOG en een verpleegkundige overdracht.

Vooraf is door ziekenhuis gecheckt of de (zorg) omgeving thuis verantwoord is. Voor schriftelijke overdrachten wordt gebruik gemaakt van de ontwikkelde overdrachtsformulieren.

Ter ondersteuning/consultatie kan gebruik gemaakt worden van onderstaande instanties/functies:

- Bij vragen over terminaal hartfalen kan de HA/SOG, indien patiënt daar bekend is, contact opnemen met de hartfalen verpleegkundige in het ziekenhuis. In spoedsituaties kan de huisarts of SOG contact opnemen met de dienstdoende cardioloog.
- Regionale Consultatievoorziening palliatieve zorg: ter ondersteuning van de behandeling van een patiënt met terminaal hartfalen kan gebruik gemaakt worden van de regionale consultatievoorziening. Dit team geeft telefonische ondersteuning aan artsen en verpleegkundigen/verzorgenden bij specifieke, patiëntgebonden vragen over palliatieve zorg. Telefoon: 088-1232451, werkdagen 09.00 – 17.00
- Voor de huisarts is het mogelijk bij kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie of in het verzorgingshuis gebruik te maken van de consultfunctie van een SOG. Vaak volstaat een telefonisch advies. In andere gevallen bezoekt een SOG de patiënt en stuurt daarna een advies over zorg en behandeling aan de huisarts. Voor consultatie van de SOG is geen CIZ indicatie nodig.

- De hartfalenverpleegkundige speelt een centrale, coördinerende rol in de zorg rond de patiënt en tussen alle lijnen van zorg en is hiervoor goed geschoold. In de Huisartspraktijk is de Praktijkverpleegkundige voor veel Hartfalen patiënten de laagdrempelige coördinator. In regio Leiden is deze onderlinge communicatie al ver gevorderd.
- Zorg voor tijdige (mondelinge en schriftelijke) overdracht naar de eerste lijn (thuis, verpleeghuis of hospice). Bij deze overdracht moet duidelijk zijn wie het hoofd behandelaarschap uitvoert. Ook naar de patiënt toe moet dit duidelijk gemaakt worden. Zie toolkit NVVC Connect.
- Schakel na thuiskomst ook andere disciplines in: wijkverpleegkundigen / fysiotherapeut / diëtist.
- Indien een gespecialiseerde verpleegkundige handeling noodzakelijk is, kan de huisarts het specialistisch verpleegkundig team in de regio inschakelen
- Zorg dat deze afspraken bekend zijn bij de huisartsenpost en informeer de HA post tijdig met uw beleidsplan. Het openstellen van het dossier hiertoe draagt bij aan de kwaliteit van de zorg.
- Verdeel de zorgtaken over zo weinig mogelijk behandelaars.
- Maak gebruik van voorbeelden als: Medische overdracht in de palliatieve fase hartfalen van NVVC Connect 2015.
- Bespreek indien mogelijk (in de thuissituatie) de patiënten met hartfalen NYHA-klasse III en IV in een PaTz-groep. PaTz staat voor palliatieve thuiszorg en heeft het doel de samenwerking te bevorderen en deskundigheid te vergroten naar aanleiding van casusbespreking (n.b. niet in elke regio is een PaTz groep)

### Reflectie na overlijden

Het medisch dossier van het ziekenhuis blijft een actief dossier tot het bericht van overlijden. Het overlijden wordt door de huisarts aan allen bekend gemaakt die in de keten werkzaam waren. Dan wordt het dossier gesloten.

Na het overlijden is zorg voor naasten en (ver)zorgenden gewenst.

- Naasten: aandacht, ondersteuning en begeleiding, maar ook, informatie en (herhaalde) uitleg naasten zijn essentieel voor een goed beloop van het levenseinde en uiteindelijk een goed afscheid.
- Zorg voor (ver)zorgenden vraagt om goede communicatie, reflectie en begeleiding van hulpverleners onderling. Gezamenlijke aandacht en reflectie op het gehele proces werkt signalerend, verhelderend en kwaliteitsverhogend.
- HA / SOG koppelt schriftelijk dan wel telefonisch terug met de cardioloog hoe het verloop thuis / in verpleeghuis is verlopen.

## 5.6 Richtlijnen behandeling palliatief hartfalen

- Attendeer de patiënt op:
  - de patiënten versie van de KNMG-handreiking "Tijdig praten over het levenseinde".
    - [Praat op tijd over uw levenseinde - Publieksbrochure \(e-book\)](#)
    - Korte checklist met bespreekpunten over het levenseinde (2017): <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/praten-over-het-levenseinde-1.htm>
  - de website 'Heart failure matters' en in het bijzonder de tekst over [Plannen voor het levenseinde](#).
  - Gebruik de [Handreiking voor palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond](#).
  - Zie ook bijlage: Informatie voor patiënt in palliatieve fase en mantelzorgers
- Voor de professionals:
  - De KNMG biedt artsen houvast met de handreiking 'Tijdig praten over het levenseinde' (2017).
  - NVVC toolkit: <https://www.nvvcconnect.nl/Regionaal/toolkit-regionale-protocollen>
  - Medische overdracht in de palliatieve fase hartfalen van NVVC Connect 2015.
  - overige aanbevelingen het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) IKNL/Palliatief 2017
  - zie richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase
  - [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl) Patiënte brochure 2019
  - <https://www.nvvcconnect.nl/Regionaal/voorlichtingsmateriaal> ook voor patiënten.
  - <https://shop.iknl.nl/shop/samenvattingskaart-richtlijn-palliatieve-zorg-bij-hartfalen/196213>

#### Literatuurlijst:

- IKNL oncoline: Palliatieve zorg bij hartfalen NYHA-klasse III en IV; 2018  
[www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)
- **NHG standaard hartfalen 2010**  
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen>
- **CBO Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen 2010**  
[https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/MDR\\_Hartfalen\\_definitieve\\_versie\\_7juni2010.pdf](https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni2010.pdf)
- **Landelijke transmurale afspraak Hartfalen 2015:**  
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>
- ICD/Pacemaker richtlijn:  
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>
- ESC Guidelines for chronic heart failure 2016  
[https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/2016\\_Heartfailure.eurheartj.ehw128.full.pdf](https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/2016_Heartfailure.eurheartj.ehw128.full.pdf)

### 5.7 Medicamenteuze behandeling in de palliatieve fase en hulpdevices

Behandeling klachten in de laatste 6 maanden: [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

Zie ook Knooppunt ketenzorg Hartfalen document voor medicatie aanpassingen.

Voor de palliatieve behandeling van ernstige benauwdheid geldt als regel: Diuretica (ophogen)

Morfine Twee maal dd. 20 mg slow release per os 6 maal dd. 2,5-5 mg sc

15-30 mg/24 uur sc/iv (pomp)

NTG-spray (evt. te combineren met morfine)

**Port-a-cath (LUMC):** Mocht u blijvende intraveneuze therapie met diuretica overwegen dan kunt u de cardioloog benaderen voor het plaatsen van een port-a-cath.

Actueel medicatieoverzicht/**noodmedicatie:** de huisarts checkt tijdens het eerste bezoek of noodmedicatie (diureticum, morfine) aanwezig is en of de uitleg over het gebruik begrepen is. In het verpleeghuis zorgt de SOG dat deze noodmedicatie voorhanden is.

Bij patiënten met hartfalen of ritmestoornissen wordt steeds vaker een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) ingebracht. De **ICD (implanteerbare defibrillator)** shockfunctie kan op verzoek uitgezet worden; daartoe kunt u contact opnemen met het ICD-implanterend centrum. Op het ICD - PM pasje van de patiënt staat of het ICD of een pacemaker betreft, tevens staat de naam van het ziekenhuis en de firmanaam op dit pasje.

## **Bijlage: Informatie voor patiënt in palliatieve fase en mantelzorgers**

### **Patiënten informatie palliatieve fase hartfalen**

De cardioloog heeft met u besproken dat er een andere behandeling voor uw hartfalen wordt gestart: een 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 ziekenhuisopnames. De cardioloog zal de huisarts op de hoogte brengen en de zorg overdragen. In de thuissituatie neemt de huisarts, in samenwerking met de thuiszorg, de begeleiding over. Zij 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. De specialist heeft met u gesproken over niet reanimeren en, indien van toepassing het uitschakelen van de ICD.

### **Niet reanimeren**

Samen heeft u besloten om in geval van hartstilstand niet meer te reanimeren. Het is belangrijk dat uw familie en zorgverleners hiervan op de hoogte zijn. Uw cardioloog zal de huisarts hiervan op de hoogte brengen. De huisarts zal de huisartsenpost en overige zorgverleners hiervan op de hoogte brengen. In geval van nood kunt u het beste de huisarts of 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 niet gereanimeerd wilt worden.

### **ICD uitzetten**

Steeds meer mensen met hartfalen hebben een ICD (implanteerbare cardioverter defibrillator) 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 de arts of pacemakertehnicus 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 de huisarts en de cardioloog in het ICD centrum.

Overigens zal de pacemakerfunctie van uw ICD niet worden uitgezet omdat dit een toename van klachten zou kunnen geven wat niet wenselijk is. Na overlijden zal de begrafenisondernemer de ICD of pacemaker verwijderen. Dit om milieuschade te voorkomen.

### **Wat kunt u 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 te houden. Houdt hierbij rekening met uw beperkingen en probeer een goede balans 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 wensdieet.

- Is uw eetlust normaal dan kunt u teveel 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 om extra calorieën binnen te krijgen.
- Hebt u last van misselijkheid door leverstuwung dan kunt u meerdere kleinere porties per dag nuttigen.
- De hulp van een diëtiste kunt u, via de huisarts, inroepen.

**Vochtbeperking:** bij de behandeling van hartfalen hebt u een vochtbeperking gekregen. Vaak is dit 1.5 tot 2 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.
- Belangrijk is het 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 pijnbestrijders, 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 1 kilo of meer gaan stijgen. Het is belangrijk om elke dag op hetzelfde tijdstip te wegen.
- Mocht uw gewicht in een of twee dagen 2 tot 3 kilo stijgen en krijgt u 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 2 tot 3 kilo en krijgt u meer 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 thuis komt en dat overige familieleden, de huisarts en thuiszorg hiervan op de hoogte zijn. Bij problemen kunt u gebruik maken van deze noodmedicatie. Mocht u thuis acuut kortademig of benauwd worden dan kunt u het volgende doen:

- Probeer rustig te blijven.
- U gaat goed rechtop zitten met de benen naar beneden.
- U neemt een plastablet en spuit nitrospray onder de tong of u legt een tablet isordil onder de tong.
- Mochten de klachten hierop niet zakken dan belt u het spoednummer van de huisarts of de huisartsenpost. Samen kunt u dan verder kijken wat er gedaan moet worden.
- Klachten van moeheid en benauwdheid kunt u ook verlichten met morfine.

### **Meer informatie**

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

- [www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl)
- Brochure Hartfalen: uitstekend geschreven: <https://www.hartstichting.nl/HS/files/6d/6d1d3b39-a2b9-4cd6-a319-6cb690ed4285.pdf>
- [www.doodgewoonbespreekbaar.nl](http://www.doodgewoonbespreekbaar.nl)

Telefoonnummers: Huisarts en huisartsenpost

## Werkprotocol chronisch hartfalen huisarts en POH

### 1.1 Eisen aan de huisartsenpraktijken voor goede zorg chronisch hartfalen:

De huisartsenpraktijk:

1. Voldoet aan de eisen aan de huisartspraktijk voor goed CVRM
2. Verleent hartfalenzorg volgens de NHG-standaard M51 Hartfalen
3. Volgt de regionale samenwerkingsafspraken met betrekking tot diagnostiek, verwijzing en consultatie en afspraken t.a.v. de controles
4. Heeft huisarts(en) die de regionale nascholing chronisch hartfalen hebben gevolgd
5. Werkt met generalistische POH die geschoold is op het gebied van hartfalenzorg
6. Zorgt er voor dat hartfalenpatiënten die door de cardioloog terugverwezen zijn door de POH gezien kunnen worden
7. Maakt een indeling van patiënten met chronisch hartfalen in HF-REF en HF-PEF
8. Draagt zorg voor het doorgeven van de diagnose Chronisch Hartfalen aan apotheek
9. Draagt zorg voor extractie van hartfalenindicatoren volgens regionale afspraak.

### 1.2 Doelen van de diagnostiek en behandeling

- Vroegtijdig herkennen van patiënten met door middel van signalering en diagnostiek.
- Afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit door het leveren van optimale zorg voor de patiënten met hartfalen.
- Organiseren van een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn, zodat adequaat opgetreden kan worden bij (acute) verslechtering met de juiste zorg op de juiste plaats.
- Goede palliatieve zorg leveren bij patiënten met palliatief hartfalen.
- Zelfzorg van hartfalen patiënten verbeteren m.n. bij veranderingen in hun situatie.

### 1.3 Werkwijze

#### 1.3.1 Diagnostiek

##### Identificatie screening op hartfalen:

- Moeheid of dyspnoe bij inspanning, orthopnoe, nycturie en/of oedeem (vooral bij oudere patiënten en/of patiënten met een hartinfarct of andere hartziekte in de voorgeschiedenis)

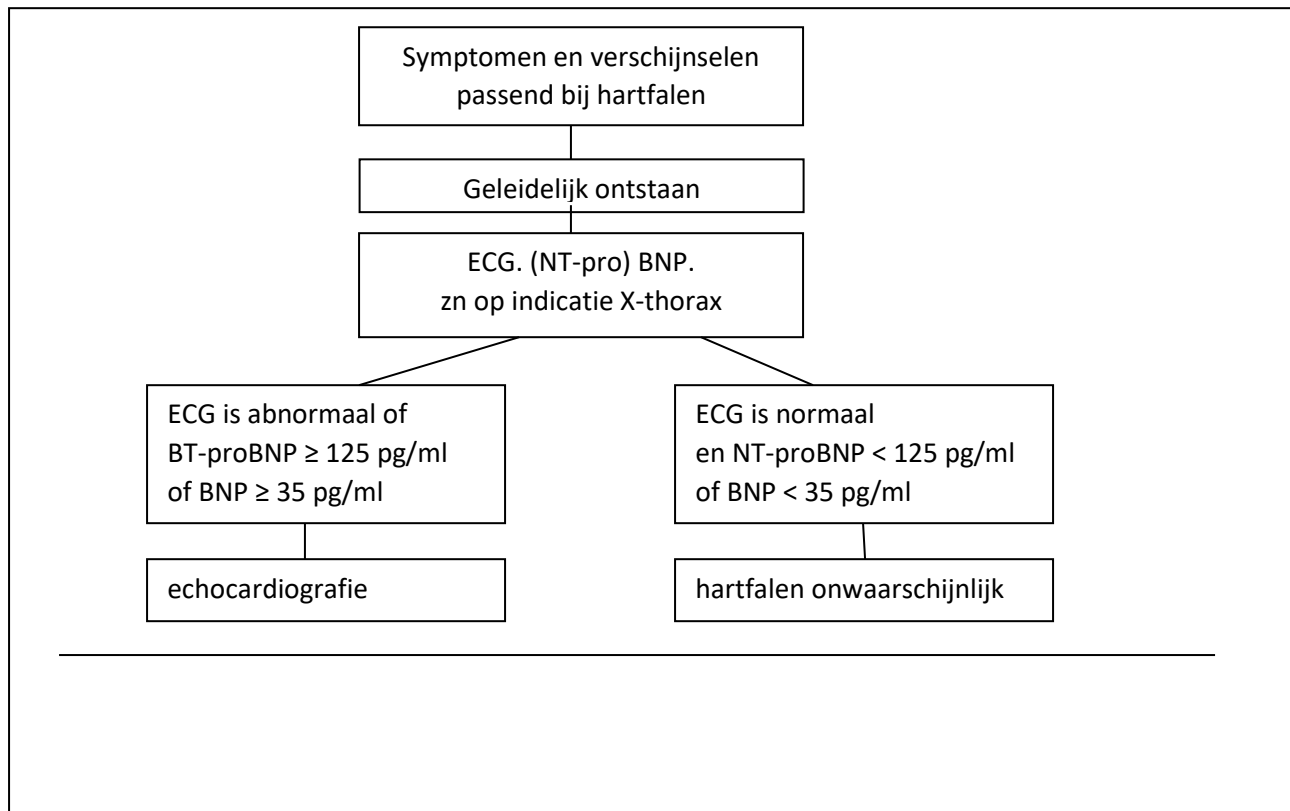
##### Onderzoek:

- Lichamelijk onderzoek: algemeen (voedingstoestand, gewicht), pols (frequentie, ritme), bloeddruk, stuwung (CVD, perifeer oedeem, vergrote lever, ascites, pulmonale crepitaties, pleuravocht), ademfrequentie, hart (ictus, derde harttoon, souffles)
- Laboratoriumonderzoek: (NT-pro)BNP, Hb, glucose, Na/K, creatinine(-klaring) en TSH en op indicatie: CRP, leuko diff, ALAT, ASAT, gamma-GT en lipidenprofiel.
- ECG
- Overweeg X-thorax bij normaal ECG en normaal (NT-pro)BNP ter analyse andere oorzaak

##### Evaluatie:

Waarschijnlijkheidsdiagnose 'Chronisch Hartfalen' door de huisarts op basis van:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- NT-proBNP:  $\geq 125$  pg/l of BNP  $\geq 35$  pg/ml: mogelijk hartfalen  
(NB: andere redenen voor verhoogd (NT-pro)BNP: longembolie, nierinsufficiëntie, sepsis, ernstige COPD, acuut coronair syndroom en ritmestoornis)
- Afwijkend ECG  
NT-proBNP < 125 ng/l en een normaal ECG maken chronisch hartfalen erg onwaarschijnlijk (zie algoritme op volgende pagina)!  
NB: voornaamste differentiaal diagnose: COPD (eventueel spirometrie).



Figuur 1: Algoritme voor het diagnosticeren van hartfalen

**Beleid:**

- Bij verdenking hartfalen verwijzing naar cardioloog voor vaststellen diagnose (met o.a. echo). *(Bij zeer fragiele ouderen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is, kan de huisarts de diagnose hartfalen zelf stellen, eventueel na telefonisch overleg met cardioloog. Zie verder: 1.3.4)*
- Cardioloog bevestigt diagnose al of niet, stelt behandeling in of past behandeling zo nodig aan en coördineert op indicatie traject naar derde lijn.

**5.3.2. Terug verwijzing naar huisarts**

Tenzij blijvende controle door de cardioloog geïndiceerd is, volgt bij chronisch hartfalen terug verwijzing naar huisarts indien er sprake is van een:

- Stabiele patiënt met volledig herstel van de linkerventrikelfunctie zonder actief cardiaal lijden *(zie Zorgprogramma CVRM; secundaire preventie)*
- Stabiele patiënt met niet-volledig herstel linkerventrikelfunctie zonder cardiale co-morbiditeit (zie 1.3.3)
- Patiënt met terminaal hartfalen, waarbij in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt (zie 1.3.5)

**Schakelconsult**

Na terug verwijzing door de cardioloog ziet de huisarts de patiënt tijdens een schakelconsult, liefst samen met de POH.

Huisarts geeft informatie over hartfalen en de procedure bij de controles door de POH.

Bij Palliatief Hartfalen vindt uitgebreidere uitleg plaats over de situatie en prognose van de patiënt (zie verder 1.3.5).

Huisarts deelt patiënt in één van de vier groepen in:

- NYHA klasse I (geen klachten bij normale activiteiten)
- NYHA klasse II (klachten bij normale activiteiten)
- NYHA klasse III (klachten bij minder dan normale activiteiten)
- NYHA klasse IV (klachten bij elke inspanning of in rust)

Registratie in HIS na terug verwijzing:

- Aanmaken nieuwe episode/probleem "hartfalen" (ICPC K77) met vermelding HF-REF (systolisch hartfalen) en/of HF-PEF (diastolisch hartfalen) en opvragen bij cardioloog.
- Aanmaken contra-indicatie "Hartfalen"
- Huisarts als hoofdbehandelaar

### *5.3.3. Controles stabiele hartfalenpatiënt*

Eerste consult POH

*Anamnese:*

- Voorgeschiedenis en co-morbiditeit, hart- en vaatziekten in familie
- Kortademigheid, oedeem, vermoeidheid, eetlust, nachtelijk plassen, hartkloppingen
- Therapietrouw
- Roken, alcohol, lichaamsbeweging, eetgedrag
- Woonomstandigheden
- Mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen
- Wensen patiënt

*Lichamelijk onderzoek:*

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

*Aanvullend onderzoek alleen op indicatie:*

- Lab: Hb, Na, K, creatinine(-klaring), glucose nuchter, lipidspectrum, TSH en (NT-pro)BNP
- ECG in overleg met huisarts

*Uitleg ziektebeeld en maken individueel zorgplan met adviezen en controles*

*Adviezen:*

- Regelmatig wegen (min. 2x/per week); optimaal gewicht (BMI <25)
- Natriumbepierking (verwijzing diëtist)
- Vermijden overbelasting met vocht: 1,5-2 liter vocht per dag (verwijzing diëtist)
- Duidelijke instructie wanneer contact op te nemen bij tekenen van verslechtering en welke maatregelen patiënt dan kan inzetten
- Zo nodig extra diuretica
- Voorlichting voor mantelzorgers
- Voldoende beweging eventueel met beweegprogramma (verwijzing naar fysiotherapeut)
- Stoppen met roken.

Vervolgconsulten elke drie maanden bij POH (of minder frequent indien verantwoord)

(zo mogelijk combineren met controles CVRM, diabetes en/of COPD):

*Algemeen:*

Anamnese, lichamelijk onderzoek en adviezen: zie boven.

Jaarlijks aanvullend onderzoek: Na, K, creatinine(-klaring), glucose nuchter, Hb en (op indicatie) ECG.

Jaarlijks griepvaccinatie.

Patiënt neemt (laagdrempelig!) contact op met POH bij de volgende tekenen van verslechtering:

- Gewichtstoename >2 kg binnen 3 dagen
- Toename oedeem
- Toename dyspnoe
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Toename orthopnoe en nycturie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid

Overleg POH met huisarts na elke controle met als aandachtspunten:

- Verslechtering in klasse
- Toename oedeem, dyspnoe, orthopnoe of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid
- Therapieontrouw
- Irregulaire pols (nieuw)
- Bij herhaling stijging of daling van systolische bloeddruk >20 mmHg
- Gewichtstoename >2 kg binnen 2 weken
- Afwijkende lab-uitslagen

Tevens kan de POH contact opnemen met de verpleegkundig specialist hartfalen in de tweede lijn voor inhoudsdeskundige ondersteuning.

Verwijzing naar of / overleg met cardioloog door huisarts:

- Abrupte verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium/ritmestoornis)
- Angineuze klachten (indien niet door huisarts te behandelen)
- Nieuwe ECG-afwijkingen (indien niet door huisarts te behandelen)
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie

#### *5.3.4. Controles zeer fragiele oudere hartfalenpatiënt*

Eerste consult POH: zie 1.3.3

Bij opstellen individueel zorgplan terughoudendheid met aanvullend onderzoek.

Nadruk op voorkomen opnames en ziektelast. Niet noodzakelijke medicatie overwegen te stoppen.

Vervolgconsulten POH: zie 1.3.3. Frequentie volgens individueel zorgplan (zo mogelijk combineren met controles CVRM, diabetes en/of COPD).

Terughoudendheid met verwijzing naar cardioloog.

#### *5.3.5. Begeleiding Palliatief Hartfalen*

In het schakelconsult bespreekt de huisarts met de patiënt (lieft in aanwezigheid van de POH):

- Dat er in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt
- Dat de regie van de behandeling in goed overleg met de cardioloog wordt overgenomen door de huisarts/POH
- Het individuele zorgplan met als aandachtspunten:
  - folder "Wensen voor het leven in de laatste fase"
  - bespreken en vastleggen wensen levenseinde (reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie, existentiële vragen)
  - actueel medicatieoverzicht/noodmedicatie met instructie
  - inschakelen en overdracht andere disciplines (specialistisch verpleegkundig team, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist)
  - informatie noteren in zorgdossier
  - huisartsenpost informeren over 'palliatief hartfalen' beleid bij patiënt.

De controles vinden plaats naar noodzaak en behoefte. Voor uitschakelen ICD/Pacemaker in de laatste levensfase, kopieer de volgende link in uw webbrowser:

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

### 5.3.6. Medicatie

De medicatie bij stabiele hartfalenpatiënten wordt ingesteld door de cardioloog.

Bij HF-REF (systolisch hartfalen):

- Starten met diureticum en ACE-remmer en titreren tot klinische tekenen van overvulling verdwenen zijn
- Toevoegen bètablokker tenzij contra-indicaties
- Indien nog klachten: aldosteronantagonist toevoegen
- Indien ondanks bovenstaande medicatie toch nog klachten of atriumfibrilleren met ventrikelfrequentie >80/minuut in rust of >110/minuut bij inspanning ondanks bètablokker: overweeg toevoegen digoxine

Bij HF-PEF (diastolisch hartfalen):

- Diuretica indien er sprake is van vochtretentie
- Adequate behandeling van hypertensie
- Adequate vermindering van de hartfrequentie bij een tachycardie

Bij zeer fragiele oudere hartfalenpatiënten en bij patiënten met terminaal hartfalen wordt een individueel medicamenteus beleid gevoerd (eventueel in overleg met de cardioloog). Hartfalen is geen indicatie voor lipidenverlaging noch voor antithrombotica TENZIJ de onderliggende hartvaatziekte hiertoe aanleiding geeft (CVRM richtlijn 2018 blz 446).

## 1.4 Voorlichting, informatie en educatie

Zie de voorlichtingsadviezen in bovenstaande paragraaf.

## 1.5 Verwijscriteria binnen de eerste lijn

### 5.5.1 Apotheker

De huisarts/POH verwijst de patiënt naar de apotheker bij problemen met de medicatie die niet direct opgelost kunnen worden door huisarts of POH.

Verder verwijst de huisarts/POH de hartfalen patiënt jaarlijks naar de apotheker voor een medicatiecheck. De apotheek kan de patiënt hiervoor ook zelf oproepen.

### 5.5.2 Diëtist

De POH verwijst de patiënt na het eerste consult in het kader van hartfalen naar een diëtist.

### 5.5.3 Fysiotherapeut

De POH verwijst de volgende patiënten naar een fysiotherapeut:

- Patiënten die zouden kunnen voldoen aan de Nederlandse norm Gezond Bewegen en dit drie maanden na het advies van de POH nog niet effectief hebben opgepakt.
- Patiënten waarbij dusdanig beperkende voorwaarden zijn dat niet verwacht kan worden dat de patiënt kan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, maar waarbij wel een verbetering van de beweegactiviteit in- en/of buiten huis nodig en mogelijk is.
- Patiënten met hartfalen in postrevalidatiefase waarbij (levenslange) training noodzaak is en/of waarbij de verwachting is dat hij/zij snel zal vervallen in een inactieve leefstijl

Contra-indicaties:

- Acute ziekten
- Hemodynamisch klepgebreken
- Hartklepinsufficiëntie die een indicatie vormt voor chirurgie
- Een recente longembolie (<3 maanden geleden) die hemodynamisch zwaar belastend is
- Hartinfarct in de 3 weken voorafgaand aan de training
- Boezemfibrilleren met een hoge kamerrespons in rust (> 100/min)
- Ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht en concentratie)

## **1.6 Verwijsinformatie**

Bij verwijzing naar de paramedicus stuurt de POH de volgende informatie mee:

- Verwijsbrief (of via KIS)
- Diagnose met categorie (stabiel, fragiel, terminaal) en NYHA-klasse
- Specifieke vraagstelling
- Eventuele co-morbiditeit
- Medicatieoverzicht

NB. Als een huisbezoek door één van de paramedici noodzakelijk wordt geacht, dan moet dit aangegeven worden in de verwijzing.