

Connect Hartfalen Protocol 1: Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen

Verdenking Hartfalen

Acties huisarts:

- Anamnese: symptomen van hartfalen?
- Lichamelijk onderzoek: tekenen van hartfalen?
- ECG:
 - Via functieafdeling ziekenhuis;
 - In eigen beheer.
- Lab: (NT-pro) BNP, Hb, Na, K, ureum, creatinine, TSH, glucose:
 - Verder op indicatie.
- Verwijzing cardioloog 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 2^e lijn niet bijdragend is.
 - Bij hoge verdenking op hartfalen: leefregels en start medicatie (ip diuretica en/of ACE remmer).
 - Bij verwijzing ECG, lab uitslagen, voorgeschiedenis en medicatie gebruik vermelden.

Acties cardioloog:

- Patiënt krijgt poli afspraak met echo in 1 setting binnen twee weken.
- Verslaglegging (conclusie poli bezoek inclusief echo) naar huisarts binnen 48 uur na polibezoek.
- Indien geen hartfalen en geen 'significante andere cardiale problematiek'; retour huisarts.

Connect Hartfalen Protocol 2: Diagnostiek en medicamenteuze behandeling in 1^e en 2^e lijn

Patiënten met bewezen hartfalen:

- Patiënten die geen baat hebben bij begeleiding/diagnostiek en/of behandeling via hartfalenpoli: worden terugverwezen naar de huisarts, inclusief het verslag van de echo en het advies ten aanzien van de behandeling (zie 2B).
- Overige patiënten; diagnostiek en behandeling via hartfalenpoli (zie 2A).

2A: Diagnostiek en behandeling 2^e lijn

Eerste bezoek hartfalen polikliniek:

- NYHA klasse.
- ECG.
- Echo (gemaakt in protocol 1) beschikbaar.

Verslag bevat LVEF bepaling en beschrijving diastolische LV functie:

- Medicamenteus behandelplan.
- Diagnostisch plan bepalen en bespreken met patiënt:
 - Indicatie voor diagnostiek cf ESC richtlijn hartfalen.
 - Additioneel laboratoriumonderzoek: leverbiochemie, schildklierfunctie, ferritine, ijzerbindingscapaciteit, urinezuur, vitamine D.
 - Genetisch onderzoek (idiopatische dilaterende CMP en hypertrofische CMP).
- Aanmelden bij hartfalen verpleegkundige: leefstijladviezen, educatie (onder andere bereikbaarheid binnen/buiten kantoortijden, herkennen achteruitgang), begeleiding bij optitreren medicatie.
- Verslaglegging naar huisarts van eerste bezoek hartfalenpolikliniek.

Vervolg bezoeken hartfalen verpleegkundige:

- Optitreren hartfalen medicatie op geleide 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 een vast moment om met hartfalen verpleegkundige patiënten te bespreken.

Vervolg bezoek cardioloog 6 weken na intake:

- Klinische verbetering?
- Beoordeling voortgang ten aanzien van optitreren medicatie.
- Beoordeling voortgang ten aanzien van diagnostisch plan.

Vervolgbezoek cardioloog 3-6 maanden na intake:

- Herbeoordelen NYHA klasse.
- Echo, inclusief 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 hartfalenpoli bij de huisarts meldt in verband met toename klachten:

- Huisarts neemt dezelfde dag contact op met hartfalen verpleegkundige of, als deze niet aanwezig is, met de dienstdoende cardioloog.
- Mogelijke acties:
 - Aanpassen medicatie.
 - Extra bezoek op hartfalen polikliniek.
 - Insturen EHH/SEH.

Contactgegevens hartfalenpoli Beatrix Ziekenhuis/Rivas Zorggroep:

- Dienstdoende cardioloog 0183-644400.
- Hartfalenpoli 0183-644701 (ma/di/do 08.30 uur-16.30 uur).
- per email: hartfalenverpleegkundigen@rivas.nl

2B: Diagnostiek en behandeling 1^e lijn**Bij terugverwijzing huisarts:**

- Huisarts ziet patiënt en geeft informatie over hartfalen en de opvolging in de praktijk.
- Registratie in HIS:
 - Aanmaken episode/probleem hartfalen (ICPC K77) met vermelding:
 - HF-REF (systolisch hartfalen, LVEF <40 %).
 - HF-mREF, (LVEF 40%-50%).
 - HF-PEF (diastolisch hartfalen, LVEF>50%).
 - Aanmaken contra-indicatie 'hartfalen'.
 - Aanmaken huisarts is hoofdbehandelaar hartfalen.

Medicamenteuze behandeling:

Medicatie wordt ingesteld door de cardioloog na diagnosestelling op basis van aanvullende diagnostiek (onder andere: echo cor) of door huisarts bij fragiele oudere patiënt na diagnosestelling op basis van klinisch beeld, lab en ECG.

Bij HF-REF (systolisch hartfalen) en HF-mREF

- Starten met diureticum en ACE en titreren tot klinische tekenen van overvulling verdwenen zijn.
- Toevoegen b-blokker tenzij contra-indicaties.
- Indien nog klachten: aldosteron antagonist.
- Indien:
 - Ondanks bovenstaande medicatie toch nog klachten of;
 - atriumfibrilleren met ventrikelfrequentie >80/min in rust of >110/min bij inspanning
→ Overweeg toevoegen digoxine.

Bij HF-PEF (diastolisch hartfalen)

- Diuretica indien sprake is van vochtretentie.
- Adequate behandeling van hypertensie.
- Adequate vermindering van de hartfrequentie bij een tachycardie.
- Adequate behandeling van comorbiditeit (OSAS, COPD, overgewicht, Diabetes, nierinsufficiëntie).

Bij zeer fragiele oudere hartfalen patiënten en bij patiënten met terminaal hartfalen wordt een individueel medicamenteus beleid gevoerd (eventueel in overleg met de cardioloog).

Medicamenteuze behandeling

ACE-remmers:

- Lisinopril startdosis 2.5-5mg 1dd/streefdosis 20-35 mg 1dd.
- Perindopril: startdosis 2mg 1dd/streefdosis 8 mg 1dd.

All antagonisten:

- Valsartan: startdosis 40mg 2dd/streefdosis 160 mg 2dd.
- Candesartan startdosis 4-8mg 1dd/streefdosis 32 mg 1dd.

Diuretica:

- Furosemide startdosis 20-40mg/dosering verhogen op basis van kliniek en nierfunctie.
- Bumetanide startdosis 1mg 1dd/dosering verhogen op basis van kliniek en nierfunctie
- Hydrochloorthiazide startdosis 25mg/streefdosis 12.5-100 mg.
- Chloortalidon startdosis 25mg/streefdosis 12.5-50 mg.

Beta-blokkers:

- Metoprolol startdosis 12.5-25mg 1dd/streefdosis 200 mg 1dd.
- Bisoprolol startdosis 1.25mg 1dd/streefdosis 10mg 1dd.
- Nebivolol startdosis 1.25mg 1dd/streefdosis 10mg 1dd.

Aldosteronantagonisten:

- Spironolacton 25mg 1dd/streefdosis 25 mg 1dd (eventueel tot 50mg bij progressief HF).
- Eplerenon startdosis 25mg 1dd/ streefdosis 50 mg 1dd.

Controles stabiele hartfalenpatiënt 1e consult POH

Anamnese:

- Voorgeschiedenis, co-morbiditeit, hart- en vaatziekten in familie.
- Kortademigheid, oedeem.
- Therapietrouw.
- Leefstijl: roken, alcohol, lichaamsbeweging, voeding.
- Woonomstandigheden, mantelzorg, wijkverpleging.
- Psychische problemen (vragenlijsten: CaReQoI).
- Wensen patiënt.

Lichamelijk onderzoek:

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

Aanvullend onderzoek, alleen op indicatie:

- Lab: NT-proBNP, Hb, gluN, Na, K, kreatinine, eGFR, ureum, TSH.
- ECG in overleg met huisarts.

Uitleg ziektebeeld en maken **individueel zorgplan** (IZP) met doelen, adviezen en controles.

Adviezen:

- Regelmatig wegen (liefst dagelijks, minimaal 2x/week), optimaal gewicht BMI<30.
- Natrium beperking (verwijzing diëtist), stoppen met roken, alcohol beperken tot 1-2E/d, overweeg vochtbeperking tot 1.5-2l bij ernstig hartfalen, conditietraining bij stabiel hartfalen.
- Instructie wanneer contact op te nemen bij verslechtering.
- Instructie tot flexibel diureticum beleid.
- Vermijd het gebruik van NSAID's.
- Jaarlijkse griepvaccinatie.

Vervolgconsult elke 3 maanden bij POH (frequentie kan variëren afhankelijk van situatie patiënt) en (zo mogelijk in combinatie met controles CVRM, Diabetes en/of COPD).

- Anamnese, lichamelijk onderzoek, bespreken individueel zorgplan, adviezen; zie boven
- Aanvullend onderzoek:
 - Lab: jaarlijks Na, K, kreatinine, eGFR, gluN, Hb (frequenter op indicatie).
 - ECG op indicatie.
- Twee weken na medicatieaanpassing extra controle: Na, K, kreatinine en eGFR.

Telebegeleiding:

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

- Gewichtstoename > 2kg 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, dyspneu, orthopneu of nycturie.
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie.
- Hartkloppingen.
- Duizeligheid.
- Therapie-ontrouw.
- Irregulaire pols (nieuw).
- Bij herhaling stijging of daling van systolische bloeddruk >20mmHg, G toename>2kg binnen 2 weken.
- Afwijkende lab-uitslagen.

Tevens kan de POH contact opnemen met de verpleegkundig specialist hartfalen in de 2e lijn voor inhoudsdeskundige ondersteuning.

Verwijzing naar/overleg met cardioloog door huisarts:

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

Fragiele oudere hartfalenpatiënt: Bij opstellen IZP terughoudend met aanvullend onderzoek, nadruk op voorkomen ziektelast, terughoudend met verwijzing naar cardioloog.

Connect Hartfalen Protocol 3: Follow up patiënten met hartfalen

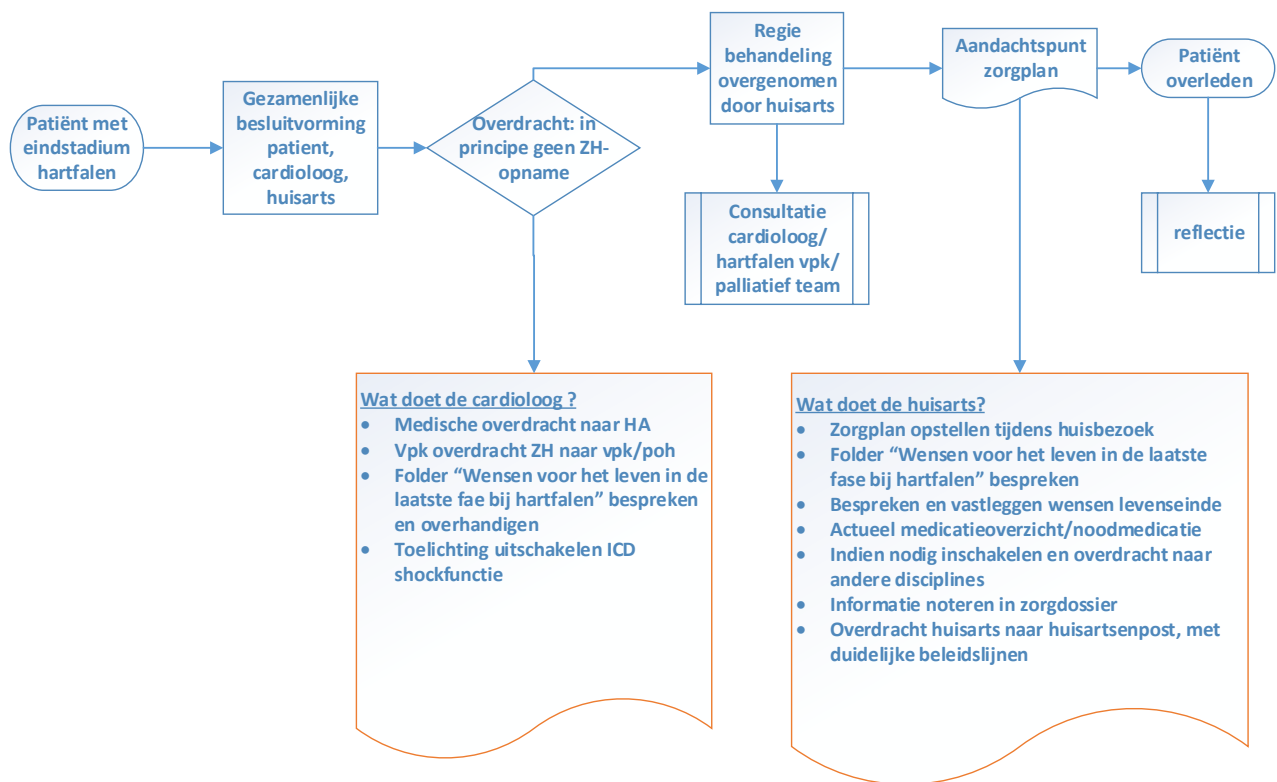
Wie doet wat

- Stabiele hartfalen patiënt met volledig herstel van de LV functie zonder actief cardiaal lijden: verdere behandeling en follow-up via de huisarts.
- Stabiele hartfalen patiënt met volledig herstel van de LV functie en andere cardiale problematiek (bijvoorbeeld: atriumfibrilleren, hartklepafwijking waarvoor vervolg geïndiceerd): afhankelijk van ernst cardiale co-morbiditeit zo nodig controle reguliere poli Cardiologie. Voor follow-up hartfalen: huisarts.
- 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 HF-PEF na afronding van diagnostisch traject en goed ingesteld op medicatie: follow-up via huisarts. Bij cardiale co-morbiditeit (bijvoorbeeld hartklepafwijkingen en/of ritmestoornissen); overweeg controle na 1 jaar bij cardioloog met echocardiogram.
- Stabiele patiënt met niet-volledig herstel LV functie zonder co-morbiditeit waarvoor cardiologische controle noodzakelijk is: controle door cardioloog/hartfalenpoli.
- Stabiele patiënt met niet-volledig herstel LV functie met co-morbiditeit volgens criteria LTA: controle via hartfalenpolikliniek overwegen (Hb <6 mmol/L, GFR <30 ml/min, ernstig COPD).

Aandachtspunten

- Bij terugverwijzen wordt door de cardioloog expliciet vermeld: streefgewicht, recent lab, laatste echo (inclusief systolische en diastolische LV functie), termijn gewenste controle.
- Na terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts ziet de huisarts de patiënt binnen de door de cardioloog aangegeven termijn, zie protocol 2B.
- Herhaalreceptuur van medicatie die geïnitieerd is door de cardioloog kan worden verzorgd door de huisarts, mits sprake is van een schriftelijk verzoek tot overname van de herhaalreceptuur, waarbij de keuze van de medicatie onderbouwd is (zie Informatieoverdracht).

Protocol 4.1 Stappenplan palliatieve fase hartfalen



1. Patiënt met eindstadium hartfalen

De overgang van de curatieve naar palliatieve fase is bij hartfalen meestal niet duidelijk aan te geven. Soms gebeurt dit plotseling, soms heel geleidelijk. Factoren die het begin van deze fase inleiden zijn:

- Progressieve fysieke en/of mentale achteruitgang en ADL afhankelijkheid.
- Ernstige hartfalen symptomen met verslechterende levenskwaliteit ondanks beschikbare therapeutische behandeling.
- Frequentie ziekenhuisopnames of andere ernstige episodes van hartfalen ondanks optimale behandeling.
- Uitgesloten zijn van mogelijkheden van therapie zoals: harttransplantatie en ondersteunende mechanische circulatie.
- Cardiale cachexia.
- Klinische beoordeling van het naderend levenseinde.

Ga tijdig in gesprek met de patiënt en diens naasten. De KNMG biedt artsen houvast met de handreiking 'Tijdig praten over het overlijden' (2011). Raadpleeg zo nodig de beschikbare richtlijnen en standaarden.

2. Besluitvorming: ‘in principe geen ziekenhuisopname meer’

Het gaat om een gezamenlijke besluitvorming waar patiënt en zijn omgeving én cardioloog én huisarts (HA)/specialist ouderengeneeskunde (SOG) het mee eens 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 het ziekenhuis gecheckt of de (zorg)omgeving thuis verantwoord is. Voor schriftelijke overdrachten wordt gebruik gemaakt van de ontwikkelde overdrachtsformulieren.

Bij patiënten met hartfalen of ritmestoornissen wordt steeds vaker een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) ingebracht. Bij bovengenoemde besluitvorming zal de ICD shockfunctie, in overleg met de patiënt, worden uitgezet alvorens de patiënt naar huis gaat (zie Bijlage: ICD bij terminaal hartfalen).

3. Regie behandeling overgenomen door HA/SOG

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

- Bij vragen over terminaal hartfalen kan de HA/SOG, indien patiënt daar bekend is, contact opnemen met de hartfalenverpleegkundige in het ziekenhuis. In spoedsituaties kan de huisarts of SOG contact opnemen met de dienstdoende cardioloog.
- Consultatief Palliatief Team (via Rivas Zorglijn, 0900-8440): 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.
- 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.
- Indien alleen een gespecialiseerde verpleegkundige handeling noodzakelijk is, kan de huisarts het specialistisch verpleegkundig team (AVT) in de regio inschakelen: dit team bestaat uit verpleegkundigen die kennis en ervaring hebben bij het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen onder andere op het gebied van de palliatieve zorg.

4. Aandachtspunten zorgplan

- Het medisch dossier van het ziekenhuis blijft een actief dossier tot het bericht van overlijden. De huisarts brengt de hartfalenpoli op de hoogte van het overlijden. Dan wordt het dossier gesloten.
- Het Zorgplan wordt opgesteld tijdens een huisbezoek.
- Bespreken en vastleggen wensen levenseinde: reanimatie, (palliatieve) sedatie, euthanasie, existentiële vragen.
- 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.
- Zo nodig worden door de HA/SOG andere disciplines ingeschakeld zoals: specialistisch team/wijk-verpleegkundigen/fysiotherapeut/diëtist.
- Relevante informatie wordt door de HA/SOG in het zorgdossier genoteerd.
- De huisarts zorgt voor een overdracht naar de huisartsenpost met beleidsplan.
- Er is een format voor een zorgplan en een overdrachtsformulier voor de huisartsenpost ontwikkeld, dit kan door de HA worden gebruikt. De SOG gebruikt het zorgplan van de eigen organisatie.
- Er is aandacht voor de niet reanimeren verklaring.

5. Reflectie na overlijden

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

- Naasten: aandacht, ondersteuning en begeleiding, maar ook: informatie en (herhaalde) uitleg aan naasten zijn essentieel voor een goed beloop van het levenseinde en uiteindelijk een goed afscheid.
- Zorg voor (ver)zorgende(n) vraagt om goede communicatie, reflectie en begeleiding van hulpverleners onderling. Gezamenlijke aandacht en reflectie op het gehele proces werkt signalerend, verhelderend en kwaliteit verhogend.

Literatuurlijst:

VIKC Richtlijn palliatieve zorg bij chronisch hartfalen

<http://www.oncoline.nl/hartfalen>

NHG standaard hartfalen 2010

<https://www.nhg.org/standaarden-hartfalen>

ESC Guidelines for chronic heart failure 2016

<https://oup.silverchair-cdn.com>

Landelijke transmurale afspraak Hartfalen 2015:

<https://www.nvvc.nl/richtlijnen/hartfalen>

Deactiveren ICD en pacemaker

<https://richtlijnendatabase.nl>

