



Connect Hartfalenzorg in de regio NW Veluwe en Zeewolde

**Huisartsen Coöperatie Medicamus
& Ziekenhuis St Jansdal**



INLEIDING

Hartfalen (HF) is een veel voorkomende, ernstige aandoening. Tussen 20% en 30% van de bevolking krijgt te maken met HF, meestal als zij ouder dan 70 jaar zijn. Er zijn momenteel 130.000 mensen met HF. Naar verwachting zal het aantal Nederlanders met HF toenemen (195.000 in 2025; bron: RIVM).

Hartfalen ontstaat doordat de pompfunctie van het hart tekortschiet. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aankunnen en 's nachts kortademig zijn. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen.

Op initiatief van het Zorginstituut Nederland is in juli 2013 een landelijke werkgroep transmurale zorg bij hartfalen opgericht om de organisatie van de hartfalenzorg te optimaliseren. Er is besloten om een landelijk transmurale afspraak te maken (LTA). Het doel van de LTA is een landelijk kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg. De LTA Hartfalen is het uitgangspunt voor Connect Hartfalen.

Connect Hartfalen heeft als doel regionaal de organisatie rondom patiënten met Hartfalen te verbeteren conform de LTA Hartfalen. Uitgangspunt hierbij is dat het verwijzen en terugverwijzen van patiënten met hartfalen volgens vastomlijnde afspraken gaat plaatsvinden, evenals de (transmurale) terminale en palliatieve zorg voor patiënten met hartfalen. Een goede afstemming tussen de zorgverleners in de eerste - en tweede lijn kan op die manier tot betere zorg leiden.

In Nederland wordt hartfalenzorg medisch inhoudelijk verleend volgens verschillende richtlijnen (de ESC guideline hartfalen 2016 in de tweede- en derde lijn; in de eerste lijn is dit volgens de NHG richtlijnen). De diverse richtlijnen sluiten goed op elkaar aan (bron: <http://nvvcconnect.nl/hartfalen>).

In de regio NW Veluwe en Zeewolde heeft de vakgroep cardiologie van het ziekenhuis St Jansdal in overleg met de kaderhuisarts hart- en vaatziekten van Medicamus, de LTA Hartfalen vertaald naar lokale afspraken rondom de diagnostiek en zorg voor patiënten met hartfalen. Dit heeft geresulteerd in een vijftal protocollen die zijn gebundeld in onderstaand document.

Omdat pas na initiatie van dit project onze regio uitgebreid werd met de regio Noord West Flevoland werden huidige werkafspraken nog niet met de huisartsen uit deze regio's besproken. Dit zal na de kick-off Hartfalen Connect op 3 november 2020 opgestart worden. Dit document kan indien gewenst of vanwege nieuwe inzichten, aangepast worden.

Werkgroep Connect Hartfalen

Dhr. A. Stuijzand, projectcoördinator

Mw. drs. K.C. Sybrandy, cardioloog ziekenhuis St Jansdal

Dhr. drs. P.A.G. Willemsen, huisarts Ermelo (kaderhuisarts hart- en vaatziekten Medicamus)

Mw. I. Stoffelsen, praktijkverpleegkundige en kwaliteitsmedewerker Medicamus hart-en vaatziekten.

Mw. K. Beekman, hartfalenverpleegkundige ziekenhuis St Jansdal

Mw. C. Febus, hartfalenverpleegkundige ziekenhuis St Jansdal

Mw. drs. M. Aalten, geriater ziekenhuis St Jansdal

Dhr. J. van der Kolk, Patiënten perspectief

Protocol 1: Verdenking Hartfalen in de 1ste lijn.

Doel: Herkennen van hartfalenpatiënten in de eerste lijn en verwijstraject naar de tweede lijn.

Definitie: Hartfalen is een complex van klachten en verschijnselen bij een structurele of functionele afwijking van het hart, die leiden tot een tekortschietende pompfunctie van het hart.

Betrokken zorgverleners: huisartsen, praktijkondersteuners (POH), cardiologen, hartfalen verpleegkundigen.

Werkwijze (zie NHG standaard hartfalen)

1. Anamnese

Informeer naar:

- Verminderd inspanningsvermogen;
- Kortademigheid: dyspneu bij inspanning of ook in rust, orthopneu, paroxismale nachtelijke dyspneu;
- Vermoeidheid;
- Mogelijke oorzaken of triggers voor hartfalen: angineuze klachten (ischemie), palpitaties, syncope als teken van ritme- of geleidingsstoornissen; gebruik van negatief inotrope middelen (de calciumantagonisten verapamil en diltiazem en klasse-I-antiarritmica zoals propafenon en flecaïnide), middelen die kunnen leiden tot natrium- en vochtretentie (NSAID's, COX-2-remmers, corticosteroïden) en thiazolidinedionen.

Risicofactoren:

- Belaste familieanamnese voor cardiovasculaire aandoeningen, roken, overmatig alcoholgebruik, hyperlipidemie, hypertensie, diabetes en recente chemotherapie.

Voorgeschiedenis:

- Coronaire hartziekte (myocardinfarct, angina pectoris, coronaire bypassoperatie (CABG), percutane coronaire interventie (PCI), congenitale hartaandoening, hartkleplijden, cerebrovasculair accident (CVA), perifeer arterieel vaatlijden.

2. Lichamelijk onderzoek

- Algemeen: voedingstoestand, lichaamsgewicht;
- Pols: frequentie (tachycardie of bradycardie?), ritme (regelmatig of onregelmatig?);
- Bloeddruk: systolisch, diastolisch;
- Verhoogde centraal veneuze druk, perifeer oedeem, vergrote lever, ascites, pulmonale crepitaties, demping onderste longvelden passend bij pleuravocht;
- Hart: ictus palpabel buiten de mid-claviculaire lijn in rugligging, of heffend/verbreed in linkerzijligging, derde harttoon (galopritme), hartgeruisen wijzend op klepafwijkingen.

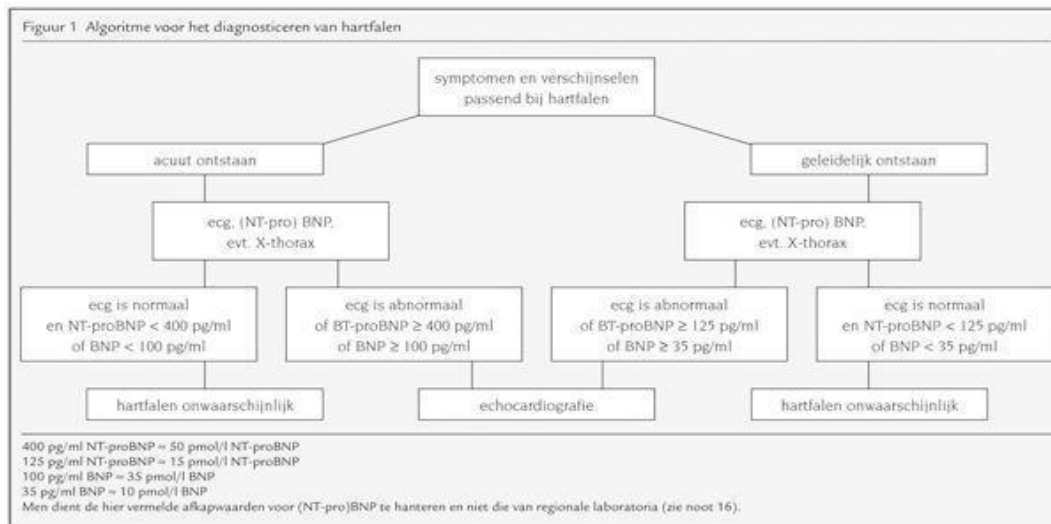
Symptomen (van typisch naar minder typisch)	Tekenen
Kortademigheid	Verhoogde CVD
Orthopnoe	Vergrootte lever
Wisselende nachtelijke dyspnoe	3 ^{de} harttoon (galop ritme)
Verminderde inspanningstolerantie	Tachypnoe
Vermoeidheid en toenemende hersteltijd na inspanning	Tachycardie
Enkeloedeem	Irregulaire pols
Nachtelijke kriebelhoest	Pulmonale crepitaties
Toename gewicht (>2kg/week)	Hartgeruis
Gewichtsverlies (bij gevorderd hartfalen)	
Opgeblazen gevoel	
Verminderde eetlust	
Verwardheid (ouderen)	
Palpaties	
Syncope	
Palpaties	
Depressie	

3. Aanvullend onderzoek

- Maak bij vermoeden van hartfalen een ECG en bepaal het NT-proBNP;
- Bij een abnormaal ECG of een verhoogd NT-proBNP is nader onderzoek geïndiceerd; Een normaal ECG in combinatie met een normaal NT-proBNP sluit de diagnose hartfalen nagenoeg uit.

Welke patiënten verwijzen:

a) Volgens onderstaand stroomschema:



In het St Jansdal wordt pmol/l gebruikt als eenheid voor NT-proBNP. Patiënt zal voor de genoemde echocardiografie naar de cardioloog verwezen moeten worden.

b) Indien er verdenking is op hartfalen bij patiënten zonder cardiale voorgeschiedenis of patiënten die niet onder behandeling zijn van een cardioloog (bijv. jaren geleden terugverwezen naar de huisartspraktijk) kunnen deze verwezen worden voor aanvullende hartfalen diagnostiek.

c) Indien er geen andere oorzaak van de klachten verantwoordelijk zou kunnen zijn voor een (geringe) NT-proBNP stijging (bv zoals ritmestoornissen (atriumfibrilleren), ischemie, longembolie of verminderde nierfunctie).

Verricht bij elke patiënt met een verdenking op hartfalen in de huisartsenpraktijk een:

- ECG (op de praktijk of op de functieafdeling van het ziekenhuis St Jansdal);
- En voer bloedonderzoek uit en bepaal tenminste de NT-proBNP.

Bij voorkeur wordt meer uitgebreid bloedonderzoek en een thoraxfoto bij diagnostiek hartfalen geadviseerd: in ieder geval op het moment dat de huisarts de patiënt verwijst:

- Creatinine, eGFR, Glucose, Hb, Kalium, Natrium; TSH;
- Thoraxfoto.

De patiënt verwijzen naar de polikliniek cardiologie bij verdenking hartfalen:

- Acut ontstaan: ECG abnormaal of NT-proBNP >50pmol/l;
- Geleidelijk ontstaan: ECG abnormaal of NT-proBNP >15pmol/l (mits geen andere verklaring voor verhoging NT-proBNP, zie punt c).

Elke patiënt krijgt een afspraak bij de cardioloog met voorafgaand een echocardiogram en indien nog niet verricht ook uitgebreid bloedonderzoek en een thoraxfoto.

- Echocardiogram;
- Uitgebreid bloedonderzoek;
- X-thorax.

De afspraak met de cardioloog zal binnen 14 dagen ingepland worden bij geleidelijk ontstaan hartfalen. Indien recent ontstaan hartfalen dan volgt een poli afspraak <7 dagen.

Hyper acuut ontstane dyspnoe kan niet op poli gezien worden maar zal via dienstdoende cardioloog in het ziekenhuis St Jansdal aangemeld worden voor beoordeling op de spoedeisende hulp.

Referenties:

1. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening)
Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. Huisarts Wet 2010;53(7):368-89.
2. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
3. Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen 2010.

Protocol 2: diagnostiek en behandeling van hartfalen.

Doel: Oorzaak van hartfalen vaststellen en inzetten passende behandeling in de tweede lijn. Controles in de tweede lijn. Terug verwijstraject naar de eerste lijn.

Definities:

- HFrEF: hartfalen o.b.v. verminderde systolische linker ventrikelfunctie (LVEF <40%);
- HFpEF: hartfalen o.b.v. een behouden systolische LVEF (EF >50%) maar verminderde diastolische LVEF.
- HFmEF: hartfalen o.b.v. een licht verminderde LVEF (EF 40-49%).

NYHA classificatie:

- *Klasse 1:* geen beperking van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpaties of dyspneu;
- *Klasse 2:* enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpaties of dyspneu;
- *Klasse 3:* ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpaties of dyspneu;
- *Klasse 4:* geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Betrokken zorgverleners: cardiologen, zaalartsen cardiologie, hartfalen verpleegkundigen.

Werkwijze:

Eerste polikliniekbezoek of opname

1. Diagnostiek:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek;
- ECG;
- Bloedonderzoek;
- X thorax;
- Echocardiogram;
- Ischemie detectie op indicatie;
- Vaststellen type en ernst van hartfalen (NYHA klasse).

2. Behandeling:

- Oorzaak van het hartfalen behandelen;
- Instellen op medicatie volgens protocol (ESC richtlijn hartfalen 2016);
- T.z.t. overwegen of een ICD/CRT-D geïndiceerd is.

Verwijzing hartfalenpolikliniek indien HFrEF <40-45%, of bij:

- Twijfel aan ziekte-inzicht en/of therapietrouw van de patiënt;
- Instelling op hartfalen medicatie waarvoor veelvuldige controles noodzakelijk zijn (vanwege lage bloeddruk of ander co-morbiditeit);

- Uitgebreide symptomatologie (nog veel ontwatering noodzakelijk);
- Klinisch instabiel hartfalen waarbij recidiverende exacerbaties hartfalen zijn opgetreden in de afgelopen periode;
- Voor instelling op valsartan/sacubitril.

Vervolg controles op de polikliniek:

1. Controles bij cardioloog:

- Bespreken van uitslagen van aanvullend onderzoek (ischemie detectie/CAG, MRI);
- Controle afspraak bij cardioloog na 4-6 maanden (na eerste bezoek wegens hartfalen, na afgeronde aanvullende diagnostiek en ingesteld op hartfalen medicatie) met een controle echocardiogram voor linkerventrikelfunctie vooraf. (ICD, CRT-D zal besproken worden);
- Indien volledig herstelde LVF maar andere co-morbiditeit (bijv. kleplijden) ontslag hartfalenpoli en jaarlijks controle bij cardioloog;
- Indien niet volledig herstelde LVF (<40-45%) zonder co-morbiditeit, jaarlijks controle bij cardioloog met nierfuncties etc. vooraf. Afhankelijk van kliniek 2-4x per jaar controle op hartfalenpolikliniek;
- Indien kunstklep, pacemaker/ICD/CRT-D jaarlijkse controle bij cardioloog en afhankelijk van hartfalen symptomen 2-4x per jaar controle op de hartfalenpolikliniek.

2. Controles bij hartfalen verpleegkundige:

- Na diagnose hartfalen afspraak als nieuwe patiënt op hartfalenpolikliniek (binnen 7-14 dagen).
De volgende gegevens dienen te worden vermeld bij verwijzing naar hartfalenpoli:
 - Type hartfalen (systolisch/diastolisch);
 - Ernst hartfalen (LVEF bij voorkeur 3D, en graad diastolische dysfunctie)
 - Oorzaak hartfalen (ischemie, type niet ischemische CMP, hypertensie, kleplijden, stapeling etc.);
 - Reden verwijzing hartfalenpoli (instellen medicatie: ACE-remmer/b-blokker en/of Sacubitril/Valsartan (Entresto), ontwatering, verhogen ziekte inzicht en therapietrouw);
 - Aangeven of reanimatiebeleid/ ICD/ autorijden etc. besproken is.
- Bespreken hartfalen en leefregels, gewichtscontroles en uitleg over zelfcontroles aan de patiënt;
- Instellen op medicatie volgens hartfalen protocol (ESC guidelines hartfalen 2016);
- Controleren of er indicatie is voor iv ijzertherapie of SGLT2 remmer;
- Verwijzen naar diëtist, hartrevalidatie, psycholoog en op indicatie naar geriater, internist/nefroloog;
- Indien persisterend HFrEF (EF<40-45%) of HFpEF met symptomen, 2-4x per jaar controle op hartfalenpolikliniek (afhankelijk van kliniek).

Terugverwijzen naar de eerste lijn indien (*nooit bij een pacemaker/ICD of kunstklep*):

- Volledig herstel van de linker kamerfunctie zonder of met geringe andere cardiale problematiek (bv. atriumfibrilleren);
- Afgeronde diagnostiek en stabiel hartfalen (HFpEF en HFrEF), gedurende een jaar, na ingestelde behandeling in NYHA klasse 1-2. Met stabiele nierfuncties en geen tekenen van overvulling meer;
- Kwetsbare ouderen met hartfalen waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is;
- Terminaal hartfalen (zie protocol 5).

Indien de patiënt wordt terugverwezen naar de eerste lijn:

- Aan de patiënt melden om een afspraak bij de huisarts te maken;
- In de brief expliciet noemen dat het om een hartfalen patiënt gaat en dat er afspraak op het spreekuur gemaakt wordt binnen 2-4 weken;
- POH kan dan contact opnemen met de patiënt, of deze termijn wenselijk is of op ander moment, zodat er contact is en er een vervolg is afgesproken.

Referenties:

1. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening)
Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. Huisarts Wet 2010;53(7):368-89.
2. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
3. Multidisciplinaire richtlijn Hartfalen 2010.

Protocol 3. Terug verwijzing naar de eerste lijn voor controle en behandeling.

Doel: Behandeling en controle in de eerste lijn van terugverwezen hartfalenpatiënten met chronisch stabiel hartfalen NYHA klasse 1-2.

Definitie: Stabiele hartfalenpatiënten: geen vochtretentie, stabiele nierfuncties, afgeronde diagnostiek en optimaal ingesteld op therapie.

Betrokken zorgverleners: cardiologen, hartfalenverpleegkundigen, huisartsen praktijkondersteuners (POH). Op consultatieve basis diëtist/geriater.

Werkwijze:

- Bij overdracht van de zorg van tweede - naar de eerste lijn: afspraak binnen 2-4 weken met de huisarts;
- In principe worden alleen patiënten die functioneren in NYHA klasse I en II terugverwezen. Kwetsbare (oudere) patiënten voor wie de gang naar het ziekenhuis belastend is, worden in overleg met de huisarts terugverwezen;
- De cardioloog levert een complete brief waarin samenvatting met eerdere diagnostische overwegingen, type hartfalen (HFrEF/ HFpEF), NYHA klasse en behandelplan.

Eerste consult na terug verwijzing:

- Beoordeling door de huisarts over stabiliteit beeld hartfalen;
- Instructie aan patiënt wanneer contact op te nemen met de huisartsenpraktijk bij de volgende tekenen van verslechtering:
 - Gewichtstoename > 2kg binnen 3 dagen;
 - Toename oedeem;
 - Toename dyspnoe;
 - Plotseling verminderde inspanningstolerantie;
 - Toename orthopnoe en nycturie;
 - Hartkloppingen;
 - Duizeligheid.

Vervolgcontroles in de huisartsenpraktijk:

- Controle door huisarts of praktijkondersteuner eerste jaar; 4 keer per jaar waarvan minimaal 1x per jaar door de huisarts.

Inhoud consult POH of huisarts:

1. Anamnese

- Dyspnoe, orthopnoe;
- Kriebelhoest;
- Anorexie;
- Mobiliteit en inspanningsvermogen;
- Psychisch welbevinden;
- Functioneren;
- Voeding, vraag naar dieet, o.a. hoeveelheid zout.

2. Lichamelijk onderzoek/ metingen:

- Gewicht;
- Bloeddruk;
- Pols (regulier/irregulier); zo nodig en zo mogelijk m.b.v. ECG of andere ritme diagnostiek;
- Oedeem.

- Medicatie checken;
- Therapietrouw, eventuele bijwerkingen, zelfmedicatie;
- Bespreken leefregels en zelfcontroles;
- Bespreken alarmsymptomen;
- Bewegen expliciet stimuleren;
- Herhalen instructie wanneer de patiënt contact op moet nemen met de huisarts of POH;
- Aanvullend onderzoek:
 - Bloedonderzoek: jaarlijks Creatinine, eGFR, Glucose nuchter, Hb, K, Na, (frequenter op indicatie);
 - Nierfunctie na 3 en 6 mnd., vervolgens jaarlijks (CKD-Epi, Creatinine, K, Na.) of op indicatie.

Overleg bij verandering kliniek of klachten patiënt:

- De POH overlegt zo nodig met de huisarts;
- Mogelijk verandering van behandeling door huisarts met controle moment (kliniek en/of lab) binnen een week;
- Indien gewenst kan de huisarts of POH overleggen met de dienstdoende cardioloog of hartfalenverpleegkundige (indien patiënt eerder bekend was op de hartfalenpoli);
- Indien behandeling niet mogelijk is in eerste lijn of ingezette behandeling door huisarts niet afdoende is, dan een nieuwe verwijzing naar tweede lijn;
- Ook verwijzen naar de tweede lijn bij nieuwe cardiale problematiek.

Medicatie:

- Volgens NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Huisarts Wet 2010:53(7):368-89.

Adviezen controle stabiele hartfalen patiënten in de huisartsenpraktijk:

- Regelmatig wegen (liefst dagelijks, minimaal 2x/wk), optimaliseren gewicht: let op ongewenst gewichtsverlies en laten afvallen bij BMI>35;
- Stimuleren actieve leefstijl conform hiervoor geldende richtlijnen;
- Voeding-natriumbepierking, stoppen met roken, alcohol beperken tot 1-2 E/d en overweeg vochtbeperking (van 1.5-2L bij ernstig hartfalen);
- Bij combinatie hartfalen en chronische nierschade zo nodig diëtiëk inschakelen;
- Jaarlijks griepvaccinatie;
- Instructie wanneer contact op te nemen bij verslechtering;
- Instructie (indien patiënt dit kan) tot flexibel diureticum beleid. Noteren in P (plan) regel en episode flexibel beleid noemen;

- Vermijd het gebruik van NSAID's;
- Aandacht voor therapietrouw.

Referenties:

1. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. Huisarts Wet 2010;53(7):368-89.
2. Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen 2010.

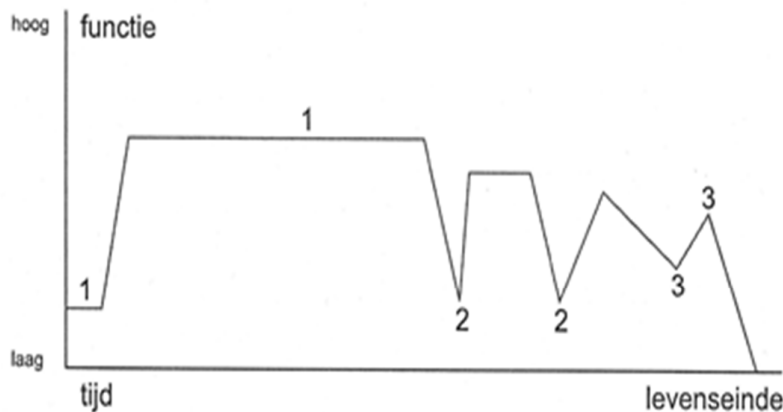
Protocol 4: Palliatieve hartfalenzorg in de tweede lijn

Achtergrond eindstadium hartfalen (LTA Hartfalen):

Kenmerkend voor hartfalen in de laatste fase is dat er naast klinische tekenen van hartfalen frequente opnames voor hartfalen zijn in een kort tijdsbestek. Er zijn voor de dagelijkse praktijk geen geschikte modellen om de levensverwachting bij patiënten met hartfalen NYHA klasse III-IV in te schatten.

Een NYHA klasse III-IV hartfalen patiënt met een slechte levensverwachting is op basis van de volgende kenmerken te herkennen (IKNL richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen):

- Frequentie heropnames voor hartfalen met exacerbaties;
- Persisterende symptomen ondanks optimale behandeling;
- Significant gewichtsverlies;
- 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 overlijdt?
- Geen mogelijkheden voor harttransplantatie of LVAD of de patiënt wijst dit af.



1. Recent gediagnosticeerd (C)HF: acuut of geleidelijk ontstaan, Stabiel
2. Exacerbatie CHF: (langzaam) progressief of acuut exacerberend hartfalen
3. Terminaal hartfalen: Eindfase hartfalen. (>1 episode van exacerbatie in minder dan 6 mnd, continue diuretica i.v., NYHA IV, cardiale cachexie, klinische symptomen, levenseinde.

Onderdelen palliatieve hartfalenzorg in de tweede lijn:

- Vaststellen eindstadium hartfalen, volgens bovenstaande punten;
- Instellen palliatieve zorgen voor hartfalenpatiënten waarbij de conclusie is getrokken dat er geen therapeutische opties meer zijn, alleen verlichtende interventies;
- Het uitvoeren van een overdracht van de tweede - naar de eerste lijn bij terminaal hartfalen patiënten voor palliatieve zorgen (protocol 5).

Definities:

Palliatief hartfalenzorg: zorg (medicatie, ICD/CRT management, voorlichting, etc.) voor hartfalenpatiënten waarvoor geen therapeutische opties meer zijn, alleen verlichtende interventies.

Palliatieve sedatie: een terminale patiënt met ondraaglijk lijden wordt tot zijn overlijden in slaap gehouden met medicijnen om zijn lijden te verlichten.

Betrokken zorgverleners: cardiologen, arts-assistenten, verpleegkundig specialisten, hartfalenverpleegkundigen, gerieters en internisten, pacemakertechnicus.

Patiënten opgenomen op de verpleegafdeling van het ziekenhuis St Jansdal:

- Slecht nieuwsgesprek met de patiënt en de naasten door de cardioloog (internist/geriater) samen met de arts-assistent of de verpleegkundig specialist/hartfalen verpleegkundige;
- Uitleg geen opties meer voor aanvullende therapeutische behandelingsmogelijkheden;
- Indien de patiënt een ICD heeft, uitzetten bespreken met de patiënt;
- Indien al niet eerder besproken “Niet reanimeren” bespreken;
- Indien palliatieve sedatie in het ziekenhuis St Jansdal wordt uitgevoerd, zal dat gebeuren volgens het ziekenhuis protocol: palliatieve sedatie (zie iProva) en in overleg met het palliatief team;
- Uitleg geven over mogelijkheden van palliatieve zorg in de thuissituatie;
- Overeenkomen van de wensen van de patiënt t.a.v. terugverwijzen naar de huisarts;
- Telefonisch contact met huisarts om beslissingen te bespreken en de patiënt over te dragen, voordat de patiënt wordt ontslagen.

Aanvullende informatieve documenten:

1. Folder met aanvullende informatie voor patiënten en familie: “goede zorg voor mensen met ernstig hartfalen”. (<https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2019/03/IKNL-pati%C3%ABntenfolder-Goede-zorg-voor-mensen-met-ernstig-hartfalen-260219.pdf>)
2. Samenvatting richtlijn Palliatieve zorgen bij hartfalen. (<https://shop.iknl.nl/shop/samenvattingsboekje-richtlijn-palliatieve-zorg-bij-hartfalen/196213>)

Protocol ICD/CRT-D uitzetten bij terminaal hartfalen tijdens ziekenhuis opname

De behandelend cardioloog (of zaalarts/hartfalenverpleegkundige) bespreekt met de patiënt wat de consequenties zijn van het uitzetten van de shockfunctie van de ICD of CRT-D.

De pacemakerfunctie van een gecombineerd bi-ventriculaire pacemaker en ICD kan niet uitgezet worden.

Indien de patiënt opgenomen ligt op de verpleegafdeling wordt contact opgenomen met de pacemakertechnicus om de shockfunctie tijdens opname uit te zetten. De behandelend arts noteert zorgvuldig een verslag van het gesprek met de patiënt (en familie) en dat de patiënt akkoord is met het uitzetten van de shockfunctie. Hierna wordt een afspraak gemaakt op de pacemakerkamer om de shockfunctie uit te zetten.

Terminale hartfalenpatiënten onder poliklinische behandeling in het ziekenhuis:

- De patiënt is bekend op de hartfalenpolikliniek. De hartfalenverpleegkundige speelt een centrale, coördinerende rol in de zorg rond de patiënt en tussen alle lijnen van zorg en is hiervoor goed geschoold;
- Slecht nieuwsgesprek met de patiënt en de naasten door de cardioloog (eventueel samen met de hartfalenverpleegkundige). Uitleg over geen opties meer voor aanvullende therapeutische behandelmogelijkheden;
- Indien al niet eerder besproken “Niet Reanimeren” bespreken;
- Indien de patiënt een ICD/CRT-D heeft, het uitzetten bespreken met de patiënt. Geef informatie mee over ICD/CRT-D management in de laatste fase:
<https://www.stin.nl/nieuws/archief/bericht:filmpje-over-icd-en-de-laatste-levensfase-beschikbaar.htm>
 - Voor medici is volgende informatie beschikbaar op internet: NVVC Richtlijn ICD/pacemaker in de laatste levensfase;
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>
- Verder is er overleg met andere disciplines (bijv. fysiotherapeut, diëtist, maatschappelijk werker, psycholoog) mogelijk, indien de hartfalenverpleegkundige en behandelend cardioloog hier indicatie voor zien;
- Bij geriatrie patiënten met multimorbiditeit is behandeling en begeleiding door of in overleg met een klinisch geriater of een specialist ouderengeneeskunde een goed alternatief;
- Overeenkomen van de wensen van de patiënt m.b.t. terugverwijzen naar de huisarts;
- Zorg voor goede afstemming met de eerste lijn door mondeling (telefonisch) overleg en (digitale) brieven;
- Verdeel de zorgtaken over zo min mogelijk zorgverleners;
- Zorg voor duidelijkheid bij de overdracht wie de hoofbehandelaar is; (cardioloog/huisarts); volg hierbij de afspraken en aanbevelingen zoals die zijn vastgelegd in de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen (LTA);
- Geef folder met aanvullende informatie voor patiënten en familie mee: “goede zorg voor mensen met ernstig hartfalen”. (<https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2019/03/IKNL-pati%C3%ABntenfolder-Goede-zorg-voor-mensen-met-ernstig-hartfalen-260219.pdf>);

- Advies opstellen levenstestament m.b.t. behandelwensen van de patiënt (zie aanvullende informatie hieronder).

Protocol ICD/CRT-D uitzetten bij terminaal hartfalen bij poliklinische patiënten

Indien de patiënt op de hartfalenpoli en/of poli cardiologie wordt gecontroleerd, wordt een gesprek gepland op de poli cardiologie met de hartfalenverpleegkundige en de cardioloog om het uitzetten van de shockfunctie met de patiënt (en familie) te bespreken. Van dit gesprek inclusief toestemming van de patiënt wordt een verslag geschreven in het dossier. Hierna wordt een afspraak gemaakt op de pacemakerkamer om de shockfunctie uit te zetten.

Referenties:

1. LTA Hartfalen.
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>
2. IKNL richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen.
<https://www.pallialine.nl/hartfalen>

Aanvullende informatie

Advies opstellen levenstestament m.b.t. behandelwensen bij eindstadium hartfalen

Er zijn twee typen behandelwensen:

De negatieve (ik wil niet) en de positieve (ik wil wel) behandelwens. De negatieve behandelwens wordt ook wel een behandelverbod genoemd.

Het is aan te bevelen, dergelijke wensen schriftelijk vast te leggen. Dit kan, maar hoeft niet, door middel van een levenstestament of een wilsverklaring. Een levenstestament is een document opgesteld door een notaris. Het voordeel hiervan is dat ook andere dingen, zoals wettelijke vertegenwoordiging formeel kunnen worden vastgelegd. Het is aan de notaris om de wilsbekwaamheid ter zake vast te stellen.

Een schriftelijke wilsverklaring dient ter ondersteuning van de medische besluitvorming op een moment dat de persoon zelf daar (tijdelijk) niet toe in staat is.

Een schriftelijke wilsverklaring, mits authentiek (ongetwijfeld van deze persoon) actueel (recent opgesteld of herzien, dan wel bevestigd) en aanwezig is rechtsgeldig.

Een negatieve behandelwens is bindend en dient te worden gerespecteerd. Een positieve behandelwens is richtinggevend, maar niet bindend. Het is aan de behandelaar om te beoordelen of de behandeling waarom wordt verzocht medisch gesproken zinvol is. Behandelingen kunnen niet worden afgedwongen.

Bij terminaal hartfalen is het belangrijk om de volgende zaken te bespreken en vast te leggen:

- Reanimeren of niet reanimeren.
 - Bij niet-reanimeren wens is het verstandig om een Niet Reanimeren penning aan te schaffen en te dragen.
- Wat te doen met de ICD of pacemaker;
- Ziekenhuisopname of niet;
- Wensen ten aanzien van terminale zorg:
 - Thuis of hospice
 - Medicamenteuze interventie
- Wensen ten aanzien van behandeling van andere ziekten of kwalen.

Als een schriftelijke wilsverklaring is opgesteld moet de inhoud hiervan gedeeld worden met de huisarts, het ziekenhuis en de naasten. Deze wilsverklaring wordt onderdeel van het medisch dossier.

Om de wilsverklaring actueel te houden verdient het aanbeveling, de inhoud ervan minimaal eens per half jaar te herzien of bevestigen en opnieuw te ondertekenen.

Protocol 5: Patiënten met eindstadium hartfalen en terminaal hartfalen
Overdracht van tweede - naar de eerste lijn

Achtergrond overdracht van de tweede - naar de eerste lijn (LTA).

Indien de patiënt zich in NYHA klasse III-IV bevindt, is polikliniekbezoek op een bepaald moment niet meer haalbaar en/of heeft geen toegevoegde waarde meer. Deze patiënten worden bij voorkeur thuis behandeld door de huisarts en de POH, al dan niet met telefonische consultaties van de hartfalenverpleegkundige. 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, bi-ventriculaire pacing (CRT) of Implanterbare Cardioverter Defibrillator (ICD/CRT-D) (indien aanwezig), zingevingsvragen en een eventuele niet-reanimeren verklaring als onderdeel van de overdracht.

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

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

Zie ook aanvullende achtergrondinformatie protocol 4.

Behandeling in de laatste fase

Optimale behandeling van hartfalen blijft ook in de terminale fase cruciaal als onderdeel van de palliatie. Voortdurend is aandacht nodig voor tekenen van overvulling maar ook ondervulling en dreigende benauwdheid.

Er is een smalle marge tussen overvulling en ondervulling in de eindfase van hartfalen. Over het algemeen verkiest men dreigende ondervulling boven dreigende overvulling.

Ondervulling gaat gepaard met somnolentie door cerebrale hypoperfusie, overvulling met dyspneu door overvulling van de longen. Soms zijn daarvoor hoge doseringen diuretica (eventueel combinaties van verschillende diuretica) nodig. Zeker bij ouderen is in het eindstadium van hartfalen de eetlust sterk verminderd en drinkt de patiënt weinig, waardoor de natrium- en vochtinname vaak gering is en daarmee de behoefte aan diuretica kan afnemen.

Zie ook aanbevelingen uit Pallialine en NHG standaard:

1. <https://www.pallialine.nl/hartfalen>
2. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen#Medicamenteuzebehandeling>
3. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen#note-51>

In eindstadium hartfalen zijn er in de huisartspraktijk 3 situaties denkbaar:

1. Terminale hartfalen patiënt die vanuit het ziekenhuis naar een hospice gaat:
 - a. Arts hospice neemt het over (overdracht aan de arts van het hospice);
 - b. Huisarts verleent zorg in het hospice (overdracht aan huisarts).
2. Terminaal hartfalen patiënt met een beperkte levensverwachting, die naar huis gaat (huisarts neemt de zorg en dus het hoofdbehandelaarschap over).
3. Eindstadium hartfalen patiënt die geen therapeutische opties meer heeft, die vanuit de poli worden overgedragen naar de eerste lijn. Hoofdbehandelaar wordt de huisarts.
 - a. Het betreft hier stabiele hartfalen patiënten met een niet in te schatten levensverwachting. Vervolg of de poli cardiologie of opname in het ziekenhuis heeft geen meerwaarde meer.
 - b. Deze patiënt zal mogelijk langdurige begeleiding nodig hebben en bij verslechtering zal er overgegaan worden naar uitbreiden van medicatie (bv diuretica) of een palliatief beleid.

Doel zorg aan hartfalen patiënt door de huisarts:

1. Het doel is om de kwaliteit van leven van de patiënt te behouden en waar mogelijk te verbeteren. In de palliatieve zorg is aandacht voor lichamelijke, sociale, psychische én spirituele dimensies.
2. Er is duidelijkheid bij alle betrokkenen t.a.v. de wensen van de patiënt omtrent zijn levenseinde.
 - a. Zie aanvullende informatie in protocol 4: *Advies opstellen levenstestament m.b.t. behandelwensen bij eindstadium hartfalen*. Of kijk op:
<https://www.thuisarts.nl/wensen-voor-zorg-en-behandeling/ik-wil-mijn-wensen-over-zorg-en-behandeling-opschrijven>

Betrokken hulpverleners: Huisarts, POH, thuiszorg, verzorging in verzorgingstehuis, medewerkers hospice, mantelzorgers.

Hoofdbehandelaar:

Bij deze overdracht wordt de huisarts de hoofdbehandelaar, dit is voor alle betrokkenen belangrijk om te weten.

Overdracht:

Op het moment dat de terminale hartfalen patiënten overgedragen wordt aan de zorg in de eerste lijn is het belangrijk dat er een goede overdracht vanuit het ziekenhuis (afdeling of hartfalenpoli) is.

Om de zorg aan de terminale hartfalen patiënt zo goed mogelijk en passend bij de patiënt te kunnen geven, wordt er samen met de patiënt en eventueel betrokkenen, zoals familie, een zorgplan gemaakt.

Afspraken tussen eerste - en tweede lijn zorgverleners:

- Zorg ervoor dat op ieder moment in het ziekteverloop duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is. Indien de patiënt vanuit de polikliniek of ziekenhuis overgedragen is naar de huisarts, wordt de huisarts per definitie hoofdbehandelaar;

- Maak duidelijk aan de patiënt en zijn naasten wie het eerste aanspreekpunt bij klachten is (dit kan per praktijk en patiënt verschillen, bijv. huisarts of POH). Bespreek dit en leg dit vast in het dossier van de patiënt;
- Organiseer overdracht van zorg: zorg voor optimale farmacologische behandeling en draag dit duidelijke over, stem met de huisarts of (hartfalen) POH af hoe de verzorging en andere ondersteunende hulp (thuiszorg, specialistisch team, hospice) geregeld is;
- Indien er bij persisterende dyspnoe bij orale therapie noodzaak is tot continue intraveneuze diuretica therapie in de thuissituatie kan er overlegd worden met de cardioloog of hartfalenverpleegkundige waar de patiënt bekend was voor het plaatsen van een PICC lijn (dit kan poliklinisch).

Werkwijze terminale hartfalenzorg in de huisartspraktijk:

- Laat beslissingen over de in te zetten zorg, of wijzigingen in die zorg, vastleggen in een individueel zorgplan;
- Zorg dat deze afspraken bekend zijn bij de huisartsenpost (taak huisartsenpraktijk). Gebruik hiervoor het overdrachtsformulier HAP;
- Informatie aan de HAP/ambulancepost moet duidelijk zijn over de niet reanimeren afspraak, afwezigheid van therapeutische opties (insturen naar ziekenhuis is zinloos), aanwezigheid van een levenstestament of wilsbeschikking en de mogelijke behandelopties indien acute of progressieve dyspnoe of klinische verslechtering.

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

<i>onderwerp</i>	besproken
individuele doelen van zorg	
levensbeschouwing en culturele achtergrond	
mogelijkheden palliatieve zorg	
(niet) behandelafspraken (herhalen)	
ziekenhuisopnames (herhalen)	
plaats van zorg en sterven	
crisissituaties (acute verstikking, refractaire symptomen)	
wilsverklaring/levenstestament (document in bijlage)	

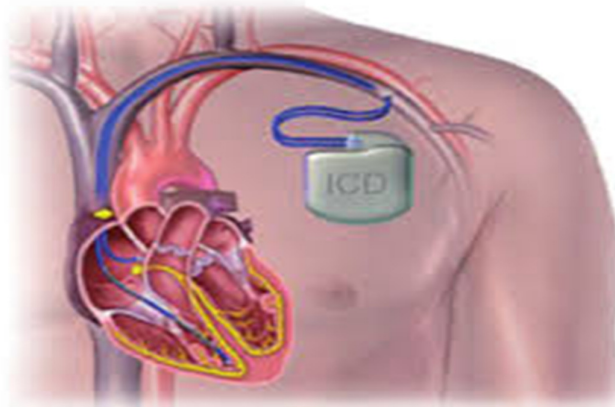
wettelijke vertegenwoordiging in de situatie van (acute) verslechtering en wilsonbekwaamheid	
levenseindebeslissingen (onder meer vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, <u>uitzetten van de ICD shock functie</u> , morfine voor symptoomverlichting (zie richtlijn <u>Dyspneu in de palliatieve fase</u>), dialyse, palliatieve sedatie, euthanasie, weefseldonatie, bewust stoppen met eten en drinken) tip: info app palliarts	
draaglast en draagkracht naasten en mantelzorgers	

tabel 1. checklist te bespreken onderwerpen

Protocol ICD/CRT-D uitzetten bij terminaal hartfalen bij patiënten die onder controle zijn bij de huisarts of verpleeghuisarts

- Indien de patiënt niet meer onder controle is bij de cardioloog of hartfalenpoli maar in de huisartspraktijk, dan zal het voorlichtings- en toestemming gesprek voor het uitzetten van de shockfunctie door de huisarts worden verricht;
- In principe blijft een eindstadium hartfalen patiënt ICD/CRT-D altijd onder controle bij het ICD controlerend centrum (Isala/UMCU) door een ICD-technicus;
- Bij ontslag naar de eerste lijn zal de huisarts op de hoogte gesteld worden wie de ICD/CRT-D controles verricht;
- Indien er een duidelijk door de huisarts genoteerde toestemming is van patiënt om de shockfunctie uit te zetten, dan kan dit tijdens een reguliere controle in het ICD/CRT-D controlerend centrum gebeuren.
 - Of indien dit op korte termijn niet mogelijk is dan kan met de (dienstdoende) cardioloog in het ziekenhuis St Jansdal overlegd worden of de shockfunctie in het ziekenhuis (op de pacemakerkamer) kan worden uitgezet;
- Indien de patiënt in dermate slechte klinische toestand is dat hij/zijn niet meer naar het ziekenhuis kan komen, dan kan ook overlegd worden met de (dienstdoende) cardioloog in het ziekenhuis St Jansdal of de shockfunctie van de ICD door de technicus van het ziekenhuis bij de patiënt thuis worden uitgezet.
 - Dit kan alleen tijdens kantooruren en niet in spoedsituatie.

- In spoedsituaties kan (indien shocks of hoog risico hierop) de shockfunctie van de ICD uitgezet worden door een magneet op de onderhuids geïmplanteerde generator te leggen.



Locatie inwendige ICD

Magneet

Een magneet is hiervoor aanwezig op de huisartsenpost. Chauffeurs van de huisartsenpost zullen een opleiding volgen, zodat zij de magneet zo nodig in spoedsituaties tijdens avond/nacht en weekenduren de shockfunctie van de ICD uit kunnen zetten.

Aanvullende folders:

1. Folder voor patiënten: Checklist met bespreekpunten over het levenseinde
2. Patiëntenvoorlichtingsfilm: ICD in de laatste levensfase
3. <https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>

Zorgplan:

Het zorgplan wordt opgesteld tijdens een huisbezoek en bevat:

- Hoofdbehandelaar en hoe verloopt contact (aanspreekpunt)
- Vastgelegde wensen t.a.v. levenseinde: reanimatie, (palliatieve) sedatie, euthanasie, zoals besproken met de patiënt en zijn naaste omgeving;
- 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;
- Betrokken hulpverleners en hun taak;
- Niet-reanimeren verklaring;
- Gemaakte afspraken.

Het zorgplan is op papier aanwezig bij de patiënt, zodat ook andere hulpverleners dit zo nodig kunnen inzien.

Meldkamer (ambulance):

Is afhankelijk van goede communicatie en vastgelegde documentatie bij de patiënt en dat direct betrokkenen op de hoogte zijn van beleid ten aanzien van wel of niet 112 bellen.

Een digitale versie is er op de huisartsenpraktijk en dit staat genoteerd in de rapportage van het HIS.

Herhaling gesprekken/afspraken:

- Herhaal deze gesprekken met enige regelmaat, check of de gemaakte afspraken nog steeds actueel zijn en pas deze zo nodig aan;
- Noteer de veranderde afspraken in het individueel zorgplan en zorg dat de andere betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van de aangepaste afspraken.

Nazorg:

Besteed aandacht aan de directe nabestaande(n), zoals de partner.

Referenties:

1. NHG standaard hartfalen.
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hartfalen>
2. LTA hartfalen.
<https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>
3. Pallialine.
<https://www.pallialine.nl/hartfalen>

Connect Hartfalenzorg Procesbeschrijvingen





