

Regionale transmurale afspraken Hartfalen

Inhoud

1. Inleiding
2. Zorgprogramma hartfalen
3. Werkafspraken
 - a. Herkennen en bevestigen diagnose
 - b. (Niet) medicamenteuze behandeling
4. Wijzigingen t.o.v. huidige zorg
5. Toekomstplannen
6. Samenwerkingspartners

1. Inleiding

Hartfalen is een chronische aandoening, waarbij het hart het bloed niet meer goed rond kan pompen. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aan kunnen en 's nachts kortademig kunnen zijn. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen. Ook de mortaliteit van hartfalen is hoog, hoger dan van darm-, borst- en prostaatcancer. Effectieve medicamenteuze behandeling en voor bepaalde onderliggende problemen invasieve ingrepen, specifieke begeleiding en monitoring kunnen de klachten verminderen en hanteerbaar maken, maar de zorg is intensief en kostbaar. De impact van hartfalen op de patiënt, de mantelzorgers en het zorgstelsel is groot.

Hartfalen komt veel voor. In 2020 waren er 240.800 patiënten met hartfalen en werden er 36.410 nieuwe patiënten geïdentificeerd (RIVM, 2021). Tussen 20 en 30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Over 10 jaar zal dit aantal door vergrijzing van de bevolking verder stijgen. Voor de regio Oosterhout/Breda wordt er o.b.v. demografische gegevens en huidige incidentie een groei van patiënten met hartfalen verwacht van 130% in de komende 20 jaar.

Ons zorgstelsel in haar huidige vorm kan de te verwachten groei van hartfalenpatiënten niet aan. De 1^e lijn is nog onvoldoende uitgerust, maar ook de 2^e lijn heeft geen capaciteit en geen groeimogelijkheden om de toename aan hartfalenpatiënten van zorg te voorzien. De zorg zal anders ingericht moeten gaan worden, waarbij efficiënt wordt omgegaan met mensen en middelen om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren.

2. Zorgprogramma Hartfalen

Met het zorgprogramma Hartfalen tracht de Zorggroep regio Oosterhout en omstreken (ZORROO) de kwaliteit van zorg voor de hartfalenpatiënt te verbeteren en tegelijk een kostenbeheersing te realiseren door betere afstemming tussen eerste en tweede lijn. De sleutel lijkt te liggen in betere afstemming van de acties op het gebied van diagnostiek, therapie en voorlichting. De juiste zorg op de juiste plaats.

Het programma bestaat uit behandeling en begeleiding van patiënten met hartfalen in de eerste lijn en is een samenwerking tussen het Amphia ziekenhuis en Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken (Zorroo), een regionaal samenwerkingsverband van zo'n 70 huisartsen. Het zorgprogramma is gebaseerd op de NHG standaard "Hartfalen" en de LTA. Binnen Zorroo is programmatische zorg gecontracteerd voor diabetes mellitus (DM), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), hart- en vaatziekten (HVZ), verhoogd vasculair risico (VVR) en atriumfibrilleren (AF) middels een integrale DBC. Voor patiënten met hartfalen bestaat nog geen zorgprogramma "georganiseerde zorg" in de eerste lijn.

Zorroo

Zorggroep Regio Oosterhout & Omstreken is een huisartsen zorggroep: van én voor huisartsen. Met elkaar streven ze naar het leveren van zorg op maat. Bij Zorroo zijn ruim 35 huisartsenpraktijken aangesloten. Daarnaast bestaat sinds 2021 ZorrooPLUS. Zorroo PLUS biedt sinds 2021 gespecialiseerde huisartsenzorg dichtbij huis. Voor sommige gezondheidsklachten is het namelijk niet altijd nodig om naar het ziekenhuis te gaan. Huisartsen, kaderhuisartsen en medisch specialisten van het Amphia werken daarbij nauw samen.

Het voornemen is om in tweede tempo, na de implementatie van de RTA en 1,5-lijnszorg binnen Zorroo PLUS ditzelfde programma aan te bieden aan de huisartsgroepen van regio Breda. Het starten van dit huidige programma en de documentatie zal vast ter kennisgeving met hen worden gedeeld.

De doelstelling van het zorgprogramma is het gezamenlijk organiseren van 'lijnloze' zorg rond patiënten, waarbij de patiënt indien mogelijk behandeld wordt in de eerste lijn. Het is daarom van belang dat bij vaststellen van hartfalen ook een inschatting wordt gemaakt van de behandeldoelen. De oudere, kwetsbare patiënt zal niet verwezen hoeven worden naar de 2^e lijn om invasieve ingrepen of operaties te ondergaan. Echter, de voorlichting, optitratie van medicatie en monitoring zoals deze in de 2^e lijn via de hartfalenpoli door verpleegkundig specialisten wordt verleend kan de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid sterk verbeteren. Een van de pijlers van onze transmurale zorg is dan ook om dezelfde zorg in de 1,5-lijn aan te gaan bieden. Door consultatie van verpleegkundig specialisten ten tijde van de diagnose of bij toename symptomen van hartfalen kunnen onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis worden voorkomen. Daarnaast zal ook in voorkomende gevallen al het gesprek over advanced care planning en palliatieve zorg worden gevoerd. Dit gesprek wordt dan ook verwerkt in Medicom.

Bovenstaande doelstelling leidt tot

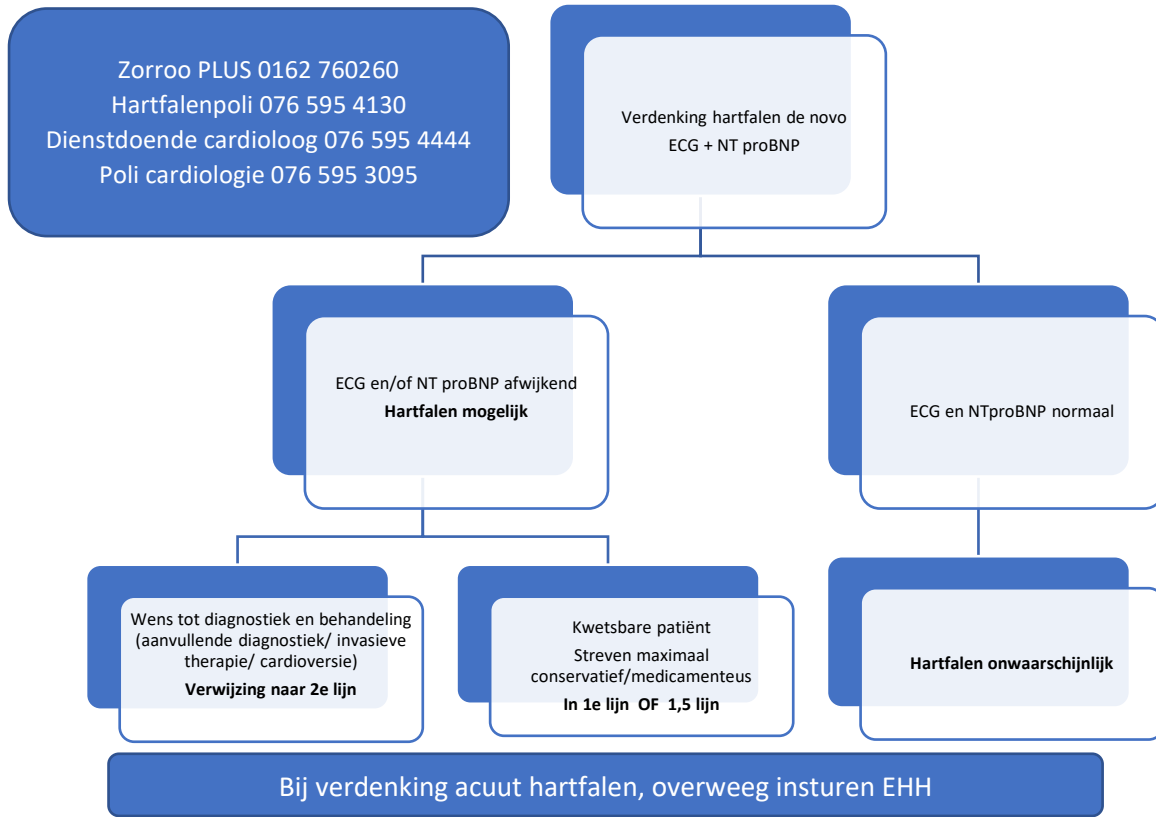
- Voor patiënten: behandeling in eigen omgeving (meer service), meer kennis over het ziektebeeld, meer eigen regie, minder kosten in termen van tijd en geld (eigen bijdrage) én voorkomen van onnodige opnames in het ziekenhuis.
- Voor professionals: ontlasten van de 1^e lijn qua zorg voor hartfalen patiënten, betere afstemming, nieuwe modellen in beschikbaarheid en bereikbaarheid, kennisvergroting, meer ruimte voor innovatie en ontwikkeling rond de doelgroep.
- Voor de organisatie van zorg: betere integratie en kwaliteit van zorgverlening over de lijnen van zorg heen tegen lagere kosten.

Uitgangspunten/voorwaarden

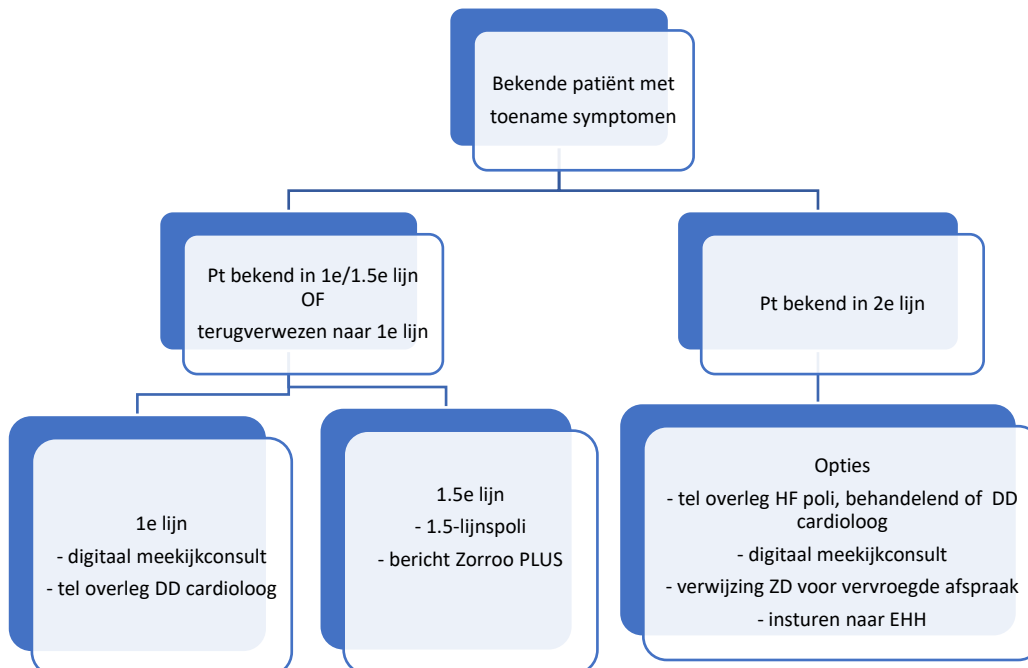
- Transmurale afspraken in de regio Oosterhout over hartfalenzorg om elke patiënt medicamenteus optimaal te behandelen.
- Scholing van de praktijkondersteuners in de 1^e lijn om patiënten met stabiel hartfalen te controleren en te signaleren wanneer te verwijzen naar 1,5^e of 2^e lijn.
- Implementatie van een 1,5-lijns spreekuur door verpleegkundig specialisten binnen Zorroo PLUS.
- Onnodige verwijzingen naar de tweedelijns voorkomen.
- Vroegtijdig opsporen toename van klachten en adequate behandeling (“worsening heart failure”)
- Stabiele hartfalen patiënten terugverwijzen naar de 1^e lijn.
- Continu werken aan kwaliteitsverbetering door inzichten in patiënt relevante uitkomstmaten
- Aansluiting bij de Nederlandse Hartfalen Registratie (NHR onderdeel Hartfalen) en actieve participatie met andere deelnemers.
- Betere afstemming, consultatie en kennisdeling mogelijkheden tussen zorgverleners met hogere tevredenheid zorgverlener.

3. Werkafspraken

a. Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen



Schema 1: verwijscriteria vanuit 1^e lijn patiënt met nieuw hartfalen



Schema 2: verwijscriteria/overlegopties vanuit 1^e lijn patiënt met bekend hartfalen en toename klachten

Classificatie

De **diagnostische classificatie** is gebaseerd op de linkerventriekel ejectiefractie (LVEF).

- HFpEF: hartfalen met behouden (preserved) LVEF ($\geq 50\%$)
- HFmrEF: hartfalen met matige (midrange) LVEF (40-49%)
- HFrEF: hartfalen met verminderde (reduced) LVEF ($< 40\%$)

De **symptoom classificatie** is gebaseerd op NYHA-indeling

Functionele NYHA-classificatie van hartfalen	
Klasse I	Geen beperking van het inspanningsvermogen, normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse II	Enige beperkingen van het inspanningsvermogen, in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse III	Ernstige beperking van het inspanningsvermogen, in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse IV	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten, ook klachten in rust

Acties huisarts

- Anamnese: symptomen van hartfalen?
- Lichamelijk onderzoek: tekenen van hartfalen?
- ECG: Elke huisartspraktijk/samenwerkingsverband zorgt ervoor dat ECG zelf beoordeeld kan worden of maakt gebruik van een digitaal meekijkconsult om het ECG door te sturen naar cardioloog ter beoordeling
- Lab: pro BNP, HB, Na, K, ureum, creatinine, TSH, glucose, GFR, verder op indicatie
- Echo: in principe in de 2^e lijn. Evt. echodiagnostiek in de eerste lijn via STAR-SHL (bij voorkeur alleen bij affiniteit van huisarts met cardiologie: verslagen leiden vaak tot verwarring)

Nieuwe patiënt (met hoge verdenking hartfalen o.b.v. afwijkend ECG en/of verhoogd NT-proBNP) OF bekende hartfalenpatiënt met

- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium, ritmestoornis)
- Nieuwe angineuze klachten (indien niet door huisarts te behandelen)
- Nieuwe ECG-afwijkingen (indien niet door huisarts te behandelen)
- Abrupte verslechtering
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
- Verwijzen, TENZIJ kwetsbare en/of oudere patiënt waarbij diagnostiek/behandeling in 2^e lijn niet bijdragend is. Is het een patiënt bij wie er nog ingrepen (zoals dotter, klepvervanging of cardioversie) moeten worden overwogen? Wat wil de patiënt zelf?
- Indien geen wens tot 2^e lijns-zorg, dan zorg in 1^e lijn conform onderstaande of overweeg verwijzing naar 1,5-lijns poli verpleegkundig specialist. Bij voorkeur met echocardiogram vooraf via Star SHL (mits geen eerder echo verricht < 3 jaar).
- Bij instabiele patiënt of NYHA Klasse IV: verwijzing naar EHH of SEH
- Bij verwijzing ECG, lab uitslagen, voorgeschiedenis en medicatie gebruik vermelden
- Bij twijfel over cardiale of pulmonale oorzaak dan wel verdenking op beide, overweeg verwijzing naar hartlongpoli (enkel op locatie Oosterhout).

Bij verwijzing naar 2^e lijn**Acties cardioloog:**

- Patiënt krijgt poli afspraak en echo binnen 4 weken.
- Verslaglegging echo (eventueel incl. conclusie polibezoek) naar huisarts binnen 48 uur na echo (en/of polibezoek)
- Start behandeling volgens paragraaf b.
- Diagnostiek naar etiologie vlg. ESC-richtlijnen.
- Begeleiding via hartfalenpoli in 2^e lijn.
- Indien geen hartfalen of “significante andere cardiale problematiek”: retour huisarts.

Indien patiënt zich gedurende behandeling door de 2^e lijn/ hartfalen-poli bij huisarts meldt i.v.m. toename klachten:

- Huisarts neemt dezelfde dag contact op met verpleegkundig specialist hartfalen (076 595 4130)
- Mogelijke acties:
 - Aanpassen medicatie
 - Extra bezoek op hartfalen polikliniek of poli cardioloog
 - Insturen EHH

De cardioloog/ verpleegkundig specialist schrijft de huisarts een tussenbericht:

- Binnen één week na het eerste bezoek aan de polikliniek als al onderzoek/diagnose bekend is.
- Bij bijzonderheden.
- Minimaal éénmaal per jaar.

In het bericht geeft de cardioloog aan of deze acties van de huisarts verwacht, zoals:

- Overname van de controles met de gewenste termijn van follow-up.

Bij verwijzing naar 1,5^e lijn**Acties verpleegkundig specialist:**

- Anamnese, lichamelijk onderzoek, ECG, laboratoriumonderzoek (nierfunctie, bloedbeeld, NT pro BNP, CRP, schildklierfunctie).
- Indien eerder bekend in Amphia: gegevens inzien.
- (Her)beoordeling echocardiogram STAR SHL of eerder echo in 2^e lijn.
- Vaststellen HFrEF/ HFmrEF/ HFpEF.
- Medicatie instellen bij HFrEF en bij HFmrEF, bij HFpEF medicatie gericht op uitlokkende factoren (hypertensie, atriumfibrilleren)
- Supervisie vanuit cardioloog 2^e lijn op indicatie.
- Voorlichting patiënt en naasten over hartfalen, leefstijl, vocht- en zoutbeperking.
- Instellen hartfalenmedicatie volgens protocol 2.
- Controle nierfunctie, ijzerstatus.
- Bespreken behandelopties waaronder advanced care planning.
- Streven kortdurende begeleiding, gedurende 3-6 maanden (max 5 consulten), daarna terug verwijzing naar POH (in 1^e lijn) of naar cardioloog (in 2^e lijn)
- In principe geen reguliere, jaarlijkse controle.

- b. (Niet) medicamenteuze behandeling

Vocht- en zoutbeperking

- Adviseer geen zout toe te voegen bij de bereiding, en producten met veel zout te beperken.
- Ontraad het gebruik van zout vervangende producten die kalium bevatten.
- Alcohol beperken tot 0-1 EH p/d.
- Adviseer patiënten in NYHA-klasse III en IV de vochtinname te beperken tot 2 liter per dag.
- Verwijs zo nodig naar een diëtist.

Beweging

- Adviseer indien de patiënt stabiel is om regelmatig te bewegen (dagelijks 30 minuten naar kunnen matig intensief)
- Overweeg verwijzing naar hartrevalidatie (via cardioloog) of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Leefstijl

- Ga na of de patiënt voldoende calorieën binnenkrijgt bij:
Gewichtsverlies van >5% in minder dan 6 maanden.
Gewichtsverlies van >10% in meer dan 6 maanden.
- Bij ernstige obesitas (BMI > 35 kg/m²): adviseer af te vallen.
- Verwijs zo nodig naar een diëtist of GLI.
- Voor overige leefstijladviezen zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

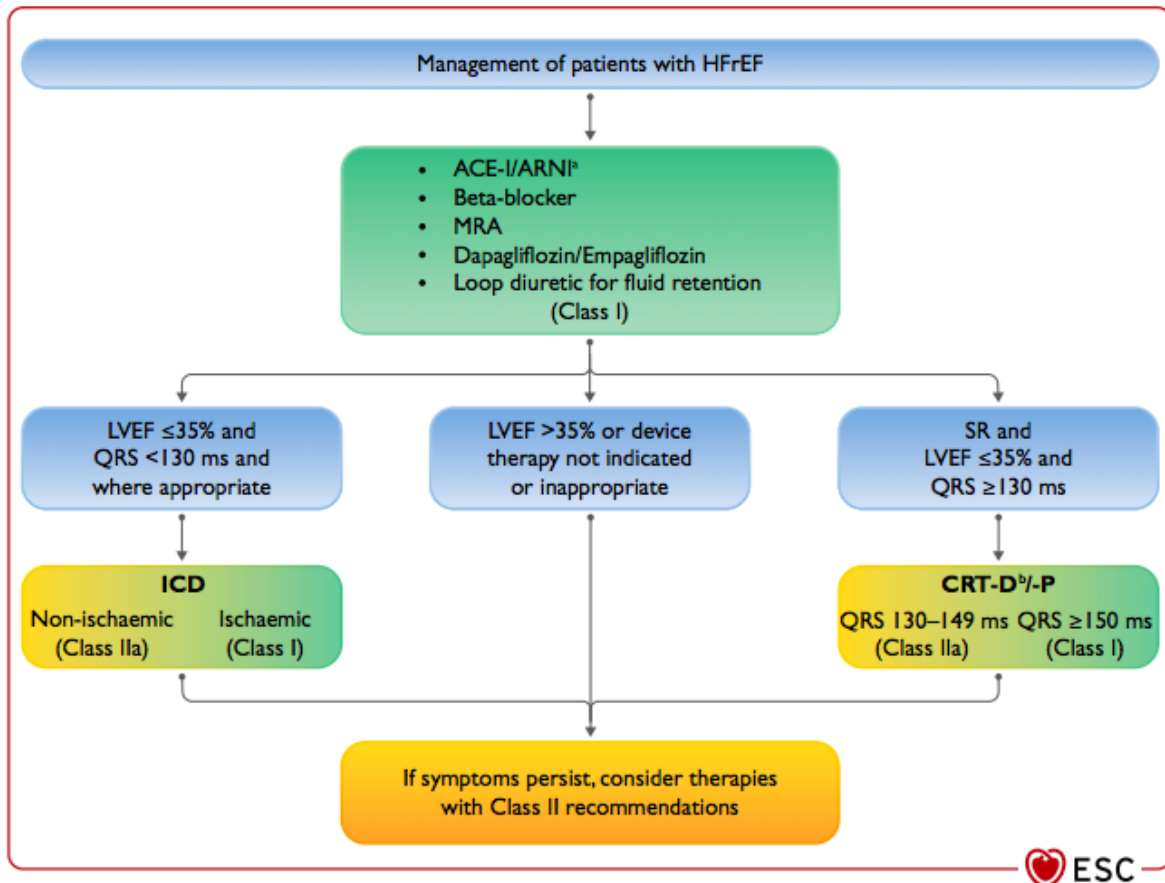
Hartfalen met behouden ejectiefractie ('HFpEF')

- Streef naar symptoomverlichting en verbetering van de kwaliteit van leven.
- Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit.
- Geef bij tekenen van overvulling een lisdiureticum of SGLT2-remmer.
- Behandel hypertensie, maar vermijd diltiazem en verapamil.

Hartfalen met verminderde ejectiefractie (HFrEF en HFmrEF)

Zie onderstaande flowchart ESC-richtlijn (figuur 1), NB volgorde optitratie is naar eigen inzicht behandelaar.

- Start bij tekenen van overvulling een lisdiureticum.
- Start met een ACE-I of ARNI (Angiotensine-receptor neprilysine-inhibitor)
- Voeg bij patiënten die klinisch stabiel zijn een bètablokker toe.
- Start SGLT 2 remmer, volgens figuur 2. Vooraf HbA1C bepaling en zo nodig aanpassing antidiabetica.
- Verhoog de dosering van ACE-I of ARNI en bètablokker (bijvoorbeeld per 2 weken) tot de maximale dosis die wordt verdragen, met inachtneming van de maximale dosering. Verhoog de bètablokker niet bij tekenen van decompensatie, hypotensie of bradycardie.
- Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is.
- Start aldosteronantagonist (MRA).



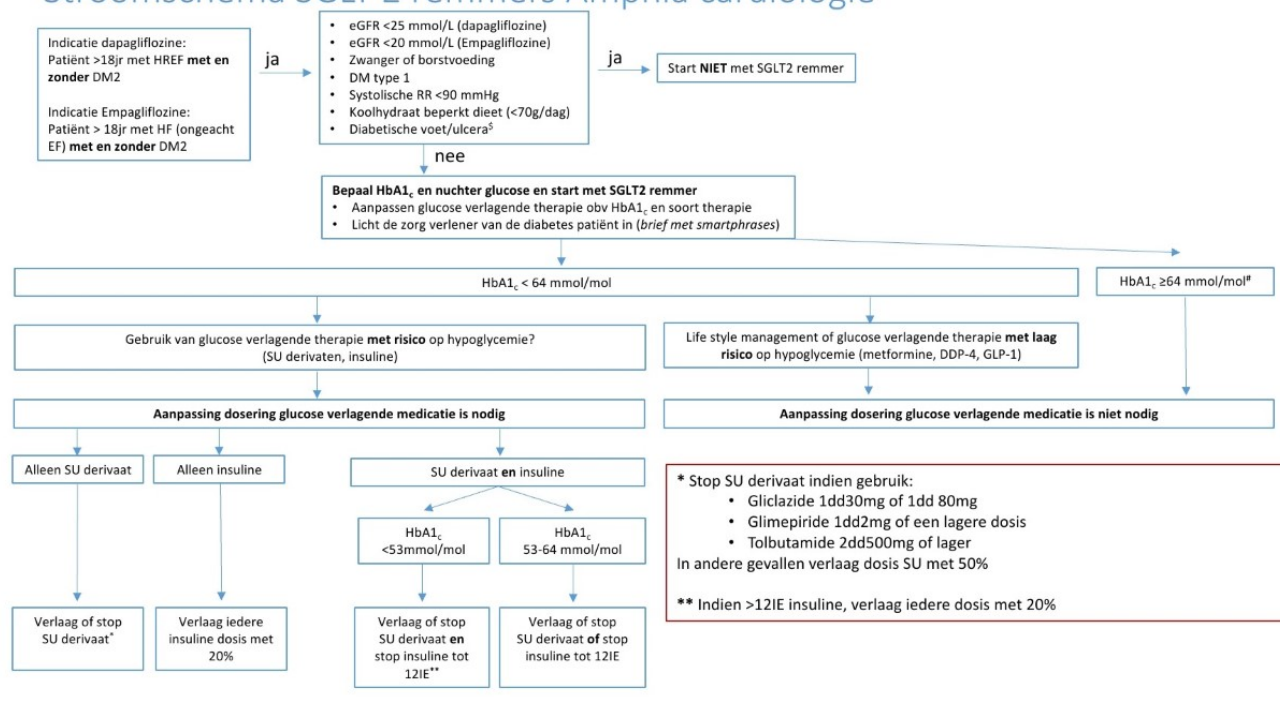
Figuur 1: Medicamenteuze behandeling HFREF (geldt ook voor HFmrEF)

ACE-I: ACE-remmer, ARNI: angiotensin receptor neprilysin inhibitor, MRA: mineralocorticoidreceptor antagonist

Mogelijke keuzes voor medicatie

- ACE-I: Lisinopril start dosering 1dd 2,5mg, Perindopril, start dosering 1dd 2mg
- ARB: Losartan, startdosering 1dd 25mg, Valsartan, startdosering 1dd 40mg
- Bètablokker: Bisoprolol, startdosering 1dd 2,5mg, Metoprolol, startdosering 1dd 25mg ret
- MRA: Spironolacton, startdosering 1dd 12,5mg
- SGT 2 remmer: empagliflozine 10mg (GFR > 20ml/min), dapagliflozine 10mg (GFR > 25ml/min)

Stroomschema SGLT-2 remmers Amphia cardiologie



Figuur 2: Stroomschema SGLT-2 remmers Amphia cardiologie

Na starten SGLT-2 remmer:

- Indien DM behandeling in 1e lijn -> na 6 weken controle DM spreekuur huisarts
- Indien DM behandeling in 2e lijn -> na 6 weken controle DM spreekuur met consult naar diabetes verpleegkundige
- Poli co cardioloog/hartfalen poli/1.5 lijnszorg -> na 4 weken met nierfunctie

Aandachtspunten bij SGLT2-remmers:

- Terugkerende genitale (mycotische) infecties, patiënt informeren hierover
- Verhoogd risico op ketoacidose (alcoholisme/ondervoeding)
- Symptomatische perifere vasculaire ziekte
- Bespreek het risico en de symptomen van diabetische ketoacidose

Verdere controles na aanvang of aanpassing medicatie

- Vraag naar klachten (inspanningsvermogen) en mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet bloeddruk, pols en gewicht.
- Bij asymptomatische lage bloeddruk en sinusbradycardie is aanpassing van de medicatie meestal niet nodig.
- Bepaal 1-2 weken na start of aanpassing van diureticum, RAS-remmer of MRA: eGFR plus creatinine, natrium en kalium.
- Bij verslechtering/ decompensatie: verdubbel diuretica gedurende 3-5 dagen. Monitor lichaamsgewicht. Nadien herevaluatie waaronder lichamelijk onderzoek en controle nierfunctie.

4. Wijzigingen t.o.v. huidige zorg

- Voorheen geen RTA
- Introductie van 1,5 lijnszorg door verpleegkundig specialist

5. Toekomstplannen

Onderstaande onderwerpen zijn nog niet verwerkt in dit huidige RTA, maar zullen in de komende jaren worden uitgewerkt.

- Implementeren van meetmethodiek om efficiëntie van zorg te meten.
- Samenwerking met Amphia Thuis team voor intraveneuze behandeling thuis.
- Mogelijkheden telemonitoring in 1^e en 1,5^e-lijn exploreren.
- Samenwerking met ouderenzorg en palliatief team t.a.v. advanced care planning en palliatieve zorg.
- Verbetering uitwisseling data van 1^e lijns diagnostiek met STAR SHL.
- Scholingsprogramma voor POH t.b.v. jaarlijkse controles en vroege diagnostiek hartfalen.
- Betrekken patiënten/ Harteraad bij implementatie RTA.
- Uitbreiden scholingsprogramma naar VVT.

Deze mogelijkheden zullen in aanpassingen van deze RTA worden opgenomen.

6. Samenwerkingspartners regionale transmurale zorg Oosterhout

Amphia

Verpleegkundig specialist

Eileen van Warners

Verpleegkundig specialist

Petra Heijnen

Verpleegkundig specialist

Pascale Kim

Verpleegkundig specialist

Petra Damen

Verpleegkundig specialist

Danny vd Zwan

Cardioloog

Annelies Bakker

Cardioloog

Noëmi Wouters

Cardioloog

Wim Bruggeling

Gespecialiseerd verpleegkundige

Diana Braspenning

Ester Verhoeven

Teamleider poli/hartfunctie

Zorggroep Oosterhout e.o. (Zorroo/ZorrooPLUS)

Huisarts

Daan Haverkamp

Huisarts

Shabnam Ghahramani

Praktijkondersteuner

Bernadette Wennink

Coördinator 1.5 lijns zorg ZorrooPLUS

Myriam Driessens

Directeur Zorroo/ ZorrooPLUS

Daan Kerklaan

Coördinator Integrale zorg - CVRM

Lenneke Vugs