

Regionale Transmurale Afspraken Hartfalen

Regio Haaglanden



Inhoudsopgave

1. Regionale Transmurale Afspraken Hartfalen- regio Haaglanden	3
2. Kernboodschappen	4
3. Diagnostiek in de 1 ^e lijn.....	5
Inleiding	5
Anamnese	5
Lichamelijk onderzoek	5
Aanvullend onderzoek	6
Diagnose/evaluatie	6
4. Verwijsopties:	7
Verwijzing 1e lijn naar 2e lijn	7
Inhoud verwijsbrief via ZorgDomein	7
5. Behandeling in de 2 ^e lijn	8
Niet medicamenteuze behandeling	8
Medicamenteuze behandeling:	9
6. Terugverwijscriteria van cardioloog naar de huisarts	9
7. Indien behandeling in de 2e lijn niet zinvol of niet gewenst is.....	10
Palliatieve fase	10
Terminale fase	10
8. Behandeling in 1e lijn.....	11
9. De taken van de apotheker.....	11
Informatievoorziening patiënt/ bereikbaarheid betrokken partijen.....	12
Bijlage 1 – Deelnemers	13
Bijlage 2 – Versiebeheer	14
Bijlage 3: Terugverwijzen van patiënten met hartfalen van 3 ^e naar 2 ^e naar 1 ^e lijn	15
Bijlage 4 Overdracht palliatieve fase hartfalen.....	17
Bijlage 5: Patiënten informatie palliatieve fase.....	19

1. Regionale Transmurale Afspraken Hartfalen- regio Haaglanden

De RTA Hartfalen beschrijft het zorgproces bij patienten met (een verdenking op) hartfalen en is gebaseerd op de NHG standaard Hartfalen, de LTA Hartfalen en de protocollen opgesteld door NVVC Connect Hartfalen. Deze RTA is opgesteld door cardiologen, huisartsen, verpleegkundig specialisten uit de regio Haaglanden met een vertegenwoordiger van Harteraad als patiëntenvereniging.

De RTA beschrijft de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners met betrekking tot de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede lijn en de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, hoofdbehandelaarschap, behandeling, controles, voorlichting en informatievoorziening en dossiervoering.

De samenwerking tussen huisarts, cardioloog en apotheker is aan de hand van afspraken in deze RTA zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of de cardioloog de patiënt **behandelt**:

- Door actief symptomen van hartfalen zoveel als mogelijk te bestrijden om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.
- Door adequaat op te treden bij (acute) verslechtering waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
- Door optimale zorg te realiseren, met als doel vermindering van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit te realiseren.
- Door de taken en verantwoordelijken, voortvloeiend uit deze samenwerking, helder te beschrijven

2. Kernboodschappen

Bepaal bij vermoeden van niet-acuut hartfalen laagdrempelig het **BNP of NT-proBnp** en maak een **ECG**

Als patiënt symptomen en tekenen heeft die verdacht zijn voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of afwijkend BNP (>35 pg/ml) / NT-proBNP (>125 pg/ml)

Verwijs de patiënt via Zorgdomein naar de cardioloog voor 'Reguliere verwijzing' (hartfalen)

→ **Cardioloog wordt hoofdbehandelaar**

Voor de patiënt met terughoudend behandelbeleid bij bijvoorbeeld beperkte levensverwachting en verdenking voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of afwijkend BNP (>35 pg/ml) / NT-proBNP (>125 pg/ml)

Verwijs de patiënt via Zorgdomein naar de 2^e lijn voor ' Eenmalig consult met behandeladvies voor de eerste lijn'

→ **Huisarts blijft hoofdbehandelaar**, cardioloog ziet de patient eenmalig op het spreekuur met echo van het hart vooraf.

3. Diagnostiek in de 1^e lijn

Inleiding

Hartfalen

De **diagnostische classificatie** is gebaseerd op de linkerventrieklejectiefractie (LVEF), veelal bepaald met echocardiografie.

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

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

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

Anamnese

- Vermoeidheid/kortademigheid
- Verminderd inspanningsvermogen
- Vocht vasthouden
- Gewichtsstijging
- Medicatie: NSAID / corticosteroïden
- Overmatig alcoholgebruik
- Voorgeschiedenis: hypertensie / myocardinfarct / kleplijden / AF

Lichamelijk onderzoek

Huisarts verricht **lichamelijk** onderzoek bestaande uit:

- Algemeen: voedingstoestand, lengte, gewicht
- Bloeddruk
- Pols : regulariteit, ritme
- Longen: ademfrequentie / SaO₂ / crepitations
- Overvulling : perifere oedeem, ascites
- Hart: souffles

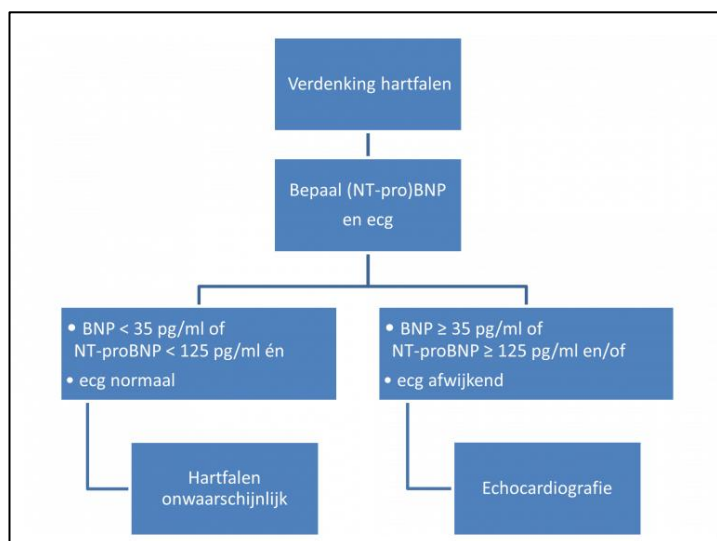
Aanvullend onderzoek

Huisarts vraagt **aanvullend** onderzoek aan bestaande uit:

- laboratoriumonderzoek: **NT-proBNP**
- Overweeg het laboratoriumonderzoek uit te breiden met
 - Hb, glucose en TSH ter uitsluiting van een andere oorzaak voor de klachten en eventuele co-morbiditeit.
 - Bepaal alvast natrium, kalium, eGFR en creatinine bij sterk vermoeden van hartfalen en mogelijk starten van medicatie
- Electrocardiogram (ECG)

De huisarts heeft de volgende opties voor het maken van een ECG:	
Optie 1	De huisarts maakt zelf het ECG en beoordeelt deze zelf, mits bekwaam.
Optie 2	De huisarts maakt gebruik van altijd beveiligde teleconsultatiediensten waarbij het ECG door de huisarts wordt gemaakt en via teleconsultatie wordt beoordeeld. De huisarts ontvangt binnen een afgesproken termijn (< 72 uur) via encrypted mail, via EDI bericht of anderszins beveiligd een terugkoppeling. De kosten van het beoordelen van een ECG komen wel ten laste van het eigen risico van de patiënt en deze verschillen per zorgverzekeraar.
Optie 3	De huisarts vraagt via ZorgDomein een eerstelijns ECG aan in het ziekenhuis , mits patiënt voldoet aan de inclusiecriteria (geen verdenking of sprake van een acute situatie). Het ECG wordt gemaakt en beoordeeld door de cardioloog (zonder consult), de patiënt krijgt het ECG met beoordeling mee en gaat terug naar de huisarts voor de bespreking. De kosten van het maken van een ECG in het ziekenhuis komen wel ten laste van het eigen risico van de patiënt en deze verschillen per zorgverzekeraar.

Diagnose/evaluatie



- Bij een verhoogd (NT-pro) BNP en/of een afwijkend ecg is echocardiografie geïndiceerd.
- Bij een normaal (NT-pro) BNP en ecg is hartfalen onwaarschijnlijk en moeten alternatieve diagnoses worden overwogen.

4. Verwijsopties:

Verwijzing 1e lijn naar 2e lijn

A. Patiënt verwijzen naar SEH dan wel Eerste Hart Hulp 2e lijn:

- Na overleg met de dienstdoende cardioloog
- Cardioloog wordt hoofdbehandelaar

Inclusiecriteria

1. Hoge verdenking hartfalen en instabiele patiënt

B. Patiënt via Zorgdomein verwijzen naar cardioloog voor 'Reguliere verwijzing' (hartfalen)

- Cardioloog wordt hoofdbehandelaar

Inclusiecriteria:

1. Als patiënt symptomen en tekenen heeft die verdacht zijn voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of afwijkend BNP (>35 pg/ml) / NT-proBNP (>125 pg/ml)
2. Bij hoge verdenking hartfalen en stabiele patiënt:
 - Starten medicatie: Furosemide en ACE remmer
 - Leefregels meegeven: vochtbeperking 1,5 liter, natriumbepert diët en 3 x per week gewichtscontrole.

C. Patiënt via Zorgdomein verwijzen naar 2^e lijn voor ' Eenmalig consult met behandeladvies voor de eerste lijn'

- Huisarts blijft hoofdbehandelaar
- Alleen echo van het hart + eenmalig consult bij de cardioloog en dan retour huisarts
- Huisarts overlegt met patient welke behandeling wel/niet wordt ingezet.
 - ➔ Indien er onverwacht andere cardiologische problematiek wordt vastgesteld, wordt patient intern doorverwezen en wordt de cardioloog hoofdbehandelaar.

Inclusiecriteria:

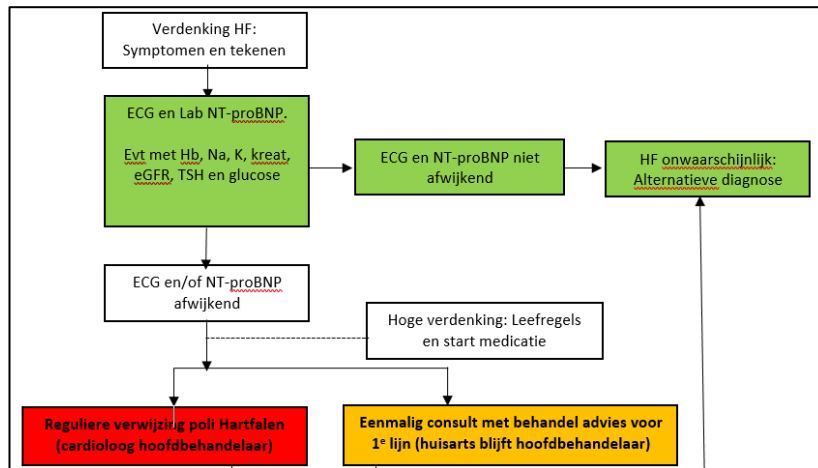
- Als patiënt symptomen en tekenen heeft die verdacht zijn voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of afwijkend BNP (>35 pg/ml) / NT-proBNP (>125 pg/ml)
- Patiënt met terughoudend behandelbeleid bij bijvoorbeeld beperkte levensverwachting

Inhoud verwijsbrief via ZorgDomein

De huisarts stuurt met de verwijzing mee:

- Medische voorgeschiedenis
- Lichamelijk onderzoek
- NYHA-klasse (I-IV)
- Lab uitslag: NT-proBNP, met Hb, TSH, glucose, Natrium, Kalium, Kreatinine

- Uitdraai ECG uploaden in zorgdomein of meegeven aan patiënt
- Indien bekend reanimatiebeleid vermelden (wel/niet besproken; wel/niet reanimeren).
- Actuele medicatie vermelden.



5. Behandeling in de 2^e lijn

De cardioloog stelt de diagnose hartfalen na echocardiografie.

De patient met 'nieuw' hartfalen wordt aangemeld bij de hartfalenpolikliniek om het hartfalen nauwkeurig te diagnosticeren.

Tijdens het diagnostisch traject kunnen naast laboratoriumonderzoek en echografie van het hart, ook aanvullende onderzoeken plaats vinden als MRI, angiografie et cetera.

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 1.5 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.

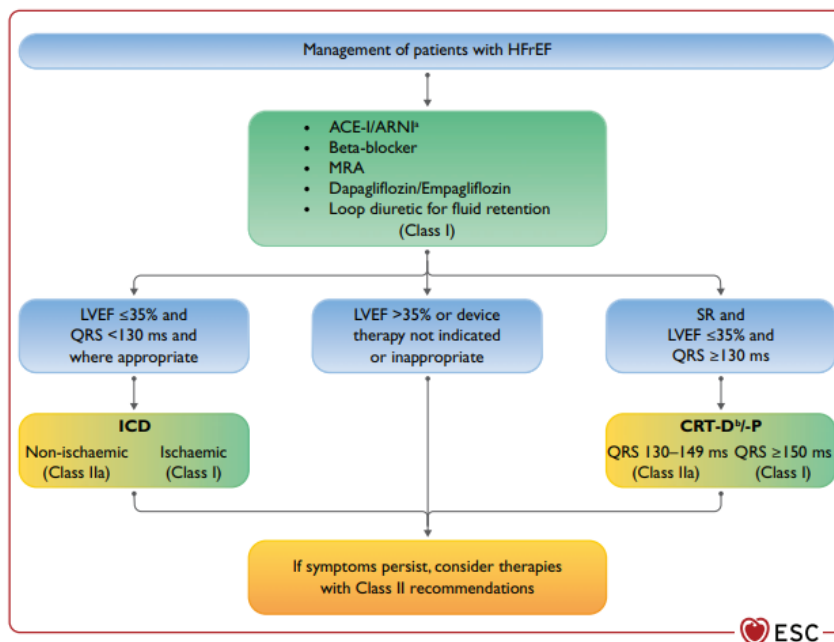
- Verwijs zo nodig naar een diëtist of GLI.
- Voor overige leefstijladviezen zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement

Medicamenteuze behandeling:

HFpEF (diastolisch hartfalen)

- Streef naar symptoomverlichting en verbetering van de kwaliteit van leven.
- Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit.
- Geef bij tekenen van overvulling een lisdiureticum
- Streef naar een adequate tensie regulatie: systolisch <140 mmHg bij een spreekkamermeting.

HFrEF (systolisch hartfalen)



6. Terugverwijscriteria van cardioloog naar de huisarts

- Indien er GEEN sprake van hartfalen is, dan verwijst cardioloog de patiënt terug naar de huisarts.
- Indien er een niet-cardiale oorzaak voor de klacht(en) wordt vastgesteld, dan wordt patiënt terugverwezen naar de huisarts.
- Patiënten met volledig herstelde LV-functie. Advies bij ACE-remmer, jaarlijks nierfunctie. → jaarlijks consult door huisarts of POH. Indien geïndiceerd inclusie in ketenzorg CVRM.
- Patiënt met HFPEF die gehele diagnostische traject heeft doorlopen en waarbij geen verdere therapeutische opties bestaan of gewenst zijn → includeer patiënt in ketenzorg hartfalen
- Patiënten met niet-volledig herstelde LV-functie: **LVEF >40% (NYHA-klasse I en II)** zonder comorbiditeit volgens LTA-criteria (Hb <6 mmol/L, GFR <30 ml/min, ernstig COPD) die gehele diagnostische traject hebben doorlopen en waarbij geen verdere therapeutische opties bestaan of gewenst zijn → includeer patiënt in ketenzorg Hartfalen

- Kwetsbare (ouderen) waar begeleiding via de hartfalenpolikliniek niet zinvol of gewenst is → includeer patiënt in ketenzorg hartfalen of module ouderenzorg

7. Indien behandeling in de 2e lijn niet zinvol of niet gewenst is.

Palliatieve fase

In samenspraak met patiënt en zijn naasten kan besloten worden dat begeleiding via de hartfalen polikliniek en/of 2^e lijn geen toegevoegde waarde heeft. Een bezoek aan het ziekenhuis kan erg belastend worden ervaren door de patiënt. Tevens kan het zijn dat aanvullende onderzoeken geen nieuwe behandelinzichten geven of de patiënt geeft te kennen deze behandelingen niet te wensen.

De behandeling zal gericht zijn op kwaliteit van leven en comfort, mogelijk ook met behulp van proactieve zorgplanning. In principe zal ziekenhuisopname zo mogelijk voorkomen worden en wordt een niet reanimeren beleid afgesproken met de patiënt en naasten. Daarnaast wordt de ICD-shock functie uitgezet.

Terugverwijzen in deze situatie van 2^e naar 1^e lijn zal plaatsvinden d.m.v. een warme overdracht van hartfalenverpleegkundige / cardioloog naar huisarts (zie bijlage 4).

Patiënt krijgt, naast mondelinge informatie ook schriftelijke informatie vanuit de 2^e lijn.

- zie bijlage 4 en 5

- [Folder goede zorg voor mensen met hartfalen. IKNL / Harteraad.](#)

Terminale fase

Indien er sprake is van de allerlaatste fase van het leven (terminaal), wordt dit aan patiënt en diens naasten verteld. De behandeling zal gericht zijn op comfort en eventueel ook overgedragen worden aan de huisarts, de thuiszorg, een verpleeghuis of een hospice.

Indien er sprake is van andere cardiale pathologie, naast hartfalen (bv hartklepafwijkingen of ritmestoornissen), kan begeleiding in de 2e lijn geïndiceerd blijven, ook in de laatste fase van het leven.

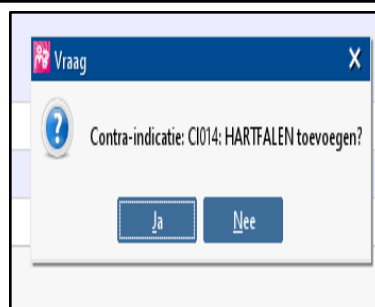
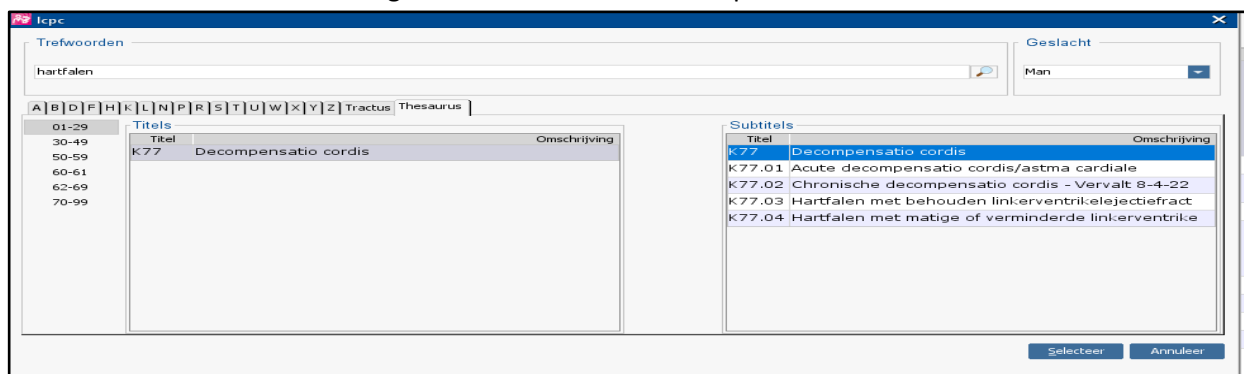
8. Behandeling in 1e lijn

➔ Zie hiervoor het Zorgprogramma voor “hartfalen in de huisartsenpraktijk” van de eigen zorggroep.

HIS-registratie:

De voorschrijver van de hartfalenmedicatie registreert de diagnose hartfalen **EN** maakt hierbij gelijk de **uitsplitsing** naar HF_rEF dan wel HF_mrEF/HF_pEF met de bijbehorende ICPC code. Op deze wijze kan het medicatie beleid voor de diverse groepen beter gecontroleerd worden.

Tevens klik altijd **“Ja”** aan bij de vraag in Medicom: **“contra-indicatie hartfalen”** aanmaken, dit ten behoeve van mede bewaking van de medicatie door de apotheek.



Intercollegiaal overleg:

- Teleconsultatie via ZorgDomein
- Hartfalenpolikliniek (zie hoofdstuk informatievoorziening patient/bereikbaarheid betrokken partijen)

9. De taken van de apotheker

- De voorschrijver maakt bij bevestigde diagnose hartfalen de episode Hartfalen aan en registreert de contra-indicatie 'hartfalen'. Communicatie tussen het HIS van de huisarts of het ZIS van het ziekenhuis en het AIS van de apotheker is nog niet altijd mogelijk. Als er geen elektronische koppeling is geeft de voorschrijver de diagnose door aan de apotheek middels het recept of een actueel medicatie overzicht.
- De apotheek heeft een duidelijke taak/rol in de voorlichting over het gebruik van de geneesmiddelen en het begeleiden van de patiënten bij gebruik van de geneesmiddelen.
- De apotheek controleert op dubbelmedicatie, bewaking van interacties, contra-indicaties en de therapietrouw.
- De apotheek overlegt zo nodig met de voorschrijver.

Informatievoorziening patiënt/ bereikbaarheid betrokken partijen

De volgende informatie wordt, afhankelijk van wie hoofdbehandelaar is, vanuit de hartfalenpoli of door de huisarts/POH meegegeven aan de hartfalen patiënt:

Meest voorkomende verschijnselen bij verslechtering van hartfalen:

- Toename of afname van uw gewicht met 2 kg of meer binnen 2-3 dagen
- Toename kortademigheid (overdag en/of 's nachts)
- Onrust 's nachts, of rechterop moeten slapen dan u gewend bent
- Sneller of onregelmatige hartslag, hartkloppingen
- Duizeligheid
- Misselijkheid, braken of diarree
- Pijnlijk of vol gevoel in uw bovenbuik, verminderde eetlust
- Wanneer u overdag minder gaat urineren en meer urineert 's nachts
- U last krijgt van een droge prikkelhoest
- Opgezette enkels/voeten
- Afname concentratievermogen
- Toename vermoeidheid.

Heeft u in toenemende mate last van bovenstaande verschijnselen, neem dan contact op met:

- de hartfalenpolikliniek als u onder behandeling bent in het ziekenhuis
- de huisarts indien de huisarts uw hartfalen behandelt.

Maandag t/m vrijdag van 8.00 – 17.00 uur

- Hartfalenpolikliniek: Haaglanden Medisch centrum 088-979 4375
- Hartfalenpolikliniek: HagaZiekenhuis 070- 2106985 (tussen 9-11 uur)
- Huisarts tel:

In de avond, weekend en feestdagen:

1. Huisartsenpost Hadoks tel: 070 346 96 69
Houdt u bij de hand: Burgerservicenummer, verzekeringsgegevens, actueel medicijnoverzicht

Bel 112 bij acute klachten zoals pijn op de borst

<https://www.hartstichting.nl/downloads/verschil-hartinfarct-hartstilstand-hartfalen>

Bijlage 1 – Deelnemers

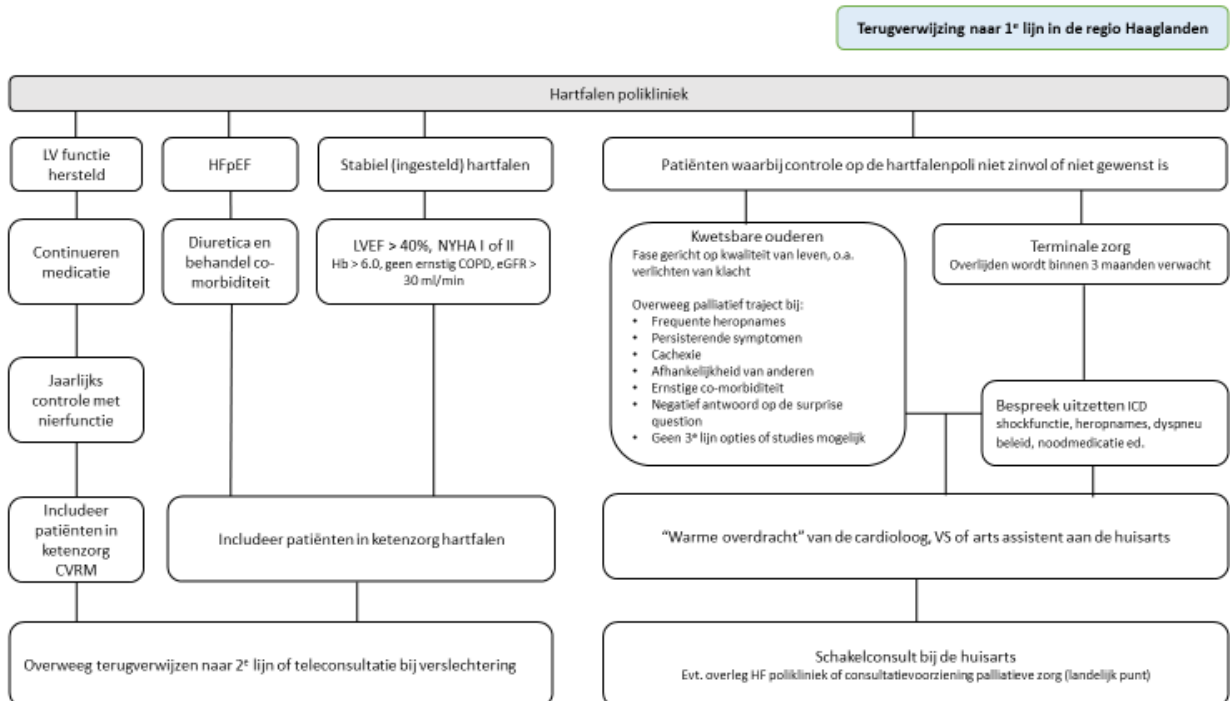
Samenstelling werkgroep (in alfabetische volgorde):

1. Mw G. van den Berg – de Vries afdelingsmanager a.i. Zorg Dichtbij (HMC)
2. Dhr. C.J.W. Borleffs, cardioloog Haga ziekenhuis
3. Mw. C. Bos, Harteraad
4. Mw A. van der Does huisarts Arts en zorg
5. Dhr. E. van Duin, huisarts, kaderhuisarts HVZ, Hadoks
6. Mw. F. Engelvoort-van Bevervoorde projectmanager Zorg Dichtbij (HMC)
7. Mw. J. Kist, huisarts en huisartsbegeleider LUMC
8. Mw. Y. Klaver, huisarts, SHG
9. Dhr. S. Mollema, cardioloog, HMC
10. Mw. M. Van der Salm, verpleegkundig specialist Hadoks
11. Mw. B. Slegtenhorst, verpleegkundig specialist Hadoks en Haga ziekenhuis
12. Mw. J. van Veen, accountmanager, Haga ziekenhuis
13. Mw. I. Voois, zorgmanager Arts en Zorg

Bijlage 2 – Versiebeheer

Versie	Wijzigingen	Datum geaccordeerd in werkgroep
1.0		21 maart 2018
1.1	<p>p.4: optie 2, De huisarts maakt gebruik van <i>altijd</i> beveiligde teleconsultatiediensten waarbij het ECG door de huisarts wordt gemaakt en via teleconsultatie wordt beoordeeld. Huisarts ontvangt binnen een afgesproken termijn (<72 uur) <i>via encrypted mail, via EDI bericht of anderszins beveiligd</i> een terugkoppeling.</p> <p>p.6: Reguliere afspraak hartfalen polikliniek < 4 weken. Hier wordt aan toegevoegd dat dit een streven is.</p> <p>p.10: vragen 3 t/m 5 patiënttevredenheid verder toegespitst op huisartsenpraktijk</p>	6 november 2018
1.2	<p>p.4: diagnostiek lab: aangepast conform NHG standaard</p> <p>p. 7: terugverwijzen 2^e naar 1^e lijn: de criteria voor terugverwijzen zijn verruimd</p>	1 oktober 2020
1.3	<p>p. 4: diagnostiek lab: aangepast conform NHG standaard</p> <p>p. 6: reguliere afspraak cardioloog en eventueel verwijzing hartfalen polikliniek nadien herschreven.</p> <p>p. 7: terugverwijzen 2^e naar 1^e lijn: uitwerking palliatieve en terminale zorg bij hartfalen</p> <p>P.10 Indicatoren verwijderd naar evaluatie</p>	September 2022

Bijlage 3: Terugverwijzen van patiënten met hartfalen van 3^e naar 2^e naar 1^e lijn



Terugverwijzen van cardioloog in de 3^e lijn naar 2^e lijn

Indien patiënt stabiel is in 3^e lijn wordt deze terugverwezen naar 2^e lijn met tot 5 jaar follow-up jaarlijkse “kwaliteitscontrole” in academisch ziekenhuis t.b.v. evaluatie invasieve behandeling.

Terugverwijzen van cardioloog in de 2^e lijn naar 1^e lijn

- Patiënten met volledig herstelde LV-functie. Advies bij ACE-remmer, jaarlijks nierfunctie. → jaarlijks consult door huisarts of POH. Indien geïndiceerd inclusie in ketenzorg CVRM.
- Patiënt met HFPEF die gehele diagnostische traject heeft doorlopen en waarbij geen verdere therapeutische opties bestaan of gewenst zijn → includeer patiënt in ketenzorg hartfalen
- Patiënten met niet-volledig herstelde LV-functie: **LVEF >40% (NYHA-klasse I of II)** zonder en co-morbiditeit volgens LTA-criteria (Hb <6 mmol/L, GFR <30 ml/min, ernstig COPD) die gehele diagnostische traject heeft doorlopen en waarbij geen verdere therapeutische opties bestaan of gewenst zijn → includeer patiënt in ketenzorg Hartfalen
- Patiënten waarbij controle op de hartfalenpolikliniek niet zinvol of niet gewenst is. Dit beleid wordt in samenspraak met de patiënt afgestemd
 - Kwetsbare (ouderen) / palliatief beleid → includeer patiënt in ketenzorg hartfalen
 - Terminaal beleid → huisarts regievoerder

Werkwijze:

- Bij terugverwijzen wordt door de cardioloog of hartfalen verpleegkundige expliciet in de brief vermeld:
 - Type hartfalen (diastolisch of systolisch hartfalen),
 - Laatste meetwaarden: bloeddruk, (streef)gewicht, ECG, laboratoriumonderzoek,
 - Laatste echo (incl. systolische en diastolische LV-functie met ejectiefractie),
 - Medicatieoverzicht: met dosering en indicatie.
 - Hoe te handelen bij verslechtering hartfalen
 - Bereikbaarheid van de hartfalenpolikliniek / 2^e lijn voor intercollegiaal overleg
 - Termijn gewenste controle in de huisartsenpraktijk.
- Warme overdracht = schriftelijk en mondeling overdracht van 2^e lijn naar huisarts.
- Na terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts ziet de huisarts de patiënt binnen de door de cardioloog aangegeven termijn (schakelconsult). Vervolg controle via de huisarts vindt, afhankelijk van de situatie, 1 keer per 3-12 maanden plaats. De patiënt wordt geïncorporeerd in ketenzorgprogramma hartfalen.
 - Herhaalreceptuur van medicatie die geïnitieerd is door de cardioloog kan worden verzorgd door de huisarts, mits er sprake is van een schriftelijke verzoek tot overname van de herhaalreceptuur, waarbij de keuze van de medicatie onderbouwd is.

Bijlage 4 Overdracht palliatieve fase hartfalen

Naam:	Geboortedatum:
Adres:	Telefoonnummer:
Woonplaats:	Postcode:
Contactpersoon:	BSN:
Verzekering:	Nummer:

Over bovengenoemde patiënt hadden wij op ...-...-.... telefonisch contact.

Met patiënt is besproken dat er wordt gedacht aan **palliatieve fase van het hartfalen** vanwege het voorkomen van de volgende symptomen:

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

Afspraken met patiënt vanuit het ziekenhuis:

- Gesprek met patiënt over de overdracht aan de huisarts(praktijk)
- Behandeling wordt én telefonisch én schriftelijk overgedragen aan de huisarts
- Van ziekenhuisopnames worden in principe door patiënt afgezien ja / nee
- Symptomatische palliatieve behandeling door de huisarts
- Huisarts stelt eventueel samen met de POH in een schakelconsult een zorgplan op samen met patiënt en zijn naasten
- Huisarts zorgt voor overdracht naar thuiszorgorganisatie en huisartsenpost

- Wensen en behoeften patiënt en naasten wel/ niet besproken ja / nee
- Zingevingsvragen wel/ niet besproken. Ja / nee
- Met patiënt is wel / niet reanimeren besproken ja / nee
- Een Niet-Reanimeren verklaring is toegevoegd ja / nee
- Recept noodmedicatie is meegegeven aan de patiënt ja / nee
- Patiënt heeft uitleg gebruik noodmedicatie gekregen ja / nee
- Heeft patiënt een ICD? ja / nee
- ICD-shockfunctie is uitgeschakeld? ja / nee

Medicatie bij ontslag/ overdracht

.....

.....

.....

.....

Aandachtspunten

De ICD (implanteerbare defibrillator) shockfunctie kan op verzoek uitgezet worden; daartoe kunt u contact opnemen met de 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.

Documenten en telefoonnummers:

- Mocht u vragen hebben dan kunt u contact opnemen met de hartfalenpolikliniek of de dienstdoende cardioloog.
- Consultatieteam Palliatieve Zorg Hollands Midden inschakelen (088-1232451, werkdagen 09.00 – 17.00)

Richtlijnen behandeling palliatief hartfalen

Behandeling klachten in de laatste 6 maanden: Zie www.pallialine.nl

Behandeling van toename dyspneu:

Diuretica ophogen, bv 3 dagen dosis verdubbelen

Morfine mga per os 2_dd lage dosis bv 10 mg

Morfine per os 2 dd 2.5 mg max 6 x

Morfine subcutaan 15-30 mg/24 uur

NTG-spray of isordil 5mg sl, zo nodig en te combineren met morfine

Bijzonderheden bovengenoemde patiënt:

.....

.....

.....

Bijlage 5: Patiënten informatie palliatieve fase

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 pacemakertechnicus 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.

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 te veel 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, invoeren.

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 thuiskomt 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/of spuit nitrospray 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
- www.doodgewoonbespreekbaar.nl