

Naam RTA: Hartfalen

Inleiding

De continuïteit en kwaliteit van zorg is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en financiers. Het is een maatschappelijke opgave die afzonderlijke zorgaanbieders niet vreemd is. Door regiogericht een gezamenlijke visie en ambitie te ontwikkelen kunnen zorgaanbieders beter aan hun deel van de verantwoordelijkheid voldoen. In praktische zin vraagt dat om betere afstemming, meer samenhang en inzet op innovatie. Zorgaanbieders in West-Brabant doen dat al. In netwerken, projecten, ketens en samenwerkingsverbanden trekken partners gezamenlijk op. Dat gebeurt steeds meer transmurale en door oorspronkelijke sectoren heen.

Transities in de zorg vergen een nog grotere inspanning op dit gebied. De rol van de gemeenten als financier wordt prominent. En ontschotting van financiering vraagt om regiogerichte innovaties. Zes zorgaanbieders in het westelijk deel van West-Brabant hebben besloten daartoe een sterk samenwerkingsverband op te richten. Dat betreft Groenhuysen, Tante Louise-Vivensis, Thuiszorg West-Brabant, Bravis Ziekenhuis inclusief vereniging medische staf en Zorggroep West-Brabant. Deze partners zijn de initiatiefnemers om, geleidelijk met meer partners, de volksgezondheid en gezondheidszorg in het werkgebied op een hoger niveau te brengen. Die ambitie moet leiden tot gericht beleid, innovatie en samenhangend zorgaanbod, uitgaande van kwalitatief, meetbare betere gezondheidsuitkomsten voor patiënten en patiëntgroepen. In het gezamenlijk proactieve aanbod van de zorg staat de patiënt en zijn dagelijks functioneren centraal.

De initiatiefnemers hanteren daarbij de 'triple-aim-gedachte'. Dat wil zeggen dat alle gezamenlijke inspanningen, innovaties en investeringen moeten bijdragen aan drie hoofddoelstellingen:

1. Gezondheidswinst: behoud dan wel verbetering van de volksgezondheid en kwaliteit van leven.
2. Kwaliteitswinst: behoud dan wel verbetering van kwaliteit en service in de zorg voor mensen; alsmede het realiseren van de juiste zorg op de juiste plaats.
3. Efficiencywinst: het passend krijgen of houden van zorgaanbod bij een groeiende zorgvraag en bij een beperkt groeiend of dalend budget.

Om gezamenlijk tot regionaal beleid te komen zijn rond doelgroepen expertteams ontwikkeld op de medische as. Deze teams bestaan uit specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, die met elkaar komen tot innovatieve projecten t.b.v. het komen tot bovenstaande doelstellingen. Een belangrijk onderdeel is het gezamenlijk vaststellen van het beleid rond de dienstverlening aan specifieke doelgroepen, ook wel regionale transmurale afspraken genaamd (RTA's). Deze worden ontwikkeld en geïmplementeerd op basis van signalen en wensen vanuit de samenwerkende huisartsen en specialisten. Hierbij wordt uitgegaan van de landelijke transmurale afspraken of landelijke standaarden en richtlijnen, voor zover deze beschikbaar zijn. Het komen tot een RTA wordt gefaciliteerd vanuit de transmurale samenwerkende Stichting West-West.

Aan deze Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (KNMGmeldcode, LHV, NHG).

De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de implementatie en bijstelling van RTA's ligt bij de expertteams.

Doelgroepen RTA's	Toelichting
Huisartsen	
Zorggroep West-Brabant	
Specialisten	
Vereniging medische staf	
Specialisten Ouderengeneeskunde	
Apothekerskringen	Ziekenhuisapothekers, openbaar
	apothekers,
Huisartsenkring West-Brabant	
REN	Regionaal elektronisch netwerk inzake
	gegevens overdracht
West-West	Ketenpartners: Bravis, ZGWB, TWB
	thuiszorg met aandacht, Groenhuysen,
	tanteLouise-Vivensis en op projecten
	niveau overige ketenpartners
Zorgverzekeraars	VGZ, ...

Doelstelling RTA: Afstemming beleid hartfalen in de eerste en tweede lijn.

Doelen* (SMART):

- De doelstelling van het expertteam rond de hartfalen patiënt is gezamenlijk organiseren van 'lijnloze' zorg rond patiënten, waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt als het mogelijk is behandeld wordt in de eerste lijn, door inzet van consulten van specialisten uit de tweede lijn en eventuele inzet hartfalenverpleegkundigen, ter voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis.

Bovenstaande doelstelling leidt tot:

- Voor patiënten: behandeling in eigen omgeving (meer service), meer eigen regie, minder kosten in termen van tijd en geld (eigen bijdrage) én voorkomen van onnodige opnames in het ziekenhuis.
- Voor professionals: betere afstemming, nieuwe modellen in beschikbaarheid en bereikbaarheid, en 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.

- Inclusie/exclusie criteria (diagnose)
- indicatoren (wat wil je meten)

Procesafspraken*

- Hoe wil je doelen bereiken
- eigenaarschap vastleggen

Acties*

Bij hartfalen

Epidemiologie

Hartfalen is een veel voorkomende aandoening. Tussen 20 en 30% van de bevolking krijgt te maken met hartfalen, meestal als zij ouder zijn dan 70 jaar. Momenteel hebben ongeveer 130.000 mensen last van hartfalen. Over tien jaar zal dit aantal stijgen tot naar verwachting 195.000, door vergrijzing van de bevolking, het in toenemende mate overleven na een hartinfarct en een toenemende prevalentie van diabetes mellitus – waaraan steeds meer mensen lijden. De mortaliteit van hartfalen is hoog, hoger dan van darm-, borst- en prostaatkanker. De impact op de patiënt, de mantelzorgers en het zorgstelsel is groot. De zorg voor hartfalenpatiënten vindt van oudsher vooral plaats in de tweede lijn, maar de trend is deze zorg ook te laten plaatsvinden in de eerste lijn. Vooral oudere, fragiele patiënten zullen weinig voordeel hebben van de geavanceerde zorg in de tweede lijn. Daarnaast is de eerste lijn en met name de huisartsenzorg de laatste jaren steeds beter in staat geworden de juiste zorg voor deze patiëntengroep te leveren. Ook ivm de komst van poh's en hartfalenverpleegkundigen.

Verwijscriteria

Van huisarts naar cardioloog:

- Verdenking op (chronisch) hartfalen op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek, ECG en bloedonderzoek
- Bij stabiele hartfalenpatiënt:
 - o mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium, ritmestoornis)
 - o nieuwe angineuze klachten (indien niet door huisarts te behandelen)
 - o nieuwe ECG-afwijkingen (indien niet door huisarts te behandelen)
 - o abrupte verslechtering
 - o hinderlijke klachten ondanks maximale therapie

Van cardioloog naar huisarts:

- Stabiele hartfalenpatiënt met volledig herstel van de linkerventrikelfunctie zonder actief cardiaal lijden
- Stabiele patiënt met niet-volledig herstel linkerventrikelfunctie zonder (cardiale) co-morbiditeit die cardiologische controles vereisen
- Patiënt met palliatief hartfalen, waarbij in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt
- Zeer kwetsbare ouderen met hartfalen in overleg.

Procesafspraken (conform afspraken Zorgdomein)

De patiënt kan na verwijzing bij de cardioloog terecht bij:

- Stabiele hartfalenpatiënt met abrupte verslechtering of nieuwe angineuze klachten: (direct of binnen één dag na telefonisch overleg)
- Verdenking op chronisch hartfalen: binnen een week
- Bij stabiele hartfalenpatiënt
 - o mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium, ritmestoornis): binnen twee weken
 - o nieuwe ECG-afwijkingen
 - o hinderlijke klachten ondanks maximale therapie binnen een week

Na terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts ziet de huisarts de patiënt binnen de door de cardioloog aangegeven termijn (zie Informatieoverdracht).

Medicatieafspraken

- Bij vaststellen van hartfalen met behouden ejectiefractie (HF-PEF) start (of continueert) de cardioloog diuretica bij tekenen van congestie.

- Bij vaststellen van hartfalen met verminderde ejectiefractie (HF-REF) start (of continueert) de cardioloog diuretica, ACE-remmers (of AII-antagonisten) en bètablokkers, (zie NHG-standaard M51 Hartfalen en toegevoegd stroomschema).
- Na het stellen van de diagnose kan dus onmiddellijk gestart worden met zowel BB als ACE/ARB.
- ASA wordt alleen gegeven bij onderliggend coronairlijden.
- Er is een nieuwe categorie toegevoegd aan de classificatie van hartfalen op basis van de ejectiefractie: de groep met een EF tussen 40 en 50% wordt geclassificeerd als HFmrEF. Behandeling hiervan is vooralsnog gelijk aan HFPEF.
- Bij aanwezigheid van atherosclerotisch vaatlijden start (of continueert) de cardioloog de voorkeursmedicatie conform de Transmurale werkafspraken CVRM
- 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 (zie Informatieoverdracht).

Informatieoverdracht

De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief (bij voorkeur via Zorgdomein en ook bij spoedverwijzing):

- De expliciete vraagstelling aan de cardioloog
- De relevante anamnese
- Het verrichte lichamelijk onderzoek
- Het verrichte aanvullend onderzoek
- De relevante voorgeschiedenis en probleemlijst
- De actuele medicatie

De cardioloog schrijft de huisarts een (voorlopig) ontslagbericht:

- na opname uiterlijk op de dag na ontslag uit het ziekenhuis
- binnen één week na ontslag uit de polikliniek

De cardioloog schrijft de huisarts een tussenbericht:

- binnen één week na het eerste bezoek aan de polikliniek als al onderzoek/diagnose bekend is.
- bij bijzonderheden
- minimaal één maal 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
- het verzoek een risicoprofiel op te stellen en binnen welke termijn dit gewenst is
- een verzoek tot overname van de herhaalmedicatie met onderbouwing van de gemaakte keuze(s).

Patiënt:

Voorlichting

- Stem informatie aan de patiënt op elkaar af.
- Patiënten websites o.a.:
www.heartfailurematters.org, www.thuisarts.nl, www.hartstichting.nl,
www.hartenvaatgroep.nl, www.hartwijzer.nl
- Attendeer op het bestaan van de patiëntenvereniging;
- Streef naar het opstellen van een zorg/behandelplan met doelen voor gezondheidsverbetering samen met de patiënt.

Implementatie: Voor de implementatie van een RTA worden de volgende communicatiewegen gebruikt: middels het uitbrengen van een samenvatting aan alle betrokkenen, opname in het kwaliteitsbeleid, publicaties in nieuwsbrieven, tijdschriften en op de websites van de samenwerkende regionale organisaties, onderdeel van scholingen. In het kader van ons hartfalen project NVVC hebben we een financiering zodat we scholingen en screeningen beter kunnen organiseren.

Borging: beheerafspraken strategisch, tactisch, operationeel (o.a. evaluatie in expertteams en met betrokken professionals)

Stappenplan hartfalenmedicatie:

1. Bepaal eerst eGFR plus creatinine, natrium en kalium (of controleer of deze recent bepaald zijn).
2. Start een RAS-remmer (een ACE-remmer of indien deze niet wordt verdragen een ARB) en bij tekenen van overvulling ook een lisdiureticum.
3. Voeg bij patiënten die met RAS-remmer en diureticum klinisch stabiel zijn een bètablokker toe.
4. Verhoog de dosering van RAS-remmer 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 exacerbatie, hypotensie of bradycardie.
5. Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is en continueer de laagst effectieve dosering.
6. Overweeg toevoeging van een aldosteronantagonist bij aanhoudende klachten ondanks adequate instelling.

Stroomschema behandeling cardiologie

