

CONNECT Hartfalen Twente protocol 1: *Herkennen en bevestigen van hartfalen*

Acties huisarts / POH (in lijn met NHG standaard Hartfalen):

- Anamnese: symptomen van hartfalen?
 - o Zoals verminderde inspanningstolerantie zich uitend in kortademigheid, vermoeidheid, aanvalsgewijze / nachtelijke kortademigheid bij platliggen, enkeloedemen, nycturie.
- Suggestieve oorzaken:
 - o Cardiale voorgeschiedenis (met name coronairlijden, myocardinfarct, kleplijden, atriumfibrilleren) Risicofactoren HVZ (met name hypertensie en diabetes).
 - o COPD.
- Triggers voor hartfalen:
 - o Medicatie: o.a. NSAIDs, corticosteroïden, negatief inotrope medicatie (zoals verapamil, diltiazem)
 - o Toegenomen vochtbelasting (status na infuus therapie)
 - o Ontstaan van ritme-/geleidingsstoornissen
 - o Anemie, exacerbatie COPD, pneumonie, hyperthyreoidie, longembolie
- Lichamelijk onderzoek:
 - o Perifeer oedeem, pulmonale crepitaties, verhoogde CVD, tachycardie, tachypneu, verbrede ictus cordis (>MCL), vergrote lever, derde harttoon.
- ECG:
 - o Huisarts zorgt voor eigen beoordeling ECG / beschikt over mogelijkheid tot ECG beoordeling binnen 24 uur door cardioloog.
- Laboratorium onderzoek:
 - o NT-proBNP, nierfunctie en elektrolyten, bloedbeeld, TSH, glucose, (verder op indicatie zoals CRP)
 - o Verwijzing (tenzij bijv. kwetsbare oudere), naar poli cardiologie bij afwijkend ECG en/of verhoogd
 - o NT-proBNP (o.b.v. afkapwaarden) met in de verwijsbrief vraagstelling hartfalen, uitkomsten van aanvullend laboratorium onderzoek, voorgeschiedenis, actueel medicatie overzicht en bekende allergieën en intoleranties van patiënt.
 - o Bij acute presentatie /klinisch instabiele patiënt / NYHA klasse IV: verwijzing direct naar EHH.
 - o Bij weinig vitale patiënt waarbij alleen eenmalig diagnostiek en advies gewenst is, graag dit vermelden dan volgt een poli afspraak met diagnostiek in één setting.
 - o Bij hoge verdenking op hartfalen: uitleg over hartfalen leefregels, start lisdiureticum en ACE-remmer of ARB indien patiënt deze nog niet gebruikt.

Acties cardioloog:

- Patiënt krijgt poli afspraak inclusief een echocardiogram (bij voorkeur in één setting) binnen 4 weken, tenzij door de huisarts aan wordt gegeven dat een kortere termijn gewenst is. Echocardiogram blijft een voorbehouden diagnosticum voor de cardioloog gezien de expertise in interpretatie.
- Verslaglegging naar de huisarts binnen 48 uur na poli bezoek (conclusie poli bezoek inclusief echo uitslag en zo nodig behandel advies).
- Indien geen hartfalen of geen belangrijke andere cardiale problematiek: retour huisarts.

CONNECT Hartfalen Twente protocol 2:

Diagnostiek en medicamenteuze behandeling in 2e lijn

Patiënten met bewezen hartfalen:

- Patiënten die geen baat hebben bij begeleiding/diagnostiek en/of behandeling in de 2^e lijn:
 - terugverwijzen naar de huisarts, incl. compleet echo verslag, actueel medicatie overzicht en advies t.a.v. behandeling van het hartfalen.
 - patiënten die reeds optimaal behandeld worden waarbij geen verandering wordt verwacht binnen afzienbare tijd.
- Overige patiënten: diagnostiek en behandeling via polikliniek Cardiologie / Hartfalenpolikliniek.

Eerste bezoek polikliniek Cardiologie:

- NYHA klasse
- ECG
- Echo (gemaakt in protocol 1), compleet beschreven
- Medicamenteus behandelplan
- Diagnostisch plan bepalen en bespreken met patiënt
 - Indicatie voor diagnostiek conform nieuwste ESC richtlijn hartfalen
 - Additioneel laboratoriumonderzoek op indicatie
 - Genetisch onderzoek op indicatie (idiopathische dilaterende en hypertrofische cardiomyopathie)
- Aanmelden bij Hartfalenpoli door cardioloog: leefstijladviezen, educatie, herkennen achteruitgang, begeleiding bij instellen medicatie, hartfalen revalidatie
- Verslaglegging naar huisarts van eerste bezoek inclusief actueel medicatie overzicht

Vervolg bezoeken Hartfalenpoli bij hartfalen verpleegkundige of verpleegkundig specialist hartfalen

- Optitreren hartfalen medicatie op geleide van klachten, bloeddruk/hartfrequentie, vullingsstatus en nierfunctie/elektrolyten.
- Bezoeken aan hartfalen verpleegkundige of VS worden op indicatie nabesproken met cardioloog.
- Cardiologen organiseren minimaal 1 keer per week een vast moment om met hartfalen verpleegkundige of VS, patiënten te bespreken.
- Verslaglegging naar huisarts als fase van medicatie instelling afgerond is en op klinische gronden.

Vervolg bezoek poli Cardiologie 2-6 maanden na intake:

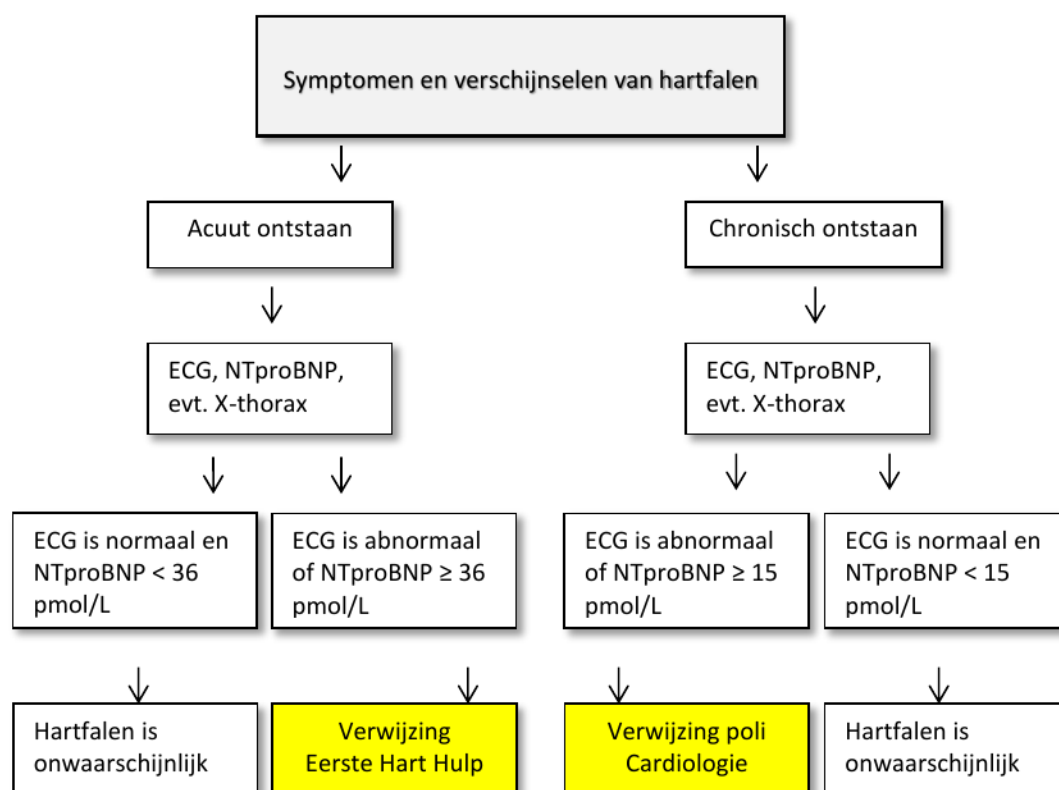
Klinische verbetering?

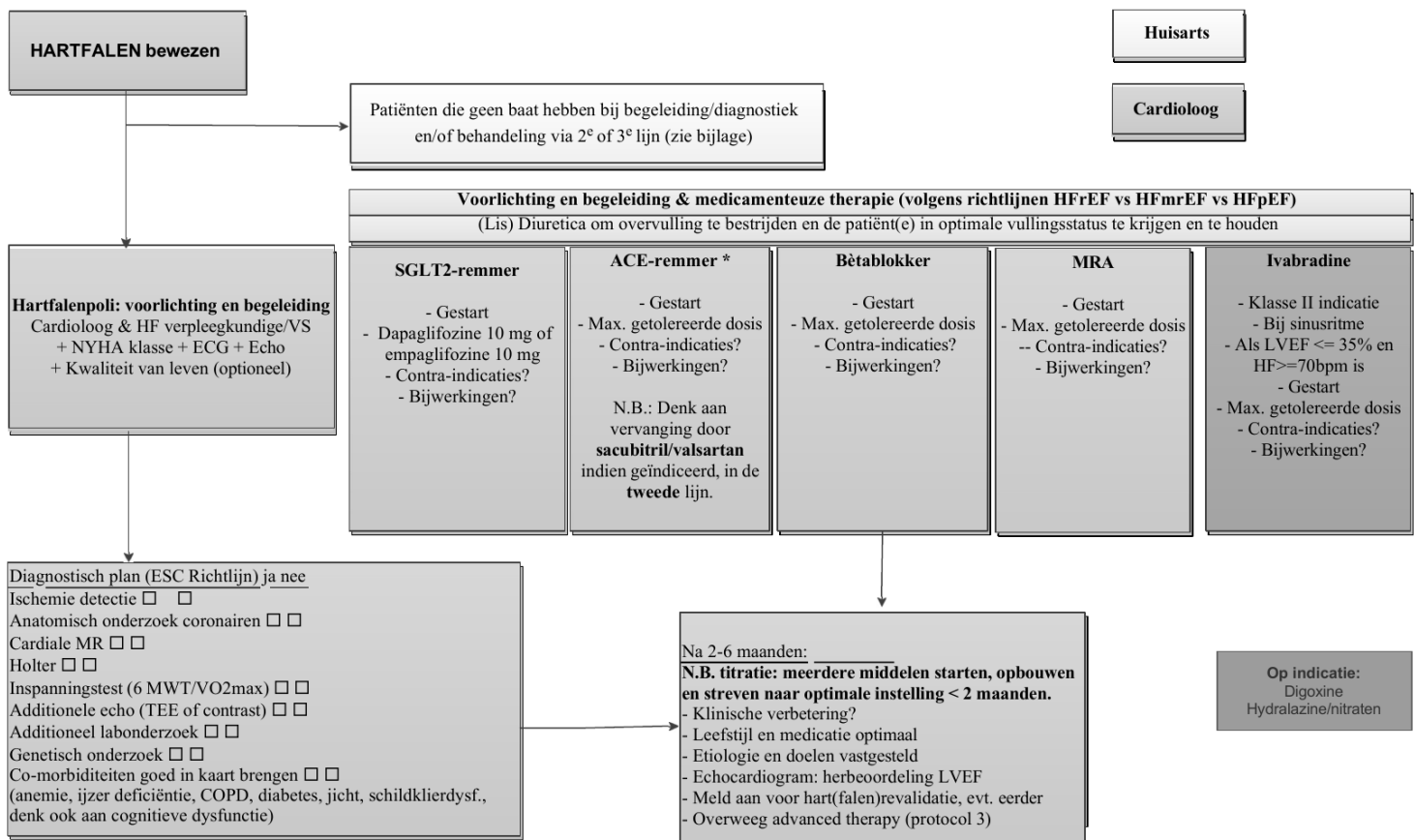
- Beoordeling voortgang t.a.v. optitreren medicatie
- Beoordeling voortgang t.a.v. diagnostisch plan en herbeoordeling NYHA klasse
- Nieuw beeldvormend onderzoek, incl. beschrijving eventuele verbetering LV functie (LVEF)
- Evalueren doelen: Medicatie en leefstijl optimaal? Etiologie vastgesteld? ICD indicatie?
- Verslaglegging naar huisarts van beloop inclusief actueel medicatie overzicht

Indien patiënt zich gedurende de 2^e lijns behandeling bij de huisarts meldt i.v.m. toename van klachten: zie Protocol 5.

CONNECT Hartfalen Twente stroomdiagram 1:

Herkennen en bevestigen van hartfalen





*

1. **ARB** als ACE remming niet wordt getolereerd

2. Patiënten met een LVEF < 35% die symptomatisch zijn ondanks optimale dosis ACE remming (enalapril 2dd 10 mg of equivalent), bètablokker, MRA; en parallel aan CRT therapie (indien er een indicatie is), kunnen worden omgezet van ACE remmer naar **sacubitril/valsartan**, volgens de ESC richtlijn 2016 resp. 2021 (klasse I, LoE B) en Update 2023.

CONNECT Hartfalen Twente protocol 3: *Invasieve en advanced hartfalen behandeling*

Uitgangspunten:

- De indicatiestelling voor invasieve behandeling verloopt conform ESC-richtlijnen en betreffend HFA-artikel (refs 1 en 2).
- De besluitvorming om invasief te behandelen vindt plaats in het regionale hart(falen)team
- Het behandelplan van alle patiënten met kenmerken van hartfalen wordt minimaal eenmalig* besproken in het hartfalenteam binnen het eigen ziekenhuis. (*: bij verslechtering op indicatie herbespreken).
- Het 2^e lijns hartfalenteam kan bestaan uit:
 1. Cardiolo(o)g(en) (met aandachtsgebied hartfalen) (MST/ZGT)
 2. Hartfalenverpleegkundige(n) of verpleegkundig specialist(en) hartfalen (MST/ZGT)
 3. Cardiolo(o)g(en) met aandachtsgebied beeldvorming (MST/ZGT)
 4. Cardiolo(o)g(en) met aandachtsgebied klinische elektrofysiologie (MST/ZGT)
 5. Interventiecardiolo(o)g(en) (MST)
 6. Cardio-thoracaal chirurg(en) (MST)
- Het 3^e-lijns hartfalenteam van Thoraxcentrum UMC Groningen bestaat tevens uit:
 7. Hartfalen-cardioloog met expertise in harttransplantatie / mechanische ondersteuning

Indien het hartfalen ernstig is (advanced hartfalen), o.a. bij:

- o Maligne genetische defecten (Phospholamban [PLN], Laminopathie [LMNA])
- o Aritmogene cardiomyopathie (ACM) met tekenen van hartfalen
- o Hartfalen bij actieve of herstelde myocarditis of in het kader van (actieve) systeemziektes of cardiotoxiciteit (chemo- en/of radio- en/of hormonale en/of immunotherapie)
- o Ernstige persisterende LV-dysfunctie (LVEF<35%) ondanks optimale medicamenteuze en evt. device therapie, en bij ernstige symptomatologie (NYHA III+)
- o Zeer slechte LV-dysfunctie (LVEF<20%) ondanks optimale medicamenteuze en evt. device therapie
- o Recidiverende / persisterende congestie / noodzaak voor escalerende diuretica dosering ondanks therapie trouwheid en optimale medicamenteuze en evt. device therapie
- o Therapie resistente ventriculaire aritmien / ICD shocks onder optimale therapie
- o Snelle achteruitgang en progressieve betrokkenheid van andere organen (nieren, lever)
- o Persisterende afhankelijkheid van inotropie / mechanische ondersteuning

En bij afwezigheid van belangrijke contra-indicaties (o.a. co-morbiditeit die een levensverwachting <1 jaar veroorzaakt, leeftijd ≥75 jaar). Uitzondering: ≥75 jaar met goede functionele status los van hartfalen (mono-orgaan ziekte). Voorbeelden van belangrijke co-morbiditeit: onbehandelbare maligniteit, dementie, ernstig COPD.

Dan tenminste eenmalig bespreken met 3^e lijn hartfalen-team voor mogelijkheden van advanced care, in principe 3 maanden na optimalisatie therapie (inclusief device therapie) voor poliklinische patiënten.

Ook klinische HF patiënten kunnen besproken of acuut overlegd worden.

De uitkomst van deze bespreking, inclusief overwegingen, wordt opgenomen in het EPD en teruggekoppeld aan de huisarts en de hoofdbehandelaar in de 2^e lijn.

- Het 3^e-lijns hartfalenteam (UMCG) komt tweewekelijks bij elkaar (op dinsdagmiddag) en bestaat ten minste uit:
 1. Verwijzer (kan telefonisch)
 2. Hartfalenspecialist 3e lijn met kennis van devices, VADs en harttransplantatie (HTX)
 3. Hartfalenverpleegkundige/VS

Mede afhankelijk van de indicatiestelling kunnen de volgende specialisten worden uitgenodigd:

- Thoraxchirurg
- Interventiecardioloog met expertise op het gebied van klepinterventies
- Klinisch electrofysioloog (zowel expertise in devices en ablaties)
- Cardioloog met specifieke kennis van beeldvorming (expertise echocardiografie en MRI)
- Geneticus of cardioloog met expertise in de Cardiogenetica

De verwijzer levert de volgende gegevens aan voor de bespreking (indien aanwezig):

- 1) MDO Verwijsformulier Hartnet UMCG
- 2) Voorgeschiedenis en klinische toestand
- 3) ECG
- 4) Beeldvorming (echo, evt. MRI)
- 5) VO2-max
- 6) Laatste laboratoriumuitslag
- 7) Uitslag genetisch onderzoek
- 8) Hartkatheterisatie (CAG, links en/of rechts)
- 9) Actuele medicatie en evt. problemen met optitratie

Harttransplantatie en (L)VAD therapie:

- Als er geen conventionele behandelopties (meer) zijn t.a.v. het hartfalen wordt bij patiënten met een verminderde LV-ejectiefractie en juiste indicatie, screening voor harttransplantatie (HTx) en/of LVAD overwogen. Indien patiënt is afgewezen voor HTx kan LVAD als “destination-therapy” worden overwogen.
- Indicatiestelling conform (2^e) Consensus document in Nederland (ref 3)

Indien verwijzing bij refractair hartfalen patiënten naar 3^e lijn wordt overwogen voor mechanische ondersteuning/VAD/HTX, dan zijn bij overleg/verwijzing de volgende gegevens van belang:

- Hoe vaak is patiënt in het afgelopen jaar opgenomen i.v.m. hartfalen? Inotropie behoefte? Klinisch beeld m.n. rechts- of linksdecompensatie?
- Is patiënt maximaal medicamenteus behandeld? Indien medicament of targetdosering niet getolereerd werd: wat was reden?
- Recent lab en echo in euvolemische situatie.
- Bij nierinsufficiëntie (eGFR <35 ml/min):
 - o Overweeg echo nieren: niergrootte/nierarteriestenose?
 - o Ware eGFR? (24 uurs-urine)
- Bij patiënt met coronair vaatlijden:
 - o Bij coronair pathologie: ischemiedetectie
 - o Recent CAG (bij patiënten met LV aneurysma inclusief LV angio)
 - o Indien beschikbaar s.v.p. overige beeldvorming (MRI, TEE) meesturen.

Contact gegevens Cardiologie en Hartfalen poliklinieken Twente

Cardiologie ZGT (secretariaat), Almelo en Hengelo: 088 708 5288

Hartfalenpoli ZGT, Almelo en Hengelo: 088 708 3351 of 088 708 5582

Cardiologie MST (secretariaat): 053 4876071

Hartfalenpoli MST, Enschede: 06 50070395; Oldenzaal: 06 15206754

Contact gegevens Thoraxcentrum UMC Groningen

Aanmelden voor MDO Hartfalen/HTx/LVAD/Advanced HF therapie UMCG via hartnet@umcg.nl.

Graag MDO Verwijsformulier (zie bijlage) emailen en bijbehorende informatie opsturen.

Aanspreekpunt voor Advanced HF therapie via centrale UMCG (050 3616161),

ook voor acute/spoed consulten:

- Dr. Kevin Damman, Intern tel 18631 (k.damman@umcg.nl), medisch hoofd Harttransplantatie/LVAD of
- Dr. Stan van den Broek, Intern 11897 (s.a.j.van.den.broek@umcg.nl)
- In afwezigheid: Dienstdoende Cardioloog UMCG via 050 3616161

Referenties

Ref 1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016;37:2129-2200.

Ref 2. Crespo-Leiro MG, Metra M, Lund LH, et al. Advanced heart failure: a position statement of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2018;20:1505-1535.

Ref 3. <https://www.nvvc.nl/Richtlijnen/Consensus-LVAD-2019-Okt-2019-Final.pdf>



overname Hartcentrum UMCG

Let op: incomplete verwijzingen (zonder dit ingevulde formulier of waarvan beelden missen) worden niet in behandeling genomen! Hiervan krijg je bericht met melding van wat er mist.

Patiëntgegevens

BSN:

E-mail adres patiënt:

(invullen of 'onbekend' noteren)

Patiënt klinisch: ☐ Ja ☐ Nee

Naam/tel. verwijzer:

AGB code verwijzer:

Informed consent doorsturen gegevens verkregen: ☐ Ja

Informed consent medisch inhoudelijk verkregen: ☐ Ja

(bij laag complexe PCI, laag complexe ablatie, pacemaker/icd, en bij klinische patiënten)

Dit formulier ingevuld sturen naar hartnet@umcg.nl
Indien klinisch of spoed, dan ook altijd bellen naar dienstdoende HTx/LVAD cardioloog of dienstdoende cardioloog

Bij SPOED/Hoge Urgentie:

- Overleg met dienstdoende HTx/LVAD cardioloog
- Overleg met dienstdoende cardioloog

Beide via telefooncentrale UMCG: 050-3616161

Aanmelding voor:

☐ Klinische Overname (<24 uur MDO)

☐ MDO Bespreking

☐ reguliere termijn

☐ binnen 24 uur

Deelname MDO via videoconferentie:

☐ Ja (link wordt per mail gestuurd)

☐ Nee

Bespreken in:

☐ Algemeen Hartteam (coronairlijden, kleppen) MDO (dagelijks)

☐ Endocarditis MDO (wekelijks woensdag)

☐ Ritme / Devices / Pacemakers MDO (Wekelijks maandag)

☐ **Hartfalen / HTx / LVAD MDO (2-wekelijks dinsdag)**

☐ Cardiogenetica MDO (Wekelijks maandag)

☐ Congenitale hartziekten MDO (Wekelijks woensdag)

Korte Samenvatting Casus:

Vraagstelling / Voorstel Beleid:

Overige informatie:

- ☐ lengte:
- ☐ gewicht:
- ☐ Isolatiemaatregelen: ja/nee , zo ja welke?

Bijlagen meegestuurd via email of XDS?

- ☐ Brief
- ☐ Medicatie-overzicht

☐ Aanvullend Onderzoek: ☐ CAG ☐ Echo ☐ CT/MRI ☐ X-thorax ☐ overig nl:

CONNECT Hartfalen Twente protocol 4: *Palliatieve fase bij eindstadium hartfalen*

Wanneer is er sprake van de palliatieve fase van hartfalen?

Het moment van overgang van de curatieve naar de palliatieve fase van hartfalen is vaak niet exact aan te geven. De patiënt is meestal nog onder behandeling in de 2^e lijn. Er is sprake van deze fase als er progressieve symptomen zijn (veroorzaakt door hartfalen / comorbiditeit / algehele achteruitgang) en er geen verdere behandelmogelijkheden meer zijn, anders dan klachten verlichting. Dit betekent eindstadium van de ziekte hartfalen, met beleid gericht op palliatie.

Voorbeelden die deze fase inleiden zijn:

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

Bij aanwezigheid van bovenstaande dient men zich de “surprise question” te stellen (“Zou je verbaasd zijn als patiënt over een jaar overleden is?”). Wanneer het antwoord 'nee' is, is de surprise question positief en is het raadzaam om een gesprek over het leven(seinde) aan te gaan en shared care tussen 2^e en 1^e lijn. Wanneer de inschatting bestaat dat patiënt een levensverwachting heeft korter dan 3 maanden, dan is de terminale fase aangebroken.

Advance care planning (ACP)

De hoofdbehandelaar (cardioloog / hartfalenpoli) dient tijdig met de patiënt en diens naasten het gesprek aan te gaan over mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling (ACP) en daar ook de huisarts in te betrekken. Indien de palliatieve fase aangebroken lijkt te zijn, dienen een aantal onderwerpen besproken te worden en keuzes middels gezamenlijke besluitvorming te worden gemaakt tussen patiënt, cardioloog / hartfalenpoli en huisarts. De besproken items dienen vastgelegd te worden in het dossier van de patiënt en in de overdracht aan de huisarts. De cardioloog informeert de huisarts dus schriftelijk na het gesprek en liefst ook telefonisch om mede te delen dat dit gesprek heeft plaats gevonden én over de inhoud van hetgeen is besproken. In deze overdracht kan de cardioloog / hartfalenpoli ook specifieke aandachtspunten aangeven.

Wat dient te worden besproken in de advance care planning / vermeld te worden in de overdracht aan de huisarts

- Wensen en doelen van patiënt t.a.v. leven(seinde).
- Informatie over wel/niet: reanimeren, heropnames in het ziekenhuis.
- Beleid t.a.v. ICD / pacemaker indien aanwezig (i.p. shockfunctie uit, pacemaker functie continueren).
- Beleid bij toenemende klachten / “crisissituatie” (met wie contact op te nemen/noodmedicatie).
- Twentse patiënten brief terminaal hartfalen (zie bijlage bij Protocol 4).
- Andere voorbeelden van patiënten informatie:
 - Boekje van Netwerken Palliatieve Zorg Twente: “Als ik nadenk over mijn laatste levensfase dan wil ik graag...”
 - Folder KNMG voor patiënten: “Checklist met bespreekpunten over het levenseinde”
 - Folder IKNL: “Goede zorg voor mensen met ernstig hartfalen”

- Overdracht hoofdbehandelaarschap van cardioloog naar huisarts middels een brief én telefonische toelichting waarin bovengenoemde items benoemd worden

Indien het ACP-gesprek plaatsvindt in de 2^e lijn zal de huisarts een vervolgesprek met de patiënt voeren over verdere wensen ten aanzien van het levenseinde zoals euthanasie / palliatieve sedatie / existentiële vragen en het zo nodig regelen van terminale zorg (terminale thuiszorg / hospice). De huisarts zorgt voor een overdracht naar de huisartsenpost, met duidelijke beleidslijnen voor vragen in avonden en/of weekenden.

Richtlijnen behandeling palliatief hartfalen

Voor behandeladviezen zie www.pallialine.nl (of de app PalliArts) en www.knmg.nl:

- IKNL richtlijn: "Palliatieve zorg bij hartfalen"
- IKNL richtlijn: "Pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen"
- Folder KNMG voor artsen: "Checklist met bespreekpunten over het levenseinde"

Uitschakelen ICD

In overleg tussen patiënt en hoofdbehandelaar kan worden besloten tot deactivering van de ICD. Over het algemeen zal de pacemaker niet worden gedeactiveerd, omdat deze de klachten van de patiënt verlicht.

- www.nvvc.nl/Kwaliteit/Richtlijnen "Richtlijn ICD-pacemaker in de laatste levensfase"

Indien de ICD niet is uitgeschakeld in de terminale fase kan de huisarts de cardioloog bellen en deze zal opdracht geven aan de ICD-technicus om thuis de ICD zo spoedig mogelijk uit te schakelen.

Consultatie rondom en na overdracht van zorg

De cardioloog / hartfalenpoli kan de huisarts consulteren t.a.v. ACP. De huisarts kan de cardioloog / hartfalenpoli consulteren, ook na overdracht van zorg. In iedere fase van ACP kan het Palliatief Advies Team (PAT) dan wel Consultteam Ondersteuning Palliatieve Zorg (COPZ) geconsulteerd worden voor advisering / begeleiding.

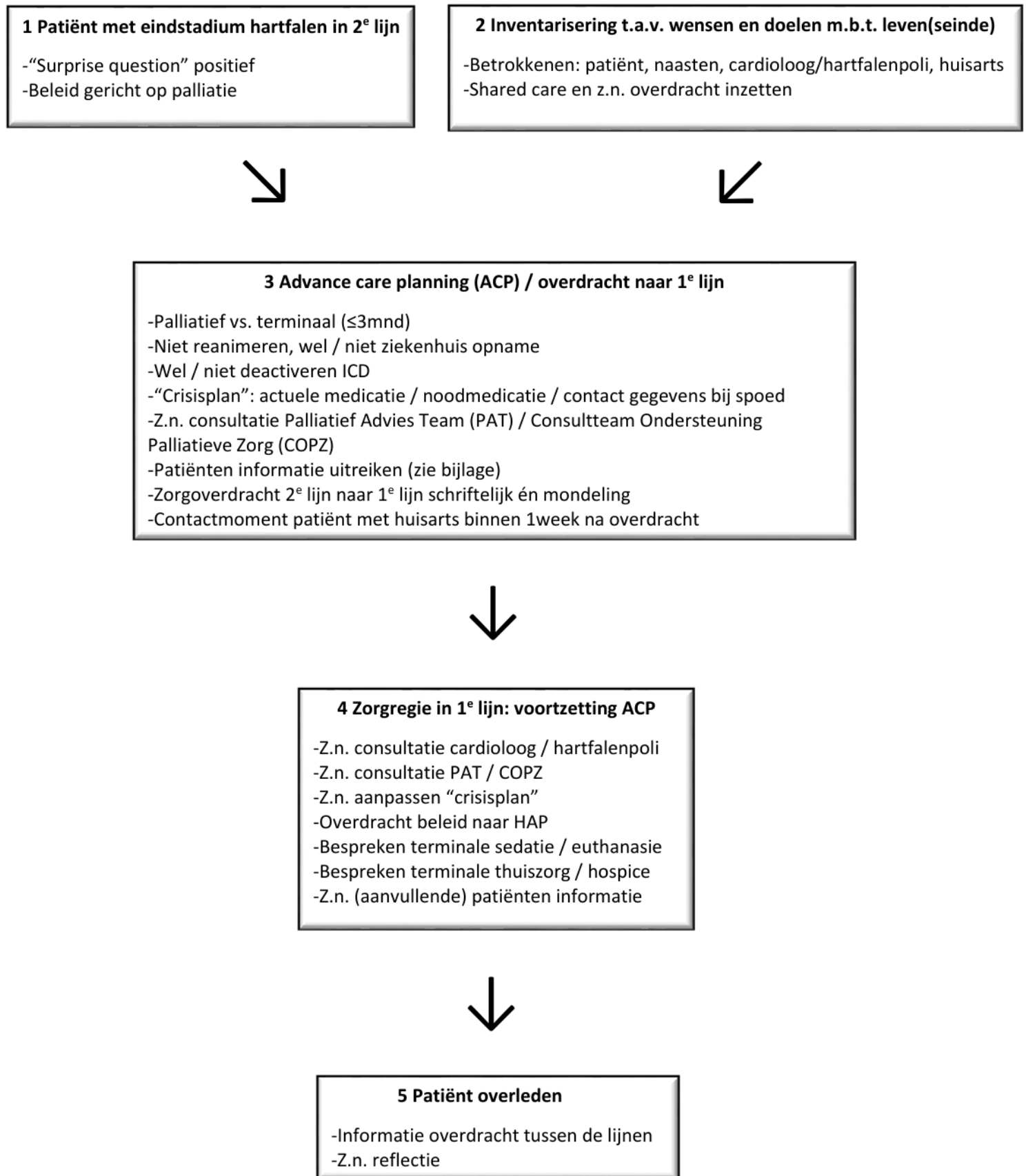
- PAT MST (bereikbaar op werkdagen 8.30-17.00u)
E-mail: palliatiefadviesteam@mst.nl; tel.nr: 06-11617714
- COPZ ZGT (bereikbaar op werkdagen 8.30-17.00u)
E-mail: palliatiefadviesteam@zgt.nl; tel.nr: 088-7083669; poliklinisch spreekuur op donderdag 9.00-13.00u

Na overlijden

Indien de patiënt thuis overlijdt, informeert de huisarts de poli Cardiologie / hartfalenpoli. Indien patiënt in het ziekenhuis overlijdt informeert de cardioloog / hartfalenpoli de huisarts. Op initiatief van cardioloog / hartfalenpoli, huisarts of nabestaanden vindt er reflectie plaats over de geboden zorg en samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn. Dit werkt signalerend, verhelderend en kwaliteit verhogend.

CONNECT Hartfalen Twente stroomdiagram 4:

Palliatieve fase bij eindstadium hartfalen



CONNECT Hartfalen Twente protocol 5:

Communicatie, verwijzen en terugverwijzen bij hartfalen tussen 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn

Waar cardioloog staat, kan ook gelezen worden: verpleegkundig specialist hartfalenpoli.

Verwijzen

Verwijzing wordt aanbevolen voor alle patiënten waarbij het vermoeden op hartfalen bestaat. Zonder verdere diagnostiek is én de diagnose niet bevestigd én mogelijk onder behandeling van onderliggende factoren.

Een uitzondering hierop kan gemaakt worden in samenspraak tussen huisarts (eventueel na overleg / Eenmalig Consult Medisch Specialist (ECMS) met cardioloog) en patiënt in die situaties waarbij aanvullende diagnostiek en behandeling geen toegevoegde waarde heeft voor de patiënt.

Terugverwijzen

Na het stellen van de diagnose en het zo mogelijk behandelen van onderliggend lijden worden de volgende patiënten, terugverwezen naar de huisarts voor monitoring en controle:

- Patiënten met hartfalen die optimaal behandeld zijn en stabiel zijn
- Patiënten in de palliatieve fase van hartfalen
- Patiënten die niet (meer) in de 2e lijn behandeld willen worden ("shared care" tussen 1^e en 2^e lijn mogelijk).

Aanbevelingen voor terugverwijzen van 3e lijn naar 2e lijn:

- Invasief behandelde complexe patiënten. Voorbeelden: HTX en LVAD
 - Na invasieve behandeling: follow-up in UMCG volgens protocol.
 - Bij terugverwijzen worden, indien van toepassing, specifieke adviezen gegeven t.a.v. (bijv. echografische) follow-up.
 - Uitzondering: LVAD & HTX patiënten – deze blijven in UMCG onder controle.
 - Indien patiënt instabiel is en blijft, of wanneer de klinische of cardiale situatie achteruitgaat of de invasieve behandeling niet het gewenste resultaat heeft gebracht: her-evaluatie en overleg welke plek de beste is voor de individuele patiënt.
- Conservatief behandelde patiënten
 - Patiënt wordt na opstellen behandelplan terugverwezen naar de cardioloog in verwijzend ziekenhuis voor verdere behandeling en follow-up. Hierbij worden, indien geïndiceerd, adviezen t.a.v. medicatie, revalidatie, periodieke controle en wanneer opnieuw te verwijzen naar 3e lijn expliciet vermeld.
 - Bij achteruitgang, progressie hartfalen: opnieuw overleg.

Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar communiceert met de patiënt wie het aanspreekpunt is voor het hartfalen en waar hij/zij met vragen terecht kan. Hoofdbehandelaarschap wordt altijd schriftelijk overgedragen (verwijsbrief of afsluitende rapportage).

Aanspreekpunt voor de patiënt bij klachten gerelateerd aan hartfalen

1. Binnen kantoor tijd

Hoofdbehandelaar cardioloog

- Niet acuut
Patiënt neemt contact op met Cardiologie of Hartfalenpoli MST/ZGT

Cardiologie en Hartfalen poliklinieken Twente

Cardiologie ZGT (secretariaat), Almelo en Hengelo: 088 708 5288

Hartfalenpoli ZGT, Almelo en Hengelo: 088 708 3351 of 088 708 5582

Cardiologie (secretariaat) MST, 053 4876071

Hartfalenpoli MST, Enschede: 06 50070395 / intern grip 8039 of Oldenzaal: 06 15206754 / intern grip 8057

- **Acuut**
Patiënt neemt contact op met huisarts.
Huisarts voert triage uit en bepaalt of hij/zij de patient zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt.

Hoofdbehandelaar huisarts

- Patiënt neemt contact op met huisarts (zowel acuut/niet acuut)
Huisarts voert triage uit en bepaalt of hij/zij de patient zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt

2. Buiten kantoor tijd

Hoofdbehandelaar cardioloog

- **Acuut**
Patiënt neemt contact op met Spoedpost Huisartsen Twente (SHT):
-Klachten duidelijk gerelateerd aan hartfalen:
SHT beoordeelt en overlegt met cardioloog. Deze ziet de patiënt laagdrempelig.
-Klachten niet duidelijk gerelateerd aan hartfalen:
Huisarts voert triage uit en bepaalt of hij/zij de patient zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt.

Hoofdbehandelaar huisarts

- **Acuut**
Patiënt neemt contact op met SHT bij klachten
Huisarts voert triage uit en bepaalt of hij/zij de patient zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt

Consultatie

- **Acuut:** telefonische consultatie
- **Niet acuut:** indien huisarts hoofdbehandelaar is kan hij de cardioloog consulteren via het Keten Informatie Systeem, Eenmalig Consult Medisch Specialist, of de App patiëntenoverleg Zorg Domein. De cardioloog en huisarts kunnen elkaar telefonisch consulteren bijvoorbeeld bij overwegingen over te gaan tot de palliatieve fase.

Gedeelde zorg

De scheiding wanneer welke zorg waar gegeven wordt is bij hartfalen vaak een dynamisch gebeuren. De cardioloog heeft expertise in het diagnosticeren van hartfalen en behandelen van onderliggende oorzaken. Tevens is het instellen van patiënten op medicatie om de klachten te stabiliseren voor veel huisartsen complex en wordt dit, tenzij anders afgesproken tussen huisarts en cardioloog voor een specifieke patiënt, in de tweede lijn gedaan.

De huisarts heeft expertise in het monitoren en begeleiden van de stabiele chronische patiënt. De cardioloog kan deze zorg voor het monitoren en begeleiden overdragen (hierbij dus het hoofdbehandelaarschap overdragen). Indien er sprake is van gedeelde zorg ("shared care" 1^e en 2^e lijn) wordt de taakverdeling duidelijk in de rapportage vermeld.

Medicatie

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie en herhaalmedicatie.

Correspondentie

Uitgangspunt hiervoor is de 2017 richtlijn FMS/NHG

Verwijsbrief

De huisarts draagt er zorg voor dat de informatie overzichtelijk aangeboden wordt, en formuleert een heldere vraagstelling.

Terugrapportage

De cardioloog streeft ernaar binnen 14 dagen na het eerste of tweede polibezoek zorg te dragen voor eerste rapportage en in ieder geval na afronding van de eerste onderzoeken.

Bij langdurige behandeling draagt de cardioloog zorg voor minimaal jaarlijkse rapportage aan de huisarts. In de rapportage wordt vermeld wie het aanspreekpunt voor de patiënt is (hartfalenpoli / cardioloog). Bij afronding van het intensieve traject op de hartfalenpoli en verdere behandeling door de cardioloog volgt tevens rapportage van de hartfalenpoli naar de huisarts

Wijziging beleid

Bij wijziging in beleid stuurt de cardioloog bericht naar de huisarts.

Indien de huisarts beleid wijzigt, ingezet door de cardioloog, waar de cardioloog hoofdbehandelaar is, heeft de huisarts de verantwoordelijkheid de cardioloog te informeren over de reden van wijziging en de inhoud van wijziging. Dit kan telefonisch, schriftelijk of digitaal (Zorgdomein).

Einde behandeling

Indien de cardioloog een behandeling poliklinisch afgerond en beëindigd heeft informeert hij de huisarts. Hij draagt de zorg aan de huisarts over en instrueert de patiënt wanneer de patiënt een afspraak moet maken bij de huisarts voor controle. Hij vermeldt de gegeven instructies aan patiënt in de rapportage aan de huisarts. De huisarts draagt zorg voor het uitvoeren van de controles zoals beschreven in de medische overdracht naar de huisarts en volgens de gebruikelijke eerstelijns richtlijnen.

Informatie bij ernstige gebeurtenissen

Bij ingrijpende gebeurtenissen informeert de cardioloog de huisarts gedurende dezelfde of volgende werkdag.

Bij het plaatsvinden van het Advance Care Planning (ACP) gesprek in de palliatieve fase van hartfalen informeert de cardioloog de huisarts schriftelijk na het gesprek en liefst ook telefonisch om mede te delen dat dit gesprek heeft plaats gevonden én over de inhoud van hetgeen is besproken. In deze overdracht kan de cardioloog ook specifieke aandachtspunten aangeven, zoals uitschakelen ICD. De huisarts informeert bij overlijden thuis de bij de cardioloog telefonisch of schriftelijk binnen een werkdag.

Zie voor de inhoud van de communicatie rondom de palliatieve fase van hartfalen: Protocol 4.

Bron vermelding

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KMNG

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

Samenwerkingsafspraken cardiologie ZGT/MST en regionale huisartsen 2020 MST/ZGT/FEA/THOON.



RTA SGLT-2i bij DM2 met zeer hoog HVZ-risico

Versie 1.9, 04-02-2022

1. Inleiding

Deze Regionale Transmurale Afspraak (RTA) beschrijft de afspraken rondom de samenwerking tussen medisch specialisten (cardiologen, internisten en huisartsen voor de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) met zeer hoog hart en vaat ziekte risico (HVZ) met sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors (SGLT-2i). Bijzondere aandacht voor de volgende HVZ: chronische nierschade (CNS) en **hartfalen (alle LVEF-groepen)**.

2. Algemene uitgangspunten

De specifieke indicaties en de voorschrijfadvisen, als ook de contra-indicaties, voor het starten met een SGLT-2i, staan **niet** in dit document. Hiervoor wordt naar de standaarden en richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen verwezen (zie punt 5).

Conform bestaande afspraken wordt, als mogelijk, de patiënt behandeld in de eerste lijn, indien nodig in de tweede lijn: "zorg op de juiste plaats" met expliciet aandacht voor persoonsgerichte zorg.

In deze RTA worden samenwerkingsafspraken beschreven en deze kunnen **aanvullen** of **afwijken** van de vigerende standaarden en richtlijnen. De RTA wordt jaarlijks geactualiseerd tijdens het eerste-tweedelijns overleg tussen zorggroepen en specifieke specialisten groepen.

3. Shared care

- **Huisarts hoofdbehandelaar DM2 in de 1^e lijn**

Huisarts indiceert, is voorschrijver van SGLT-2i, begeleidt de patiënt en regelt de machtiging t.b.v. zorgverzekeraar. In het geval dat internist/cardioloog medebehandelaar is voor HVZ/CNS/HF, wordt deze op de hoogte gesteld (zie punt 4).

- **Internist hoofdbehandelaar DM2 in de 2^e lijn**

Specialist indiceert, is voorschrijver van SGLT-2i, begeleidt de patiënt en regelt de machtiging t.b.v. zorgverzekeraar. Aanpassingen in medicatiebeleid worden middels specialistenbrief aan de huisarts gemeld.

- **Internist/cardioloog medebehandelaar voor CNS/HVZ/HF in de 2^e lijn, huisarts hoofdbehandelaar DM2 in de 1^e lijn**

Indien de medisch specialist als medebehandelaar de indicatie voor SGLT-2i stelt, dan wordt er onderscheid gemaakt tussen klinische patiënt (opname) en poliklinische patiënt (ambulant). o Opname:

De specialist start op indicatie **klinisch** SGLT-2i, past indien nodig andere glucose verlagende medicatie aan en brengt de huisarts direct (<24 uur) middels specialistenbrief op de hoogte. Indien de specialist het verzoek heeft aan de huisarts tot **vervroegde** monitoring van DM2, eerder dan de reguliere planning door de huisarts, dan brengt de specialist de huisarts hiervan

Pagina 1 van 2 **telefonisch** op de hoogte met het verzoek de DM2 controle te vervroegen. o Ambulant:

De specialist stelt de indicatie SGLT-2i en meldt dit aan de huisarts (zie punt 4). De huisarts, na ook eigen afweging en overleg met patiënt, kan dit uitvoeren met ook in acht nemen van eventuele aanpassing van andere glucose verlagende medicatie. De huisarts koppelt aan de specialist het wel/niet wijzigingen van de medicatie terug (zie punt 4).

Zieke dagen regels (conform bestaande regionale afspraken):

Alle betrokken zorgprofessionals informeren de patiënt over het tijdelijk staken van SGLT-2i in de volgende gevallen:

- o >3 keer per dag braken
- o >3 keer per dag waterdunne diarree
- o >2 dagen koorts >38,5 graden
- o Bij het ondergaan van majeure chirurgie of bij ernstig ziek zijn

4.Communicatie (conform bestaande regionale afspraken):

- Laagdrempelig intercollegiaal overleg om zo spoedig mogelijk eigen te worden met deze nieuwe medicatie klasse.
- Voor intercollegiale berichtgeving wordt gebruik gemaakt van ZorgDomein of via beveiligde elektronische communicatie (zoals Siilo), middels specialistenbrief of telefonisch.
- Spoedverwijzing (conform bestaande regionale afspraken): altijd middels telefonisch overleg.

5.Literatuur lijst

- 2021 NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2
- 2021 NIV Richtlijn Farmacotherapie zeerhoogrisicopatienten met diabetes mellitus type 2
- 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure
- EN Update 2023
- 2021 RTA Cardiometabole aandoeningen Twente
- 2021 Samenwerkingsafspraken cardiologie ZGT/MST en regionale huisartsen
- 2020 CONNECT Hartfalen Twente ([RTA Connect Hartfalen Twente.pdf \(nvvcconnect.nl\)](#))
- NHG Standaard Hartfalen 2024

6. Deelnemers overleg RTA (2022)

FEA:	Carla ten Hove, POH Jaap van Soest, kaderhuisarts DM en CVRM
MST:	Mattijs Out, internist- vasculair geneeskundige Mark van Haaren, internist- vasculair geneeskundige Gert Kant, internist- vasculair geneeskundige Astrid Brilleman, DM verpleegkundige Mieke van den Heuvel, cardioloog met aandachtsgebied hartfalen Rachel Kort, AIOS cardiologie met aandachtstage hartfalen Katja Kuipers, Verpleegkundig Specialist hartfalen Peter Grootenhuis, Kaderarts DM, medisch adviseur CVRM
THOON:	Suzan van Vliet, huisarts, medisch coördinator Mieke Wijnen, coördinator CVRM Myrian Zengerink, coördinator DM
ZGT:	Gerard Linssen, cardioloog met aandachtsgebied hartfalen Alexandra Kleberger, verpleegkundig specialist hartfalen Goos Laverman, internist-nefroloog Folkert Visser, internist-nefroloog Marcel de Vries, internist-nefroloog