

Praktijkdocument Hartfalen zorg

1. Algemene informatie

1.1. Achtergrond

In 2018 is het project "Hartfalen" gestart, een samenwerking tussen cardiologen, hartfalenverpleegkundigen van het Bravis ziekenhuis en de bij HCWB-aangesloten huisartsen. Dit project beoogt vroegtijdige screening op hartfalen en snellere zorgverlening.

Met ingang van 1 januari 2024 contracteert zorgverzekeraar CZ dit project niet meer. De zorg voor patiënten met hartfalen wordt vanaf dat moment geïntegreerd in het zorgprogramma CVRM. VGZ heeft hiervoor nooit een aparte vergoeding beschikbaar gesteld. VGZ vindt dit namelijk een onderdeel van het CVRM-zorgprogramma, omdat daarin patiënten zitten met een risico op hart- en vaatziekten en/of een hart- en/of vaatziekten door heeft gemaakt.

Met ingang van 1 januari 2024 vervalt daarom voor u de mogelijkheid om patiënten van CZ te includeren. De financiering gaat dan op dezelfde manier verlopen als voor VGZ-patiënten: patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria kunnen in de zorgstraat HVZ of VVR worden geïncludeerd en gedeclareerd.

Om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar, op het juiste moment, op de juiste plek, met een hoge kwaliteit en patiënttevredenheid aan te kunnen bieden, is het noodzakelijk om de uitvoering van de zorg te veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door zorg te verplaatsen en (duurdere) zorg te voorkomen. Het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek voor mensen met een (potentieel) stabiel chronisch hartfalen, is een manier om de zorg meer in de eerste lijn te organiseren en tegelijkertijd tweedelijns specialistisch advies in te zetten waar dat nodig is.

Diverse zorgaanbieders in West-Brabant hebben gezamenlijk een RTA (Regionaal Transmurale Afspraken) opgesteld voor hartfalenpatiënten in onze regio. Hierin zijn afspraken gemaakt op het gebied van verwijscriteria, proces, informatie en medicatie.

1.2. Doelstellingen

Het project Hartfalen kent twee belangrijke doelen en deze blijven van kracht:

1. Het bevorderen van de deskundigheid van huisartsen en praktijkondersteuners, die zijn aangesloten bij de Huisartsencoöperatie West-Brabant, waardoor patiënten met hartfalen eerder opgespoord en doorverwezen worden voor diagnostiek in de tweedelijns.
2. Het sneller terug verwijzen van stabiele patiënten met hartfalen vanuit het Bravis ziekenhuis, naar de leden, huisartsen, die zijn aangesloten bij de Huisartsencoöperatie West-Brabant en voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen, voor een optimale begeleiding.

2. Uitvoering

2.1. Screenen van patiënten

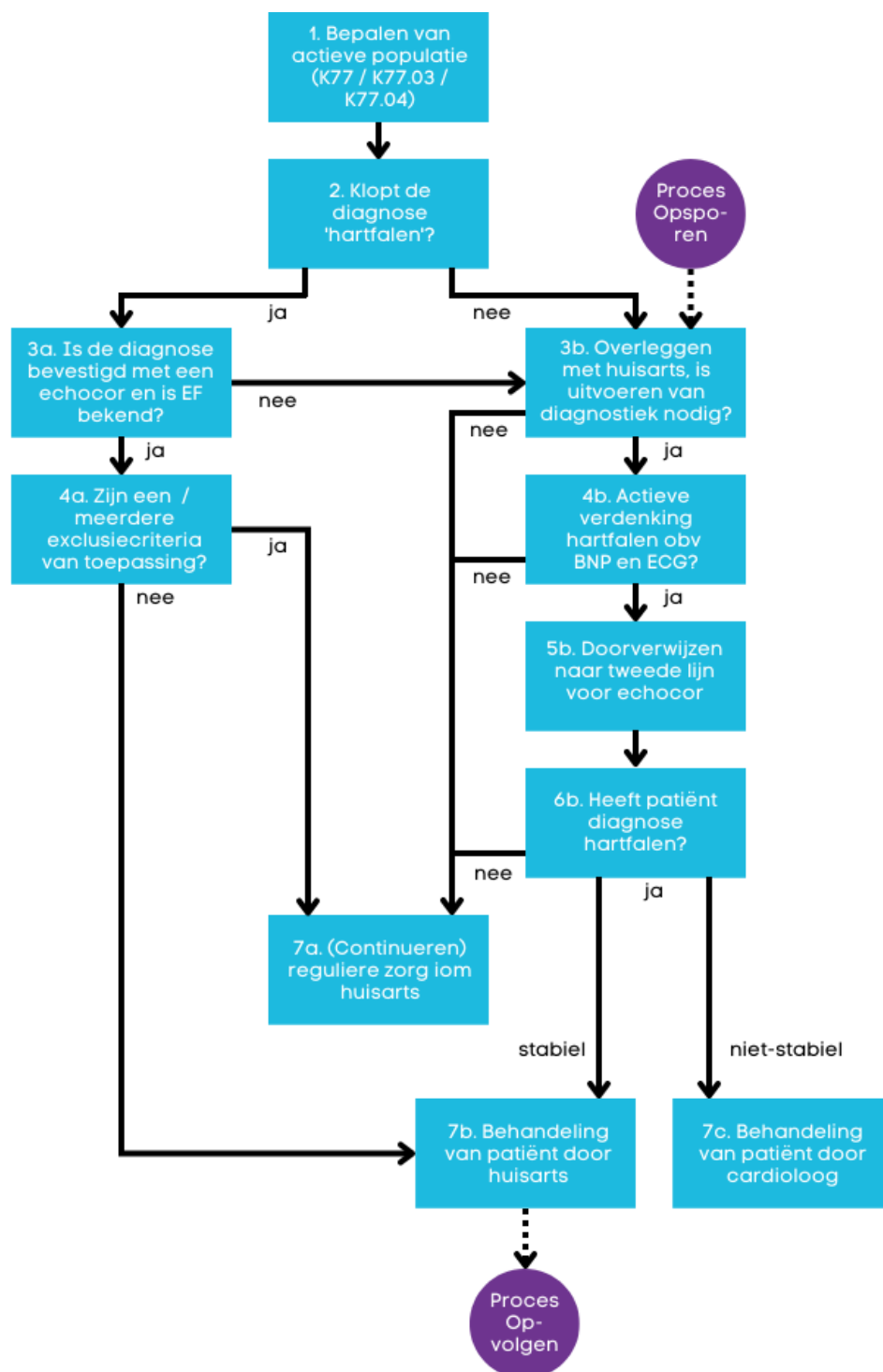
Doel:

Het in beeld krijgen van de actieve patiëntpopulatie, ter beoordeling van de huidige diagnose.

Hoe:

Het maken van een selectie in het HIS op basis van ICD-code K77, K77.03 en K77.04 en het uitvoeren van meerdere controles.

Proces:



1. *Bepalen van actieve patiëntpopulatie*

Deze handeling is per HIS verschillend, we verwijzen je hiervoor naar bijlage 4.1. Hier is een werkinstructie per HIS te vinden.

2. *Klopt de diagnose 'hartfalen'?*

Per patiënt uit de lijst kan beoordeeld worden of de diagnose juist is op basis van de actieve

episodes.

3. *a. Is de diagnose bevestigd met een Echo Cardiografie en is EF bekend?*

De aanwezigheid van een Echo Cardiografie is essentieel om een patiënt te kunnen includeren.

b. Overleggen met huisarts, is uitvoeren van diagnostiek nodig?

Besprek de patiënt met de huisarts, is het nodig om een BNP en ECG te laten maken?

4. *a. Zijn één of meerdere exclusiecriteria van toepassing?*

De vastgestelde exclusiecriteria zijn:

- *Ernstige co-morbiditeit;*
- *Mogelijk corrigeerbare aandoening. (Klepvitium, ritmestoornissen);*
- *Nieuwe angineuze klachten (Indien niet door de huisarts te behandelen);*
- *Nieuwe ECG afwijkingen (Indien niet door de huisarts te behandelen);*
- *Tussentijdse opname in ziekenhuis vanwege hartfalen;*
- *Abrupte verslechtering;*
- *Astma cardiale de novo/ acuut hartfalen;*
- *Op verzoek van patiënt en/of huisarts door bijzondere omstandigheid.*

b. Actieve verdenking hartfalen obv BNP en ECG?

Uitslag BNP: NT-proBNP $\geq$ 125pg/ml óf BNP $\geq$ 35pg/ml

én / óf

Uitslag ECG: abnormaal

Bij een van deze uitslagen moet patiënt doorverwezen worden voor nader onderzoek naar de tweedelij.

5. *b. Doorverwijzen naar tweedelij voor echocor*

Zie bijlage 4.1 voor de stappen voor verwijzen naar 2delij via ZorgDomein

6. *b. Heeft patiënt diagnose hartfalen?*

Vanuit de cardioloog wordt een terugkoppeling gegeven met de diagnose en de Ejectiefractie (EF)

7. *a. Reguliere zorg iom huisarts*

In overleg met huisarts vervolgstappen bepalen m.b.t. diagnostiek en behandeling.

b. Behandeling van patiënt door huisarts

Stabiël of goed ingestelde patiënt met hartfalen worden terugverwezen door cardioloog met instemming van de patiënt volgens de terugverwijsriteria uit de RTA HF:

- Stabiël hartfalen met volledig herstel linkerventrikelfunctie zonder actief cardiaal lijden, óf
- Stabiël hartfalen met niet volledig herstel linkerventrikelfunctie zonder cardiale co-morbiditeit die cardiologische controles vereisen, óf
- Patiënten met palliatief hartfalen, waarbij in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt, óf
- Zeer kwetsbare ouderen met hartfalen in overleg.

c. Behandeling van patiënt door cardioloog

Cardioloog wordt (tijdelijk) regiebehandelaar van deze patiënt.

2.2. Opsporen van patiënten

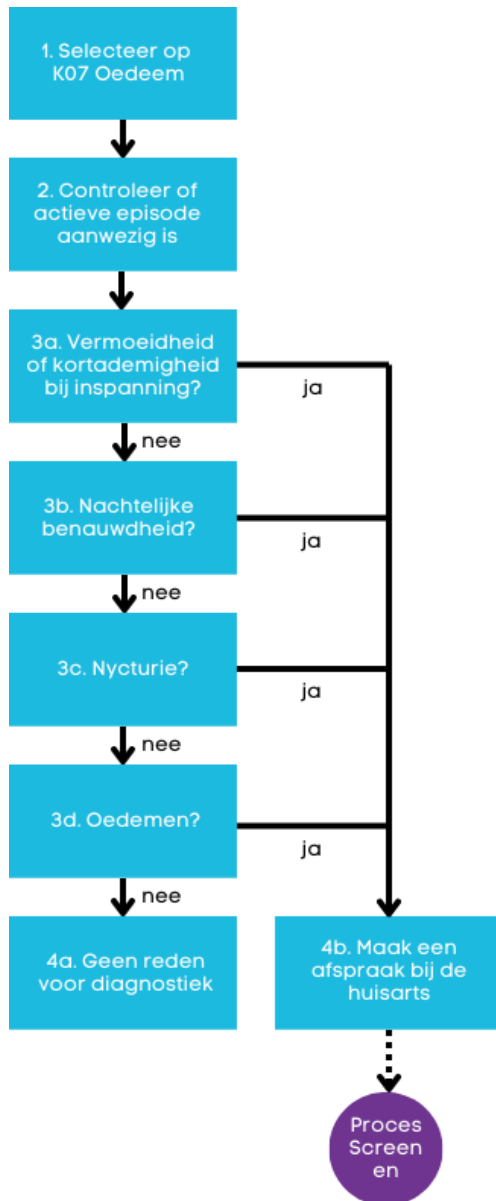
Doel:

Het opsporen van mogelijke hartfalenpatiënten, ter bepaling of er diagnostiek naar hartfalen uitgevoerd moet worden.

Hoe:

Het maken van een selectie in het HIS op basis van ICPC-code K07 Oedeem en controle op actieve episodes.

Proces:



Het maken van een afspraak bij de huisarts, komt overeen met stap 3b. uit het schema Screenen van patiënten. Deze stappen kunnen dan verder gevolgd worden.

2.3. Opvolgen van patiënten

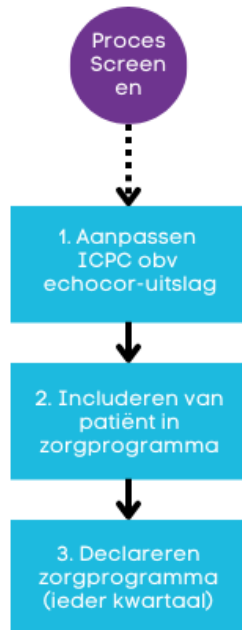
Doel:

Het geven van de juiste zorg aan hartfalen patiënten

Hoe:

Het includeren van een patiënt in het zorgprogramma CVRM en het starten van controles. Gebruik een episode die past binnen het zorgprogramma CVRM. Gebruik hierbij het subprotocol Hartfalen in het HCWB CVRM protocol.

Proces:



1. Aanpassen ICPC obv echocor-uitslag

Aanpassen naar ICPC naar K77.03 of K77.04, afhankelijk van de uitslag.

2. Includeren van patiënt in zorgprogramma

Het opstarten van de kwartaalcontroles door het maken van een afspraak met de patiënt op het POH-spreekuur. Voor de inhoud van dit consult, verwijzen we u door naar bijlage 4.3.

3. Declareren zorgprogramma

Na elke controle declareer je deze zorg.

Deze zorg wordt niet meer gedeclareerd onder DBC Hartfalen maar onder DBC CVRM.

3. Contactmogelijkheden

3.1. Organisatorische vragen en ondersteuning

Voor organisatorische vragen en ondersteuning kunt u terecht bij de Zorgprogramma Coördinatoren van HCWB, zij zijn te bereiken via de mail op: zpc@hcwb.nl.

3.2. Medisch inhoudelijke vragen

Vragen met medische inhoud kunt u bij stellen aan:

Polikliniek cardiologie Bravis ziekenhuis

U kunt overleggen met polikliniek bij welke locatie de patiënt bekend is.

Bravis Roosendaal

Verpleegkundig specialist Marly Stevens: 088-7068166

Indien zij niet aanwezig is, kunt u contact opnemen met de hartfalenpolikliniek: 088-7068466. U vraagt dan om een overleg met de behandelend cardioloog of dienstdoende cardioloog.

Bravis Bergen op Zoom

Verpleegkundig specialist Brenda Hoppenbrouwers: 088-7067470

Indien zij niet aanwezig is, kunt u contact opnemen met de hartfalenpolikliniek: 088-7068466. U vraagt dan om een overleg met de behandelend cardioloog of dienstdoende cardioloog.

In het kader van deskundigheidbevordering behoort het tot de mogelijkheid om een dagdeel mee te lopen met de verpleegkundig specialist hartfalen.

Cardioloog Bravis ziekenhuis

Om uw vraag te stellen aan een cardioloog in het ziekenhuis, kunt u gebruik maken van de functie Consulteren in VIPLive. U heeft hier de mogelijkheid om bijlages mee te sturen en mag binnen 48 uur antwoord verwachten.

Voor dringende vragen, kunt u telefonisch contact opnemen met de hartfalenpolikliniek.

Kaderhuisarts HCWB

Om contact op te nemen met de kaderhuisarts hart- en vaatziekten Dragica Vukosavljevic kunt u gebruik maken van de berichtenmodule in VIPLive.

4. Bijlagen

- 4.1. Verwijzen naar tweedelijns in ZorgDomein
- 4.2. Werkinstructie screenen per HIS
- 4.3. Controle hartfalenpatiënt door POH
- 4.4. RTA Hartfalen

4.1. Bijlage Verwijzen naar tweedelijns in ZorgDomein

Stappen voor verwijzen naar 2delijn via ZorgDomein

Zorgdomein maakt gebruik van een keuzemenu per specialisme. Bij Cardiologie ziet het keuzemenu er als volgt uit:

Cardiologie

Cardio-vasculair risico
Hartfalen
Hartritmestoornissen
Hypertensie
Ischaemische hartziekten
Klepgebreken
Overige zorgvragen Cardiologie

De huisarts kiest voor **hartfalen** en het volgende komt in beeld:

Zorgproduct	Combinatieafpraak verdenking hartfalen
Traject	1. Ecg 2. Echo 3. Consult cardioloog
Toegangstijd	1 dag
Voor de verwijzer	
Inclusiecriteria	• Verdenking hartfalen
Vorbereiding	• Bij verwijzingen naar Bravis graag gebruik maken van de diensten van Diagnostiek / Bravis zodat alle uitslagen voor huisartsen en medisch specialisten inzichtelijk zijn • Lichamelijk onderzoek, bloeddruk en risicoprofiel in verwijsbrief vermelden • Nuchter laboratoriumonderzoek: bloedbeeld, natrium, kalium, kreatinine, ureum, glucose, ASAT, ALAT, TSH, lipiden, CK en BNP • X-thorax

Dit product beschrijft het proces in het Bravis ziekenhuis.

Hierna maakt de huisarts een verwijsbrief en wordt deze naar het Bravis ziekenhuis gestuurd.

Deze verwijsbrief komt bij het secretariaat van het Bravis ziekenhuis, met in het onderwerp hartfalen. Het is hierna van belang dat het secretariaat voor deze patiënt bij de juiste (hartfalen) cardioloog een afspraak maakt.

4.2. Bijlage Werkinstructie screenen per HIS-Systeem

In **Promedico** kan je een Project maken via de volgende stappen:

- @
- Rapportage
- Project aanmaken
- Project een naam geven
- Juiste peildatum invoeren
- Je klikt met je rechtermuisknop in het blokje patiënten
- Selectie inperken/verfijnen door de juiste episode te selecteren.
- (K77, K77.03 en K77.04)

In **MicroHis** volg je de volgende stappen:

- Ga naar Praktijk à Standaard queries
- Laat het veld Categorie op <Alle> staan
- Stel het veld Query in op: Selectie op ICPC, medicatie, metingen en/of onderzoeken
- Vul aan de rechterkant Selectiecriteria in
- Vul de periode in
- Vink eventueel inactieve patiënten aan
- Selecteer Categorie patiënten
- Selecteer medewerker naar wens
- Klik op het vergrootglas bij ICPC
- Selecteer in de Pop Up de desbetreffende ICPC's (K77, K77.03 en K77.04)
- Klik op Ok om deze toe te voegen. Zo voor elke ICPC die u mee wilt nemen
- Klik op Maak overzicht. U kunt dan inzage krijgen in 2 tabs: Overzicht en Patiënte.
Dit bestand is eventueel ook nog te exporteren naar Excel

In **Medicom** ga je naar de Q module en volg je de volgende stappen:

- Bepaal je actieve patiënten populatie
- Zet een vinkje bij 'direct uitvoeren'
- Selecteer op ICPC code uit journaal.
- Selecteer de volgende ICPC codes: K77, K77.03 en K77.04

4.3. Bijlage Controle stabiele hartfalen patiënt door praktijkondersteuner (poh)

Anamnese

- Voorgeschiedenis, co-morbiditeit, hart-en vaatziekten in familie
- Kortademigheid, oedeem, nachtelijke dyspnoe, orthopnoe, nycturie, duizeligheid, hartkloppingen (palpitaties), pijn op de borst (pob).
- NYHA classificatie; classificatie kan door POH vastgesteld worden aan de hand van het klachtenpatroon van patiënt en vervolgens kan dit geregistreerd worden in het protocol. NYHA klasse bepaal je aan de hand van de klachten van de patiënt.
- Therapietrouw medicijnen en leefstijl.
- Leefstijl: roken, alcohol, lichaamsbeweging, voeding
- Woonomstandigheden, mantelzorg, wijkverpleging
- Belangrijke zaken voor patiënt, o.a. psychische problemen en wensen van de patiënt.

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem
- Jaarlijks onderzoek Laboratorium:
 - NTproBNP
 - Hb
 - Ht
 - Gluc
 - Na
 - K
 - Creat
 - eGfr
 - Ureum

Educatie

- Uitleg ziektebeeld en maken individueel zorgplan (IZP) met doelen, adviezen, controles en afspraken bij tekenen van verslechtering.
- Adviezen aan de patiënt:
 - Regelmatig wegen (liefst dagelijks, minimaal 2x/week), optimaal gewicht BMI<30
 - Stoppen met roken
 - Stoppen met alcohol of beperking tot max 1-2 e/dag.
 - Gezonde voeding met Natrium beperking: z.n. verwijzing diëtist via Vip, zit in DBC prijs. Overweeg vochtbeperking tot 1.5-2l bij ernstig hartfalen.
 - Gezonde beweging, zo mogelijk conditietraining bij stabiel hartfalen. Fysiotherapie bij stabiel HF m.n. spierversterkende oefeningen en duurtraining.
- Instructie geven wanneer patiënt contact op moet nemen bij verslechtering:
Patiënt neemt contact op met poh of huisarts bij de volgende tekenen van verslechtering:
 - Gewichtstoename > 2kg. binnen 3 dagen.
 - Toename oedeem en/of toename dyspnoe.
 - Plotseling verminderde inspanningstolerantie.
 - Toename orthopnoe en nycturie.
 - Hartkloppingen.
 - Duizeligheid.
- Instructie tot flexibel diureticum beleid zo mogelijk.
- Vermijd het gebruik van NSAID's en RR verhogende middelen:
 - NSAID's (inclusief aspirine en selectieve COX-2-remmers)
 - Sympathicomimetica (decongestiva, sibutramine, cocaïne)

- Orale anticonceptiva
- Alcohol
- Glycyrretinezuur bevattende producten (oa drop, zoethout en sommige kauwgoms)
- Erytropoëetine
- Cyclosporine
- Stimulantia (((dex)methylfenidaat, (dextro- of met -) amfetamine, modafinil)
- Sommige kruiden (efadra, ma huang)
- Jaarlijkse griepvaccinatie.

Controles

De frequentie van de controles kan variëren afhankelijk van de situatie van de patiënt. Indien mogelijk, kunnen deze gecombineerd worden met periodieke controles van de zorgprogramma's CVRM, Diabetes en/of COPD.

- Tijdens een controle let je op toename:
 - Oedeem
 - Kortademigheid
 - Toename nachtelijke benauwdheid/plassen
 - Hartkloppingen
 - Duizeligheid
 - Therapieontrouw
 - Irregulaire pols
 - Gewichtstoename >2kg binnen 2 weken
 - Bij herhaling stijging of daling SBD >20mmHG*
- Aandacht voor de niet-medicamenteuze behandeling:
 - Dieet (zout, vocht, alcohol, overgewicht)
 - Stoppen met roken
 - Overmatig alcoholgebruik
 - Bewegen/hartrevalidatie
 - Influenzavaccinatie
 - Zelfmonitoring door dagelijks bewegen
- Één keer per jaar vraag je aanvullend onderzoek aan: Na, K, creatinine (eGFR zn ureum), glucose nuchter, Hb, (NT-pro)BNP en (op indicatie) een ECG

Extra controle

- 2 weken na medicatie aanpassing extra controle: Na, K, creatinine en eGfr.
- Op indicatie: ECG (Declareren binnen zorgprogramma via VIPLive).
- Medicamenteuze stappen in overleg met huisarts volgens de RTA HF (zie bijlage 4.4) en de richtlijn [NHG HF](#).

4.5 Bijlage RTA Hartfalen

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

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)

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 werkafpraak 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 screenings 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

