



## Zorg voor de patiënt met hartfalen in Twente

Optimale zorg in samenhang geleverd



Auteurs:  
Anja van Kempen  
Mieke Wijnen  
Monique Troost

© juli 2020, THOOZ  
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21  
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98  
Fax 074 – 760 03 43

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

De inhoud is mede beoordeeld door M van den Heuvel, cardioloog MST en P. Grootenhuis, kaderhuisarts CVRM THOON

Versie	Datum	Door
1.0	01-09-2020	Anja van Kempen AK
1.1	20-09-2020	AK
1.2	20-10-2020	Karin de Boer
1.3	01-12-2020	AK
1.4	23-12-2021	AK
1.5	28-01-2021	AK

## INHOUD

---

inhoud .....	3
De kern .....	4
Bijlage 1 Opsporen, diagnosticeren en behandelen .....	8
Bijlage 2 Overzicht Medicamenteuze behandeling van Hartfalen .....	16
Bijlage 3 Identificatie van bestaande patiënten met HF .....	19
Bijlage 4 Samenwerken binnen de eerste lijn .....	23
Bijlage 5 Behandeling in tweede en derde lijn .....	24
Bijlage 6 Samenwerken in de palliatieve fase .....	25
Bijlage 6a Brief voor de patiënt in de palliatieve fase .....	27
Bijlage 7 Communicatie tussen eerste en tweede lijn bij hartfalen .....	29
Bijlage 8 Indicatoren .....	31
Bijlage 9 Registratie van zorg .....	33
Bijlage 10 Instructie voor de patient flexibel diureticabeleid .....	34

Plusmodule Hartfalen Huisartsen THOON	
<b>Uitgangspunten</b>	<b>Inhoud:</b> <a href="#">NHG standaard M51</a> <a href="#">Multidisciplinaire richtlijn HF 2010</a> <a href="#">ESC Guidelines Acute and Chronic Heart Failure (2016)</a> <a href="#">NVVC CONNECT</a> Hartfalen Toolkit protocollen Hartfalen Twente <b>Samenwerkende partners:</b> Huisartsen THOON en FEA, cardiologen MST en ZGT
<b>Contractering</b>	Contractperiode april 2021-april 2023.
<b>Waarom een Plusmodule Hartfalen</b>	<p><b><u>Doel van goede zorg voor hartfalen</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderde kans op ziekenhuisopnames</li> <li>• Verminderde sterfte</li> <li>• Betere kwaliteit van leven</li> </ul> <p><b><u>Doel van de Plusmodule HF</u></b></p> <p>Goede en goed toegankelijke zorg faciliteren, voor de steeds groter wordende groep van patiënten, met hartfalen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsen en POH's te ondersteunen in het opsporen en controleren van patiënten met hartfalen.</li> <li>• Goede samenwerking en communicatie met cardiologen en verpleegkundig specialisten van de HF poli's van MST en ZGT te faciliteren, zodat de zorg zonder drempels, wanneer nodig in de tweede lijn, wanneer mogelijk in de eerste lijn kan worden geleverd.</li> <li>• De zorg zo vorm te geven dat deze persoonsgericht geleverd kan worden: controle op maat van de patiënt (in vorm en frequentie). De patiënt krijgt, waar gewenst en mogelijk, ondersteuning om zelf in te grijpen en regie te voeren.</li> <li>• De zorg aanvullend op de modules CVRM en Diabetes van THOON te leveren. De meeste patiënten met HF zijn reeds geïncludeerd in een van deze zorgprogramma's. Als plusmodule draagt dit bij aan geïntegreerde chronische zorg.</li> </ul> <p><b><u>Aanleiding</u></b></p> <p>De zorg voor hartfalenpatiënten vindt momenteel vooral plaats in de tweede lijn maar er is een <a href="#">beweging</a> gaande om deze zorg deels te verschuiven naar de eerste lijn. Vooral oudere kwetsbare patiënten zullen weinig voordeel hebben van de geavanceerde zorg in de tweede lijn en ook stabiel ingestelde patiënten met hartfalen kunnen in de huisartsenpraktijk behandeld worden.</p> <p>Huisartsen (enquête onder de leden+RVA 2020 ) willen zich inzetten om de kwaliteit van zorg voor hartfalenpatiënten te verbeteren en hebben ondersteuning gevraagd deze zorg in de eerste lijn beter te kunnen uitvoeren. Knelpunten worden ervaren rondom herkenning, progressie, ontregeling én in de samenwerking en communicatie met de tweede lijn.</p>
<b>Hoe wordt de Plusmodule ingericht</b>	De plusmodule is een praktische vertaling van de NHG-standaard Hartfalen M51 (vooruitlopend op de herziene versie welke mei 2021 wordt verwacht) met aandacht voor herkenning, behandeling en zelfmanagement van HF. De NHG-standaard wordt aangevuld met relevante aspecten uit de meest recente cardiologie richtlijnen (ESC 2016 Guidelines for Acute and Chronic Heart Failure), afspraken gemaakt in het kader van NVVC Connect Hartfalen Twente en huidige inzichten omtrent <a href="#">persoonsgericht</a> werken.

	De Plusmodule betreft de zorg voor chronisch hartfalen, inclusief daar bij voorkomende exacerbaties die in enkele dagen ontstaan. Acut hartfalen (klachten ontstaan/verergerd in enkele uren) valt buiten de Plusmodule en hiervoor volgt de huisarts de NHG-richtlijn.
<b>Wat houdt de Plusmodule in</b>	De plusmodule HF bestaat uit de <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1. Zorginhoud (bijlage 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Opsporen</li> <li>b. Diagnostiek</li> <li>c. Controle en behandeling</li> </ul> </li> <li><b>2. Samenwerken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eerste lijn (bijlage 4):</b> Apotheek, VVT, GLI, Fysiotherapie, Diëtist, POH GGZ-MW</li> <li>• <b>Tweede lijn</b> Cardiologen ZGT en MST over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostiek van HF (bijlage 1)</li> <li>- Behandeling van HF (bijlage 2/bijlage 5)</li> <li>- Samenwerken in de palliatieve fase van hartfalen (bijlage 6)</li> <li>- Verwijzen, terugverwijzen, consultatie en communicatie. ((bijlage 1)/bijlage 7)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>3. Registratie van zorg</b> in beschikbare systemen (HIS/KOS).</li> <li><b>4. Scholing</b> huisartsen en POH over HF</li> <li><b>5. Ondersteunende materialen</b> voor huisarts en POH</li> <li><b>6. Adequate vergoeding</b> voor de nieuw te leveren zorg; contracteren van zorg door zorgverzekeraar.</li> </ul>
<b>Prevalentie</b>	De prevalentie van hartfalen boven de 60 jaar is rond de 12% en de kans voor een persoon ouder dan 55 jaar om gedurende het leven hartfalen te krijgen ligt rond de 30%. In 2017 waren er in Nederland meer dan 230.000 mensen met de diagnose hartfalen. Huisartsen registreerden in hetzelfde jaar circa 40.000 nieuwe gevallen, iets vaker bij vrouwen dan bij mannen.
<b>Identificatie van de doelgroep</b>	De doelgroep is de patiënt die na het vaststellen van de diagnose HF, de instelfase en stabiel bevonden in de tweede lijn, vervolgens goed gecontroleerd en behandeld kan worden in de eerste lijn. Het programma richt zich niet op screening in de algemene bevolking, maar wel op herkenning van patiënten at risk voor HF in de patiëntgroep met COPD, CVRM, diabetes, atriumfibrilleren en in de ouderenzorg. De verwachting is dat toename van kennis van huisarts en POH S/O over HF zal leiden tot eerdere/betere herkenning van het ziektebeeld HF in de groep die wordt gecontroleerd voor genoemde ziektebeelden.
<b>Criteria voor inclusie in de Plusmodule HF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt heeft een valide diagnose HF (bijlage 1).</li> <li>• Er is sprake van een stabiele* situatie of een palliatieve fase van HF</li> <li>• Huisarts is hoofdbehandelaar voor HF (onderliggend lijden kan worden behandeld in tweede lijn)</li> <li>• Patiënt geeft toestemming voor ketenzorg.</li> </ul> <p><b>*Stabiel hartfalen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stabiele NYHA-klasse</b></li> <li>• <b>De laatste 6 maanden geen noodzaak tot belangrijke aanpassingen in de medicatie</b></li> <li>• <b>Het laatste jaar geen hartfalen gerelateerde ziekenhuisopnames</b></li> <li>• <b>Geen cardiale comorbiditeit die controle of behandeling door een cardioloog vereist</b></li> </ul>

	Dit betreft over het algemeen de oudere patiënt (arbitrair >75 jaar) waarbij geen noodzaak/mogelijkheid tot cardiale interventie bestaat en/of geen noodzaak is tot periodieke controle door de cardioloog. <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<b>Exclusiecriteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten die niet voldoen aan bovenstaande criteria, zoals instabiele patiënten of patiënten waarbij tweedelijns cardiologische zorg gewenst is, zoals na een exacerbatie hartfalen of een achteruitgang in NYHA klasse waar therapeutische optimalisatie mogelijk is.</li> </ul>
<b>Voorwaarde deelname</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisarts en POH hebben scholing gevolgd, dossieronderzoek uitgevoerd en leveren zorg conform de gemaakte afspraken (zie <b>(bijlage 1)</b>)</li> <li>• Huisarts/POH registreert de genoemde meetwaarden in het KOS.</li> </ul>
<b>Hoofdbehandelaar</b>	De hoofdbehandelaar is het aanspreekpunt voor de patiënt voor en coördineert de zorg. Hoofdbehandelaarschap wordt vastgelegd in het individuele zorgplan en dossier van de patiënt. Voor de patiënt dient het duidelijk te zijn wie de hoofdbehandelaar is <b>(bijlage 7)</b>
<b>Scholing</b>	De POH wordt geschoold in de zorg voor HF door THOON, in samenwerking met verpleegkundig specialisten uit het ziekenhuis. Huisartsen worden geschoold door de cardiologen ZGT/MST.
<b>Materialen voor huisarts/POH</b>	Flowcharts (Linken) Spreekuurkaart
<b>Materialen voor patiënt</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <a href="http://www.heartfailurematters.org">www.heartfailurematters.org</a></li> <li>2. <a href="http://www.hartstichting.nl">www.hartstichting.nl</a></li> <li>3. <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a></li> <li>4. Brief bij terminaal hartfalen <b>(bijlage 6a)</b></li> <li>5. Schema flexibel diuretica beleid <b>(bijlage 10)</b></li> </ol>
<b>NVVC Connect</b>	NVVC-Connect stimuleert en faciliteert netwerkgeneeskunde in de cardiologie. De regionale samenwerkingsafspraken over hartfalen die gemaakt zijn tussen THOON, FEA, de cardiologen MST en de cardiologen ZGT, zijn <a href="#">hier</a> te vinden.
<b>Registratie</b>	De registratie in HIS/KOS geïnccludeerde patiënten in Plusmodule wordt beschreven in <b>(bijlage 9)</b>
<b>Organisatie</b>	
<b>Evaluatie</b>	De deelnemers leveren voor monitoring en evaluatie input aan bij de coördinator CVRM middels uitspoel uit het KOS en HIS van de indicatoren. De uitkomsten worden besproken met (afvaardiging van) stakeholders en verwerkt in een jaarlijkse rapportage.
<b>Indicatoren</b>	Indicatoren worden gebruikt om de zorg te monitoren en waar nodig bij te sturen <b>(bijlage 8)</b> .
<b>Verantwoordelijk</b>	Hoofdaannemer en projectmanagement THOOZ Inhoudelijke organisatie: Mieke Wijnen, coördinator zorgprogramma CVRM Inhoud: Anja van Kempen, coördinator zorgvernieuwing Project manager: Monique Troost, <a href="mailto:m.troost@bvthoon.nl">m.troost@bvthoon.nl</a>
<b>Zorgtarief, declaratie en facturatie</b>	
<b>Opbouw zorgkosten</b>	De vergoeding voor de Plusmodule is een plustarief op CVRM/diabetes zorgprogramma's

	Indien een patiënt niet geïncludeerd is in deze keten kan de patiënt geïncludeerd worden in CVRM-module. <b>Tarief:</b>
<b>Declaratieproces en uitbetaling door THOOZ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle huisartsen in het THOOZ-werkgebied die deelnemen aan ketenzorg CVRM/diabetes, kunnen instromen in de plusmodule HF. Zij melden zich hiervoor aan bij THOOZ na de uitvoering van het dossieronderzoek middels het aanmeldformulier.</li> <li>2. Uitbetaling gebeurt op basis van de ingevoerde meetwaarden: hoofdbehandelaar HF=huisarts, deelname ketenzorg HF=ja.</li> <li>3. Aanleveren bestand HF-patiënten door huisarts bij THOOZ via beveiligde berichtenmodule-KOS.</li> <li>4. Kwartaaldeclaratie vindt plaats via het KOS, zorgprogramma HF, en uitbetaling conform de declaratieafspraken ketenzorg.</li> </ol>

## BIJLAGE 1 OPSPOREN, DIAGNOSTICEREN EN BEHANDELEN

### 1.1 Opsporen van hartfalen

Huisartsen en praktijk ondersteunend personeel hebben een sleutelpositie in het herkennen van hartfalen.

De POH S/O ziet patiënten (COPD, diabetes mellitus type 2, en hart- en vaatziekten, AF, ouderen) die een verhoogd risico hebben hartfalen te ontwikkelen, regelmatig op het spreekuur. De POH is alert op typische of atypische klachten van hartfalen en neemt gepaste actie (afhankelijk van de werkafspraken op praktijkniveau) bij het vermoeden op hartfalen.

**Typische klachten van hartfalen** zijn:

- (Toegenomen)kortademigheid
- Orthopnoe
- Aanvalsgewijze nachtelijke kortademigheid
- Verminderde inspanningstolerantie
- Vermoeidheid
- Zwelling van de enkels

**Minder typische klachten van hartfalen** zijn:

- Nachtelijk hoesten
- Piepende ademhaling
- Opgeblazen gevoel
- Verminderde eetlust
- Verwardheid (met name bij ouderen)
- Depressieve klachten
- Palpitaties
- Duizeligheid
- Syncope
- Kortademigheid bij voorover buigen

Opsporen in de huisartsenpraktijk wordt tevens bevorderd door het beschikbaar maken van materialen van de Hartstichting op de [wachtkamerscreens](#) en/of foldermaterialen zoals de [poster](#) en de [hartenkaart](#).

### 1.2 De diagnose hartfalen

#### 1.2.1 Huisarts

Tijdens het spreekuurbezoek wordt de eerste verdenking op hartfalen gebaseerd op een combinatie van symptomen, voorgeschiedenis, risicofactoren en uitlokkende factoren.

- Symptomen bij anamnese en lichamelijk onderzoek
  - Typische en atypische klachten (zie opsporen hartfalen 1.1)
  - Perifeer oedeem, pulmonale crepitaties, verhoogde CVD, tachycardie, tachypneu, verbrede ictus, vergrote lever, derde harttoon.
- Cardiale problemen in de voorgeschiedenis
  - Myocardinfarct, coronaire bypassoperatie, percutane coronaire interventie, angina pectoris, congenitale hartziekte en kleplijden.
- Risicofactoren
  - Roken, hypertensie, diabetes mellitus type 2, overmatig alcoholgebruik, hypercholesterolemie, obesitas en chronische nierschade.
- Uitlokkende factoren:
  - Angineuze klachten, ritme- of geleidingsstoornissen, gebruik van toxische stoffen zoals alcohol, cocaïne en cytostatica, het bestaan van schildklierafwijkingen, gebruik van middelen die kunnen leiden tot natrium- en vochtretentie (NSAID's, COX-2-remmers, corticosteroiden), anemie.

#### **Aanvullend onderzoek**

Bepaal bij het vermoeden op hartfalen NT-pro-BNP en maak een ECG. Een normaal NT-pro-BNP (<15 pmol/l of 125 pg/ml) én een normaal ECG maken hartfalen onwaarschijnlijk.



Overweeg het laboratoriumonderzoek direct uit te bereiden met Hb, glucose en TSH ter uitsluiting van een andere oorzaak voor de klachten en bepaal tevens natrium, kalium, eGFR en creatinine in verband met mogelijke start van medicatie.

Bij Medlon is deze combinatie aanvragen terug te vinden onder "diagnostiek bij verdenking hartfalen".

Indien een huisarts niet bekwaam is een ECG goed te beoordelen kan beoordeling worden aangevraagd door bijvoorbeeld [teleconsultatie](#) of middels [digitaal ECMS](#).

Bij klachten passend bij HF zijn een afwijkend NT-pro-BNP en/of een afwijkend ECG reden voor verdere diagnostiek middels echocardiografie.

**Het vermoeden op hartfalen** is gebaseerd op een combinatie van symptomen, voorgeschiedenis, risicofactoren en uitlokkende factoren.

Bepaal een NT-proBNP en maak een ECG bij het vermoeden op hartfalen.

**Een normaal ECG én NT-proBNP beneden het afkappunt (15pmol/l of 125pg/ml) sluit hartfalen vrijwel zeker uit.**

### Verwijzen

Bij het vermoeden op HF wordt de patiënt verwezen voor bevestiging van de diagnose. Deze wordt vastgesteld middels echocardiografie. Op dit moment gebeurt dit alleen in MST en ZGT middels verwijzing naar de cardioloog. Indien de diagnose bevestigd wordt, is het opsporen van de oorzaak van het hartfalen (het onderliggend lijden) en behandeling hiervan door de cardioloog van belang. Vooral hypertensie, ischemische hartziekte, ritme- en geleidingsstoornissen en klepafwijkingen zijn belangrijke oorzaken van hartfalen, die vaak ook behandelbaar zijn.

Het instellen op medicatie voor het hartfalen gebeurt ook in de tweede lijn.

Indien er geen meerwaarde te verwachten is, zoals bij de zeer fragiele/terminale patiënt, kan gekozen worden af te zien van diagnostiek en tweede lijns behandeling; een keuze gemaakt door de huisarts (evt. in overleg met de cardioloog) in samenspraak met de patiënt.

Bij het vermoeden op HF start de huisarts, bij tekenen van overvulling, met een lis diureticum in afwachting van het polibezoek en verdere diagnostiek.

Voor **bevestiging van de diagnose** bij het vermoeden op hartfalen is **echocardiografie** noodzakelijk.

### 1.2.2 Cardioloog

Hartfalen is een klinisch syndroom met typische klachten die ontstaan door structurele of functionele afwijkingen van het hart waardoor de pompfunctie van het hart verminderd is en door verhoogde intracardiale druk wordt gehandhaafd.

De cardioloog stelt de diagnose hartfalen op basis van onderstaande criteria:

#### **HFpEF ( HF met behouden (preserved) ejectie fractie)**

- Klachten passend bij hartfalen
- Verhoogd (NT-pro-)BNP
- Afwijkend echocardiogram:  
LVEF  $\geq$  50% (HFpEF)  
Niet gedilateerd linkerventrikel en/of aanwijzingen voor structurele remodelering(linkerventrikel hypertrofie of een gedilateerd linker atrium) en/of diastolisch dysfunctie.

#### **HFrfEF ( HF met gereduceerde (reduced) ejectie fractie)**

- Klachten passend bij hartfalen
- Afwijkend echocardiogram: LVEF < 40%

Een tussengroep is **HFmrEF ( HF met midrange ejectie) fractie** waarbij de LVEF 40-49% is.

*(toelichting: bij het opstellen van de richtlijn ESC 2016 liep men aan tegen uiteenlopende meningen over het vaststellen van het afkappunt voor HFrfEF. Dat was de aanleiding om de nieuwe klinische categorie te definiëren)*

Het onderscheid tussen de types hartfalen is van belang omdat deze indeling de behandeling van HF bepaalt. Patiënten met HFmrEF worden hetzelfde behandeld als HFrEF, maar vaak met minder hoge streefdoseringen, omdat hier onvoldoende bewijs voor bestaat.

Zie voor een uitgebreid overzicht van behandeling in de tweede en derde lijn de [NVVC documenten](#).

Hartfalen wordt ingedeeld in de **types**:

- **HFpEF**
- **HFrEF**

**HFmrEF vormt een tussengroep (grijs gebied)**

Het type hartfalen bepaalt de **behandeling**. Voor HFmrEF en HFrEF is deze hetzelfde.

**De diagnose HF berust op een combinatie van:**

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Aanvullend onderzoek:
  - ECG
  - NT-Pro-BNP
  - Echocardiografie

Hartfalen is een uiting van **onderliggend lijden**. Na het stellen van de diagnose is onderzoek naar het onderliggende lijden en behandeling hiervan van belang.

### **Classificatie HF naar ernst**

De ernst van het HF wordt vastgesteld door de cardioloog middels de New York Heart Association (NYHA) functionele classificatie.

NYHA-klasse	
I. Geen klachten	Geen beperkingen van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid palpitations of dyspneu.
II. Klachten alleen bij zware in spanning	Enige beperkingen van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitatione of dyspneu.
III. Klachten bij lichte inspanning	In rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijk inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
IV. Klachten al in rust	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Voor **indeling van de ernst van hartfalen** wordt de **NYHA-klasse** gebruikt

### **Terugverwijzen**

Na het stellen van de diagnose, vaststellen van de ernst, behandelen van behandelbaar onderliggend lijden en instellen op medicatie worden de volgende patiënten waarbij behandelen in de tweede lijn geen toegevoegde waarde heeft, terugverwezen naar de huisarts voor monitoring en controle:

- Patiënten met HF die optimaal behandeld en/of [stabiel](#) zijn

- Patiënten in de palliatieve fase van hartfalen ([bijlage 6](#))  
Indien de cardioloog de patiënt terugverwijst vermeldt hij dit duidelijk in de correspondentie en geeft hij de huisarts een behandeladvies. De huisarts wordt hoofdbehandelaar en kan zo nodig gebruik maken van consultatie middels KOS of ECMS (digitaal of fysiek) van de tweede lijn of opnieuw verwijzen bij een wijziging van omstandigheden.

Patiënten met hartfalen die

- **Optimaal behandeld en/of stabiel zijn**  
**of**
- **in de palliatieve fase van hartfalen zijn**

kunnen worden behandeld en begeleid in de eerste lijn

## 1.3 Controle in de eerste lijn

### 1.3.1 Persoonsgerichte zorg

Bij persoonsgerichte zorg staat de mens centraal en niet de ziekte. Zelfregie en ondersteuning van zelfmanagement zijn een onderdeel van persoonsgerichte zorg net als gedeelde besluitvorming en positieve gezondheid. Over toepassing van telemonitoring bij hartfalen in de eerste lijn, bestaat onvoldoende onderzoek om een advies te geven.

De zorg voor hartfalen wordt wat betreft controlefrequentie en inhoud persoonsgericht geleverd.

#### 1.3.1.1 Controlefrequentie

De frequentie van controle hangt af van de kenmerken van de patiënt waaronder de mogelijkheid tot zelfmanagement, de klachten en eventuele exacerbaties.

De globale richtlijnen voor controlefrequentie zijn:

- Als de patiënt de maximaal verdragen dosering van de medicatie heeft bereikt, (dit zal vaak in de tweede lijn worden afgerond) controleer dan na 3 en vervolgens na 6 maanden, en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen [stabiel](#) is.
- Controleer vaker, bij instabiel hartfalen (vaak in de tweede lijn onder behandeling), een [ernstige nierfunctiestoornis](#) (eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)(vaak bij nefroloog onder behandeling), kwetsbare ouderen of in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen bij gebruik van deze medicatie.
- Controleer 2-4 weken na aanvang of aanpassing van de medicatie (klachten, bloeddruk, puls, gewicht eGFR, creatinine, natrium en kalium).
- Integreer de controles voor HF in de controles voor COPD, diabetes, CVRM, ouderenzorg en osteoporose.

#### 1.3.1.2 Inhoud van zorg

##### Erste contact na terugverwijzing (schakelconsult door huisarts)

Na terugverwijzing door de cardioloog ziet de huisarts de patiënt met HF. Tijdens dit consult bespreekt de huisarts hoe begeleiding van het HF in de huisartsenpraktijk wordt gegeven en wat de patiënt van de huisarts en de POH kan verwachten. Hij bespreekt wie het aanspreekpunt is. Na dit bezoek is het voor de patiënt duidelijk met wie hij contact opneemt indien er problemen of vragen zijn.

##### Erste en vervolgsconsult door de POH

De POH begeleidt patiënten met stabiel HF onder supervisie van de huisarts. Zij biedt, medisch inhoudelijke controles, signaleert en coördineert de zorg bij cognitieve, sociale en psychische problemen. Depressie en angst komt bij 20-40% van de patiënten met hartfalen voor. Stabiel ingestelde patiënten met HF hebben van de cardioloog en HF-verpleegkundige in de tweede lijn uitleg gekregen over HF, leefstijladviezen en zelfmanagement. Tijdens het eerste consult checkt de POH de kennis van de patiënt op deze gebieden.

Het eerste en de vervolgscontrole bestaan uit pijlers:

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Aanvullende diagnostiek

- Voorlichting, leefstijlinterventies, en ondersteuning zelfmanagement (waaronder flexibel diuretica beleid, zelfmonitoring van gewicht en tensie)
- Aanvullende interventies

De inhoud van de pijlers sluit nauw aan op de zorg voor CVRM en diabetes maar kent andere accenten.

#### Anamnese:

- Klachten van hartfalen

Heeft u meer last van kortademigheid en/of vermoeidheid? In rust of bij inspanning?  
 Slaapt u op meer kussens dan voorheen? Kunt u platliggen?  
 Heeft u last van kriebelhoest?  
 Heeft u last van dikke voeten?  
 Moet u vaker uit bed om te plassen?  
 Heeft u pijn op de borst/ hartkloppingen/ duizeligheid?  
 Heeft u last van nachtelijke benauwdheid?

- Therapietrouw medicatie
- Doelen/wensen van de patiënt
- Roken
- Alcoholgebruik
- Lichaamsbeweging
- Klachten angst en/of depressie en/of cognitieve stoornissen;

Herkennen depressieve kenmerken:

Heeft u een sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag gedurende minstens twee weken?  
 Heeft u duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten gedurende minstens twee weken?  
 Als minimaal één van de twee vragen met "ja" wordt beantwoord, wordt verwezen naar de huisarts

#### Lichamelijk onderzoek:

- Bloeddruk; streefwaarde systolisch < 130
- Polsritme en frequentie
- Gewicht
- Oedeem benen;

#### Aanvullende diagnostiek:

- Bepaal eGFR, creatinine, natrium en kalium 1-2 weken na aanvang, en 2-4 weken na aanpassing van de dosering van een diureticum, [ACE-remmer](#), [ARB](#) of [ARNI](#).
- Maak op indicatie
  - X Thorax (bij hoesten ter uitsluiten/aantonen pulmonale en intrathoracale pathologie zoals pneumonie of longmaligniteit)
  - ECG (bij POB, palpitaties, syncope, irregulaire pols) en/of bepaal
  - NT-proBNP waarbij voor de individuele patiënt een specifieke uitgangswaarde geldt en waarmee vergeleken kan worden bij verdenking op hartfalen progressie. Variaties lager dan 25%, zijn meestal niet significant.
- Volg verder de NHG standaard CVRM, diabetes en/of chronische nierschade
- Overweeg verwijzing internist bij nierfunctiestoornissen conform [de NHG standaard chronische nierschade](#).

#### Voorlichting:

Geef niet te veel informatie binnen 1 consult en sluit aan bij wensen en doelen van de patiënt. Check regelmatig of de patiënt alles heeft begrepen (gebruik zo nodig de [terugvraagmethode](#)) en herhaal (delen) van de voorlichting in verschillende consulten.

Voorlichting, welke gefaseerd en op maat gegeven wordt, betreft:

#### De aandoening.

- Leg uit wat de oorzaak van het hartfalen is, wat de gevolgen zijn en of de oorzaak te behandelen is.

- Bespreek het mogelijke beloop; dat klachten van hartfalen in het algemeen geleidelijk toe nemen en hartfalen vaak verloopt met onvoorspelbaar met exacerbaties.

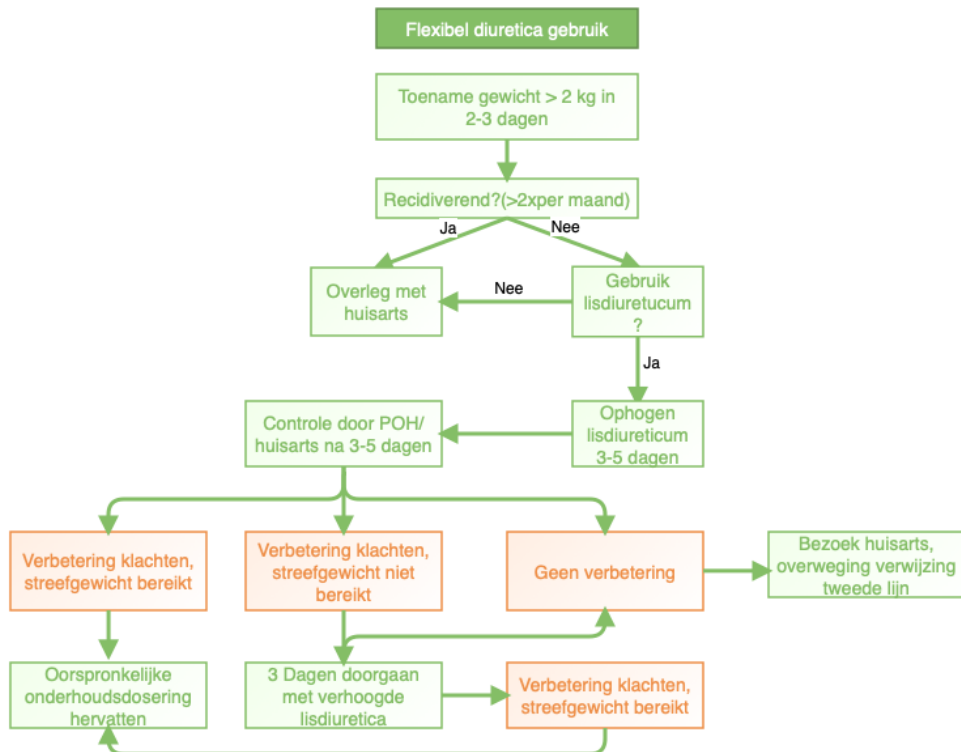
### Medicatie

- Medicijnen verlichten het werk dat het hart moet leveren en daarmee kunnen zij de pompfunctie van het hart verbeteren en de kans op exacerbaties kleiner maken. Deze medicijnen zijn vaak levenslang nodig.
- Het is belangrijk om medicijnen elke dag in te nemen volgens voorschrift, ook indien de patiënt geen verschil merkt na inname.
- Asymptomatische lage bloeddruk behoeft meestal geen aanpassing van de medicatie.
- Enige klachten van duizeligheid en licht zijn in het hoofd komen vaak voor en worden vaak vanzelf minder.
- Zelfmedicatie: ontraad NSAID's en wijs op de gevaren hiervan.
- Adviseer de patiënt tijdig contact op te nemen bij hoge koorts, fors braken en/of forse diarree omdat er dan sprake kan zijn van dehydratie en mogelijk dosisaanpassing van de medicatie nodig is.

### Zelfzorg en flexibel diureticumbeleid

- Adviseer om dagelijks te wegen.
- Adviseer de patiënt bij meer vocht vasthoudt, merkbaar door toename van kortademigheid, vermoeidheid en/of dikke onderbenen of het aankomen in gewicht van 2 kg of meer in 2-3 dagen tijd;
  - Toepassen zelfzorg diuretica aanpassing ([zie bijlage 10](#)) of
  - Contact met zorgverlener op te nemen voor instructie flexibel diureticum beleid

### Schema flexibel diureticabeleid



Tabel flexibel diureticabeleid

Uitgangsdosering <u>lisdiuretica</u> + verhogingen bij toename symptomen HF			
Bumetanide		Furosemide	
Onderhoudsdosering	Ophogen naar	Onderhoudsdosering	Ophogen naar
1 x 1 mg	2 x 1 mg	1 x 40 mg	2 x 40 mg
1 x 2 mg	2 x 2 mg	2 x 40 mg	2 x 80 mg
2 x 2 mg	3 x 2 mg	3 x 40 mg	3 x 80 mg
2 x 3 mg	3 x 3 mg	2 x 80 mg	3 x 80 mg
		3 x 80 mg	3 x 160 mg
Maximale dosis per 24 uur: 10 mg		Maximale dosis per 24 uur: 500 mg	

### Overige voorlichting

- Adviseer geen zout toe te voegen bij de bereiding van de maaltijd en inname van producten die veel zout bevatten te beperken. Ontraad het gebruik van zout vervangende producten die kalium bevatten.
- Overweeg een maximale intake van 1,5 liter vocht per dag bij patiënten met ernstig hartfalen (NYHA-klasse III en IV).
- Verwijs naar een diëtist voor begeleiding in geval van cachexie (onbedoeld gewichtsverlies in de laatste zes tot twaalf maanden van meer dan 6% van het uitgangsgewicht na correctie voor over- en onderhydratie) en overweeg verwijzing bij problemen bij zout/vochtbeperking.
- Autorijden is bij NYHA-klasse I en II toegestaan, bij NYHA-klasse III is een rapport van een medisch specialist noodzakelijk en bij NYHA-klasse IV is autorijden niet toegestaan.
- Seksuele activiteit is in het algemeen goed mogelijk. Patiënten in NYHA-klasse III of IV hebben een licht verhoogd risico op decompensatie. Zij kunnen eventueel profylactisch nitroglycerine (sublinguaal) gebruiken (cave hypotensie).
- Adviseer de jaarlijkse griepvaccinatie.
- Patiënten met stabiel hartfalen kunnen per vliegtuig reizen.
- Ontraad verblijf op grote hoogte (kortdurend > 2000 m en langer durend > 1500 m) en reizen naar zeer warme en vochtige gebieden aan niet geheel klachtenvrije patiënten

### Leefstijl

- Adviseer regelmatig te bewegen indien de patiënt stabiel is en voor zover klachten dat toelaten. Houd hierbij rekening met de mogelijkheden en wensen van de patiënt. Patiënten met stabiel chronisch HF wordt geadviseerd conditietraining te volgen onder begeleiding van een gekwalificeerde fysiotherapeut. Duur en krachttraining kan een gunstig effect hebben.
- Volg voor overige leefstijladviezen (onder andere voeding, alcohol, stoppen met roken, psychosociale factoren) de aanbevelingen uit de [NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement](#), [Heel Twente Stopt](#) en [NHG-Zorgmodules Leefstijl](#).

### Individueel zorgplan

Het boekje "Individueel Zorgplan Hartfalen Twente" (in ontwikkeling) wordt door zowel de eerste als tweede lijn bij HF in Twente gebruikt om te komen tot een individueel zorgplan. De patiënt neemt dit boekje mee naar ieder consult. Hierin wordt o.a. hoofdbehandelaar, meetwaarden, en wensen en doelen vastgelegd.

### Aanvullende interventies:

Overweeg

- Bij tekenen van depressie: verwijzing POH GGZ-maatschappelijk werk
- Motivatie voor SMR: interventies conform Heel Twente stopt
- Cachexie, dieetproblemen, overgewicht: verwijzing diëtiste
- Ondersteuning conditietraining: verwijzing fysiotherapie

### Overleg POH-Huisarts:

In de werkafspraken, welke op praktijkniveau schriftelijk worden vastgelegd, wordt beschreven op welke momenten POH en huisarts overleg voeren over de patiënt met HF.

De globale richtlijnen hiervoor zijn:

- Bespreek afwijkende bevindingen bij lichamelijk en/of labonderzoek
- Bespreek de patiënt bij nieuwe/toename van klachten
- Bespreek indien de patiënt bijwerkingen van medicatie heeft, mogelijke alternatieven.

De **controles door de POH** bij hartfalen bestaan uit:

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Op indicatie aanvullende diagnostiek
- Voorlichting
- Op indicatie aanvullende interventies
- Overleg met de huisarts



## BIJLAGE 2 OVERZICHT MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN HARTFALEN

Instellen op medicatie wordt in principe de tweede lijn gedaan. Dit overzicht is toegevoegd als achtergrondkennis én voor die situaties dat de huisarts in samenspraak met de patiënt besluit de patiënt in de eerste lijn medicamenteus in te stellen. Verder is deze kennis ook van belang indien de huisarts wijzigingen in de medicatie wil doorvoeren bij relatief stabiele patiënten waar de huisarts hoofdbehandelaar is.

RAS-remmer (renine-angiotensine-systeem-remmers) zijn te verdelen in

- ACE-remmer (Angiotensine Converterend Enzym)
- ARB (Angiotensine II-antagonisten)
- Renine remmers
- ARNI (Angiotensine Receptor Nephilysine Inhibitor)

### 2.1 Controles na aanvang of bij aanpassing van de medicatie

- Zie voor contra-indicaties en aanpassingen dosering bij laboratoriumafwijkingen het Farmacotherapeutisch Kompas en de NHG standaard Hartfalen.
- Meet de bloeddruk, de pols en het gewicht.
- Vraag naar klachten (onder andere inspanningstolerantie) en mogelijke bijwerkingen van de medicatie. Asymptomatische lage bloeddruk behoeft meestal geen aanpassing van de medicatie.
- Bepaal eGFR + creatinine, natrium en kalium 1-2 weken na aanvang, en na aanpassing van de dosering van een diureticum, ACE-remmer, ARB of ARNI.

### 2.2 Medicamenteuze behandeling

#### 2.2.1 Behandeling van HFpEF (LVEF $\geq$ 50%)

Van geen enkele behandeling gericht op HFpEF is tot op heden overtuigend aangetoond dat deze de morbiditeit en mortaliteit vermindert. Om die reden is het beleid met name gericht op verlichting van symptomen en verbetering van de kwaliteit van leven.

- Behandel de hypertensie conform de NHG standaard CVRM
- Vermijd zo mogelijk calciumantagonisten
- Geef een lisdiureticum indien er tekenen zijn van overvulling.
- Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is, en geef de laagst effectieve dosering
- Behandel overige comorbiditeit (bv, DM, overgewicht, COPD) met meest optimale behandeling.

#### 2.2.2 Behandeling van HFrEF (LVEF $<$ 40%)

- Behandel overige comorbiditeit optimaal
- Patiënten met hartfalen die hoge doseringen van een RAS-remmer, bètablokker en/of Aldosteronantagonist en/of ARNI verdragen, hebben de beste prognose. Om die reden is het streven om de medicatie naar maximaal te verdragen dosering te doseren

#### Stap 1 RAS-remmer en lisdiureticum

Start een renine-angiotensine-systeemremmer (ACE-remmer, of indien een ACE-remmer niet wordt verdragen een ARB) in lage dosering.

Start een lisdiureticum indien er tekenen van overvulling zijn.

#### Stap 2 Bètablokker

Voeg bij patiënten die met RAS-remmer en diureticum klinisch stabiel zijn (dat wil zeggen geen duidelijke tekenen van overvulling hebben) een selectieve lipofiele bètablokker toe in lage dosering.

#### Stap 3 Verhogen dosering

Verhoog de dosering van de RAS-remmer en bètablokker (bijvoorbeeld per 2 weken) tot de maximale dosis die wordt verdragen, met inachtneming van de maximale dosering die geldt voor de gebruikte middelen.

Dosisverhoging bètablokker:



- Start low en go slow. Controleer elke twee tot vier weken. Bij sommige patiënten geven bètablokkers in de beginfase tijdelijk verergering van de klachten. Verhoog dan de diureticumdosis tijdelijk.
- Verhoog de dosis niet als er tekenen zijn van een exacerbatie van hartfalen (meer vochtretentie), symptomatische hypotensie (bijvoorbeeld duizeligheid bij opstaan) of bradycardie (< 50/minuten).

#### Stap 4 Verlagen lisdiureticum

Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is (op basis van dyspnoe, oedeem en gewicht en eventueel NTproBNP) en continueer de laagst effectieve dosering.

#### Stap 5 Toevoegen aldosteronantagonist

Overweeg toevoeging van een aldosteronantagonist bij patiënten die ondanks adequate instelling op een RAS-remmer, diureticum en bètablokker klachten houden. In principe geldt dat aldosteronantagonisten worden aanbevolen voor patiënten met een LVEF < 35%. Voor patiënten die niet naar de tweede lijn kunnen of willen, kan de huisarts op basis van klachten een aldosteronantagonist toevoegen. Overweeg na 4-8 weken verdubbeling van de dosis indien er sprake is van progressief hartfalen, de nierfunctie niet verslechtert en het kalium < 5 mmol/l blijft.

#### Plaatsbepaling SGLT2 inhibitors (uit nieuwe NHG standaard hartfalen)

Overweeg het gebruik van een SGLT-2-remmer bij mensen met hartfalen en diabetes mellitus type 2, en bespreek daarbij de voor- en nadelen. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt momenteel op dit punt herzien. Het voorschrijven van een SGLT-2-remmer door de huisarts voor de behandeling van hartfalen bij mensen zonder diabetes mellitus type 2 wordt vooralsnog niet aanbevolen.

#### 2.2.3 HFmrEF (LVEF 40-49%)

- Behandel patiënten met HFmrEF hetzelfde als patiënten met HFrEF, maar er is geen bewijs voor hoge streefdoseringen

### 2.3 Beleid bij laboratoriumafwijkingen

#### 2.3.1 Nierfunctiedaling

**Na het starten of ophogen van een RAS-remmer:**

- eGFR 30 tot 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: enige daling van eGFR na de start met RAS-remmers is normaal. Daling van eGFR met 50% van de uitgangswaarde, met 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> als ondergrens, is acceptabel.
- eGFR 15 tot 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: halveer de dosis en controleer eGFR na 2 weken.
- eGFR < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: stop de RAS-remmer en controleer eGFR na 2 weken.
- Consulteer of verwijst naar internist-nefroloog bij aanhoudende lage waarden van eGFR (< 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

**Na starten of ophogen van een aldosteronantagonist:**

- eGFR 15 tot 44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: halveer de dosis en controleer eGFR na 2 weken.
- eGFR < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: stop de aldosteronantagonist en controleer eGFR na 2 weken.
- Consulteer of verwijst naar een cardioloog of internist-nefroloog bij aanhoudende lage waarden van eGFR (< 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

#### 2.3.2 Hyperkaliëmie zie ook richtlijn [NHG CVRM](#)

- Overweeg de kaliumbepaling ongestuwd te herhalen aangezien de waarde verhoogd kan zijn als gevolg van gestuwde bloedafname.
- Kalium < 5,5 mmol/l: Deze waarde is acceptabel; controleer het kalium na 2 weken om verdere stijging van het kalium uit te sluiten.
- Kalium ≥ 5,5 en < 6,0 mmol/l:
  1. Indien de patiënt triamteren of amiloride (sterk kaliumsparende diuretica) gebruikt, stop deze en controleer het kalium na 2 weken. Ga naar stap 2 als de patiënt geen triamteren of amiloride gebruikt.

2. Indien de patiënt een aldosteronantagonist (spironolacton, eplerenon) gebruikt, halveer de dosering en controleer het kalium na 2 weken. Ga naar stap 3 als de patiënt geen aldosteronantagonist gebruikt.
  3. Halveer de dosering van een RAS-remmer en controleer het kalium na 2 weken.
  4. Overleg met de cardioloog indien het kalium niet daalt.
- Kalium > 6,0 mmol/l: stop de aldosteronantagonist en/of RAS-remmer en overleg met de cardioloog over het vervolgbeleid.
- 2.3.3 Hypokaliëmie (<3,4mmol/l)
- Verhoog indien mogelijk de dosering van een eventuele RAS-remmer, en/of voeg een aldosteronantagonist toe en eventueel kaliumsupplementen. Controleer het kalium na 2 weken.
- 2.3.4 Hyponatriëmie (mild 125-136 mmol/L; ernstig < 125 mmol/L)
- Overleg zo nodig met de cardioloog of internist over/overweeg het beleid met betrekking tot diuretica, zoutinname en eventuele vochtbeperking. ( Zie [Nederlandse Internisten Vereniging](#))

#### **Medicamenteuze stappen bij de behandeling van hartfalen**

##### **HFpEF**

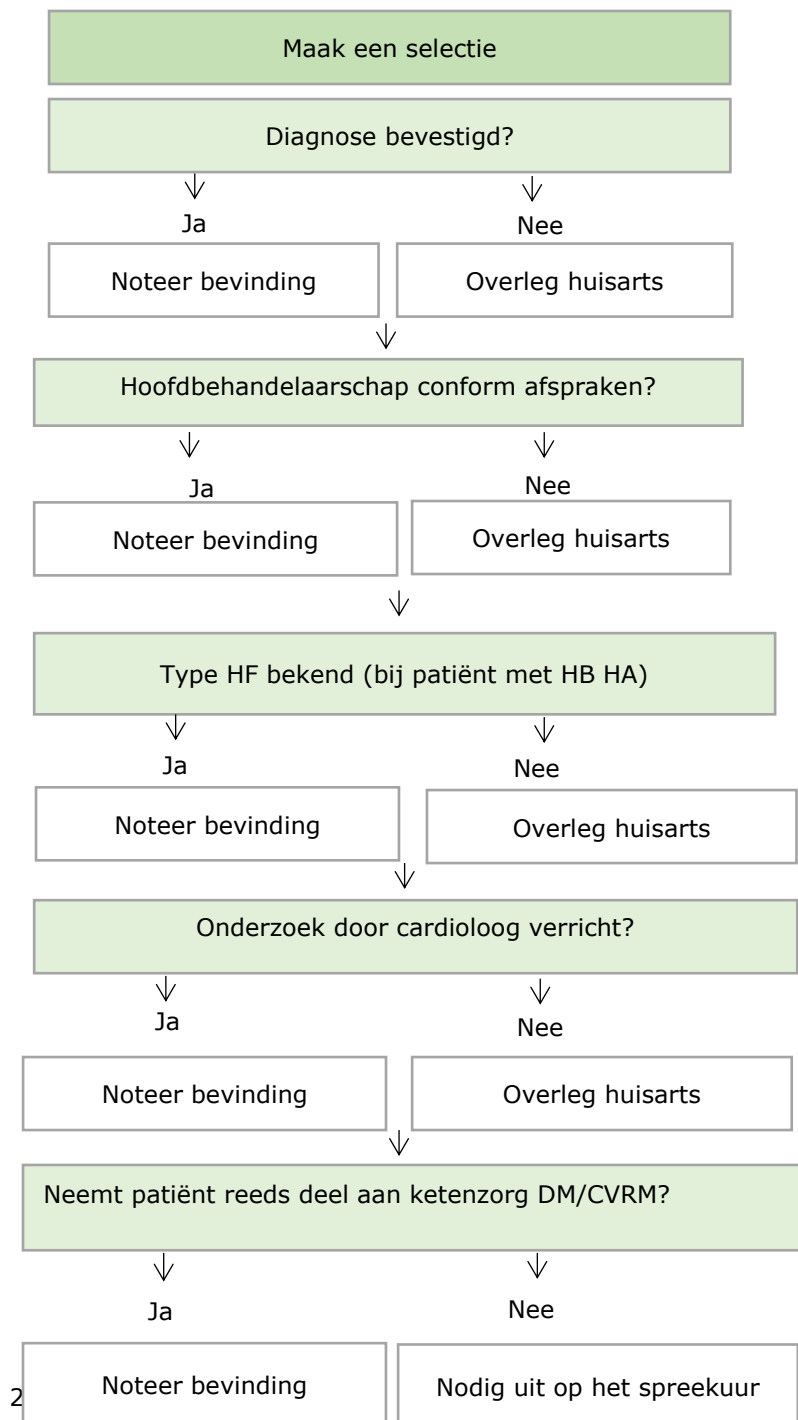
- 1. Behandel hypertensie conform CVRM**
- 2. Lisdiureticum bij overvulling**

##### **HFrEF en HFmrEF**

- 1. ACE remmer/ARB en lisdiureticum**
- 2. Bètablokker**
- 3. Aldosteronantagonist**
- 4. Angiotensine Receptor Neprilysine Inhibitor**

## BIJLAGE 3 IDENTIFICATIE VAN BESTAANDE PATIËNTEN MET HF

### 1. Samenvatting dossieronderzoek



2

Maak werkafspraken in de praktijk over:

- Op welke wijze het dossieronderzoek wordt geregistreerd in het HIS.
- Op welke wijze patiënten worden doorgesproken met de huisarts.

Maak een Exceloverzicht te noteren ten behoeve van een goede selectie (zie voorbeeld). Dit overzicht kan ondersteuning bieden bij het overleg met de huisarts (en in de follow-up).

Dossieronderzoek hartfalen					Alleen invullen als huisarts hoofdbehandelaar is			
Naam	Geb. datum	BSN	Diagnose valide?	Hoofd-behandelaar	Hoofdbehandelaar correct?	DBC DM/CVRM	Afspraak gepland	overleg

De volgende meetwaarden worden gebruikt bij het dossieronderzoek:

- 3016 DCHB AZ hoofdbehandelaar hartfalen
- 3833 DCKZ KZ deelname ketenzorgprogramma hartfalen
- 3455 HFRZ RZ reden geen ketenzorg (hartfalen)
- 2722 DCER KQ ernst klachten hartfalen (NYHA)
- 4023 HFEF KH type hartfalen naar ejectie fractie

Start	<p>Maak een overzicht van de patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor de plusmodule HF</p> <p>Selecteer patiënten op basis van ICPC code:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• K77.01 Acute decompensatio cordis/astma cardiale</li> <li>• K77.02 Chronische decompensatio cordis</li> <li>• K82 Cor pulmonale</li> <li>• K84.03 Cardiomyopathie</li> <li>• A89.01 aanwezigheid pacemaker/aanwezigheid defibrillator</li> </ul> <p>en</p> <p>ATC code:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C03CA01 furosemide</li> <li>- C03CA02 bumetanide</li> <li>- C03DA01 spironolacton</li> <li>- C03DA04 (eplerenon, inspra)</li> </ul> <p>Maak van deze selectie een Excel bestand, verwijder dubbelingen.</p>
Stap 1	<p>Controleer de diagnose</p> <p>De diagnose HF wordt bevestigd door een echo cor. De diagnose is valide indien in de brief van de cardioloog de diagnose HF is genoemd. In de brief zal het type hartfalen terug te vinden zijn.</p> <p><u>Controleer bij de geselecteerde patiënten:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is de diagnose onduidelijk of voldoet deze niet? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Overleg met de huisarts.</li> <li>- Zo nodig episode afsluiten of wijzigen en patiënt verwijderen uit Excel bestand.</li> </ul> </li> </ol>

	<p>2. Is de ICPC code onterecht toegekend of heeft de selecteerde patiënt op ATC geen HF?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Overleg met de huisarts.</li> <li>- Zo nodig episode afsluiten of wijzigen en patiënt verwijderen uit Excel bestand.</li> </ul> <p>3. Diagnose valide?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controleer/corrigeer/noteer ICPC K77.02.</li> </ul>
Stap 2	<p>Hoofdbehandelaar vaststellen bij patiënten met ICPC K77.02 Is patiënt onder behandeling van de cardioloog voor HF?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja: controleer reden voor tweedelijsbehandeling <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatie onduidelijk: huisarts overlegt met de cardioloog of patiënt terugverwezen kan worden.</li> <li>- Indicatie duidelijk: invoeren meetwaarde 3016 DCHB hoofdbehandelaar hartfalen = specialist.</li> </ul> </li> <li>• Nee: is er een indicatie voor behandeling in de tweede lijn? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja/twijfel: overleg met huisarts over verwijzing.</li> <li>- Nee: invoeren meetwaarde 3016 DCHB hoofdbehandelaar HF = huisarts. Invoeren meetwaarde 3822 DCKZ deelname ketenzorgprogramma hartfalen = ja.</li> </ul> </li> </ul>
Ga alleen naar stap 3 voor de patiënten waarbij je in stap 2 vaststelt dat de huisarts hoofdbehandelaar is.	
Stap 3	<p>Controleer of er onderzoek naar onderliggend lijden is uitgevoerd door de cardioloog Hiervoor controleer je of er een brief is van de cardioloog waarin een echo van het hart wordt beschreven.</p> <p>Is het onderzoek verricht door cardioloog?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja: geen actie.</li> <li>• Nee: overleg met huisarts of dit alsnog wenselijk is.</li> </ul>
Stap 4	<p>Classificeer type HF Is het type HF bekend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja: neem dit op in de episodetitel (HFref, HFmrEf of HFpEF) en leg vast in de meetwaarde 4023 HFEF KH</li> <li>• Nee: bepaal het type in overleg met huisarts en leg vast</li> </ul>
Stap 5	<p>Neem de patiënt op in het follow up systeem DM of CVRM. Is de patiënt bekend in het categoriaal spreekuur?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja: controleer of patiënt een afspraak heeft staan en plan extra tijd voor HF controle.</li> <li>• Nee: oproepen voor consult.</li> </ul> <p>NB: Om een patiënt die geen andere relevante episode heeft voor CVRM te kunnen includeren in de ketenzorg is het nodig om in het HIS de episode K49.01 (CVRM) aan te maken en in het KOS de episode K77.02 toe te voegen aan de probleemlijst.</p>

### 3. Achtergrondinformatie dossieronderzoek

Deze achtergrondinformatie geeft een toelichting op de stappen beschreven in het dossieronderzoek.

Het doel van dossieronderzoek is:

1. Een selectie maken van patiënten die in aanmerking komen voor de plusmodule HF THOON.
2. De patiënten opnemen in het controlesysteem indien dat nog niet het geval is vanwege DM of CVRM.
3. De eerste controleafspraak HF voor te bereiden.

Voor het dossieronderzoek wordt een selectie gemaakt van de patiënten met relevante ICPC en ATC codes (zie bovenstaand). Door de ATC codes apart te selecteren worden patiënten opgespoord die wel HF hebben, maar niet de juiste ICPC hebben ontvangen in het verleden.

Toelichting op de zes items van het dossieronderzoek:

1. Diagnose

Bij het dossieronderzoek mag je de diagnose als bevestigd zien als HF in een brief van de cardioloog genoemd is als diagnose.

2. Hoofdbehandelaar (zie bijlage 6)

Er zijn afspraken gemaakt door huisartsen en cardiologen wie welke patiënten met HF zorg geeft. De huisarts is hoofdbehandelaar van

- patiënten met hartfalen die optimaal behandeld zijn en/of stabiel zijn;
- patiënten met hartfalen in de laatste levensfase.

3. Onderzoek naar onderliggend lijden

Ga na of de patiënt gezien is door de cardioloog. Zo nee: overleg met de huisarts of verwijzing alsnog zinvol is.

4. Type HF

Het type HF is meestal te vinden in de brief van de cardioloog en is gebaseerd op de ejectiefraction (EF)=% pompfunctie van het hart. Het verdient aanbeveling om dit te achterhalen en op te nemen in de episoderegeling en vast te leggen in de meetwaarden. Dit onderscheid bepaalt de behandeling.

- HFrEF  
Hartfalen met gereduceerde (reduced) ejectie fractie (HFrEF), voorheen systolisch hartfalen genoemd.
- HFpEF  
Er is sprake van HF met echt behouden (preserved) ejection fraction (HFpEF) voorheen diastolisch hartfalen genoemd.
- HFmrEF  
De tussengroep gedefinieerd als HF met LVEF 40-49% (HF midrange ejection fraction).

5. Controlemoment

De opzet van de plus module HF is zo georganiseerd dat de zorg gekoppeld wordt aan het bestaande zorg programma CVRM of DM. Neemt de patiënt hieraan deel, bereid je door het dossieronderzoek te doen deze controle voor en controleer je of er een afspraak gepland is. Indien de patiënt niet deelneemt aan een chronisch zorgprogramma wordt de patiënt uitgenodigd voor een afspraak bij de huisarts. Na deze afspraak wordt de patiënt, indien gewenst, opgenomen in de ketenzorg.

Includeer nieuw ontdekte patiënten (via casefinding) op dezelfde wijze als hierboven beschreven.

Samenvattend zijn de volgende patiënten met HF geschikt voor inclusie in de Plusmodule:

- Patiënt heeft een valide diagnose HF
- Er is sprake van een stabiele situatie van het hartfalen of patiënt is uitbehandeld in de tweede lijn.
- Huisarts is hoofdbehandelaar voor HF.
- De patiënt geeft toestemming voor ketenzorg.

## BIJLAGE 4 SAMENWERKEN BINNEN DE EERSTE LIJN

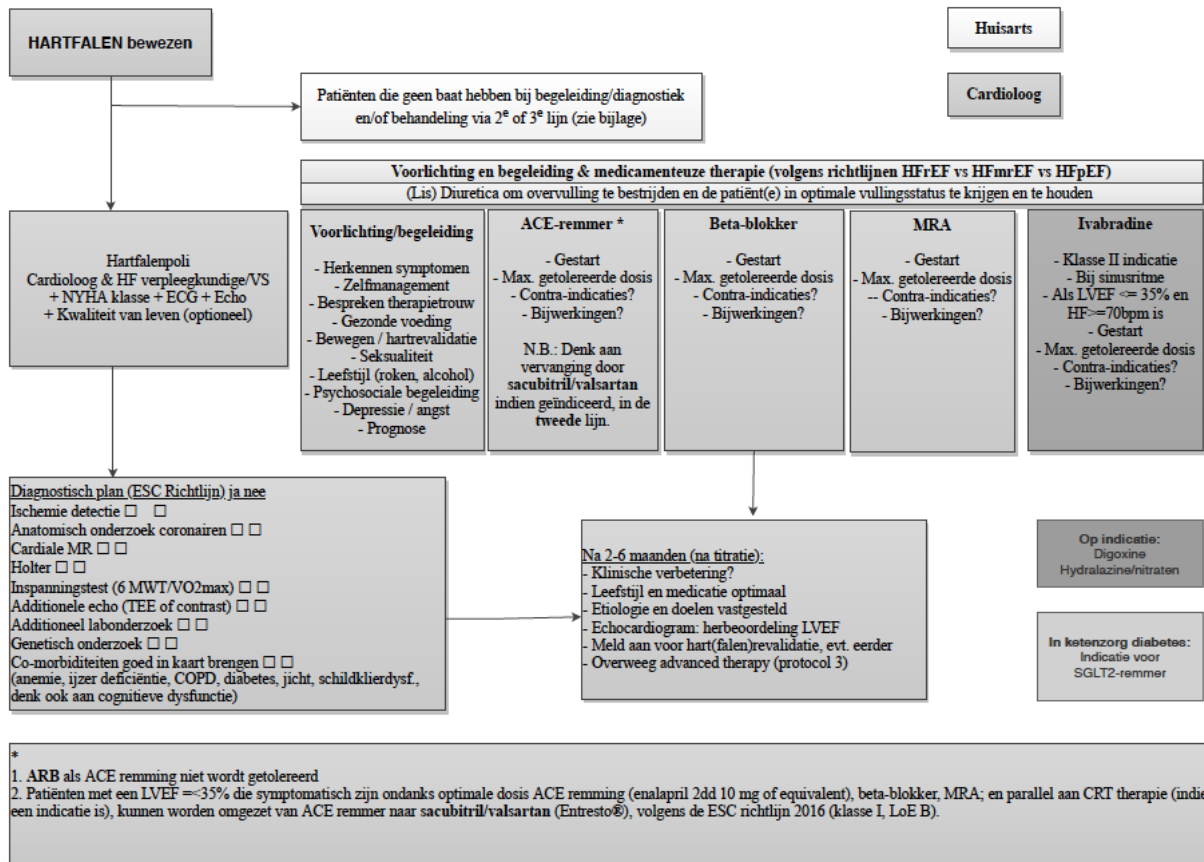
---

De zorg voor patiënten met hartfalen is, net als bij andere chronische aandoeningen, veelal multidisciplinair. THOON maakt geen collectieve afspraken maar adviseert de deelnemende huisartsen met eigen partners afspraken te maken.

- Apotheek  
Patiënten met hartfalen gebruiken vaak meerdere medicamenten waardoor aandacht voor polyfarmacie en medicatie controle van groot belang is
- VVT  
De huisarts kan de VVT inzetten het monitoren van klachten, voor het wege van de patiënt, het begeleiden van flexibel diuretische beleid en meten van de bloeddruk
- Diëtiste  
Diëtiste kan worden ingezet voor voedingsanamnese en advies met voorlichting over natriumbeperving-vochtbeperving, bij overgewicht en cachexie.
- Fysiotherapie  
De stabiel ingestelde patiënt kan baat hebben bij conditie-, en krachttraining. Verwijs patiënten die hiervoor gemotiveerd zijn. Fysiotherapeuten met speciale kennis van en aandacht voor patiënten met hartfalen zijn te vinden op de website van het [hart, vaat, en longnetwerk Twente](#)
- Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)  
Zie voor indicatie, vergoeding en aanbieders de meest recente informatie op de THOON [website](#)
- POH-GGZ/maatschappelijk werk  
Zet bij psychische problemen de POH-GGZ(of psycholoog) of maatschappelijk werk in.

## BIJLAGE 5 BEHANDELING IN TWEEDE EN DERDE LIJN

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de inhoud van de behandeling in de tweede en derde lijn de documenten van de [NVVC Connect Hartfalen Twente](#). In schema bestaat de behandeling in de tweede lijn uit:





## BIJLAGE 6 SAMENWERKEN IN DE PALLIATIEVE FASE

Het moment van overgang van de curatieve naar de palliatieve fase van HF is vaak niet exact aan te geven. De patiënt is meestal nog onder behandeling in de tweede lijn. Er is sprake van deze fase als er progressieve symptomen zijn (veroorzaakt door hartfalen/co morbiditeit / algehele achteruitgang) en er geen verdere behandelmogelijkheden meer zijn, anders dan klachtenverlichting. Dit betekent eindstadium van de ziekte HF, met beleid gericht op palliatie. Voorbeelden die deze fase inleiden zijn:

- Progressieve fysieke en/of mentale achteruitgang en ADL-afhankelijkheid.
- Ernstige HF symptomen met verslechterde levenskwaliteit ondanks optimale behandeling.
- Frequente ziekenhuisopnames of ernstige episodes van HF 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 tweede en eerste lijn. Wanneer de inschatting bestaat dat patiënt een levensverwachting heeft korter dan drie maanden, dan is de terminale fase aangebroken.

### Advance care planning (ACP)

De hoofdbehandelaar dient tijdig met de patiënt en diens naasten het gesprek aan te gaan over mogelijkheden en onmogelijkheden van behandeling (ACP) en indien dit in de tweede lijn is 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 / HF-poli 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 / HF-poli ook specifieke aandachtspunten aangeven.

Van belang in de overdracht aan de huisarts:

- Informatie over wel/niet: reanimeren, heropnames in het ziekenhuis.
- Beleid ten aanzien van ICD / pacemaker indien aanwezig (i.p. shockfunctie uit, pacemaker functie continueren).
- Beleid bij toenemende klachten/ "crisisituatie" (met wie contact op te nemen / noodmedicatie).

Patiënten informatie:

- Twentse patiënten brief terminaal HF (**bijlage 6a**)
- 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 geschiedt middels een brief én telefonische toelichting waarin bovengenoemde items benoemd worden.

Indien ACP-gesprek plaatsvindt in de tweede 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 weekeinden.

### Richtlijnen behandeling palliatief hartfalen

Voor behandeladviezen zie [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl) (of de app PalliArts) en IKNL richtlijn: "[Palliatieve zorg bij hartfalen](#)"

### **Uitschakelen ICD / deactiveren pacemaker**

In overleg tussen patiënt en hoofdbehandelaar kan worden besloten tot deactiveren 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](http://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/ HF-poli kan de huisarts consulteren ten aanzien van ACP. De huisarts kan de cardioloog/ HF-poli 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](mailto:palliatiefadviesteam@mst.nl); telnr: 06-11617714

COPZ ZGT (bereikbaar op werkdagen 8.30-17.00u)

E-mail: [palliatiefadviesteam@zgt.nl](mailto:palliatiefadviesteam@zgt.nl); telnr: 088-7083669; poliklinisch spreekuur op donderdag 9.00-13.00u

### **Na overlijden**

Indien de patiënt thuis overlijdt, informeert de huisarts de poli cardiologie/ HF-poli. Indien patiënt in het ziekenhuis overlijdt informeert de cardioloog/ HF-poli de huisarts. Op initiatief van cardioloog/ HF-poli, huisarts of nabestaanden vindt reflectie plaats over de geboden zorg en samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Dit werkt signalerend, verhelderend en kwaliteit verhogend.

## BIJLAGE 6A BRIEF VOOR DE PATIËNT IN DE PALLIATIEVE FASE

Uw 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 uw 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 pacemakertehnicus 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, bijvoorbeeld bij u thuis, na overleg tussen de huisarts en de cardioloog.

Overigens zal de pacemakerfunctie van uw ICD niet worden uitgezet omdat dit een toename van klachten zou kunnen geven wat niet wenselijk is. Na overlijden zal de begrafenisondernemer de ICD of pacemaker verwijderen. Dit om milieuschade te voorkomen.

### **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 teveel 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 zelfstandig inroepen.

**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 thuis komt 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 spuit nitrospray onder de tong of u legt een tablet isordil 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](http://www.hartstichting.nl)

[www.doodgewoonbespreekbaar.nl](http://www.doodgewoonbespreekbaar.nl)



## BIJLAGE 7 COMMUNICATIE TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN BIJ HARTFALEN

### 7.1 Hoofdbehandelaar

De huisarts heeft expertise in het opsporen, monitoren en begeleiden van de stabiele chronische patiënt. De cardioloog heeft expertise in het diagnosticeren van HF 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 in de tweede lijn gedaan. Hierop kan door de huisarts een uitzondering worden gemaakt bij patiënten die niet naar de tweede lijn willen of kunnen. Het hoofdbehandelaarschap bij hartfalen kan dynamisch zijn.

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

### 7.2 Aanspreekpunt voor de patiënt bij klachten gerelateerd aan HF

#### 1. Binnen kantoortijd

##### 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 patiënt 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 patiënt zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt

#### 2. Buiten kantoortijd

##### Hoofdbehandelaar cardioloog

- Acuut  
Patiënt neemt contact op met Spoedpost Huisartsen Twente:  
-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 patiënt zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt.

##### Hoofdbehandelaar huisarts

- Acuut  
Patiënt neemt contact op met Spoedpost Huisartsen Twente bij klachten  
Huisarts voert triage uit en bepaalt of hij / zij de patiënt zelf beoordeelt of de ambulancedienst inschakelt

### 7.3 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 patiënten overleg ZorgDomein. De cardioloog en huisarts kunnen elkaar telefonisch consulteren bijvoorbeeld bij overwegingen over te gaan tot de palliatieve fase.

### 7.4 Gedeelde zorg

De scheiding wanneer welke zorg waar gegeven wordt is bij HF vaak een dynamisch gebeuren. De cardioloog heeft expertise in het diagnosticeren van HF en het 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" eerste en tweede lijn) wordt de taakverdeling duidelijk in de rapportage vermeld.

### 7.5 Medicatie

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

### 7.6 Correspondentie

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

De cardioloog streeft ernaar binnen veertien 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 (hartfalen poli/cardioloog). Bij afronding van het intensieve traject op de HF-poli en verdere behandeling door de cardioloog volgt tevens rapportage van de HF-poli 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).

Overdracht behandeling naar eerste lijn

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 deze 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.

Gebaseerd op:

[Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KMNG](#)

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

## BIJLAGE 8 INDICATOREN

Kwaliteitsindicatoren HF				
Nr	Indicator	Definitie	Proces Bij aanvang van het project wordt een nulmeting uitgevoerd bij deelnemende praktijken.	Soort indicator
	"Waar mogelijk in de eerste lijn, waar nodig in de tweede lijn"			
A	Aantal ingeschreven patiënten deelnemende praktijken.	Aantal patiënten die ingeschreven staan in de deelnemende huisartsenpraktijken		Proces
1	Aantal bekende patiënten met valide diagnose HF.	Teller van 1: aantal patiënten met ICPC-code K77	Eerste jaar - Nulmeting - Na zes maand en twaalf maand.	
2	Aantal patiënten met HF behandeld in de eerste lijn.	Teller van 1: aantal patiënten met ICPC-code K77 waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is 3016 DCHB =huisarts	Tweede jaar - Eén keer per jaar.	
3	Aantal patiënten met HF behandeld in de tweede lijn.	Aantal patiënten met ICPC-code K77 waarvan de specialist hoofdbehandelaar is 3016DCHB =specialist		
4	Aantal patiënten in de eerste lijn, maar niet in plusmodule HF	3833 DCKZ Deelname ketenzorg HF=nee		
5	Aantal patiënten dat deelneemt aan plusmodule HF	Deelname ketenzorg HF ja 3833 DCKZ deelname ketenzorg HF=ja		
Van de patiënten die deelnemen aan de plusmodule HF:				
	"Duurzaamheid, doelmatig"			
6	Door vroegtijdige opsporing van HF worden patiënten op tijd gediagnosticeerd en behandeld	Van de patiënten bekend met diagnose HF, ICPC K77 is hoofdbehandelaar	Jaarlijks worden de uitkomsten van indicator 1 t/m 4,	Proces

	waardoor het risico op een complicatie wordt verkleind.	bekend/ geregistreerd. Aantal patiënten die gediagnosticeerd zijn met HF het afgelopen jaar.	verwerkt in een rapportage.	
	"Kwaliteit"			
9	Patiënten met HF in de regio krijgen eenduidige, kwalitatief hoogstaande zorg ongeacht waar ze worden behandeld. Eerste en tweede lijn werken samen aan kwaliteit en werkafspraken.	Eerste en tweede lijn hebben transmurale afspraken over verwijs- en terugverwijsbeleid en de kwaliteit van de geboden zorg.	In de voorbereidingsfase worden transmurale afspraken over verwijs - terugverwijsbeleid gemaakt, geaccordeerd door huisartsen en specialisten. Deze worden het eerste jaar na zes en twaalf maanden getoetst en bijgesteld. Daarna jaarlijks.	Structuur
	"Proces" zorgverleners			
10	Ervaren kwaliteit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënten</li> <li>• Huisartsen</li> <li>• POH's</li> <li>• Cardiologen/ verpleegkundig specialist- HF</li> </ul>	Procesevaluatie bij alle betrokken stakeholders.	Jaarlijks digitale vragenlijst sturen naar deelnemende praktijken. Evaluatie met cardiologen in transmuraal overleg.	Proces



## BIJLAGE 9 REGISTRATIE VAN ZORG

- Voeg het type hartfalen toe aan de episodetitel.  
Bijvoorbeeld: K77.02 Hartfalen, HF-rEF

Registreer in HIS:

Hoofdbehandelaar hartfalen	3016 DCHB AZ <ul style="list-style-type: none"><li>○ Huisarts</li><li>○ Specialist</li><li>○ Overig/onbekend</li></ul>
Deelname ketenzorgprogramma hartfalen	3833 DCKZ KZ <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ja</li><li>○ nee</li></ul>
Reden geen ketenzorg hartfalen (als patiënt geen deelname ketenzorg wenst of dit geen meerwaarde heeft)	3455 HFRZ KZ <ul style="list-style-type: none"><li>○ op verzoek patiënt</li><li>○ op initiatief arts</li><li>○ naar/in ander zorgprogramma</li><li>○ no show</li><li>○ overig/onbekend</li></ul>
Type hartfalen	4023 HFEF KH <ul style="list-style-type: none"><li>○ behouden LVEF (HFpEF)</li><li>○ midrange LVEF (HFmrEF)</li><li>○ gereduceerde LVEF (HFrEF)</li></ul>

**Registreer in KOS:** pas duidelijk als we weten hoe dit er uit gaat zien in VHS

Consult DM/CVRM

Aanvulling hartfalen in anamnese

## ZELFSTANDIG AANPASSEN PLASMEDICATIE



Bij hartfalen is een toename van gewicht vaak een teken dat u meer vocht vast houdt. Door meer plastabletten te slikken kunt u dit snel aanpakken. Bij ernstige klachten belt u uw behandelaar!



WEEG U DAGELIJKS EN SCHRIJF UW GEWICHT OP



INDIEN U IN 3 DAGEN MEER DAN TWEE KILO AANKOMT



VERDUBBELT U UW PLASTABLETTEN.



IS UW GEWICHT WEER NORMAAL GAAT U DOOR MET U NORMALE HOEVEELHEID PLASTABLETTEN.



HEBBEN DE EXTRA TABLETTEN GEEN EFFECT OP UW GEWICHT OVERLEGT U MET UW BEHANDELAAR

### Uw gegevens

Uw normale gewicht:

Uw normale plastabletten:

Verdubbeling van de plastabletten:

Uw behandelaar:

