

versie 1.0
mei 2021



Reinier de Graaf 

franciscus
Gasthuis & Vlietland

zel
Zorgorganisatie Eerste Lijn

Zorgpad Chronisch Hartfalen

Regionale Transmurale Afspraken
Huisartsen en Cardiologen

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Doelstelling..... | 3 |
| 1. Uitgangspunten bij diagnostiek in de eerste lijn..... | 4 |
| 2. Indicaties en richtlijnen voor verwijzing naar tweede lijn..... | 6 |
| 3. Verwijzing naar de tweede lijn - gegevensoverdracht | 7 |
| 4. Uitgangspunten diagnostiek en behandeling in de tweede lijn..... | 8 |
| 5. Behandeling Hartfalen..... | 9 |
| 6. Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn..... | 12 |
| 7. Informatieoverdracht naar de eerste lijn..... | 13 |
| Bijlage 1. Lijst contactpersonen ziekenhuizen..... | 14 |



Dit document is opgesteld door de regionale projectgroep Hartfalen, bestaande uit de volgende leden:

Reinier de Graaf Gasthuis:

Dhr. J. Aalberts
Cardioloog

Mw. S. Spanjaard
Hartfalenverpleegkundige

Franciscus Gasthuis en Vlietland:

Mw. A. Hendrix
Cardioloog

Dhr. H. Werner
Cardioloog

Mw. M. Heijkoop
Hartfalenverpleegkundige

Zorgorganisatie Eerste Lijn:

Dhr. T. Tumkaya
HVZ kaderhuisarts

Dhr. R. van der Putten
Astma/COPD kaderhuisarts

Mw. W. Ottenkamp
Diabetes kaderhuisarts

Mw. N. van den Berge
Diabetes verpleegkundige ZEL

Mw. H. Toussaint
HVZ verpleegkundige ZEL

Dhr. R. Lok
Programmamanager ZEL

Doelstelling

Dit document beschrijft de specifieke verwijs- en terugverwijsafspraken tussen huisartsen en cardiologen bij patiënten met een (vermoeden van een) chronisch hartfalen. Het doel van deze Regionale Transmurale Afspraken (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn. Het betreft een RTA voor Chronisch hartfalen. Acut hartfalen valt buiten deze RTA.

De RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio DWO & NWN. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

Richtlijnen

De RTA hartfalen geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en cardiologen bij chronisch hartfalen op het gebied van:

- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Consultatie;
- Verwijzing en terugverwijzing van patiënten;
- Berichtgeving over patiënten;
- Evaluatie RTA hartfalen.

Deze RTA is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen 2015, de NHG standaard hartfalen 2021 en de European Society of Cardiology (ESC) richtlijn hartfalen 2016.

Deze RTA afspraken staan gebundeld in een levend document en dit document is dus continu in ontwikkeling. **Opmerkingen of suggesties kunt u doorgeven aan het secretariaat van ZEL. (secretariaat@zel.nl)**

1. Uitgangspunten bij diagnostiek in de eerste lijn

De diagnose hartfalen is een klinische diagnose welke berust op een combinatie van klachten, onderzoeksbevindingen en bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart.

1.1 Anamnese

- Vermoeidheid/kortademigheid
- Verminderd inspanningsvermogen
- Orthopnoe
- Vocht vasthouden
- Nycturie
- Gewichtsstijging
- Medicatie: NSAID / corticosteroiden
- Voorgeschiedenis: hypertensie / myocardinfarct / kleplijden / AF

1.2 Lichamelijk onderzoek

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

1.3 Aanvullend onderzoek

Wanneer op basis van de klachten van de patiënt hartfalen wordt vermoed volgt aanvullend onderzoek bestaande uit:

- Lab. onderzoek: **(NT-pro)BNP**, Hb, Na, K, Kreat, TSH, glucose, totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden
- **ECG** onderzoek
- **(X-thorax)**

Wanneer het ECG en (NT-pro)BNP beiden geheel normaal zijn, dan is hartfalen onwaarschijnlijk en zal door de huisarts verder onderzoek naar een alternatieve diagnose in gang worden gezet.

Indien er sprake is van een **afwijkend ECG** en/of **afwijkend BNP** (>35 pg/ml) / **NT-pro-BNP** (>125pg/ml), dan bespreekt de huisarts met de patiënt de opties voor verdere diagnostiek.

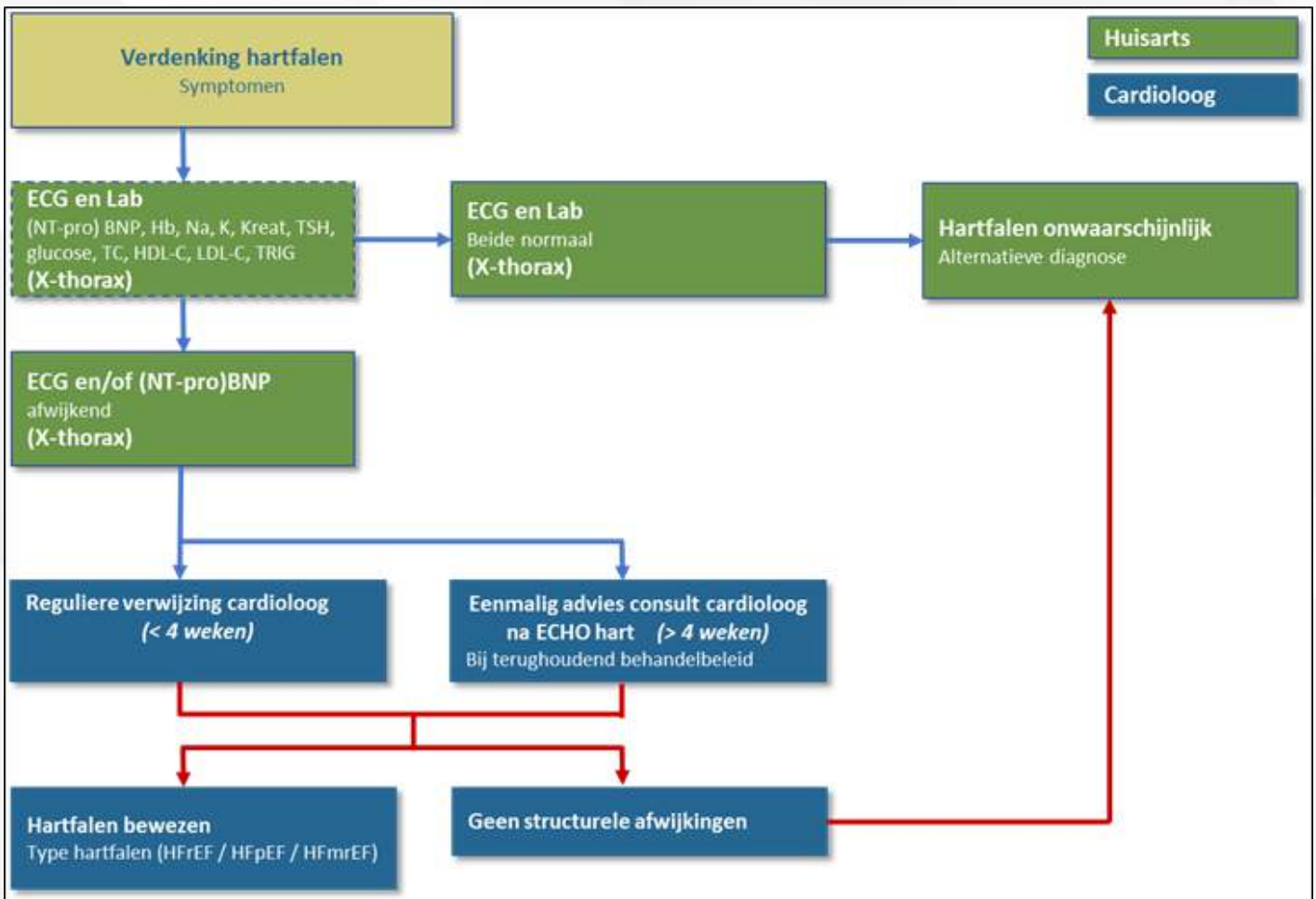
Aanvraag echocardiogram (in de 1e lijn of 2e lijn)

- **RdGG:** aanvraag echocardiogram is mogelijk in de 1e lijn door middel van een virtueel meekijkconsult met de cardioloog. De aanvraag vermeldt: duidelijke vraagstelling, medische voorgeschiedenis, huidige medicatie, (NTpro)BNP uitslag en volledige ECG. De cardioloog die het echocardiogram beoordeelt is dezelfde die het meekijkconsult beantwoordt, zodat de beoordeling van het echocardiogram gebeurt met kennis van alle klinische informatie. Dit wordt gedaan door een aantal cardiologen met specifieke expertise op het gebied van de echocardiografie.
- **Franciscus:** echocardiografie vindt plaats in de tweede lijn: de patiënt wordt doorverwezen naar de cardioloog voor diagnostiek en behandelbeleid.



1. Uitgangspunten bij diagnostiek in de eerste lijn

1.4 Schema herkennen en bevestigen diagnose hartfalen





2. Indicaties en richtlijnen voor verwijzing naar tweede lijn

De huisarts verwijst patiënten met verdenking op chronisch hartfalen voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn. Richtlijnen voor verwijzing naar cq. consultatie van de tweede lijn zijn als volgt:

A. Verwijzing naar Eerste Hart Hulp of SEH

- Hoge verdenking hartfalen waarbij de inschatting is dat de behandeling niet in de 1e lijn kan plaats vinden (bijvoorbeeld bij fulminant beeld van decompensatio cordis, ritmeproblematiek of hemodynamische instabiliteit, dwz. in geval van Acuut Hartfalen (astma cardiale)

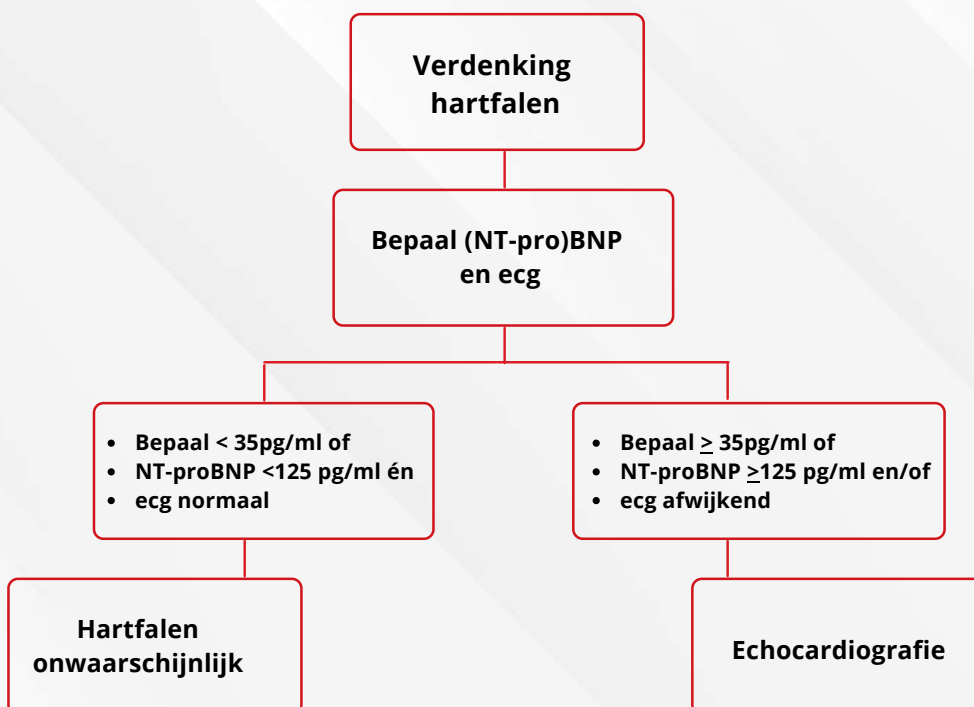
B. Verwijzing naar tweede lijn: *Reguliere verwijzing cardioloog*

- Bij hoge verdenking hartfalen en **stabiele** patiënt:
- Huisarts start medicatie volgens NHG (op basis van klinisch beeld RAS-remmers/ lisdiureticum)
- Leefregels bespreken: vochtbeperking 1,5-2 liter, natriumbepert dieet en 2 x per week gewichtscontrole.

C. Verwijzing naar tweede lijn: *Eenmalig advies consult cardioloog na echocardiogram*

- Bij patiënt met terughoudend behandelbeleid

D. Verwijzing voor eerstelijns echocardiogram



Zie paraaf 1.3.

Bij de kwetsbare oudere patiënt kan de huisarts, in overleg met patiënt en familie, weloverwogen afwijken van deze richtlijnen.





3. Verwijzing naar de tweede lijn - gegevensoverdracht

Huisarts doet overdracht van patiëntgegevens via Zorgdomein en vermeldt:

- Relevante voorgeschiedenis
- Beloop
- Ingezette (niet-)medicamenteuze maatregelen en hun resultaat
- Lab uitslag: (NT-pro)BNP, Hb, Na, K, Kreat, eGFR, TSH, glucose, totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden
- Uitdraai ECG meegeven aan patiënt
- Indien bekend reanimatiebeleid vermelden (wel/niet besproken; wel/niet reanimeren).
- Actuele medicatie





4. Uitgangspunten diagnostiek en behandeling in de tweede lijn

4.1 Reguliere verwijzing cardioloog (<4 weken)

Patiënt ondergaat verdere diagnostiek in ziekenhuis:

- Echografie van het hart
- Consult cardioloog
- Diagnose en (voorlopig) behandelplan op schrift
- Direct verslaglegging aan huisarts (binnen 3 werkdagen)
- Eventuele vervolgspraken
- Zo nodig aanvullend onderzoek.

Zoek naar etiologie : Aandacht voor comorbiditeit!

Cardiovasculair

- Ischemie
- Hypertensie
- Klepvitia
- Atriumfibrilleren/atriumflutter
- Diastolische dysfunctie
- Bradycardie
- Ventriculaire aritmie

Niet cardiovasculair

- Anemie
- OSAS
- COPD
- Nierinsufficiëntie
- Schildklierfunctiestoornis
- Diabetes mellitus
- Ijzergebrek
- Intoxicaties
- Adipositas



Mogelijke acties:

- Bij bevestiging hartfalen wordt naar de oorzaak van het hartfalen gezocht en start de cardioloog met een (voorlopig) behandelplan.
- Indien er onverwacht andere cardiologische problematiek wordt vastgesteld, wordt de cardioloog de hoofdbehandelaar.
- Indien er GEEN sprake is van hartfalen en/of niet-cardiologische problematiek, wordt patiënt terugverwezen naar de huisarts.

4.2 Eenmalig advies consult cardioloog na ECHO hart (> 4 weken)

Patiënt ondergaat verdere diagnostiek in ziekenhuis:

- Alleen echocardiogram + behandeladvies van de cardioloog en dan rotour naar huisarts. Huisarts neemt daarna het behandel beleid weer over.

Mogelijke acties:

- Indien er onverwacht andere cardiologische problematiek wordt vastgesteld, wordt patiënt intern doorverwezen en wordt de cardioloog hoofdbehandelaar.

5. Behandeling Hartfalen

5.1 Voorlichting en begeleiding

Voorlichting over hartfalen, het belang van de (medicamenteuze) behandeling, het aandeel van zelfzorg en de noodzaak van het met enige regelmaat bewaken van het lichaamsgewicht (advies: 2x per week bij stabiele patiënt en dagelijks bij exacerbatie) is van groot belang. Patiënten met hartfalen en verminderde ejectiefractie krijgen, behalve voorlichting en informatie over wegen, instructies over andere leefregels zoals vocht- en natriumbeperving, stoppen met roken en worden intensief begeleid in het omgaan met hartfalen en het vroegtijdig signaleren van verergering van hartfalen en zelftitratie van diuretica. Deze signalen worden afgestemd op de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de motivatie en mogelijkheden van de patiënt. De patiënt ontvangt schriftelijke informatie wie zij kunnen benaderen indien deze signalen worden waargenomen.

De voorlichting kan worden gedaan door een verpleegkundig specialist/physician assistent hartfalen/gespecialiseerd verpleegkundige hartfalen in de tweede/derde lijn of - in overleg met de huisarts - door de praktijkondersteuner huisarts (POH), met aandachtsgebied en geschoold in hartfalen in de huisartspraktijk.

Niet-medicamenteuze behandelingen:

Voorlichting:

- Vochtbeperking 1,5 -2 liter (NYHA-III-IV)
- Natriumbeperving (natriumarm dieet)
- Bepalen cardiovasulair risicoprofiel
- Oorzaak, klachten en symptomen hartfalen
- Symptomen hyper- en hypovolemie
- Medicatie; gebruik, werking en bijwerkingen
- Belang van gewichtscntrole
- Flexibel diureticabeleid
- Activiteit- en rustpatroon
- Stoppen met roken
- Alcoholinname
- Jaarlijkse griepvaccinatie
- Reizen/autorijden
- Werkaspecten
- Seksualiteit

Verwijsmogelijkheden:

- Hartrevalidatie (donitie, balans activiteit/rust)
- Diëtist
- Thuiszorg
- Diabetesverpleegkundige/internist
- Maatschappelijk werk
- Seksuoloog
- Ergo/fysiotherapeut
- Slaapcentrum
- Nefroloog (eGFR \leq 30 ml/min/1.73m²)
- Geriater
- Palliatief team





5. Behandeling Hartfalen

5.2 Hartfalen met een verminderde ejectiefractie (HFrEF) (LVEF <40%)

In het geval van hartfalen met verminderde LV functie, **Heart Failure reduced Ejection Fraction (HFrEF)** wordt er gestart met hartfalenmedicatie. Deze medicatie wordt optimaal opgetitreerd volgens de richtlijnen. Klachten zoals kortademigheid en verminderd vermogen bij inspanning en enkeloedeem kunnen een teken zijn van overvulling en dienen in dat geval met lisdiuretica behandeld te worden. Lisdiuretica hebben echter geen prognostisch effect, in tegenstelling tot RAS-remmers (angiotensine-converting enzyme inhibitors of alternatief angiotensine receptor blokkers, ARB), bètablokkers, mineralocorticoïde receptor antagonisten (MRA) of angiotensine receptor neprilysine inhibitors (ARNI).

Recent is aangetoond dat SGLT2-remmers in aanvulling op de onderstaande therapie een verbetering van de prognose geven bij patiënten met HFrEF. Behandeling met deze middelen (b.v. dapagliflozine, empagliflozine) kan, uitsluitend door de 2e lijn, overwogen worden bij HFrEF patienten, omdat deze middelen de kans op exacerbaties van hartfalen bij deze patiëntengroep verlagen

| MEDICAMENTEUZE BEHANDELING | | | 1e lijn | 2/3e lijn |
|--|------------------------------------|---------------------|---|-----------|
| HARTFALEN met SYMPTOMISCH HFrEF | | | | |
| Diurectia indien er sprake is van overvulling om symptomen te verlichten | | | | |
| ACE-remmer / bètablokker: beiden maximaal optitreren (HF <70/min, RR systolisch < 100mmHg of symptomen van orthostase) | | | | |
| Nog NYHA klasse II-IV en LVEF ≤ 35% ? | | | | |
| Voeg spironolacton of eplerenonetoe (cave eGFR < 30ml/min/1.73m ² of K > 5,0 mmol/l) | | | | |
| Nog NYHA klasse II-IV en LVEF ≤ 35% (na minimaal 3 mnd optimale medicamenteuze therapie) | | | | |
| ja | ja | ja | Algemeen <ul style="list-style-type: none"> Overweeg hydralazine i.c.m. nitraat: bij negroïde patiënten of bij intolerantie ACEi en ARB Overweeg ijzersuppletie bij symptomatische patiënten met ijzer deficiëntie (serum ferritine <100 µg/L, of serum ferritine 100-299 µg/L en transferrinesaturatie <20%) Overweeg antistolling (bijv. bij aneurysma, spontaan contrast) Bij ischemisch hartfalen > statine Digoxine: bij atriumfibrilleren met HF > 80/min in rust Cave NSAID's of COX-2 remmers Cave thiazolidinedionen | |
| SR en QRS ≥ 130 ms? | Verdraagt pt ACE remmer (of ARB) ? | SR en HF ≥ 70/min ? | | |
| ja | ja | ja | | |
| Overweeg resynchronisatie | ARNI ipv ACE-remmer | Voeg ivabradine toe | | |



5. Behandeling Hartfalen

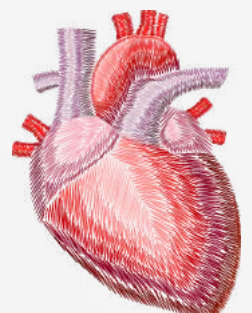
5.3 Hartfalen met mid-range ejectiefractie (HFmrEF) (LVEF 40-49%)

Bij hartfalen met een LV functie van 40-49% is sprake van **Heart Failure mid-range Ejection Fraction (HFmrEF)**. De behandeling voor deze patiëntengroep is gelijk aan patiënten met een verminderde ejectiefractie. Behalve dat er geen eventuele switch naar een ARNI wordt gemaakt, er geen indicatie voor ivabradine is en er geen indicatie voor resynchronisatie is.

5.4 Hartfalen met een behouden ejectiefractie (HFpEF) (LVEF \geq 50%)

Over het algemeen kan de behandeling van hartfalen met behouden LV functie, **Heart Failure preserved Ejection Fraction (HFpEF)** in de eerste lijn plaatsvinden. De behandeling bestaat o.a. uit lisdiuretica bij tekenen van overvulling (waarbij gestreefd moet worden naar een zo laag mogelijke dosering lisdiureticum als patiënt ontwaterd is). Hartfalen medicatie (RAS-remmers, B-blokkers en MRA) leiden niet tot een vermindering van mortaliteit bij patiënten met HFpEF. Wel dient de bloeddruk adequaat behandeld te worden en men moet beducht zijn op het optreden van paroxismaal atriumfibrilleren (door verhoogde vullingsdrukken met atriale dilatatie), aangezien dit consequenties heeft voor de behandeling (o.a. antistolling en symptomen).

Patiënten met onderliggende aandoeningen als klepvitiae, ritmestoornissen en pulmonale hypertensie kunnen onder behandeling blijven van de cardioloog.



6. Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

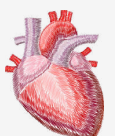
Bij patiënten met hartfalen kan terugverwijzing naar de eerste lijn plaatsvinden. Bij een terugverwijzing wordt het behandelbeleid van de cardioloog gecontinueerd. In de huisartsenpraktijk wordt de patiënt regelmatig gecontroleerd op medicatiegebruik, klachten, leefstijl etc.

Terug verwijzing naar de eerste lijn kan worden overwogen bij:

- Patiënten met hartfalen met behouden ejectiefractie (HFpEF), tenzij (verdenking op) bijkomende cardiologische of pulmonale pathologie dit niet toelaat (bijv. hartklepafwijkingen, ritmestoornissen, pulmonale hypertensie).
- Patiënten met hartfalen met midrange ejectiefractie (HFmrEF), tenzij (verdenking op) bijkomende cardiologische of pulmonale pathologie dit niet toelaat.
- Patiënten met HFrEF (LVEF<40%) die hersteld zijn na behandeling van het hartfalen (>10% absolute verbetering LVEF en LVEF >40%) zonder ander actief cardiaal lijden. Bij deze patiënten dient medicatie altijd gecontinueerd te worden. Tenzij de onderliggende oorzaak behandeld (b.v. ischemie opgeheven middels PCI/CABG, interventie aan klepaandoening), dan is er de mogelijkheid om bepaalde medicatie te verminderen.
- Kwetsbare ouderen met hartfalen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is. Huisarts/POH kan zo nodig overleggen met cardioloog.
- Wanneer een patiënt in de terminale fase van het hartfalen geraakt en er geen zinvolle behandeling in het ziekenhuis mogelijk is.

In de huidige RTA is er voor gekozen om patiënten met hartfalen met persisterend verminderde ejectiefractie (LVEF <40%), die optimaal behandeld zijn (zowel medicamenteus als niet-medicamenteus, incl. analyse etiologie), voornamelijk **niet terug te verwijzen naar eerste lijn, tenzij er sprake is van een kwetsbare oudere of als patiënt in de terminale fase van het hartfalen is geraakt.**

Na terugverwijzing door de cardioloog naar de huisarts wordt de patiënt, binnen de door de cardioloog aangegeven termijn, op het spreekuur gezien. Vervolgcontrole in de eerste lijn vindt, afhankelijk van de situatie, eenmaal per 3-12 maanden plaats. Wij adviseren om in het 1e jaar patiënten elke 3 maanden te zien en na het eerste jaar bij een stabiele patiënt jaarlijks.



7. Informatieoverdracht naar de eerste lijn

Over de informatieoverdracht naar de eerste lijn zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Binnen 3 weken na het eerste polibezoek ontvangt de huisarts een brief;
- Uiterlijk 3 **weken na afronding/ontslag** vanuit de poli krijgt de huisarts **een brief** met alle diagnostische en therapeutische bevindingen;
- De cardioloog rapporteert minimaal jaarlijks over patiënten die langer in zorg blijven, maar in ieder geval na belangrijke wijzigingen in beleid.

Bij een terugverwijzing stuurt de cardioloog of verpleegkundig specialist hartfalen een bericht van terugverwijzing naar de huisarts, waarna de huisarts hoofdbehandelaar is. De cardioloog is verantwoordelijk voor de schriftelijke overdracht.

In de informatieoverdracht staat vermeld:

- Dat er sprake is van een **terugverwijzing naar de huisarts**. Dit leidt vanuit de huisartspraktijk tot de volgende acties;
 - De huisartsenpraktijk zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het spreekuur binnen 3 maanden na het laatste polibezoek.
 - Indien sprake is geweest van een klinische opname legt de huisarts binnen 1 week een visite af.
 - Bij terminaal hartfalen wordt, nadat de patiënt door de cardioloog uitgebreid voorgelicht is, de huisarts telefonisch op de hoogte gebracht.
- Laatste meetwaarden (bloeddruk, gewicht, pols, ECG, laboratorium waarden);
- Afwijkende meetwaarden worden apart in de brief vermeld;
- Type hartfalen (HF_rEF / HF_pEF / HF_mrEF);
- Huidige klachten;
- Leefstijladviezen;
- Huidige medicatie met dosering en indicatie;
- Hoe te handelen bij verslechtering van hartfalen;
- Welke controles (nierfunctie etc.) er wanneer nodig zijn;
- Contactpersoon in het ziekenhuis met bijbehorende contactgegevens voor de huisarts/POH indien terugverwijzen naar het ziekenhuis nodig is;
- Indien er sprake is van een elektronisch device, zoals bijv. CRT/Dof ICD, vermelding van merk device, instellingen en contactgegevens pacemakertechnicus. (Bijv. voor het tijdig aanpassen van de tachytherapie (o.a. shock) in de palliatieve situatie, in principe zijn er geen aanpassingen nodig bij een pacemaker zonder ICD functie in palliatieve setting);



Dit document is opgesteld door de regionale projectgroep Hartfalen, bestaande uit de volgende leden:

Reinier de Graaf Gasthuis:

Dhr. J. Aalberts
Cardioloog

Mw. S. Spanjaard
Hartfalenverpleegkundige

Franciscus Gasthuis en Vlietland:

Mw. A. Hendrix
Cardioloog

Dhr. H. Werner
Cardioloog

Mw. M. Heijkoop
Hartfalenverpleegkundige

Zorgorganisatie Eerste Lijn:

Dhr. T. Tumkaya
HVZ kaderhuisarts

Dhr. R. van der Putten
Astma/COPD kaderhuisarts

Mw. W. Ottenkamp
Diabetes kaderhuisarts

Mw. N. van den Berge
Diabetes verpleegkundige ZEL

Mw. H. Toussaint
HVZ verpleegkundige ZEL

Dhr. R. Lok
Programmamanager ZEL

Bijlage 1. Lijst contactpersonen ziekenhuizen

Franciscus Gasthuis en Vlietland

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 16.00u

Locatie Vlietland: 010-8931225

Locatie Gasthuis: 010-4616911

Hartfalenpoli@franciscus.nl

Hartfalenverpleegkundigen:

Mw. F. Van Vliet, Mw. M. Heijkoop,
Mw. S. van Toorn, Mw. N. Slingeland

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen:

Mw. Dr. A. Hendrix

Voor telefonisch contact met de dienstdoende cardioloog:

Vlietland: 010-8935275 - Tel. nr locatie Gasthuis: 010-4617490

Reinier de Graaf Gasthuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 10.00 – 12.00u
(uitsluitend voor patiënten die al bekend zijn)

015-2604256

Polihartfalen@rdgg.nl

Hartfalenverpleegkundigen:

Mw. S. Spanjaard, Dhr. M. de Laat

Physician assistant hartfalen (in opleiding):

Mw. K. van Grevenhof,

Mw. J. Leseman

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen:

Dhr. dr. J.J.J. Aalberts,

Dhr. J. Schipper, Mw. dr. M. van Vliet

Voor telefonisch contact met de dienstdoende cardioloog:

015-2603336