

Multidisciplinair
zorgprogramma hartfalen
in de huisartsenpraktijk



hadoks

Multidisciplinair zorgprogramma hartfalen

In dit document vindt u informatie over het zorgprogramma hartfalen. Ook verwijzen wij naar externe documenten en websites. Deze links zijn te herkennen aan de oranje onderstreepte tekst.

Hartfalen

Hartfalen (HF) ontstaat doordat de pompfunctie (slagvolume) van het hart tekort schiet. Dit leidt ertoe dat mensen kortademig worden bij (geringe) inspanning, eerder moe zijn, minder fysieke inspanningen aankunnen, vocht vasthouden en 's nachts kortademig kunnen zijn. Vooral in de laatste levensjaren kan de kwaliteit van leven hierdoor sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken¹.

Prognose van hartfalen

Hartfalen heeft een slechte prognose, de gemiddelde vijfjaarsoverleving is ongeveer 45%. Van de mensen die opgenomen worden in het ziekenhuis met als diagnose hartfalen is binnen een jaar 40% overleden of heropgenomen in het ziekenhuis². Circa 25% van alle mensen boven de 70 jaar krijgt te maken met hartfalen³. Patiënten hebben intensieve zorg nodig, wat vaak een langdurige opname inhoudt. De gemiddelde ligduur is landelijk 6-9 dagen.

Prevalentie

Met de toenemende vergrijzing en de verbeterde medische behandelmogelijkheden neemt de prevalentie van hartfalen toe. Naar schatting leven er bijna 227.000 mensen met hartfalen in Nederland en krijgen 40.000 mensen jaarlijks voor het eerst de diagnose hartfalen⁴.

¹ LTA Hartfalen, 5 november 2015

² Rutten et al, Hartfalen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 5 juni 2014

³ Mulder et al, Hartfalen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 28 mei 2014

⁴ www.hartstichting.nl

Doel van de ketenzorg hartfalen

Het doel van dit zorgprogramma is het bevorderen van optimale ketenzorg en behandeling van patiënten met chronisch hartfalen. Middels een individueel zorgplan en goede transmurale afspraken wordt zorg op maat geleverd. Door regelmatige controles wordt achteruitgang van de patiënt vroegtijdig gesignaleerd waardoor mogelijk heropnames voorkomen kunnen worden.

De samenwerking tussen huisarts en cardioloog is aan de hand van regionale afspraken zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of cardioloog de patiënt behandelt door:

- actief symptomen van hartfalen zoveel mogelijk te bestrijden om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.
- adequaat op te treden bij (acute) verslechtering waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
- optimale zorg te realiseren, om zo afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit te realiseren.

Wanneer kan ik als praktijk deelnemen aan het zorgprogramma hartfalen?

- Praktijk neemt deel aan ketenzorgprogramma CVRM-HVZ
- Voor de start van DBC-hartfalen heeft de praktijk middels dossieronderzoek vastgesteld wie in aanmerking komt voor inclusie in de keten:
 - **K77 Decompensatio cordis.** Opsporen van al bekende hartfalen patiënten (diagnose middels echo van het hart) en het indelen in één van de patiëntencategorieën: stabiele patiënt (NYHA I en II), zeer kwetsbare oudere of terminale patiënt
 - Bij stabiel hartfalen (NYHA I en II) met hoofdbehandelaar specialist, overweeg wijziging hoofdbehandelaar naar huisarts
 - **Opsporen van patiënten** zonder bevestigde diagnose hartfalen. Proces starten zoals bij een nieuwe patiënt, bijvoorbeeld op basis van een korte consultatie met echo van het hart. Ook wordt er dossier onderzoek verricht bij patiënten met onderstaande ICPC's en ATC coderingen:

K77	Decompensatio cordis (zowel K77.01 als K77.02)
K82	Cor pulmonale
K84.03	Cardiomyopathie
A89.01	Aanwezigheid pacemaker/aanwezigheid defibrillator
ATC codering: C03CA01 (furosemide) en C03CA02 (bumetanide)	
ATC codering: C03DA01 (spironolacton) en C03DA04 (eplerenon, inspra)	

- Er zijn voldoende praktijkondersteuner uren ter beschikking
- Praktijkondersteuner en huisartsen hebben voldoende kennis van het ziektebeeld hartfalen. Hartfalenzorg wordt verleend volgens de NHG-standaard M51 Hartfalen en conform de Regionale Transmurale Afspraken (RTA)
- De basisscholing georganiseerd door Hadoks wordt binnen het jaar gevolgd door huisarts en praktijkondersteuner.
- Training on the job door de gespecialiseerd verpleegkundige hartfalen (4 uur)
- Huisarts en praktijkondersteuner hebben gestructureerd overleg
- Streefwaarden procesindicatoren DBC Hartfalen zijn uiterlijk een half jaar na aanvang DBC behaald
- Mogelijkheid tot het maken van een ECG is geborgd.

Welke patiënt kan ik includeren?

Patiënt voldoet aan de onderstaande criteria:

- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- Huisarts hoofdbehandelaar:
 - Patiënten met diagnose hartfalen die na behandeling in de 2e lijn stabiel zijn ingesteld of bij wie geen (verdere) therapeutische interventie mogelijk of noodzakelijk is (stabiele patiënt).
 - Patiënten voor wie het wegens fragiliteit en hoge leeftijd bezwaarlijk is de cardioloog te bezoeken (zeer kwetsbare oudere).
 - Patiënten die in een terminaal stadium van hartfalen verkeren (terminale patiënt).
- Patiënt ≥ 18 jaar
- Diagnose Hartfalen: ICPC K77 (K77.03 voor HFpEF en K77.04 voor HFmEF en HFrEF) op basis van echo cor

Voor een uitgebreide handleiding over in- en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's verwijzen we u naar het document [Handleiding in- en exclusie ketenzorgprogramma's](#).

Welke patiënt kan niet deelnemen aan het ketenzorgprogramma hartfalen?

- Patiënt is onder behandeling van de cardioloog
- Patiënt wil/ kan niet
- Andere reden, bijv. naar oordeel van behandelend arts

Zorgproces

1. Diagnostiek en verwijzing 2^e lijn: zie [RTA hartfalen Regio Haaglanden](#)
2. Wanneer wordt terugverwezen naar 1^e lijn
 - Indien er GEEN sprake is van hartfalen dan verwijst cardioloog de patiënt terug naar de huisarts.
 - Indien er niet-cardiologische problematiek wordt vastgesteld wordt patiënt terugverwezen naar de huisarts.
3. Controles in de huisartsenpraktijk

Controles in de huisartsenpraktijk

Schakelconsult huisarts

Tijdens het eerste consult bespreekt de huisarts de diagnose hartfalen en geeft uitleg over de wijze waarop de praktijk de zorg voor de patiënten met hartfalen geeft. De huisarts vervolgt de medicamenteuze behandeling die is ingezet in de 2^e lijn, geeft uitleg over ketenzorg en bepaalt de NYHA-klasse naar aanleiding van onderstaande tabel. Vervolgens wordt de patiënt verwezen naar de praktijkondersteuner.

NYHA functionele classificatie; ernst gebaseerd op symptomen bij inspanning	
Klasse I	Geen beperking van het inspanningsvermogen. Normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse II	Enige beperking van het inspanningsvermogen. In rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse III	Ernstige beperking van het inspanningsvermogen. In rust geen of weinig klachten maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of dyspneu.
Klasse IV	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Consult praktijkondersteuner Frequentie consulten:

- NYHA-klasse I: 1x per 6 maanden
- NYHA-klasse II en III: 1x per 3 maanden

Aandachtspunten bij eerste controle

Anamnese

- Voorgeschiedenis en co-morbiditeit
- Hart- en vaatziekten in familie
- Compliance van medicatie en leefstijl
- Vermijden van NSAID-gebruik
- Roken, alcohol, lichaamsbeweging
- Woonomstandigheden
- Mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen
- Wensen patiënt (IZP)
- Welbevinden
- Klachten: kortademigheid, pijn op de borst, inspanningstolerantie, dyspnoe, orthopnoe, duizeligheid, hartkloppingen, nachtelijk plassen
- Oedeem, gewichtstoename
- Eetlust
- Medicatie
- Vochtstatus

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek

- ECG in overleg met huisarts
- Jaarlijkse griepvaccinatie
- Lab: Na, K, creatinine (eGFR) en op indicatie glucose, lipidenspectrum

Uitleg ziektebeeld

- Wat is hartfalen: kennis van het ziektebeeld
- Wat is een gezonde leefstijl
- Wat zijn behandelmethode
- Wat zijn risicofactoren
- Wat zijn complicaties
- Welke invloed is er op psychosociaal en lichamelijk vlak
- Voorlichting voor mantelzorgers
- Bijzondere situaties: ziekte, vakantie
- Uitgifte schriftelijke patiëntenvoorlichting

Individueel Zorgplan

Ter ondersteuning van zelfmanagement wordt een individueel zorgplan opgesteld, hierin staat belangrijke informatie zoals:

- Welke doelen voor de hartfalenzorg met de patiënt zijn afgesproken
- Welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen
- Welke begeleiding de patiënt krijgt
- Welke onderzoeken zijn nodig en wat betekenen die
- Therapietrouw
- Keuzes maken
- Medicatie aanpassen
- Wat zijn tekenen van verslechtering
- Hoe wat en wanneer wordt gecontroleerd
- Of streefwaarden zijn bereikt en bijgesteld
- Wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid

Kortom: in het zorgplan staan de **proceskenmerken** (wie doet wat en wanneer) en de **concrete resultaten/afspraken**.

Adviezen

Adviezen klasse I:

- Stoppen met roken, voldoende beweging
- Zoutbeperking (geen zout aan -voedsel toevoegen) = < 6 gram zout per dag
- Vochtbeperking < 2 liter per dag
 - Matig met alcohol en geen alcohol indien de etiologie van het hartfalen is
 - Regelmatig wegen; optimaal gewicht (BMI <25)

Extra bij klasse II:

- Dagelijks bewegen eventueel met bewegingsprogramma (overweeg verwijzing naar fysiotherapeut of beweegcoach)
- Minimaal 3x per week wegen

Extra bij klasse III:

- Vochtbeperking 1,5 liter (minimaal en maximaal)
- Dagelijks gewicht controle

NYHA-klasse

De Praktijkondersteuner bepaalt de NYHA-klasse en noteert deze in het Chronisch zorg protocol in HIS

Registratie

Chronisch zorg protocol in het eigen HIS

Vervolgconsulten

Samenvatting

- Bespreken van Individueel Zorgplan (IZP)
- Inventarisatie van klachten en verschijnselen die kunnen wijzen op verslechtering van hartfalen
- Inventarisatie van compliance/ leefstijl en therapie
- Bepalen van het gewicht, bloeddruk en pols

Anamnese

- Welbevinden
- Klachten: kortademigheid, pijn op de borst, inspanningstolerantie, dyspnoe, orthopnoe, duizeligheid, hartkloppingen, nachtelijk plassen.
- Oedeem, gewichtstoename
- Eetlust
- Vochtstatus
- Roken, alcohol
- Medicatie
- Compliance van medicatie en leefstijl
- Follow up afspraken
- Evalueren doelen zorgplan

Lichamelijk onderzoek

- Lengte, gewicht, BMI
- Bloeddruk, pols (ritme, frequentie)
- Aanwezigheid oedeem

Aanvullend onderzoek

- ECG in overleg met huisarts
- Lab: Na, K, creatinine (eGFR) en op indicatie glucose, lipidspectrum

Individueel Zorgplan

- Evalueren medicatiebeleid
- Bespreken controleschema
- Evalueren individueel zorgplan: zelfmanagement, leefstijl, therapietrouw

Adviezen

Leefstijl- / voedingsadviezen: Zie 1^e controle

Patiënt neemt contact op met praktijkondersteuner bij:

- Gewichtstoename >2 kg binnen 3 dagen
- Toename oedeem
- Toename dyspnoe
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Toename orthopnoe en nycturie (verhoogde nachtelijke urineproductie)
- Hartkloppingen
- Duizeligheid

NYHA-klasse

De praktijkondersteuner bepaalt de NYHA-klasse en noteert deze binnen het Chronische zorg protocol in het HIS.

Aanvullende informatie

Informatie voor patiënten is te vinden op de volgende websites:

- www.thuisarts.nl/hartfalen/ik-heb-hartfalen
- www.apotheek.nl
- www.heartfailurematters.org
- www.hartstichting.nl
- <https://harteraad.nl>

Kwetsbare ouderen en palliatieve of terminale patiënten

Voor deze groep patiënten is controle in de tweedelij niet zinvol of gewenst. Bij het opstellen van een individueel zorgplan, wees terughoudend met aanvullend onderzoek. Nadruk ligt op kwaliteit van leven, voorkomen van ziekenhuisopnames en beperken van ziektelast. Frequentie volgens individueel zorgplan (zo mogelijk combineren met controles ouderenzorg, CVRM, diabetes en/of COPD). Terughoudendheid met terugverwijzen naar cardioloog.

Zie hiervoor het protocol 5, zoals vastgesteld in regio Groot Leiden:

- Connect Hartfalen Protocol 5A: [Medische overdracht palliatieve fase hartfalen.](#)
- Connect Hartfalen Protocol 5B: [Patiënten informatie palliatieve fase](#)
- Connect Hartfalen Protocol 5C: [Stappenplan Palliatieve fase hartfalen.](#)

Overleg praktijkondersteuner en huisarts

Aandachtspunten voor overleg:

- Verslechtering in NYHA-klasse
- Toename oedeem, dyspnoe, orthopnoe of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen of pijn op de borst
- Duizeligheid
- Therapieontrouw
- Irregulaire pols (nieuw) of hoge hartfrequentie
- Bij herhaling stijging van systolische bloeddruk >20 mm/of bij lage SBD met klachten
- Gewichtstoename > 2 kg binnen 3 dagen
- Afwijkende lab-uitslagen

Overleg huisarts en cardioloog

Verwijzing naar / overleg met cardioloog door huisarts:

- Acute verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium/ritmestoornis)
- Angineuze klachten
- Nieuwe ECG-afwijkingen
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
- Nieuwe inzichten of behandeling voor hartfalen

Op indicatie: ECHO cor via eenmalig consult cardioloog

Aanvullende informatie

- Voor spreekuurondersteuning zie de Hadoks-website
- Voor advies over no-show beleid en geen programmatische zorg, [klik hier](#) en zie pagina 9 t/m 11.

Medicatie

De medicatie bij stabiele hartpatiënten wordt ingesteld door de cardioloog. Zie ook de [NHG-richtlijn Hartfalen](#) voor de medicamenteuze behandeling.

Bij zeer fragiele oudere hartfalenpatiënten en bij patiënten met terminaal hartfalen wordt een individueel medicamenteus beleid gevoerd (eventueel in overleg met de cardioloog).

VIPLive maakt voor de zorgprogramma's gebruik van op maat gemaakte protocollen binnen de beschikbare HIS-en. De patiënt (met de juiste ICPC, hoofdbehandelaar huisarts en deelname ketenzorg Ja) wordt in het HIS geïncludeerd voor het Chronische zorg protocol.

Voor het verwijzen naar ketenpartners of het registreren van ketenzorgverrichtingen maak je gebruik van VIPLive.

Meer informatie over het gebruik van VIPLive is [hier](#) terug te vinden.

De drie pijlers waarop het gebruik van VIPLive gebaseerd is, zijn:

1. Consultregistratie
2. Communicatie ketenpartners
3. Declaratie
4. Consultatie Expertteam Hadoks

Voor een uitgebreide handleiding over het gebruik van het Chronische zorg protocol zie de [VIPLive Q&A pagina](#) en klik onder het kopje 'Hoe vind ik de protocollen voor mijn HIS' op de betreffende HIS. Voor ondersteuning stuur een email naar: chronischezorg@hadoks.nl

Voor overige VIPLive vragen bel de helpdesk van VIPLive www.viplive.nl of op 088 5281 020.

Verwijzen binnen de eerstelijns

Patiënten met hartfalen worden door de huisarts of praktijkondersteuner doorverwezen voor:

Stoppen Met Roken

- Voor stoppen met roken kan verwezen worden naar een stoppen met roken coach voor individuele- en/of groepsbegeleiding. Voor meer informatie zie de factsheet van SMR [op onze website](#)

Voedingsadvies bij een diëtiste

Verwijzen naar de diëtiste gebeurt via het VIPLive o.b.v. het verwijzingsprotocol voedingsadvies bij hartfalen.

Bewegadvies bij een fysiotherapeut / bewegcoach

- Patiënten die niet voldoen aan de Nederlandse norm Gezond Bewegen en dit drie maanden na het advies van de praktijkondersteuner nog niet hebben opgepakt.
- Patiënten waarbij dusdanig beperkende voorwaarden zijn dat niet verwacht kan worden dat de patiënt kan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, maar waarbij wel een verbetering van de beweegactiviteit in- en/of buiten huis nodig en mogelijk is.
- Patiënten met hartfalen in de postrevalidatiefase waarbij (levenslange) training noodzakelijk is en/of waarbij de verwachting is dat de patiënt snel zal vervallen in een inactieve leefstijl.

Contra-indicaties voor fysiotherapie

- Acute ziekten
- Hemodynamisch ernstige aortastenose of mitralisklepstenose
- Hartklepinsufficiëntie die een indicatie vormt voor chirurgie
- Een recente longembolie (< drie maanden geleden) die hemodynamisch zwaar belastend is
- Hartinfarct in de drie weken voorafgaand aan de training
- Boezemfibrilleren met een hoge kamerrespons in rust (> 100 per minuut)
- Ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht en concentratie)

Stoppen met roken en voedingsadvies zijn gecontracteerd binnen de ketenzorg van Hadoks. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners waar naar verwezen kan worden, kunt u vinden [op onze website](#).

Mogelijkheid teleconsultatie

De gespecialiseerd verpleegkundige en kaderhuisartsen van Hadoks bieden de huisarts en praktijkondersteuner ondersteuning in de vorm van een digitaal consult (**voor niet-acute vragen**). De vraag zal binnen 5 werkdagen worden beantwoord. Communicatie vindt plaats via VIPLive en de huisarts blijft hoofdbehandelaar.

Kwaliteitsindicatoren

Procesindicatoren		
Indicator	Toelichting	Doel
Aantal patiënten met diagnose HF (ICPC K77)	Inclusie middels dossieronderzoek bij start implementatie. Looptijd minimaal 2 jaar	Substitutie van 2 ^e naar 1 ^e lijn
Percentage patiënten met HF en hoofdbehandelaar huisarts		
Percentage patiënten met HF en hoofdbehandelaar specialist		
Procesindicatoren bij patiënten met hoofdbehandelaar huisarts		
Aantal patiënten met HF met ACE/ARB		Optimale medicatie bij systolisch HF
Aantal patiënten met HF met β blokker	Controle hartfrequentie	Optimale medicatie bij systolisch HF
Aantal patiënten met HF bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is bepaald		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarvan het rookgedrag bekend is		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF bij wie het gewicht is bepaald in de afgelopen 12 maanden		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarbij de eGFR is bepaald in de afgelopen 12 maanden		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma
Aantal patiënten met HF waarbij de NYHA-klasse is bepaald		Optimaal zorgproces in de 1 ^e lijn conform zorgprogramma

Uitkomst indicatoren		
Indicator	Toelichting	Doel
Patiënt tevredenheid	Hoe meten? in de huisartsenpraktijk <ul style="list-style-type: none"> • vergelijken zorg 2^e lijn - 1^e lijn • 5 korte/eenvoudige vragen* • digitaal afnemen (survey monkey) 	Eigen regie patiënt

* De volgende vragen worden na minimaal zes maanden na overdracht van 2^e naar 1^e lijn aan de patiënt gesteld:

1. het is mij duidelijk waar ik terecht kan met vragen over hartfalenzorg;
2. ik heb vertrouwen in mijn huisarts wat betreft de deskundige behandeling m.b.t. hartfalenzorg;
3. ik voel mij geholpen als ik de huisarts of praktijkondersteuner bel met een vraag over mijn hartfalen;
4. ik kan altijd terecht bij de huisartsenpraktijk als ik mij zorgen maak over mijn hartfalen;
5. er zijn duidelijke afspraken met de huisarts en praktijkondersteuner gemaakt wanneer ik voor controle moet komen.

Declaratie

Als een patiënt in het HIS is opgenomen met registratie huisarts hoofdbehandelaar via het HADOKS chronische zorg protocol, de juiste ICPC-code en voldoet aan de gestelde meetwaarde (bloeddruk <18 maanden) dan komt deze in aanmerking voor declaratie. Hadoks declareert op basis van de stand in VIPLive per peildatum (1^{ste} dag van een kwartaal). Alle patiënten die voldoen aan de gestelde criteria, kunnen bij aanvang van het kwartaal ingediend worden door de huisarts via het bundeloverzicht binnen VIPLive.

Een handleiding voor het declareren van ketenzorg binnen VIPLive vindt u [hier](#).