



Stedelijke Transmurale Afspraak Hartfalen Amsterdam

Afspraken tussen eerste en tweede lijn

Opgesteld met medewerking van:

Ad Bakx, cardioloog BovenIJ Ziekenhuis
Nancy Colman, cardioloog OLVG
Louis Handoko, cardioloog Amsterdam-UMC, locatie VUMC
Loek van Heerebeek, cardioloog OLVG
Wouter Kok, cardioloog Amsterdam-UMC, locatie AMC
Petra van Pol, cardioloog OLVG
Aernout Somsen, cardioloog Cardiologie Centra Nederland
David Koetsier, huisarts
Steven van de Vijver, huisarts
Marjan Aertsen, verpleegkundig specialist hartfalen, OLVG

Inhoudsopgave

1. Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	4
2. Aanbevelingen huisartsenpraktijk: poliklinische niet acute verwijzing.....	6
3. Begeleiding, diagnostiek en behandeling in de 2 ^e lijn.....	7
4. Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn	9
5. Indicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn	11
6. eHealth, zorg op afstand	12
7. Dagcentrum/hartfalen lounge (indien aanwezig)	12
8. Palliatief traject	13
Bijlage 1: Protocol 1 - Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen	15
Bijlage 2: Protocol 2 - Diagnostiek en behandeling in 2 ^e lijn.....	16
Bijlage 3: Terugverwijzing naar de huisarts.....	17
Bijlage 4: Schema SGTLT2.....	18
Bijlage 5: Contactadressen	19

Deelnemende partijen:

De Stedelijke Transmurale Afspraak (STA) wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Amsterdam die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Amsterdam die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

Doelstelling

Het doel van de STA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze STA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Amsterdam en is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst.

Deze STA is gebaseerd op de [Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen 2015](#), de [ESC Guidelines for the treatment of acute and chronic heart failure 2021](#), de [NHG standaard Hartfalen mei 2021](#) en de [Leidraad Organisatie van intramurale hartfalenzorg van de NVVC 2022](#).

Bijlagen

- Bijlage 1: Protocol herkennen hartfalen
- Bijlage 2: Diagnostiek en behandeling in 2^e lijn
- Bijlage 3: Selectiecriteria voor terugverwijzing 1^e lijn
- Bijlage 4: Schema SGTLT2
- Bijlage 5: Contactadressen

1. Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij verdenking op acute milde decompensatio cordis de novo verwijst de huisarts dezelfde dag naar de polikliniek cardiologie, voert bloedanalyse uit en start medicatie in overleg met de cardioloog. Binnen 2 weken dient de cardioloog de patiënt te zien op de polikliniek.
- In geval van verdenking op ernstige decompensatio cordis (NYHA IV), instabiele patiënt of astma cardiale: ambulance bellen en zo mogelijk direct huisbezoek.
- Indien de huisarts als eerste arriveert, houdt deze de regie tot ambulancepersoneel er is en volgt beleid NHG standaard acuut hartfalen.
- Huisarts belt cardioloog om de komst van de patiënt aan te kondigen.

Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- De huisarts draagt de patiënt mondeling en schriftelijk over aan ambulancepersoneel.
- De huisarts schrijft verwijsbrief aan cardioloog met: personalia, aard/duur van de klachten, VG, actuele medicatie, reeds gegeven medicatie en effect daarvan, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, bereikbaarheid huisarts (intercollegiaal en/of mobiel nummer), stuurt de brief via ZorgDomein.

Informatieoverdracht van specialist naar huisarts

- De cardioloog informeert de huisarts binnen twee werkdagen na ontslag over:
 - De diagnose
 - De behandeling, het verloop, complicaties
 - Actuele medicatie
 - Verder behandelplan
 - Tele/digitale begeleiding.

Aanbeveling

De huisarts/ POH neemt na ontvangst van de eerste (ontslag-)brief na opname contact op met de patiënt, indien dit nodig wordt geacht door de cardioloog (bij voorkeur telefonische overdracht). Dit om het beloop te volgen en, waar nodig, onduidelijkheden voor de patiënt te bespreken met de behandelend cardioloog.

Controles na opname

- De eerste periode blijft de patiënt in principe onder behandeling van de cardioloog en de hartfalenpolikliniek (zie hoofdstuk 3).

Verwijzing hartrevalidatie:

Patiënten kunnen (vanaf de afdeling of polikliniek) worden aangemeld voor een hartrevalidatietraject:

- Voorlichtingsbijeenkomsten (medische informatie door verpleegkundige, gezonde voeding door diëtist, hoe verder door maatschappelijk werker en omgaan met hartziekte door psycholoog).
- Bewegingsprogramma.
- Ontspanningsprogramma.
- Leefstijlprogramma (emotie, stressmanagement, gezonde leefstijl).

2. Aanbevelingen huisartsenpraktijk: poliklinische niet acute verwijzing

- Bij verdenking hartfalen de novo op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek in de vorm van:
 - ECG: Elke huisartspraktijk zorgt ervoor dat ECG zelf beoordeeld kan worden en/of beschikt over mogelijkheid om ECG door te sturen naar cardioloog ter beoordeling
 - Lab NT-proBNP, Hb, CRP, Na, K, kreatinine, ureum, TSH, glucose, lipiden.
- Bij afwijkend ECG en/of verhoogd NT-proBNP:
 - Altijd verwijzen tenzij weinig vitale patiënt, waarbij diagnostiek/behandeling in 2^e lijn niet bijdragend is.
 - Bij hoge verdenking op hartfalen: leefregels (dagelijks wegen, vochtbeperking, zoutbeperking, lichaamsbeweging) en start medicatie (ip diuretica en/of ACE-remmer/ARB en/of bètablokker).
 - Starten van SGLT2, en Sacubutril/valsartan in het kader van hartfalen uitsluitend op de hartfalenpoli en poli cardiologie (zie bijlage 4).

Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- De huisarts schrijft verwijsbrief aan cardioloog met: personalia, aard/duur van de klachten, VG, actuele medicatie, reeds gegeven medicatie en effect daarvan, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, ECG, lab uitslagen, bereikbaarheid huisarts (intercollegiaal en/of mobiel nummer), en stuurt de brief via ZorgDomein.

Acties cardioloog

- Patiënt krijgt poli-afspraak met echo binnen 2 weken
- Indien geen hartfalen of significante andere cardiale problematiek: retour huisarts

3. Begeleiding, diagnostiek en behandeling in de 2^e lijn

Patiënten met bewezen hartfalen

- Patiënten die geen baat hebben bij verdere begeleiding/diagnostiek en/of behandeling via hartfalenpoli worden terugverwezen naar de huisarts, inclusief het verslag van de echo en advies t.a.v. de behandeling.
- Overige patiënten: diagnostiek en behandeling via hartfalenpoli en cardioloog.

Hartfalenpolikliniek eerste bezoek:

- NYHA klasse
- ECG
- Echo: Verslag bevat LVEF bepaling en beschrijving diastolische functie
- Medicamenteus behandelplan
- Diagnostisch plan bepalen en bespreken met patiënt:
 - Indicatie voor diagnostiek conform ESC richtlijn hartfalen
 - Additioneel laboratoriumonderzoek: calcium, leverbiochemie, schildklierfunctie, ferritine, ijzerbindingscapaciteit, urinezuur, vitamine B1
 - Genetisch onderzoek (idiopathische dilaterende CMP en hypertrofische CMP)
 - Leefstijladviezen, educatie (o.a. bereikbaarheid binnen/buiten kantoortijden, herkennen achteruitgang), begeleiding bij optitreren medicatie
- Verslaglegging naar huisarts van eerste bezoek hartfalenpolikliniek binnen 48 uur.
Daarbij classificeren:
 - HFpEF: hartfalen met behouden (*preserved*) LVEF ($\geq 50\%$)
 - HFmrEF: hartfalen met matige (*midrange*) LVEF (40-49%)
 - HFrEF: hartfalen met verminderde (*reduced*) LVEF ($< 40\%$)

Eventueel vervolg bezoeken hartfalen polikliniek:

- Verder optitreren hartfalenmedicatie op geleide van klachten, bloeddruk/hartfrequentie, vullingsstatus en nierfunctie/elektrolyten.
- Bezoeken aan hartfalenpolikliniek worden indien nodig nabesproken met cardioloog.
- Cardiologen organiseren minimaal 1 keer per week vast moment om met hartfalen polikliniek patiënten te bespreken.
- Beoordelen of patiënt geschikt is voor zorg op afstand.

Vervolg bezoek cardioloog 4 tot 6 weken na opname, minimaal 1 x per jaar bezoek aan de cardioloog:

- Beoordeling voortgang t.a.v. optitreren medicatie.
- Beoordeling voortgang t.a.v. diagnostisch plan.
- Herbeoordelen NYHA klasse.
- Echocardiogram, incl. beschrijving LVEF.
- Minimaal 1 x per jaar bezoek aan de Cardioloog.
- Evalueren doelen:
 - Medicatie optimaal?
 - Etiologie vastgesteld?
- Verslaglegging naar huisarts van beloop gedurende eerste 3 maanden behandeling Hartfalen poli.

Indien patiënt zich gedurende behandeling hartfalen poli bij huisarts meldt i.v.m. toename klachten:

- Huisarts of patiënt neemt dezelfde dag contact op met de hartfalenpolikliniek/ cardioloog
- Mogelijke acties:
 - Aanpassen medicatie
 - Extra bloedonderzoek ((NT-pro)BNP, nierfunctie, elektrolyten)
 - Extra bezoek hartfalenpolikliniek
 - Insturen EHH/SEH

4. Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

- Kwetsbare ouderen met hartfalen, waarbij polikliniek te belastend is: behandeling en follow-up via huisarts. Huisarts kan zo nodig overleggen met hartfalenpoli of cardioloog.
- Palliatief traject. Zie hoofdstuk 8.
- Stabiele HFpEF patiënten
- Stabiele (≥ 1 jaar) HFrEF patiënten (NYHA I-II) met een verbeterde LV ejectie fractie (LVEF) naar tenminste redelijke functie (indien LVEF beschikbaar: $> 40\%$) met geoptimaliseerde HF therapie komen in aanmerking voor terugverwijzing naar de 1e lijn, indien er **geen** sprake is van de volgende criteria:

Patiënten die niet worden terugverwezen:

- LVEF $\leq 40\%$, kwalitatief beoordeelde systolische LV functie als matig of slecht
- Aanwezigheid van cardiale devices,
- Matig/ernstig kleplijden,
- Niet gerevasculariseerd obstructief coronairlijden,
- Ritmestoornissen waarvoor anti-aritmica en/of evaluatie voor ablatie en/of device,
- Matig of slechte systolische RV functie.

Informatieoverdracht bij terugverwijzen van de tweede naar de eerste lijn

- Binnen een week na polikliniekbezoek bij de cardioloog/hartfalenpolikliniek ontvangt de huisarts de ontslagbrief met daarin:
 - Huidig gewicht, recent lab, laatste echo (incl.. systolische en diastolische LV functie), termijn gewenste controle.
 - De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendiagnosen.
 - Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling: hartrevalidatie.
 - Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur.
 - Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.
 - Indien van toepassing: resultaat hartrevalidatie volgt via een aparte brief.
 - Indien van toepassing: de behandelbeperkingen.
- Bij terugverwijzing van palliatieve of kwetsbare patiënt zal bij voorkeur een telefonische overdracht plaats vinden.

NHG controles in de stabiele fase:

- Controleer patiënten die de maximaal verdragen dosering van de medicatie hebben bereikt na 3 en na 6 maanden, en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is.
- Controleer op indicatie vaker, bijvoorbeeld bij variatie in klachten, bij ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²), bij kwetsbare ouderen en bij

patiënten met in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen door deze medicatie.

- Vraag naar klachten, onder andere inspanningsvermogen.
- Informeer naar therapietrouw en mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet bloeddruk, pols en gewicht.
- Bepaal eGFR plus kreatinine, natrium en kalium en eventueel NT-proBNP.
- Wees alert op (langzame) verergering van het hartfalen. Pas zo nodig de medicatie aan volgens het Stappenplan hartfalenmedicatie of overleg met de cardioloog.

Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

- De huisarts roept patiënt op voor het CVRM spreekuur binnen de door de cardioloog aangegeven termijn na ontvangst van de ontslagbrief (na einde policonroles).
- Vervolg controle via de huisarts vindt, afhankelijk van de situatie, 1 keer per 3-12 maanden plaats. Wij adviseren om in het 1^e jaar patiënten om de 3 maanden te zien.
- Herhaalreceptuur van medicatie die geïnitieerd is door de cardioloog kan worden verzorgd door de huisarts, waarbij de keuze van de medicatie onderbouwd is (zie informatieoverdracht)

5. Indicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn

Verwijzing

De huisarts verwijst patiënt terug naar de cardioloog bij het opnieuw optreden van klachten.

Verwijs direct naar EHH met ambulance in geval van verdenking op ernstige decompensatio cordis (NYHA IV), instabiele patiënt of astma cardiale:

- Ambulance bellen en zo snel mogelijk huisbezoek.
- Indien de huisarts als eerste arriveert, houdt deze de regie tot ambulancepersoneel er is en volgt beleid NHG standaard acuut hartfalen
- Huisarts belt cardioloog om de komst van de patiënt aan te kondigen.

Zie bijlage 5 voor contactadressen

Overleg met de cardioloog en/of hartfalenpolikliniek over de urgentie van verwijzing in geval van verdenking op acute milde decompensatio cordis:

- Huisarts verwijst dezelfde dag en start medicatie in overleg met de cardioloog.

Consultatie specialist

Veelal kan in plaats van verwijzing volstaan worden met de consultatie van de specialist of de hartfalenpolikliniek. Bijvoorbeeld voor korte vragen over de logistiek van verwijzing (op welke termijn/doet de huisarts eerst nog onderzoek), of advies bij wisselen medicatie bij intolerantie of niet bereiken van de streefwaarden.

Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Informatieoverdracht bij verwijzing en consultatie

Zie hoofdstuk 1.

6. eHealth, zorg op afstand

De verwachting is dat het aantal patiënten met hartfalen in Nederland in de toekomst sterk zal stijgen. De kwaliteit van leven kan door de symptomen van hartfalen sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het inpassen van leefregels in zijn leven en het vroegtijdig signaleren van symptomen van verslechtering van hartfalen en hier acties op ondernemen. Het belang van het optimaliseren van de kennis van patiënten en diens mantelzorgers over hartfalen gerelateerde onderwerpen is hierbij evident.

Voor patiënten met hartfalen zijn er diverse vormen van eHealth ontwikkeld; deze voorzien in het op afstand monitoren van voor de individuele patiënt relevante fysiologische parameters en symptomen van hartfalen (telemonitoring) en/of relevante leefstijlparameters en informatieverstrekking (tele-educatie). Hiermee krijgen patiënten met hartfalen de middelen aangereikt om het breed gedragen concept van zelfmanagement te vergroten.

In het gevarieerde zorglandschap van de regio Amsterdam bestaan verschillende initiatieven omtrent eHealth, waardoor brede ervaring opgedaan wordt m.b.t. zorginhoudelijke en logistieke aspecten.

7. Dagcentrum/hartfalen lounge (indien aanwezig)

Hartfalen betreft veelal een chronische en progressieve aandoening, waarbij episodes van relatieve stabiliteit afgewisseld kunnen worden met episodes van verslechtering. Deze verslechtering kan zich acuut of chronisch voordoen. Een verslechtering van hartfalen symptomen bij een patiënt bekend met chronisch hartfalen na een periode van klinische stabiliteit, waarvoor escalatie van therapie geïndiceerd is zonder de noodzaak voor een acute hospitalisatie of spoedeisende hulp presentatie wordt aangeduid met de term “worsening heart failure”.

Worsening heart failure leidt vaak tot een hartfalen hospitalisatie voor behandeling met intraveneuze diuretica. Gemiddeld bedraagt de opname duur in het ziekenhuis voor hartfalen patiënten circa 7 dagen. Recente initiatieven hebben geleid tot de mogelijkheid van het aanbieden van intraveneuze diuretica in dagbehandeling voor patiënten met worsening heart failure. Hierbij worden patiënten in dagbehandeling opgenomen op een specifieke afdeling in het ziekenhuis (Hartfalen lounge OLVG, cardiolounge AUMC, Dagcentrum BovenIJ ziekenhuis). Eventueel kan een vervolg dag opname nodig zijn indien verdere decongestieve therapie nodig blijkt.

Naast het aanbieden van intraveneuze diuretica bij patiënten met worsening heart failure, bestaat tevens via dagbehandeling (Hartfalen lounge OLVG, cardiolounge AUMC, Dagcentrum BovenIJ ziekenhuis, Stichting Cardiologie Amsterdam, CCN Observatie Unit Slotervaart) o.a. ook de mogelijkheid voor intraveneus ijzersuppletie voor hartfalen patiënten met ijzer deficiëntie.

8. Palliatief traject

Zie ook NHG standaard gepubliceerd mei 2021

Stappenplan palliatieve fase hartfalen:

1. Patiënt met eindstadium hartfalen

2. **Gezamenlijke besluitvorming:** patiënt en naaste(-n), cardioloog, hartfalenpolikliniek en huisarts. Cardioloog en/of verpleegkundig specialist voert slecht nieuwsgesprek met patiënt. In huisartspraktijk volgt dan een schakelconsult met bespreking van hoe thuis verder ondersteuning ingericht kan worden.

3. Besluitvorming: in principe geen ZH-opname

- Medische overdracht naar HA
- Verpleegkundige overdracht ZH naar verpleegkundige / POH
- Patiënten informatie Terminaal Hartfalen: www.heartfailurematters.org
- Indien nog geen deactivatie heeft plaatsgevonden: toelichting uitschakelen ICD shockfunctie
 - Patiëntfolder [Implanteerbare Cardioverter Defibrillator \(ICD\) en het levenseinde](#)

4. Regie behandeling overgenomen door HA

- Consultatie cardioloog/ hartfalen polikliniek
- Consultatie palliatief team

5. Aandachtspunten zorgplan

5.1 Zorgplan opstellen/aanpassen tijdens huisbezoek

Folder 'Wensen voor het leven in de laatste fase'. Website: www.heartfailurematters.org

5.2 Bespreken en vastleggen wensen levenseinde:

- reanimatie
- palliatieve sedatie
- euthanasie
- existentiële vragen
- plaats van overlijden.

5.3 Actueel medicatieoverzicht/noodmedicatie

5.4 Zo nodig inschakelen en overdracht naar andere disciplines:

- specialistisch verpleegkundig team
- wijkverpleegkundige
- fysiotherapie
- diëtist
- geestelijk verzorger.

5.5 Informatie noteren in zorgdossier

5.6 Overdracht huisarts naar huisartsenpost. Met duidelijke beleidslijnen.

6. Patiënt overleden

- Nazorg familie

Aandachtspunten

Port-a-cath: In overleg met cardioloog/hartfalenpolikliniek.

ICD (de implanteerbare defibrillator) kan op verzoek (in de thuissituatie) uitgezet worden; daartoe kunt u contact opnemen met het ICD implanterend centrum. Op het ICD -PM pasje van de patiënt vindt u informatie of het ICD of een pacemaker betreft, tevens staat de naam van het ziekenhuis en de firmanaam op dit pasje.

Richtlijnen behandeling palliatief hartfalen

Voor de palliatieve behandeling van ernstige benauwdheid geldt als regel:

Diuretica (ophogen)

Morfine 2 dd 20 mg slow release per os

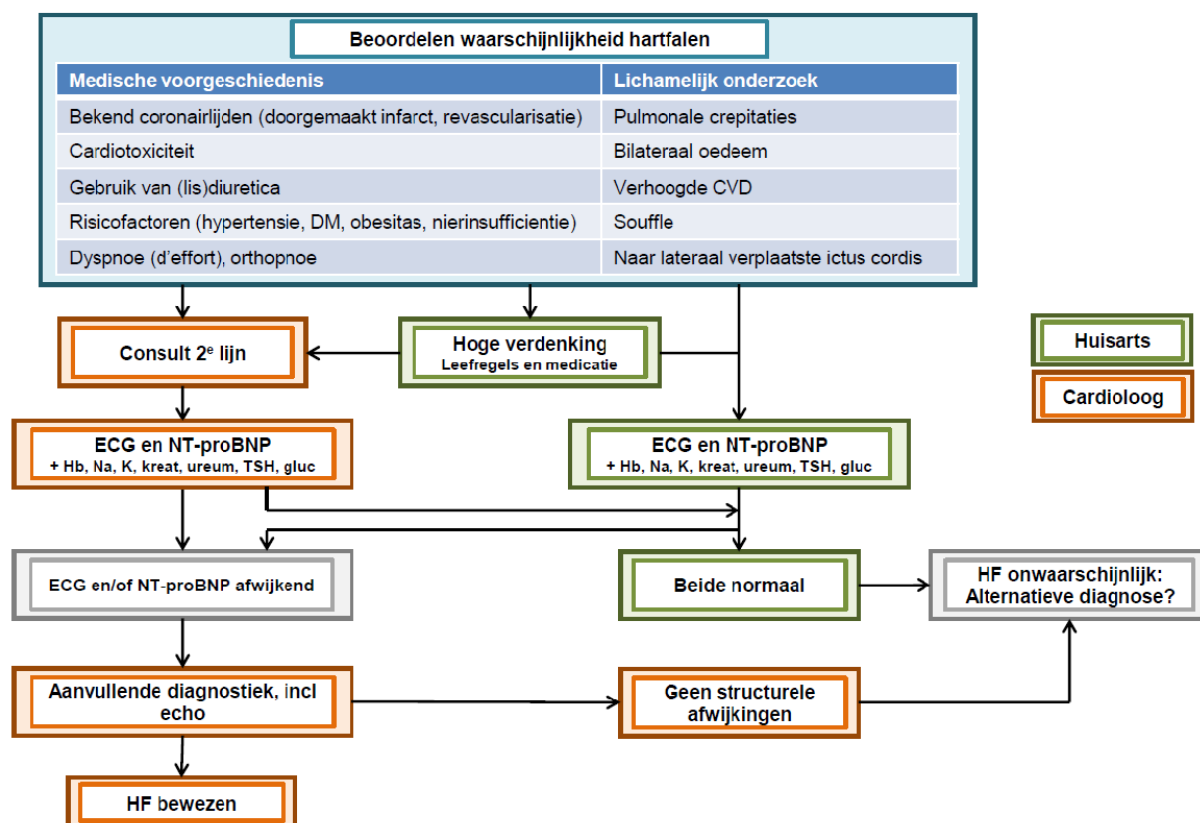
6 dd 2,5-5 mg sc

15-30 mg/24 uur sc/iv (pomp)

NTG-spray (evt. te combineren met morfine)

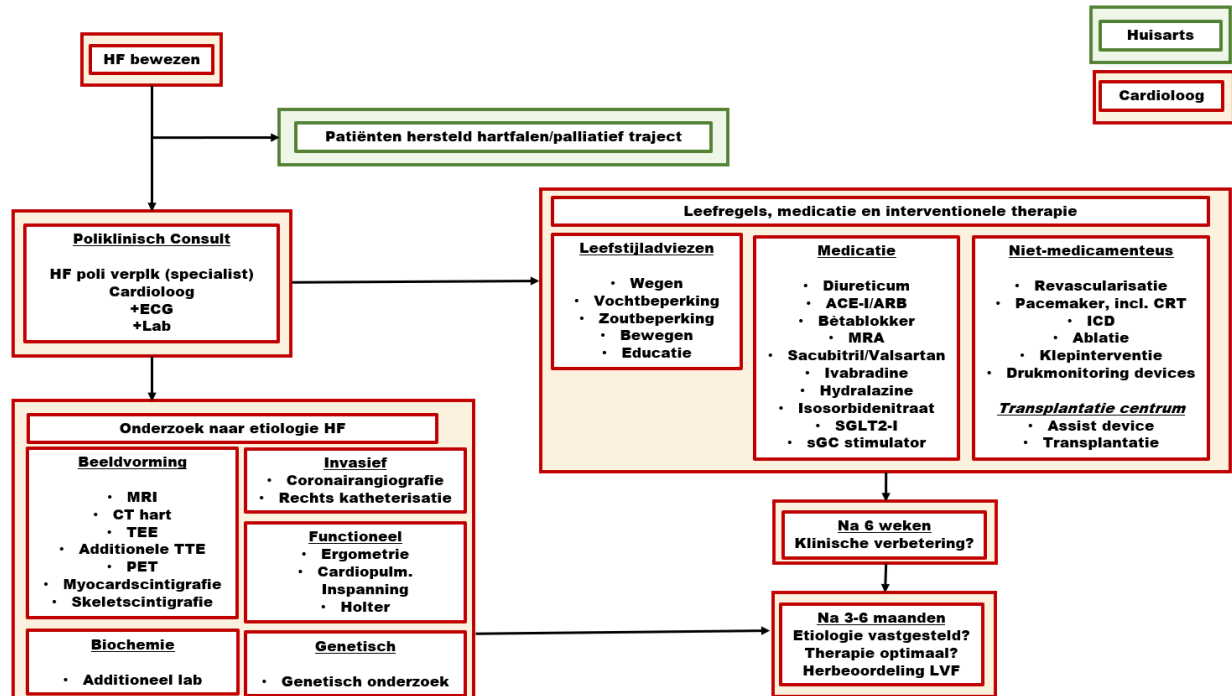
Bijlage 1: Protocol 1 - Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen

Herkennen en bevestigen diagnose hartfalen



Bijlage 2: Protocol 2 - Diagnostiek en behandeling in 2^e lijn

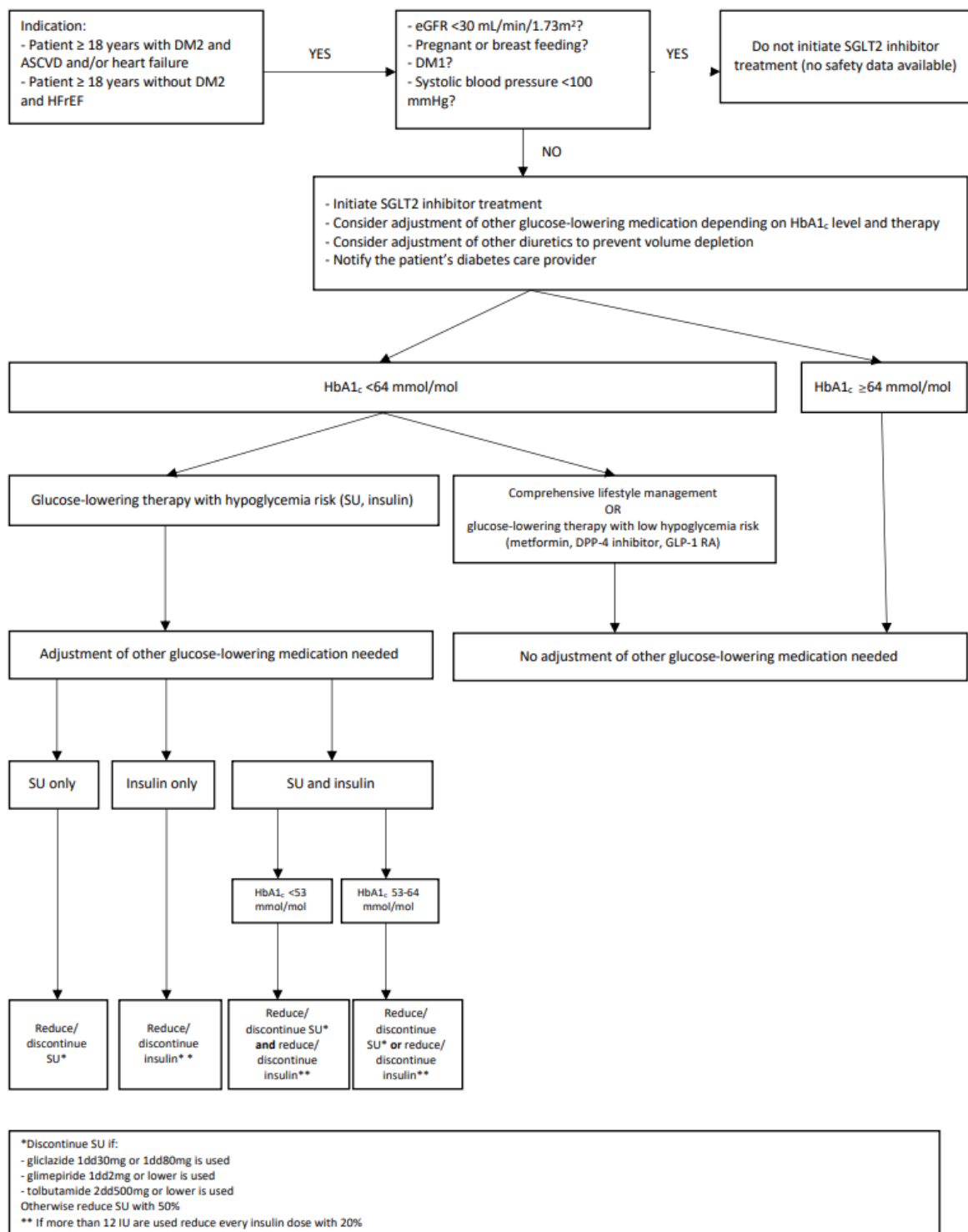
Diagnostiek en behandeling in 2^e lijn



Bijlage 3: Terugverwijzing naar de huisarts

Inclusie criteria	Exclusie criteria
1) Stabiele (≥ 1 jaar) HFrEF patiënten (NYHA I-II) met verbeterde LV ejectie fractie (LVEF) naar tenminste redelijke functie (indien LVEF beschikbaar: $>40\%$) met geoptimaliseerde HF therapie en afwezigheid van matig/ernstig kleplijden. 2) Kwetsbare ouderen, waarbij geen toegevoegde waarde van 2e lijns controle en/of palliatief traject	• Devices • LVEF $\leq 40\%$ en/of matig/slechte LVF • Status na klepinterventies • Matig/ernstig kleplijden • Niet gerevasculariseerd persisterend obstructief epicardiaal coronairlijden • Actueel ischemisch hartlijden • Ritmestoornissen, wv anti-aritmica en/of evaluatie voor ablatie/device • RV falen (slechte/matige RV functie)

Bijlage 4: Schema SGLT2



Bijlage 5: Contactadressen

AUMC Locatie AMC: 020-7321959 tussen 8 en 16.30 op werkdagen, EHH: 020-5665800

AUMC Locatie VUMC: 06-15433354. Bij spoed: 020-4444800 (EHH)

BovenIJ Ziekenhuis polikliniek cardiologie: 020-6346561

BovenIJ Ziekenhuis hartfalenpolikliniek: 020-6346635

Cardiologie Centrum Amsterdam: 020 - 820 51 90, tussen 8.00-17.00 uur

OLVG Hartfalenpoli OLVG: 020-5992357

Stichting Cardiologie Amsterdam: 020-4904453, tussen 8:00-17:00