

Werkprotocol chronisch hartfalen huisarts en POH

1.1 Doelen van de diagnostiek en behandeling

- Door middel van signalering en diagnostiek patiënten met hartfalen in de huisartsenpraktijk vroegtijdig herkennen.
- De afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit door het leveren van optimale zorg voor de patiënten met hartfalen in de huisartsenpraktijk.
- Het leveren van goede palliatieve zorg bij patiënten met palliatief hartfalen.

1.2 Werkwijze

1.2.1 Diagnostiek

Identificatie screening op hartfalen:

- Moeheid of dyspnoe bij inspanning, orthopnoe, nycturie en/of oedeem (vooral bij oudere patiënten en/of patiënten met een hartinfarct of andere hartziekte in de voorgeschiedenis)

Onderzoek:

- Lichamelijk onderzoek: algemeen (voedingstoestand, gewicht), pols (frequentie, ritme), bloeddruk, stuwing (CVD, perifeer oedeem, vergrote lever, ascites, pulmonale crepitaties, pleuravocht), ademfrequentie, hart (ictus, derde harttoon, souffles)
- Laboratoriumonderzoek: (NT-pro)BNP, Hb, glucose, Na/K, creatinine(-klaring) en TSH en op indicatie: CRP, leuko diff, ALAT, ASAT, gamma-GT en lipidenprofiel.
- ECG
- Overweeg X-thorax bij normaal ECG en normaal (NT-pro)BNP ter analyse andere oorzaak

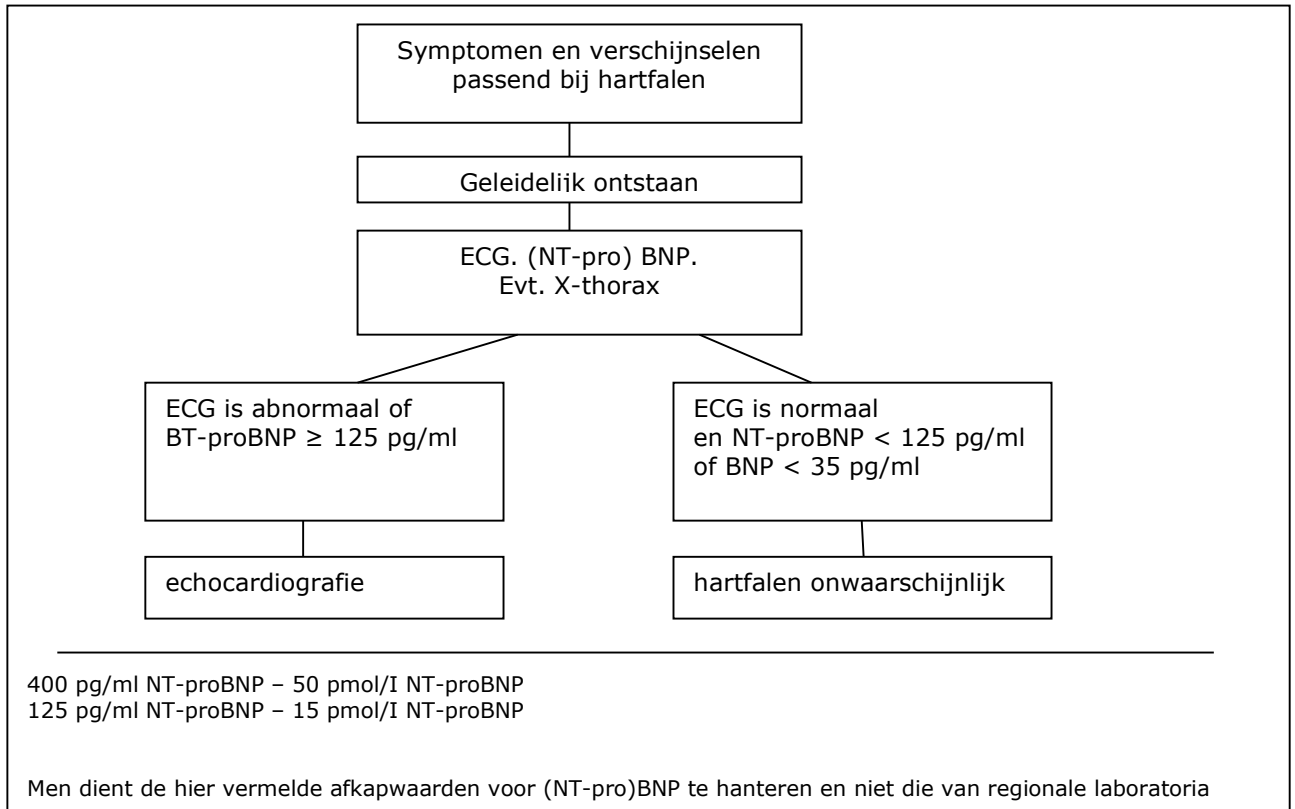
Evaluatie:

Waarschijnlijkheidsdiagnose 'Chronisch Hartfalen' door de huisarts op basis van:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- NT-proBNP: ≥ 125 pg/l: mogelijk hartfalen
(NB: andere redenen voor verhoogd NT-proBNP: longembolie, nierinsufficiëntie, sepsis, ernstige COPD, acuut coronair syndroom en ritmestoornis)
- Afwijkend ECG (vooral pathologische Q of LBTB).

NT-proBNP < 125 ng/l en een normaal ECG maken chronisch hartfalen erg onwaarschijnlijk (zie algoritme op volgende pagina)!

NB: voornaamste differentiaal diagnose: COPD (eventueel spirometrie).



Figuur 3: Algoritme voor het diagnosticeren van hartfalen

Beleid:

- Bij verdenking hartfalen verwijzing naar cardioloog voor vaststellen diagnose (met o.a. echo). *(Bij zeer fragiele ouderen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is, kan de huisarts de diagnose hartfalen zelf stellen, eventueel na telefonisch overleg of cardiologische echo met cardioloog. Zie verder: 1.3.4)*
- Cardioloog bevestigt diagnose al of niet, stelt behandeling in of past behandeling zo nodig aan en coördineert op indicatie traject naar derde lijn.

1.2.2 Terugverwijzing naar huisarts

Tenzij blijvende controle door de cardioloog geïndiceerd is, volgt bij chronisch hartfalen terugverwijzing naar huisarts indien er sprake is van een:

- Stabiele patiënt met volledig herstel van de linkerventrikelfunctie zonder actief cardiaal lijden *(zie Zorgprogramma CVRM; secundaire preventie)*
- Stabiele patiënt met niet-volledig herstel linkerventrikelfunctie zonder cardiale co-morbiditeit *(zie 1.3.3)*
- Patiënt met terminaal hartfalen, waarbij in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt *(zie 1.3.5)*

Schakelconsult

Na terugverwijzing door de cardioloog ziet de huisarts de patiënt tijdens een schakelconsult. Huisarts geeft informatie over hartfalen en de procedure bij de controles door de praktijkondersteuner.

Bij Palliatief Hartfalen vindt uitgebreidere uitleg plaats over de situatie en prognose van de patiënt *(zie verder 1.3.5)*.

Huisarts deelt patiënt in één van de vier groepen in:

- NYHA klasse I (geen klachten bij normale activiteiten)
- NYHA klasse II (klachten bij normale activiteiten)
- NYHA klasse III (klachten bij minder dan normale activiteiten)
- NYHA klasse IV (klachten bij elke inspanning of in rust)

Registratie in HIS na terugverwijzing:

- Aanmaken nieuwe episode/probleem "hartfalen" (ICPC K77) met vermelding HF-REF (systolisch hartfalen) en/of HF-PEF (diastolisch hartfalen)
- Aanmaken contra-indicatie "Hartfalen"
- Huisarts als hoofdbehandelaar

1.2.3 Controles stabiele hartfalenpatiënt

Eerste consult POH in KIS

Anamnese:

- Voorgeschiedenis en co-morbiditeit, hart- en vaatziekten in familie
- Kortademigheid, oedeem
- Therapietrouw
- Roken, alcohol, lichaamsbeweging, eetgedrag
- Woonomstandigheden
- Mantelzorg, wijkverpleging
- Psychische problemen
- Wensen patiënt

Lichamelijk onderzoek:

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

Aanvullend onderzoek alleen op indicatie:

- Lab: Hb, Na, K, creatinine(-klaring), glucose nuchter, lipidenspectrum, TSH en (NT-pro)BNP
- ECG in overleg met huisarts

Uitleg ziektebeeld en maken individueel zorgplan met adviezen en controles

Adviezen:

- Regelmatig wegen (min. 2x/per week); optimaal gewicht (BMI <25)
- Natriumbeperking (verwijzing diëtist)
- Vermijden overbelasting met vocht: 1,5-2 liter vocht per dag (verwijzing diëtist)
- Instructie wanneer contact op te nemen bij tekenen van verslechtering
- Zo nodig extra diuretica
- Voorlichting voor mantelzorgers
- Voldoende beweging eventueel met beweegprogramma (verwijzing naar fysiotherapeut)
- Stoppen met roken (zie ook bijlage 7)

Vervolgconsulten elke drie maanden bij POH (of minder frequent indien verantwoord)

(zo mogelijk combineren met controles CVRM, diabetes en/of COPD):

Algemeen:

Anamnese, lichamelijk onderzoek en adviezen: zie boven.

Jaarlijks aanvullend onderzoek: Na, K, creatinine(-klaring), glucose nuchter, Hb en (op indicatie) ECG.

Jaarlijks griepvaccinatie.

Patiënt neemt (laagdrempelig!) contact op met POH bij de volgende tekenen van verslechtering:

- Gewichtstoename >2 kg binnen 3 dagen
- Toename oedeem
- Toename dyspnoe
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Toename orthopnoe en nycturie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid

Overleg POH met huisarts na elke controle met als aandachtspunten:

- Verslechtering in klasse
- Toename oedeem, dyspnoe, orthopnoe of nycturie
- Plotseling verminderde inspanningstolerantie
- Hartkloppingen
- Duizeligheid
- Therapieontrouw
- Irregulaire pols (nieuw)
- Bij herhaling stijging of daling van systolische bloeddruk >20 mmHg
- Gewichtstoename >2 kg binnen 2 weken
- Afwijkende lab-uitslagen

Tevens kan de POH contact opnemen met de verpleegkundig specialist hartfalen in de tweede lijn voor inhoudsdeskundige ondersteuning.

Verwijzing naar / overleg met cardioloog door huisarts:

- Abrupte verslechtering
- Mogelijk corrigeerbare aandoening (klepvitium/ritmestoornis)
- Angineuze klachten (indien niet door huisarts te behandelen)
- Nieuwe ECG-afwijkingen (indien niet door huisarts te behandelen)
- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
-

1.2.4 Controles zeer fragiele oudere hartfalenpatiënt

Eerste consult POH: zie 1.3.3

Bij opstellen individueel zorgplan terughoudendheid met aanvullend onderzoek.

Nadruk op voorkomen opnames en ziektelast.

Vervolgconsulten POH: zie 1.3.3. Frequentie volgens individueel zorgplan (zo mogelijk combineren met controles CVRM, diabetes en/of COPD).

Terughoudendheid met verwijzing naar cardioloog.

1.2.5 Begeleiding Palliatief Hartfalen

In het schakelconsult bespreekt de huisarts met de patiënt (eventueel in aanwezigheid van de POH):

- dat er in principe geen ziekenhuisopname meer plaatsvindt
- dat de regie van de behandeling in goed overleg met de cardioloog wordt overgenomen door de huisarts
- het individuele zorgplan met als aandachtspunten:
 - folder "Wensen voor het leven in de laatste fase"
 - bespreken en vastleggen wensen levenseinde (reanimatie, palliatieve sedatie, euthanasie, existentiële vragen)
 - actueel medicatieoverzicht/noodmedicatie
 - inschakelen en overdracht andere disciplines (specialistisch verpleegkundig team, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist)
 - informatie noteren in zorgdossier
 - overdracht naar huisartsenpost.

De controles vinden plaats naar noodzaak en behoefte. Voor uitschakelen ICD/Pacemaker in de laatste levensfase, kopieer de volgende link in uw webbrowser:

<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/153/Richtlijn%20ICD-Pacemaker%20in%20de%20laatste%20levensfase.pdf>

1.2.6 Medicatie

De medicatie bij stabiele hartfalenpatiënten wordt ingesteld door de cardioloog.

Bij HF-REF (systolisch hartfalen), zie ook bijlage medicatie:

- Starten met diureticum en ACE-remmer en titreren tot klinische tekenen van overvulling verdwenen zijn
- Toevoegen bètablokker tenzij contra-indicaties
- Indien nog klachten: aldosteronantagonist toevoegen
- Indien

ondanks bovenstaande medicatie toch nog klachten of atriumfibrilleren met ventrikelfrequentie >80/minuut in rust of >110/minuut bij inspanning ondanks bètablokker:
overweeg toevoegen digoxine

Bij HF-PEF (diastolisch hartfalen):

- Diuretica indien er sprake is van vochtretentie
- Adequate behandeling van hypertensie
- Adequate vermindering van de hartfrequentie bij een tachycardie

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

1.3 Voorlichting, informatie en educatie

Zie de voorlichtingsadviezen in bovenstaande paragraaf.

1.4 Verwijscriteria

2.4.1 Apotheker

De POH verwijst de patiënt naar de apotheker bij problemen met de medicatie die niet direct opgelost kunnen worden door huisarts of POH.

Verder verwijst de huisarts/POH de patiënt jaarlijks naar de apotheker voor een medicatiecheck in het kader van polyfarmacie (≥ 5 soorten medicatie). De apotheek kan de patiënt hiervoor ook zelf oproepen.

1.4.2 Diëtist

De POH verwijst de patiënt na het eerste consult in het kader van hartfalen naar een diëtist.

1.4.3 Fysiotherapeut

De POH verwijst de volgende patiënten naar een fysiotherapeut:

- Patiënten die zouden kunnen voldoen aan de Nederlandse norm Gezond Bewegen en dit drie maanden na het advies van de POH nog niet effectief 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 postrevalidatiefase waarbij (levenslange) training noodzaak is en/of waarbij de verwachting is dat hij/zij snel zal vervallen in een inactieve leefstijl

Contra-indicaties:

- Acute ziekten
- Hemodynamisch klepgebreken
- Hartklepinsufficiëntie die een indicatie vormt voor chirurgie
- Een recente longembolie (<3 maanden geleden) die hemodynamisch zwaar belastend is
- Hartinfarct in de 3 weken voorafgaand aan de training
- Boezemfibrilleren met een hoge kamerrespons in rust (> 100/min)
- Ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht en concentratie)

1.5 Verwijsinformatie

Bij verwijzing naar de paramedicus stuurt de POH de volgende informatie mee:

- Verwijsbrief (of via KIS)
- Diagnose met categorie (stabiel, fragiel, terminaal) en NYHA-klasse
- Specifieke vraagstelling
- Eventuele co-morbiditeit
- Medicatieoverzicht

NB. Als een huisbezoek door één van de paramedici noodzakelijk wordt geacht, dan moet dit aangegeven worden in de verwijzing.

LET OP!

Jaarlijks de hoofdbehandelaar registreren in HIS

Werkprotocol Atriumfibrilleren huisarts en praktijkondersteuner

1.1 Doelen van de diagnostiek en behandeling

- Door middel van signalering en diagnostiek patiënten met atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk vroegtijdig herkennen.
- De afname van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit door het leveren van optimale zorg voor de patiënten met atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk.

1.2 Werkwijze

1.3.1 Diagnostiek

Identificatie screening op atriumfibrilleren:

- Alle patiënten waarbij de bloeddruk wordt gemeten

Onderzoek:

- Pols (frequentie, ritme)
- Bij onregelmatige pols: rust-ECG
- Laboratoriumonderzoek: Hb, kreatinine(-klaring), Kalium, TSH (fT4), glucose en op indicatie: Ntpro BNP, lipiden.

Evaluatie:

Welke AF-patiënten verwijzen?

- Bij patiënten met een AF die korter bestaat dan 48 uur wordt overlegd met een cardioloog
- AF met hemodynamische instabiliteit worden met spoed verwezen.
- Patiënten jonger dan 65 jaar
- Bij patiënten over dan 65 jaar: individuele afweging;
in deze afweging worden de volgende elementen meegenomen:
Hogere leeftijd
 - Mate van fragiliteit
 - Aanwijzingen coronairlijden, klepvitium of hartfalen
 - Aanwezigheid klachten
 - Paroxysmaal vs. persisterend
 - Diagnostische onzekerheid
 - Therapeutische onzekerheid

De eerste twee elementen tellen als drempelverhogend voor verwijzing, de andere juist als drempelverlagend.

Uiteraard moet de wens van de patiënt bij deze afweging zwaar meetellen.

Vorbereiding bij verwijzing

Bij verwijzing aangeven of het gaat om overname van de behandeling of om specifieke diagnostiek en behandeladvies, waarna terugverwijzing.

Meesturen met verwijzing:

- De documentatie van het atriumfibrilleren, zoals het ECG of de ritmestroken
- Voorgeschiedenis
- Anamnese (inclusief familieanamnese)
- Medicatieoverzicht
- Alcohol en drugsgebruik
- Lichamelijk onderzoek
- CHA2DS2Vasc-score
- Laboratoriumonderzoek (zie boven)

Starten (N)OAC

- Bij beoogd ritmecontrole in geval van persisterend AF: altijd
- Bij overige situaties (inclusief paroxysmaal AF) op geleide van CHA2DS2Vasc: Indicatie voor antistolling wordt gesteld met behulp van de CHA2DS2-VASc-score. Bij een score van 2 of meer is er een indicatie aanwezig. Dit betekent dat voor alle vrouwen vanaf 65 jaar en alle mannen vanaf 75 jaar een indicatie bestaat. Er bestaan geen absolute contra-indicaties voor orale antistolling.
 - In principe gaat de voorkeur uit naar een NOAC, tenzij contra-indicatie of reeds VKA gebruik

Starten frequentiecontrole

- Controle binnen een week (in wachttijd 1e consult cardioloog)
- Indien frequentiecontrole effectief zonder tekenen van hemodynamische verslechtering, dan datum 1e consult cardioloog afwachten, anders overleg cardioloog.

1.3.2 Terugverwijzing van cardioloog naar huisarts

- Indien reeds 1 jaar stabiel of beheersbare klachten bij permanent atriumfibrilleren, behandeling gericht op frequentiecontrole en, indien geïndiceerd, op orale antistolling.
- Indien reeds 1 jaar stabiel of beheersbare klachten bij paroxysmaal atriumfibrilleren, behandeling gericht op ritmecontrole met sotalol als "pill in the pocket" of kwetsbare oudere met amiodarone.
- Indien reeds 1 jaar stabiel na invasieve ingreep (ablatie / mini-maze) direct uit de derde lijn of via de tweedelijns cardioloog. Indien geen medicatie meer, dan zijn controles in de eerste lijn niet noodzakelijk.

1.3.3 Behandeling en controles door de huisarts

Controles minimaal 1x per jaar bij POH (waar mogelijk combineren met controles CVRM of diabetes) in KIS:

- Extra naast CVRM: hartfrequentie, of de patiënt verschijnselen heeft van hartfalen en bepaal minimaal 1x per jaar kreatinine(-klaring), Kalium, Hb en TSH.
- Op indicatie wordt een ECG gemaakt. Dit gebeurt in ieder geval jaarlijks bij amiodarone-gebruik (cave bradycardie!).
- Besteed extra aandacht aan overgewicht en alcoholgebruik (≤ 1 consumptie per dag) en tekenen van slaap-apnoe (als onafhankelijke risicofactoren zijn voor atriumfibrilleren en de symptomatologie).
- Beoordeel daarnaast bij patiënten die geen orale anticoagulantia gebruiken of er veranderingen zijn in relevante risicofactoren (leeftijd, co-morbiditeit), waardoor de indicatie voor antitrombotische behandeling verandert. Bij patiënten die wel orale anticoagulantia gebruiken wordt het bloedingsrisico geëvalueerd.
- Bij cardiovasculaire co-morbiditeit kunnen aanvullende controles geïndiceerd zijn (zie de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement).

Adviseer patiënten bij iedere controle om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van de medicatie noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor NOAC's

Overleg POH met huisarts:

- Toename klachten van dyspnoe of verminderde inspanningstolerantie
- Polsfrequentie lager dan 60 of hoger dan 80/minuut
- Duizeligheid
- Toename CHA2DS2Vasc-score bij patiënten zonder (N)OAC
- Toename bloedingsrisico bij patiënten met (N)OAC
- Therapieontrouw
- Afwijkende lab-uitslagen; bij digoxinegebruik wordt de dosering van digoxine zo nodig aangepast aan de nierfunctie en kaliumconcentratie.

Verwijzing naar / overleg met cardioloog door huisarts:

- Hinderlijke klachten ondanks maximale therapie
- Nieuwe ECG-afwijkingen (indien niet door huisarts te behandelen)

NB

Na een invasieve ingreep kan de cardioloog besluiten tot het stoppen van de medicatie inclusief de antistolling. In dat geval wordt de behandeling beëindigd en hoeft ook de huisarts geen controles uit te voeren. Bij een – al dan niet symptomatisch - recidief is de behandeling als bij een nieuwe AF-patiënt. Vaak zal de antistolling met name worden gecontinueerd en adviseert de cardioloog bij ontslag over de geëigende controles.

Verrichting in Medicom: A31389 (max. 4x per jaar)