

**Regionale Transmurale Afspraak
Zuidoost Brabant**

Hartfalen

Toelichting

Achtergrondinformatie

Chronisch hartfalen wordt gedefinieerd als: een complex van klachten en verschijnselen ten gevolge van een tekortschietende pompfunctie van het hart.

Voorkomen:

- Globaal heeft in Nederland 1% van de mensen in de leeftijdsgroep 55-64 jaar hartfalen, 3% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar, 7% in de leeftijdsgroep van 75-84 jaar en meer dan 10% van mensen van 85 jaar of ouder. Bij mensen jonger dan 55 jaar komt hartfalen praktisch niet voor.
- Het aantal nieuwe gevallen van hartfalen is ongeveer 5 tot 10 per 1.000 personen per jaar, variërend van 2 per 1.000 personen per jaar bij mensen van 55 tot 64 jaar tot meer dan 10 per 1.000 personen per jaar bij mensen ouder dan 85.

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de Landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard). Deze samenwerkingsafspraken heeft als doel; afstemming beleid rond diagnostiek en behandeling van hartfalen in 1^o en 2^o lijn.

Onderbouwing diagnostische keuzes

Aanvullend onderzoek:

Om een goede diagnose hartfalen te stellen en de oorzaak te onderzoeken wordt gekozen voor een drie stappen plan m.b.t. het aanvullend onderzoek. De eerste stap betreft labonderzoek waaronder BNP, de tweede stap betreft een ECG en de derde stap betreft een echocardiogram.

(NT-pro) BNP

Zowel de CBO consensus als de NHG standaard geven aan dat de bepaling van natriuretische peptide als aanvullend onderzoek een veelbelovende diagnostisch instrument is bij het aantonen of uitsluiten van hartfalen.

Ten tijde van de CBO consensus (2002) waren de bepalingen van BNP en of ANP nog (te) weinig gestandaardiseerd voor grootschalig gebruik en had ook nog niet elke huisarts de mogelijkheid om van deze diagnostiek gebruik te maken.

De NHG standaard (2005) geeft aan dat het (NT-pro)BNP goede testeigenschappen heeft en daarom de bepaling hiervan, na beoordeling van voorgeschiedenis, anamnese en lichamelijk onderzoek, een duidelijke toegevoegde waarde voor het aantonen of uitsluiten van hartfalen heeft.

Bepaling van natriuretische peptide als aanvullend onderzoek is in de regio Zuidoost Brabant voor zowel huisartsen als specialisten beschikbaar.

De werkgroep is van mening dat bij het stellen van de diagnose hartfalen routinematig een bepaling BNP dient plaats te vinden.

Beperkingen BNP:

- Stijgt met de leeftijd
- Bij vrouwen hoger dan bij mannen
- Stijgt met verslechtering van de nierfunctie
- Geen normaalwaarden op hoge leeftijd (uitsluiten bij ouderen net zo betrouwbaar, maar aantonen bij ouderen minder betrouwbaar)

Uitgegaan wordt van de referentiewaarden voor BNP en NT-pro BNP zoals het laboratorium die aangeeft.

Echocardiogram

Volgens de CBO consensus moet bij alle patiënten met (verdenking op) hartfalen worden overwogen een echocardiogram te maken. Daarnaast is echocardiografie meestal nodig voor het achterhalen van de oorzaak en de aard van het hartfalen, om de ernst en de prognose ervan te bepalen en om mogelijk bijkomende cardiale complicaties (zoals hartkleplijden) aan te tonen dan wel uit te sluiten.

Ook de NHG standaard geeft aan dat bij onzekerheid over de diagnose hartfalen of wanneer de oorzaak van het hartfalen niet voldoende duidelijk is, een echocardiogram gemaakt dient te worden.

Op grond van de anamnese en lichamelijk onderzoek kan de 'waar-schijnlijkheidsdiagnose hartfalen' worden gesteld: bij één kernsymptoom: dyspneu – moeheid – oedeem + minstens één van hier genoemde afwijkingen: paroxysmale nachtelijke benauwdheid en/of orthopneu – crepitaties pulmonaal – verhoogde CVD – derde harttoon – ictus buiten MCL dan wel heffend of verbreed.

Met behulp van aanvullend onderzoek kan men komen tot een 'bevestigde diagnose hartfalen'. Hiervoor is nodig laboratorium-onderzoek met o.a. de BNP en een ECG. Ook bij klachten waarbij slechts één kernsymptoom aanwezig is wordt deze eerste stap in het aanvullend onderzoek aanbevolen. Een echocardiogram is aangewezen om oorzaak en de ernst/ prognose van het hartfalen vast te kunnen stellen.

Echodiagnostiek wordt aangevraagd via een **diagnostische verwijzing naar de cardioloog**. Hierbij geldt dat de patiënt na het stellen van de diagnose met een behandeladvies weer terugverwezen wordt naar de huisarts.

X-thorax is van weinig waarde bij het stellen van de diagnose hartfalen. Eventueel kan het nuttig zijn ter differentiatie van een pulmonale oorzaak.

Onderbouwing beleid

Kerncomponenten zorg aan patiënten met hartfalen

- Patiëntenvoorlichting en instructie.
- Optimale medische behandeling (volgens de richtlijnen).
- Goede coördinatie van de structureel georganiseerde zorg.
- Snelle signalering van achteruitgang van de toestand.
- Laagdrempelige toegang tot een hulpverlener.
- Vroege nazorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- Goede samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijn.

Voorlichting en begeleiding:

Goede voorlichting is van belang om patiënten inzicht te geven in de pathofysiologie van hartfalen en de relatie met de leefregels. Goede voorlichting heeft tevens tot doel het verbeteren van de kwaliteit van leven door vermindering van klachten en mogelijk voorkomen van ziekenhuis-opnamen. Tevens kan door goede voorlichting therapietrouw (met betrekking tot bijv. medicijngebruik en dieet) worden bevorderd, waardoor mogelijk ook de mortaliteit afneemt.

Onderwerpen die aan de orde dienen te komen betreffen: algemene informatie over hartfalen, gewichtsmonitoring, medicatie, voeding, activiteit en rust, voorkomen van complicaties en het leven met hartfalen.

De verschillende activiteiten op het gebied van voorlichting dienen goed op elkaar te worden afgestemd. Een patiëntendagboek kan hierbij een hulpmiddel zijn. Daarnaast is het van belang familieleden/partner van de patiënt te betrekken bij het gehele zorgplan.

De werkgroep adviseert om het Protocol Multidisciplinaire Voorlichting Hartfalen van de Nederlandse Hartstichting als handleiding te gebruiken bij het geven van voorlichting. Dit protocol is meestal opgenomen in het patiëntendagboek en als bijlage bij deze toelichting. Met behulp van dit protocol kan elk samenwerkingsverband afspraken maken over wie wat doet. (U kunt dit protocol en de inhoudelijke toelichting ook downloaden via de website van de hartstichting www.hartstichting.nl)

In de huisartsenpraktijk geeft de huisarts voorlichting over het hart, hartfalen, behandeling en medicijnen. Daarnaast geeft de huisarts voorlichting op het gebied van leefregels, voeding, activiteiten/rust, leven met hartfalen en de organisatie van de zorgverlening. Dit kan eventueel gedelegeerd worden naar andere praktijkmedewerkers.

Een patiëntendagboek is voor zowel de patiënt als alle betrokken hulpverleners een prettig hulpmiddel bij de voorlichting en begeleiding en behandeling van de hartfalenpatiënten.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

Gewicht

Het monitoren van het gewicht is een van de belangrijkste peilers voor een goede behandeling van hartfalenpatiënten. Het monitoren van het gewicht is van belang om snel in te kunnen spelen op ontregeling van de vochthuishouding.

Bij overgewicht is het zinvol om te bekijken of gewichtsreductie gewenst en haalbaar is. Ondanks dat overgewicht op hoge leeftijd minder risicovol is dan op lage leeftijd geeft het wel een extra belasting voor het hart. Streven naar 5-10 kg gewichtsreductie.

Gewicht is tevens een belangrijke graadmeter voor ondervoeding. Een gewichtsverlies van 5-10% in laatste 3-6 maanden en/of BMI < 20 geeft (risico op) ondervoeding aan. Ondervoeding heeft negatieve invloed op verloop van hartfalen. Met name patiënten met NYHA III en NYHA IV lopen groter risico op ondervoeding.

Schakel bij (risico op) ondervoeding en bij gewenste gewichtsreductie altijd een diëtist in.

Dieet: natriumbeperkt

Volgens de CBO richtlijn geldt de volgende natriumbeperving:

NYHA I: Richtlijnen goede voeding met speciale aandacht voor minder zoutgebruik

NYHA II: Natriumbeperving van 3000 mg

NYHA III: Natriumbeperving van 2000 mg

NYHA IV: Natriumbeperving van 2000 mg

Advies: vanaf NYHA II doorverwijzing naar diëtist.

Bij ouderen geen natriumbeperving opleggen, omdat ouderen vaak al weinig zout eten, makkelijker een hyponatraemie krijgen en vaak slechter gaan eten bij een natriumbeperving.

Vocht

Patiënten met NYHA II wordt geadviseerd niet overmatig te drinken (max. 2500 ml per 24 uur).

Patiënten met NYHA III en IV wordt geadviseerd 1500-2000 ml per dag te gebruiken; per situatie kan bekeken worden of een (tijdelijke) striktere vochtbeperving nodig is (bijv. bij een hoge dosis lisdiuretica om vochtretentie te voorkomen wordt een vochtbeperving van 1500 ml geadviseerd; bij een verdunningshyponatriëmie wordt een tijdelijke vochtbeperving van 1250-1500 ml geadviseerd; NB natriumbeperving niet stoppen!).

Voor ouderen geldt dat zij vaak minder goed voelen wanneer ze dorst hebben, en hun pillen gewoon door slikken. Hierdoor bestaat een grotere kans op uitdroging.

Dagelijks bewegen

Dagelijks bewegen is erg belangrijk, ook i.v.m. het trainen van de hartspeer. Voor goede adviezen omtrent beweging wordt een verwijzing naar de fysiotherapeut geadviseerd. Daarnaast is het soms eng om te gaan bewegen en is het goed als daar in het begin iemand bij is.

Hier moet vooral bij ouderen rekening gehouden worden met de mogelijkheden en haalbaarheid.

Medicamenteuze behandeling:

Hierbij wordt uitgegaan van het algortime uit de CBO consensus. Voor doseringen en opbouwschema's wordt verwezen naar de diverse richtlijnen.

Een paar algemene opmerkingen:

- Om de therapietrouw te bevorderen en tensiedalingen gedurende de dag te voorkomen gaat de voorkeur uit naar een ACE remmer die 1x daags te doseren is.
- Doseringen zo nodig titreren.
- Digoxine is zelden geïndiceerd bij sinusritme.
- Voor ouderen (biologisch oud of 80+) gelden een aantal aandachts-punten:
- Bij orthostatische hypotensie aanpassen van de medicatie. Om te beginnen het verminderen van diuretica.
- Lager gedoseerd beginnen met de medicatie en langzamer ophogen. Start low – go slow.
- Een hogere bloeddruk (tot 150/90) is acceptabel. Dosering ACE remmer of A2 antagonist dient getitreerd te worden op geleide van de kreatinine spiegel. Bovendien dient men extra bedacht te zijn op nierfunctiestoornissen bij vochtverlies, bijv. door warmte of gastro-intestinale infecties.
- De combinatie van een SSRI en een diureticum verhoogt de kans op natriumdeficiëntie.
- Ouderen zijn gevoeliger voor bijwerkingen en interacties.

Onderbouwing controle

Controle

Bij alle patiënten met hartfalen zijn frequente controles noodzakelijk. Deze controles kunnen het beste georganiseerd worden volgens een disease management model, waarbij structureel een aantal parameters worden gecontroleerd en zodoende proactief kan worden gehandeld.

De frequentie van de controles is afhankelijk van de individuele situatie.

Na elke verandering in de medicatie is het wenselijk de patiënt op korte termijn terug te zien.

Besteed tijdens deze controles aandacht aan inspanningsvermogen, bijwerkingen, bloeddruk, pols, gewicht

Bepaal 1-2 weken na starten met een ACE-remmer het kreatinine; bepaal het kaliumgehalte 1-2 weken na het starten met een diureticum en na het ophogen van de dosering spironolacton. Bepaal bij alle patiënten met hartfalen ten minste eenmaal per 6 maanden kreatinine, kalium en natrium. Denk aan de mogelijkheid van een elektrolytenstoornis bij spierzwakte of verwardheid.

Bij stabiele hartfalenpatiënten, kan de controlefrequentie verminderd worden tot minimaal 2 keer per jaar. Staken van medicatie bij een klinisch stabiele patiënt om een andere reden dan vanwege bijwerkingen wordt niet aangeraden.

Extra aandacht aan controle van kreatinine-, natrium- en kaliumgehalte bij patiënten die:

- een combinatie van thiazide- en lisdiuretica gebruiken;
- een kaliumsparend diureticum in combinatie met een ACE-remmer gebruiken;
- een kreatininegehalte boven de normaalwaarden hebben

Onderbouwing verwijzing en terugverwijzing

In overleg met de patiënt en in overleg met de huisarts of cardioloog dient bij verwijzing en terugverwijzing ook rekening gehouden te worden met andere aspecten dan alleen de medische indicatie. Zoals bijvoorbeeld de mobiliteit, leeftijd of wens van de patiënt.

Door middel van de huisartsen verwijsbrieven en specialistenbrieven vindt informatievoorziening plaats. Met name bij medicatiewijzigingen is informatieoverdracht van belang.

Communicatie tussen de diverse hulpverleners vindt gedeeltelijk plaats door middel van het noteren van medicatiewijzigingen of andere veranderingen in een patiëntendagboek.

Namens regionale huisartsen

Jos Dijkmans, Monique Hartings, Kees de Kock, Chantal Staal.

Namens regionale cardiologen

Catharina-ziekenhuis: Cees-Joost Botman

Elkerliek ziekenhuis: Eric Heijmen

Máxima Medisch Centrum: Ron de Nooijer

St. Anna ziekenhuis: Ramon van de Ven

Namens regionale klinisch geriaters

Catharina-ziekenhuis: Judith Wilmer

Namens hartfalenpoliklinieken

Harry Jansen, hoofd kliniek cardiologie Catharina-ziekenhuis

Cindy Verstappen, nurse practitioner hartfalen Catharina-ziekenhuis

Namens transmurale stichtingen

Susan van den Bergh, coördinator HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld door de transmurale stichtingen HaCa, Quartz, SMÁSH en THEMA.