

- Home no. 1 | Februari 2018 | Themanummer Cardiovasculair
- Eerdere edities
- Verenso.nl

## Hartfalen Connect

**In gesprek met Petra van Pol, cardioloog Alrijne ziekenhuis  
Leiderdorp/Alphen aan de Rijn, projectleider van Hartfalen Connect**



### Wat is Connect?

Connect is een project dat opgezet is door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Connect is in 2011 gestart met als doel om de zorg rondom het acute hartinfarct in Nederland te verbeteren en door in te steken op goede en sterke regionale samenwerking. Connect heeft in de afgelopen jaren veel geleerd van het verbeteren van de zorg rondom het acute hartinfarct. De uitgangssituatie was dat, als je een verdenking hartinfarct had, je via de huisarts en met de ambulance naar het meest nabij gelegen ziekenhuis werd gebracht. Als daar de diagnose acuut hartinfarct werd gesteld, werd je vervolgens vervoerd naar een interventie kliniek voor een spoed ingreep.

Hartinfarct Connect; het insteken op sterke en goede regionale samenwerking, analyse van knelpunten en het inzetten van verbetertrajecten, heeft het ertoe geleid dat er nu een landelijke pre-hospitale triage plaatsvindt in de ambulance (ECG en overleg interventie centrum) en de patiënt met een acuut hartinfarct direct naar een interventiecentrum wordt vervoerd en sneller kan worden behandeld. Dus de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek, precies dat waar Connect voor staat. Van groot belang bij dit soort projecten is goed registreren, want als we weten wat we doen, kunnen we laten zien dat we het goed doen maar ook wat we kunnen verbeteren. Er zijn ook verbetertrajecten gestart rondom de zorg voor patiënten met een acuut coronairsyndroom, hartrevalidatie en terug verwijzing naar de huisarts voor cardiovasculair risicomangement.

Naar aanleiding van deze positieve ervaring, het optimaliseren van de organisatie van zorg in de keten, heeft Connect ook de programmalijnen atriumfibrilleren en hartfalen in het leven geroepen.

## **Hartfalen Connect**

In Nederland worden patiënten met hartfalen behandeld door cardiologen, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Zij kunnen hierbij gebruik maken van de richtlijn van de European Society of Cardiology of de NHG richtlijn. Gelukkig verschillen deze richtlijnen niet veel van elkaar. Echter er was een grote behoefte om met elkaar afspraken te maken over de organisatie van de hartfalen zorg. Het Zorginstituut Nederland heeft in 2013 de patiënten, de huisartsen(NHG), de cardiologen(NVVC) en de zorgverzekeraars (ZN) samengebracht om de knelpunten rondom de organisatie van de hartfalen zorg te analyseren. Vervolgens is de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) geformuleerd, gebaseerd op de Europese richtlijn hartfalen<sup>1</sup> en de NHG standaard,<sup>2</sup> waarin afspraken worden beschreven over de organisatie van de hartfalen zorg.

## Doelen

Het algemene doel van dit project is goede Transmurale zorg bij hartfalen. De subdoelen zijn:

- De LTA Hartfalen implementeren in Nederland.
- Het individueel zorgplan implementeren in Nederland.
- Per regio een regionaal speerpunt op het gebied van hartfalenzorg.
- Elke regio levert documenten voor de toolbox Connect Hartfalen zoals interessante artikelen, protocollen en andere documenten.
- Het organiseren van gezamenlijk nascholing op het gebied van zorg aan hartfalenpatiënten door behandelaars van patiënten met hartfalen (huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen (POH), specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten).

Hartfalen Connect heeft de handschoen opgepakt om deze LTA in Nederland te implementeren en daarnaast regionale speerpunten een landelijk platform te bieden. Hartfalen Connect vraagt aandacht voor de ervaren knelpunten in de regionale samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Men beseft dat je elkaars taal moet leren spreken en je je moet kunnen verplaatsen in het werk van je collega. Dat alles is nodig om het gezamenlijke doel te bereiken, namelijk dat je de patiënt centraal stelt. Daar wil Connect voor staan; het welbevinden van de patiënt is het gemeenschappelijke doel, de juiste zorg, op de juiste plaats, voor de juiste patiënt, en op het juiste moment. Connect streeft er naar om adequate zorg zo dicht mogelijk bij huis te bieden. Deze uitgangspunten zijn in de LTA hartfalen geformuleerd.<sup>3</sup> Deze LTA dient als basis om regionale hartfalen protocollen te maken. Uiteindelijk implementeert elke regio zijn eigen protocol hartfalen.

## Hartfalen Connect Landelijke Transmurale Afspraak 2015

Het doel van deze landelijke transmurale afspraak (LTA) is een kader te bieden voor regionale afspraken tussen betrokken zorgprofessionals en zorggebruikers omtrent de organisatie van hartfalenzorg. De LTA beschrijft de betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden, de aanvullende diagnostiek, de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, de controles, de voorlichting en leefstijladvisering, hartfalenrevalidatie, de rol van de praktijkondersteuner huisarts (POH) en hartfalenverpleegkundige, de registratie en de zorg in de laatste levensfase. Voor de medicamenteuze behandeling wordt verwezen naar de eerder genoemde richtlijnen.

### Hoe gaat dat in zijn werk om Hartfalen Connect in een regio op te zetten?

De regio Groot Leiden is als eerste van start gegaan om de LTA te vertalen naar regionale transmurale afspraken. Op basis van van de LTA zijn er dan ook afspraken gemaakt over het herkennen van hartfalen, het verwijzen naar de tweede lijn, het diagnosticeren van het onderliggend lijden, de behandeling, de rol van de huisarts/praktijkondersteuner en de cardioloog/hartfalen verpleegkundige, het terugverwijzen naar de eerste lijn en rondom de terminale fase van een patiënt.

Regio's verschillen. Sommige regio's hebben al veel ervaring opgedaan en van die kennis willen we gebruik maken. Hartfalen Connect wil kijken hoe we de LTA kunnen uitwerken/aanpassen in elke regio met oog voor die verschillen. En we willen een platform bieden voor de kennis van hartfalen die al aanwezig is. Alle protocollen die in regio's worden gemaakt worden verzameld in een toolkit zodat niet iedere regio het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.

Met de LTA hartfalen als werkstuk en de tot nu toe gemaakte protocollen gaat een regio aan de slag met het ziekenhuis en huisartsen in de regio die zich hebben aangemeld voor hartfalen Connect en commitment hebben. Connect heeft in deze een faciliterende en stimulerende rol. Met de regionale Connect-partners nemen we alle aspecten door, zoals wie je samenwerkingspartners zijn en wie je daarvoor kan benaderen. Stel je voor dat in 1 regio een ziekenhuis gaat samenwerken met heel veel huisartsen in Hartfalen Connect, dan moet je elkaar goed kunnen vinden.

Knelpunten worden doorgesproken en regionale sterke punten uitgelicht. Alle afspraken worden genoteerd in een regionaal Hartfalen Connect protocol.

Samen spreken de betrokken regiopartners af wie welke rol, wanneer op zich neemt. Hoe herken je hartfalen en hoe en wanneer wordt er verwezen naar de tweede lijn, hoe wordt er gediagnosticeerd en behandeld; medicamenteus, met een pacemaker, of een operatie? Ook maken ze afspraken wanneer je een patiënt terugverwijst naar de huisarts, en welke controles dan aldaar dienen plaats te vinden, ook ten aanzien van bijvoorbeeld hartrevalidatie. Een ervaren knelpunt door huisartsen is bijvoorbeeld dat zij het gevoel hebben hun patiënten uit het oog te verliezen. Ook is er veel aandacht voor het zoeken naar onderliggend lijden, omdat de prognose van hartfalen ondanks de huidige interventie nog steeds slecht is. Regionaal is het van groot belang af te spreken wie terug kan worden verwezen naar de eerste lijn. Daarvoor zijn verschillende groepen gedefinieerd van stabiele hartfalen patiënten.

Een Deens onderzoek heeft aangetoond dat stabiele hartfalen patiënten net zo goed door de huisarts behandeld kunnen worden als door de cardioloog.<sup>4</sup> Een voorbeeld hiervan is patiënten met een verminderde ejectiefractie die stabiel zijn en geen ernstige comorbiditeiten hebben, zij gaan terug naar de eerste lijn. Er is ook een grote groep stabiele kwetsbare ouderen met hartfalen (33%), die terug kunnen naar de eerste lijn. Patiënten die instabiel zijn, met veel comorbiditeiten en die veel problemen ondervinden, die blijven onder controle van de cardioloog.

Daarnaast zijn er protocollen over terminaal hartfalen gemaakt. Daarin zijn vragen beantwoord over wat een cardioloog met de huisarts (en de patiënt) afsprekt als een patiënt naar huis gaat, bijvoorbeeld met betrekking tot de medicatie. Ook hier is al een protocol voor gemaakt dat in andere regio's als uitgangspunt dient en aangepast wordt aan de regio. Al die protocollen worden in de toolkit van **Connect Hartfalen** gezet zodat elke nieuwe regio de protocollen kan doornemen en kan kijken welke het beste bij die regio past. We zijn voor 1 regio zo'n 6 – 9 maanden bezig. Als die regionale afspraken gemaakt zijn, wat een enorme klus is voor de regio en alle partners, houden we een kick-off bijeenkomst. Op deze bijeenkomst vieren we wat we hebben bereikt en presenteren we het regionale protocol aan zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, ziekenhuizen en huisartsen. Dat is tevens het startpunt voor de implementatie en voor het starten van

scholingen. Ook willen we erop toezien dat de afspraken worden gevolgd. Het is een feestje om te vieren wat we hebben bereikt en tegelijk is het het startpunt van de uitvoering van de protocollen. Momenteel hebben 8 regio's deze afspraken gemaakt. In 2018 hopen we dat 80% van de regio's transmurale hartfalen afspraken heeft en hiermee werkt.

## **Hartfalen Connect en specialisten ouderengeneeskunde**

Het streven van Connect om uitgaande van de LTA volgens regionale protocollen te gaan werken, zou ook interessant zijn voor specialisten ouderengeneeskunde. Zij hebben momenteel geen hartfalen richtlijn terwijl bijvoorbeeld de diagnostiek van hartfalen bij ouderen met veel comorbiditeiten, zoals verpleeghuisbewoners, een uitdaging is. Daar zou een hartfalen protocol uitkomst kunnen bieden.

In de nabije toekomst zie ik wel mogelijkheden om Connect uit te breiden naar samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Zo zijn er minder verpleeghuizen om mee samen te werken in vergelijking met het aantal huisartspraktijken, waarmee het overzichtelijker wordt. Ook sluit de werkwijze aan bij die van de specialist ouderengeneeskunde; namelijk om samen bestaande kennis te inventariseren, om knelpunten door te nemen en op te lossen en te werken met een individueel zorgplan.

## **Wanneer is de verwachting dat specialisten ouderengeneeskunde benaderd worden in het kader van Hartfalen Connect?**

Nu de samenwerking met de huisartsen in veel regio's behoorlijk goed loopt, is er ruimte om de verpleeghuizen en de specialisten ouderengeneeskunde te benaderen. In 2018 willen we de eerste stappen zetten om de specialist ouderengeneeskunde te benaderen om samenwerking op te zetten voor hartfalen patiënten in verpleeghuizen en in de thuissituatie. Daartoe willen we met de specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten gaan bespreken wat de knelpunten zijn en wat we daar samen aan kunnen doen. Een mogelijk knelpunt is de diagnostiek van hartfalen. De diagnostische tools die de specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis kan inzetten voorspellen hartfalen maar matig (70%). Ook wil of kan niet elke cliënt naar een laboratorium of polikliniek voor een hartecho. Mogelijk wil een dergelijke cliënt wel een echo ondergaan als die gemaakt wordt in zijn eigen verpleeghuis. Een mogelijk optie zou

zijn om een team op te richten dat maandelijks in het verpleeghuis (o.a.) echo's maakt. Dit informeert de specialist ouderengeneeskunde of en hoe hij moet behandelen, waardoor de kwaliteit van leven van de cliënt kan verbeteren.

## Conclusie

Specialisten ouderengeneeskunde en Hartfalen Connect vinden elkaar in het streven naar verbetering van de kwaliteit van leven van bewoners met (verdenking) hartfalen door samenwerkingsverbanden te optimaliseren.

## Huidige verspreiding van protocollen over Nederland

Regionale protocollen zijn operationeel en worden geïmplementeerd in o.a. Deventer, Gorinchem, Groot-Leiden, Tilburg, Utrecht, Groningen en de regio Eindhoven.

Specialisten ouderengeneeskunde zijn van harte welkom bij kickoff bijeenkomsten.

De volgende kickoff bijeenkomst staat voor 3 april gepland in de regio Rotterdam.

Benieuwd naar de stand van zaken in uw eigen werkomgeving? Op de [website van Hartfalen Connect](#) vindt u de voortgang van het project per regio.

## Auteur(s)

Dr. M. Barents, specialist ouderengeneeskunde, Medische en Psychologische Praktijk Noord in Zuidhorn (maaikebarents@gmail.com)

## Literatuur

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal May 2016.
2. Hoes AW, Voors AA, Rutten FH et al. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Huisarts Wet 2010;53(7):368-89.
3. Landelijke Transmurale Afspraken  
<https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/185/20151026%20LTA%20Hartfalen%20DEF.pdf>
4. Schou, M. *Can NT-proBNP identify high-risk heart failure patients who need specialist care?* 30-9-2011 presentation.