

Bij de NHG-Standaard Hartfalen

Na vijf jaar is de NHG-Standaard Hartfalen herzien. De herziening is gebaseerd op de Multidisciplinaire Richtlijn Hartfalen 2010.

Diagnostiek

Er zijn meerdere oorzaken voor hartfalen, waarbij de standaard extra aandacht vraagt voor NSAID's als luxerende factor en voor de beperkt voorgeschreven thiazolidinedionen bij diabetes mellitus. Daarnaast kent het (NT-pro) brain natriuretisch peptide (BNP) verschillende eenheden die verwarring kunnen geven, en bij acuut en chronisch hartfalen ook nog eens andere grenswaarden hebben.

Beleid

Beleidsmakers dringen aan op zelfzorg door patiënten en mantelzorgers. Daarvoor geeft de standaard de nodige aanwijzingen die ook zijn verwerkt in de NHG-Patiëntenbrieven (Hartfalen Algemeen, Voeding bij hartfalen en Aanpak van hartfalen). Voor patiënten en mantelzorgers is er verder een website in de maak om bij de zelfzorg te helpen (www.hartfalendoetoe.nl). Ook deze site benadrukt geen NSAID's te gebruiken uit de huisapotheek. De patiënt kan beter een 'flexibel diureticabeleid' als zelfzorg aanleren (het aanpassen van de diureticadoses binnen een tevoren afgesproken dosisgebied en gebaseerd op klachten). Gewichtsreductie is een belangrijk aandachtspunt bij de behandeling van hartfalen, maar

al te sterke gewichtsdeling is ongewenst door het risico op ondervoeding op lange termijn. Dat advies sluit goed aan bij de LESA Ondervoeding die bij deze H&W zit. Leefstijladviezen blijven een belangrijk aandachtspunt bij patiënten met hartfalen.

De standaard gaat zeer uitgebreid in op de medicatie en stapsgewijze aanpak die bij hartfalen nodig zijn. Dit is samengevat in enkele heldere algoritmes. Statines en tromboocytenaggregatiemmers zijn niet direct geïndiceerd bij hartfalen, maar kunnen dat wel zijn voor een achterliggende oorzaak (denk aan een doorgemaakt hartinfarct).

Samenwerking

In de standaard is een aparte samenwerkingsparagraaf opgenomen met aandachtspunten voor overleg met andere beroepsgroepen in de keten. Bij het tot stand komen van de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Hartfalen is in een expertmeeting met patiënten uitgebreid gediscussieerd over verwijzing, gegevensoverdracht, begeleiding en voorlichting. De uitkomsten daarvan zijn in de MDR en ook in de standaard verwerkt, waarbij de huisarts de rol van zorgcoördinator krijgt toebedeeld. In de MDR is een hoofdstuk opgenomen over werk en werkhervatting; dat is voor de huisarts gedeeltelijk van belang en komt niet terug in de standaard. Als er geen therapeutische opties meer zijn, komen patiënten met hartfalen in een eindstadium in aanmerking voor palliatieve zorg. Voor het maken van

afspraken over palliatieve zorg met de thuiszorg verwijzen we naar de LESA Palliatieve zorg uit 2006. Over dit onderwerp zijn ook twee PIN's beschikbaar (via www.nhg.org).

GGZ bij hartfalen

Ongeveer 20% van de patiënten met hartfalen heeft een depressie of angstklachten en ook ongeveer 20% van de 85-plussers met hartfalen vertoont tekenen van cognitieve achteruitgang of dementie. Dat vraagt om gestructureerde aandacht voor depressie en dementie bij patiënten met hartfalen en zo nodig om aanvullende diagnostiek. Van depressie is bekend dat deze de prognose van hartfalen negatief beïnvloedt: niet alleen door ongezondere leefstijl en verminderde compliance met gegeven adviezen, maar ook omdat depressie op zichzelf al een onafhankelijk negatief effect heeft op de prognose. Bij de begeleiding van stemmingsproblemen en angstklachten is psychologische hulp aangewezen als onderdeel van een regulier hartfalenprogramma. Huisartsen kunnen SSRI's bij hartfalen voorschrijven, maar het aantal mogelijke interacties met andere medicatie is groot. Om vertrouwd te raken met het onderwerp hartfalen stelt het NHG in de loop van 2010 voor alle huisartsen een gratis webcast beschikbaar en een PIN voor de abonnees (www.nhg.org).

Bij de LESA Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren

Het NHG en de Vereniging van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland maken over vijf onderwerpen samenwerkingsafspraken. De eerste gaat over visusstoornissen bij kinderen en jongeren.

Huisartsen hebben meestal indirect te maken met visusstoornissen van kinderen en jongeren. De Jeugdgezondheidszorg screent kinderen op visusproblemen, de huisarts is vaak alleen betrokken bij de verwijzing. Dat geldt vooral als de huisarts geen refractieonderzoek doet. Kinderen tot zes jaar vallen onder het protocol van de

Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Bij kinderen boven de zes komen alleen bepaalde risicogroepen in aanmerking voor oogheelkundig onderzoek. Die staan omschreven in deze LESA. Nieuw in de procedure is het rechtstreeks verwijzen door de JGZ-arts naar de oogarts of orthoptiste. Dat vraagt om afstemming tussen de JGZ en de huisarts. Bij deze afstemming wordt het Elektronisch Kinddossier node gemist.

Als onderdeel van de implementatie worden nieuwe NHG-Patiëntenbrieven gemaakt: Scheelzien, Lui oog en Refractieafwijkingen

(www.nhg.org). Verder is er een scholingsmodule in ontwikkeling om op termijn de samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen extra input te geven.

In H&W is ruimte gereserveerd voor de implementatie van onderwerpen die elders in het nummer worden besproken. Lourens Boomsma vat de NHG-inbreng samen (l.boomsma@nhg.org).