Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Zorgpad Ouderen (met een kwetsbare gezondheid) opgenomen in het ziekenhuis met hartfalen

INITIATIEF
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

IN SAMENWERKING MET
Hartstichting, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

MET ONDERSTEUNING VAN
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon

ZORGPAD OUDEREN (MET EEN KWETSBARE GEZONDHEID) OPGENOMEN IN HET ZIEKENHUIS MET HARTFALEN
© 2026
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
088 282 39 30
info@nvkg.nl
www.nvkg.nl

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep 4
Zorgpad voor ouderen (met een kwetsbare gezondheid) opgenomen in het ziekenhuis met hartfalen 5
Module 1 Screening op kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen en aansluitend de uitvoer van een geriatrisch assessment. 6
Module 2 Niet-medicamenteuze interventies 9
Module 3 Medicamenteuze interventies 16
Module 4 Proactieve zorgplanning 24
Module 5 Nazorg 27
Verantwoording 34
Implementatieplan 40

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Prof. Dr. M.H. (Marielle) Emmelot-Vonk, klinisch geriater, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht te Utrecht [NVKG] (voorzitter)
- Dr. K. (Kirsten) Boerlage-van Dijk, cardioloog, werkzaam in het Amphia ziekenhuis te Breda [NVVC]
- Dr. M.C. (Miriam) Faes, klinisch geriater, werkzaam in het Amphia ziekenhuis te Breda [NVKG] tot februari 2025
- Drs. M. (Moniek) Kattenbelt, klinisch geriater, werkzaam in het Radboud Universitair Medisch Centrum te Nijmegen [NVKG]
- Dr. H.L. (Dineke) Koek, klinisch geriater, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht te Utrecht [NVKG]
- Prof. Dr. M. (Majon) Muller, internist ouderengeneeskunde, werkzaam in het Amsterdam Universitair Medisch Centrum te Amsterdam [NIV]
- Dr. M. (Mieke) van den Heuvel, cardioloog, werkzaam in het Medisch Spectrum Twente te Enschede [NVVC]
- Drs. J. (Judith) van der Vloed, beleidsadviseur, werkzaam bij de Hartstichting te Den Haag [Hartstichting]
- K. (Kim) van Zutphen, verpleegkundig specialist, werkzaam in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen [V&VN]

Klankbordgroep

- N. (Nicole) Broekman-Peters, dietist, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht te Utrecht [NVD]
- J.A. (Jonneke) Eggink, fysiotherapeut, werkzaam in het Flevoziekenhuis te Almere [KNGF]
- A. (Alexander) Pluim-Mentz, specialist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Aafje thuiszorg huizen zorghotels [Verenso]

<u>Met ondersteuning van</u>

- M. (Mischa) Lenaers, junior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- A. (Alies) Oost, literatuurspecialist, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. B.H. (Bernardine) Stegeman, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Zorgpad voor ouderen (met een kwetsbare gezondheid) opgenomen in het ziekenhuis met hartfalen

Introductie

Dit zorgpad is een leidraad, waarin handvatten worden geboden om het zorgproces rond ouderen (met een kwetsbare gezondheid) te verbeteren of te optimaliseren. Het zorgpad volgt de route van de patiënt, die tijdens dit proces meerdere overleg- en beslismomenten tegenkomt, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Dit vergt samenwerking, afstemming en vooral goede overdracht tussen de hulpverleners onderling en tussen de verschillende zorginstellingen en organisaties, waarin ook de betrokkenheid van de patiënt geborgd moet zijn. Het zorgpad zelf is geen richtlijn, maar bevat in de procesbeschrijving toepassingen van en verwijzingen naar bestaande richtlijnen en instrumenten.

Afbakening van het zorgpad

De populatie voor dit zorgpad is de oudere (≥ 70 jaar) patiënt (met een kwetsbare gezondheid) met hartfalen in het ziekenhuis. Dit zorgpad heeft als doel kortere opnameduur, lagere kans op een delier, minder verlies van functionaliteit en zelfredzaamheid, betere kwaliteit van leven en minder zorgconsumptie inclusief heropnames te bereiken. Het zorgpad begint bij opname op de SEH, EHH of verpleegafdeling in het ziekenhuis en eindigt bij ontslag uit het ziekenhuis. Poliklinische zorg, zorg buiten het ziekenhuis en jongere patiënten vallen buiten het kader van dit zorgpad.
Op basis van de knelpuntenanalyse ligt de focus voor medicamenteuze behandeling op de Fantastic Four middelen. De overige middelen komen niet aan bod in het zorgpad.

Beoogde gebruikers van het zorgpad

Dit zorgpad is ontwikkeld voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de klinische zorg voor oudere (≥ 70 jaar) patiënten (met een kwetsbare gezondheid) met hartfalen.

Gebruikte termen

Geriatrisch team	Een gespecialiseerd, multidisciplinair team in het ziekenhuis dat zich richt op ouderen (≥ 70 jaar) met een kwetsbare gezondheid met complexe, meervoudige lichamelijke, psychische en sociale problemen.
Multidisciplinair team	In het zorgpad wordt een multidisciplinair team benoemd in een aantal aanbevelingen. Een multidisciplinair team bestaat **minimaal** uit een zorgverlener van de cardiologie en een zorgverlener van de geriatrie. Dit kan zijn de cardioloog, geriater, internist-ouderengeneeskunde, arts-assistenten, physician assistant, verpleegkundig specialist of hartfalenverpleegkundige. Afhankelijk van lokale afspraken kan dit team ook worden uitgebreid met andere zorgverleners. In het zorgpad wordt daarom de verdere samenstelling van een multidisciplinair team niet gespecificeerd.
Regiebehandelaarschap	In het zorgpad wordt benoemd wanneer een regiebehandelaar betrokken is bij een actie. Dit zorgpad doet geen uitspraak over welke zorgverlener de regiebehandelaar is aangezien dit lokaal anders geregeld kan zijn.

Onderdelen

In dit zorgpad komen de volgende onderdelen aan bod:
Actie: Actie die wordt ondernomen in betreffende fase
Betrokken zorgverleners: Zorgverleners betrokken bij deze actie
Specifieke aandachtspunten: Mogelijke aandachtspunten bij deze actie
Bronnen: Onderbouwing voor de aanbevelingen, waaronder bestaande richtlijnen/overige kwaliteitsdocumenten en hulpmiddelen, en consensus werkgroep

Module 1 Screening op kwetsbaarheid en cognitieve stoornissen en aansluitend de uitvoer van een geriatrisch assessment.

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Voer een screening op kwetsbaarheid uit bij alle patiënten ≥ 70 jaar die in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege hartfalen.	Arts-assistent/ medisch specialist/verpleegkundig specialist/ physician assistent/verpleegkundige van de afdeling SEH/EHH/cardiologie/interne geneeskunde/geriatrie	De screening dient zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen **24 uur** afgenomen te worden. Bij patiënten jonger dan 70 jaar kan op indicatie een screening op kwetsbaarheid uitgevoerd worden, bijvoorbeeld bij patiënten met cognitieve stoornissen, ADL afhankelijkheid, woonachtig in een verpleeghuis of sociale problematiek. Neem waar mogelijk de beschikbare informatie vanuit de eerste lijn m.b.t. de aanwezigheid van kwetsbaarheid mee in de screening.	HFA/ESC position paper on frailty in patients with heart failure (Vitale, 2019). Consensus paper from European organizations: Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology (Richter, 2022).
Gebruik bij voorkeur de Clinical Frailty Scale (CFS) (zie bijlage) voor de screening op kwetsbaarheid. Bespreek de uitslag met de patiënt bij een CFS ≥ 5 met uitleg over kwetsbaarheid.	Arts-assistent/ medisch specialist/verpleegkundig specialist/ physician assistent/verpleegkundige van de afdeling SEH/EHH/cardiologie/interne geneeskunde/geriatrie	De screeningstool moet vragen bevatten uit de volgende 4 domeinen: somatisch, psychisch/cognitief, functioneel en sociaal. Het is van belang om zorgverleners te scholen in het gebruik van de CFS voor een betere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. NB CFS is geen screeningstool voor cognitieve problematiek. Vraag het geriatrieteam in consult bij een afwijkende score op de delierscreening zoals die gebruikt wordt in uw ziekenhuis, of bij andere aanwijzingen voor cognitieve stoornissen. Vanuit patiëntenperspectief is het belangrijk om de mate van een kwetsbare gezondheid te bespreken met de patiënt en naasten, zodat zij meer inzicht hebben in de gezondheid en	HFA/ESC position paper on frailty in patients with heart failure (Vitale, 2019). Consensus paper from European organizations: Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology (Richter, 2022). Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg Consensus werkgroep Verschillende screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid zijn onderzocht, maar er is geen ‘gouden standaard’. Een screeningsinstrument moet sensitief, specifiek, makkelijk en snel uit te voeren zijn en geen extra benodigdheden behoeven. Als werkgroep kiezen we voor de CFS aangezien deze makkelijk af te nemen is en internationaal bekend is.

		functioneren van de patiënt en de mogelijke consequenties daarvan op de behandeling.	Dit wordt ook bevestigd in de studie van Sze (2019). Er is daarnaast ook veel praktijkervaringen opgedaan met deze tool tijdens de COVID-19 periode.
Vraag de geriatrie/interne ouderengeneeskunde in consult voor het uitvoeren van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (inclusief medicatiebeoordeling) bij een CFS ≥ 5 en/of aanwijzingen voor cognitieve stoornissen.	'Geriatrieteam': Arts-assistent/ medisch specialist/VS/PA geriatrie/ interne ouderengeneeskunde	Het doel van het CGA is het opsporen van problemen die een bedreiging vormen voor functionaliteit en/of zelfredzaamheid	Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep
Stem de uitkomst van het CGA af in een multidisciplinair overleg tussen cardiologie en geriatrie/interne ouderengeneeskunde.	Multidisciplinair team	Overweeg bij een ernstig kwetsbare gezondheid het regiebehandelaarschap over te dragen aan de geriater/internist ouderengeneeskunde. Het gaat onder andere om een CFS van ≥ 6, patiënten uit het verpleeghuis, patiënten die volledig afhankelijk zijn van zorg, patiënten met dementie of een ernstig delier.	Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Literatuur

Richter D, Guasti L, Walker D, Lambrinou E, Lionis C, Abreu A, Savelieva I, Fumagalli S, Bo M, Rocca B, Jensen MT, Pierard L, Sudano I, Aboyans V, Asteggiano R. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document of the Council for Cardiology Practice (CCP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Valvular Heart Diseases (VHD), Council on Hypertension (CHT), Council of Cardio-Oncology (CCO), Working Group (WG) Aorta and Peripheral Vascular Diseases, WG e-Cardiology, WG Thrombosis, of the European Society of Cardiology, European Primary Care Cardiology Society (EPCCS). Eur J Prev Cardiol. 2022 Feb 19;29(1):216-227.

Sze S, Pellicori P, Zhang J, Weston J, Clark AL. Identification of Frailty in Chronic Heart Failure. JACC Heart Fail. 2019 Apr;7(4):291-302.

Vitale C, Jankowska E, Hill L, Piepoli M, Doehner W, Anker SD, Lainscak M, Jaarsma T, Ponikowski P, Rosano GMC, Seferovic P, Coats AJ. Heart Failure Association/European Society of Cardiology position paper on frailty in patients with heart failure. Eur J Heart Fail. 2019 Nov;21(11):1299-1305.

Bijlage bij module 1 – Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale*

1 **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 **Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.

3 **Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled,** but are **not regularly active** beyond routine walking.

4 **Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities.** A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 **Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing,** and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 **Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 **Severely Frail** – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9. **Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with **a life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail.**

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

DALHOUSIE UNIVERSITY *Inspiring Minds*

Module 2 Niet-medicamenteuze interventies

De volgende interventies komen aan bod in deze module:

1. Leefstijladviezen waaronder beperking in vocht- en zoutinname, roken en alcoholgebruik
2. Fysiotherapeutische adviezen tijdens opname
3. MultiDisciplinair team Overleg (MDO) / multidisciplinaire team interventie
4. Overig advies:
    - Vaccinaties
    - Behandeling van comorbiditeiten

In deze module komen de volgende onderdelen niet aan bod:

1. Hartrevalidatie = module 4/nazorg
2. Comprehensive geriatric assessment = module 1/screening
3. Palliatieve zorg = module 5/Proactieve zorgplanning

Leefstijladviezen

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Algemeen			
Bij meerdere aandachtspunten voor leefstijlaanpassingen, prioriteer, in overleg met de patiënt en eventuele naasten, welke als eerste opgepakt wordt.	Regiebehandelaar, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA.	Bespreek leefstijladviezen op maat met patiënt en naasten, afgesteld op de situatie en haalbaarheid van de patiënt. Denk aan hulpmiddelen (medicatie, programma's, etc.). Informatie over gezond leven voor patiënten is te vinden op de website van de Hartstichting of specifiek voor ouderen: https://www.goedgevoedouderworden.nl/ Geef advies om beweging en ontspanning te bevorderen, stress te verminderen en genoeg slaap te krijgen.	Consensus binnen de werkgroep
Voeding			
Geef advies aan patiënten over gezonde voeding, bij voorkeur samen met naasten.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, diëtist, cardioloog, klinisch geriater/internist	Het is belangrijk dat patiënten gezond blijven eten en er geen sprake is van onder- of overgewicht. Gewicht kan vertekend zijn door overvulling, dus	Richtlijnen goede voeding: eiwitbronnen en voedingspatronen 2025

Vraag een diëtist in consult om met de patiënt voedingsadviezen bij hartfalen te bespreken, bij voorkeur samen met naasten.	ouderengeneeskunde, arts-assistent.	overgewicht is niet altijd overgewicht, en ondergewicht kan ernstiger zijn dan het lijkt. Aandacht voor cardiale cachexie. Aandacht voor extreem overgewicht: obesitas. Meet- en screenings-instrumenten (onder)voeding staan beschreven in de Dieetbehandelingsrichtlijnen 2024.	
Vochtinname			
Beperk de vochtinname tot 1,5 liter per dag tijdens opname.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent.	Overweeg poliklinisch een vochtbeperking van 1,5 – 2 liter. Bespreek het gevaar van te weinig vochtinname (minder dan 1,5 liter). Voor praktische tips zie ook informatie op website van Hartstichting.	ESC Heart Failure (2021) NHG-standaard Hartfalen (2025) Dieetbehandelingsrichtlijnen: hartfalen (2024)
Zoutinname			
Zorg voor zoutarme maaltijden tijdens opname.	(Hartfalen)verpleegkundige, diëtiste.	Vermijd zout inname van meer dan 5 gram/dag. Piek innames van zout dienen eveneens vermeden te worden. Het gebruik van zout-vervangers die veel kalium bevatten, wordt ontraden. Voor praktische tips zie ook informatie op website van Hartstichting.	ESC Heart Failure (2021) NHG-standaard Hartfalen (2025) Dieetbehandelingsrichtlijnen: hartfalen (2024)
Alcohol			
Geef advies over alcohol gebruik tijdens opname en bij ontslag: bij voorkeur geen alcohol.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA.	Het algemene advies is: Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. Als het hartfalen veroorzaakt is door alcoholmisbruik, dan is het advies om alcohol gebruik helemaal te staken. Denk aan het lokale alcoholonttrekking protocol. Indien de patiënt wil stoppen, verwijs voor meer informatie naar Thuisarts: Ik ga stoppen met	Richtlijnen goede voeding: eiwitbronnen en voedingspatronen 2025 Dieetbehandelingsrichtlijnen: hartfalen (2024) Thuisarts.nl

		alcohol drinken. Neem dit ook mee in de brief voor de huisarts.	
Roken			
Geef rook stop advies tijdens opname door middel van een Very Brief Advice + met de volgende drie stappen: **1. Vraag** naar de rookstatus. **2. Vertel** op welke manier de patiënt kan stoppen. Leg kort uit dat de kans op een succesvolle stoppoging groter is met behulp van professionele begeleiding. **3. Verwijs** bij interesse door naar de juiste zorgverlener.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA.	Het algemeen advies is: Stop met roken. Indien de patiënt wil stoppen, verwijs de patiënt naar een stoppen-met-rokenpoli in het ziekenhuis (indien aanwezig) of een stoppen-met-rokencoach, al dan niet aangesloten bij een stoppen-met-rokenorganisatie of via huisarts (vergoed vanuit basisverzekering). Bied aan alle klinische patiënten met een (verhoogd risico op een) delier die roken, nicotine vervangende middelen aan.	Richtlijnen goede voeding: eiwitbronnen en voedingspatronen 2025 Dieetbehandelingsrichtlijnen: hartfalen (2024) Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving
Ontslag			
Draag zorg voor de continuering van bovenstaande leefstijladviezen na ontslag.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, diëtist, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent	Specifieke leefstijladviezen dienen in de brief aan de huisarts / eerstelijns zorgverlener te worden vermeld. Geef ook het advies om regelmatig gewicht te meten om schommelingen te registeren die kunnen duiden op vocht vasthouden. Denk aan een toename van 2 kg binnen een paar dagen.	Dieetbehandelingsrichtlijnen: hartfalen (2024)

Fysiotherapie

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Vraag een fysiotherapeut (met aandachtsgebied geriatrie) in consult tijdens opname voor het bespreken van beweegadviezen op maat samen met de patiënt en eventuele naasten.	Fysiotherapeut (met aandachtsgebied geriatrie), (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, diëtist, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent.	**Doelen (samen met patiënt):** • Adviseren en informeren over in beweging blijven, ook bij angst; • Behoud en herstel van mobiliteit en zelfredzaamheid; • Voorkomen van vallen en functionele achteruitgang; • Voorbereiding op veilige overgang naar huis of vervolgzorg.	KNGF-richtlijn Hartrevalidatie (2024) KGNF-richtlijn Kwetsbare ouderen

		Interventieprincipes: • Vroegtijdige mobilisatie zodra hemodynamisch stabiel: bed → stoel → staan → lopen; • Multidimensioneel trainen: kracht (beenspieren), balans, mobiliteit, ademhaling; • Korte, frequente sessies (3–5× per dag enkele minuten), aangepast aan vermoeidheid en HF-status; • Individuele dosering: start op laag niveau, progressieve opbouw. **Overgang naar ontslag:** • Continueer oefenprogramma thuis of poliklinisch; • Overweeg verwijzing naar geriatrische of hartfalenrevalidatie (KNGF-programma); • Thuiszorg informeren over valrisico en mobiliteitsstatus; • Stimuleer zelfmanagement via eenvoudige dagdoelen (bv. 3× per dag wandelen op kamer). NB: vraag ook bij bedlegerige patiënten de fysiotherapeut in consult.	
Geef advies aan patiënten en eventuele naasten over bewegen na ontslag.	Fysiotherapeut (met aandachtsgebied geriatrie) in overleg met betrokken artsen, VS/PA, hartfalenverpleegkundige.	Meld de patiënt, in overleg met de patiënt, aan voor fysiotherapie in de eerste lijn of (hart)revalidatie-programma na ontslag (conform module 4).	KNGF-richtlijn Hartrevalidatie (2024) KGNF-richtlijn Kwetsbare ouderen
Ontslag			
Draag zorg voor de continuering van bovenstaande adviezen na ontslag.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, diëtist, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent	Specifieke adviezen ten aanzien van fysiotherapie dienen in de brief aan de huisarts / eerstelijns zorgverlener te worden vermeld.	KNGF-richtlijn Hartrevalidatie (2024) KGNF-richtlijn Kwetsbare ouderen

Multidisciplinaire teams/interventies

Actie	**Betrokken zorgverleners**	**Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen**	**Bronnen**

Bespreek alle patiënten minimaal een keer in een multidisciplinair teamoverleg waarbij ook proactieve zorgplanning wordt besproken en vastgelegd wordt wie regievoerder is. Probeer waar mogelijk informatie van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde mee te nemen. Bespreek eventuele adviezen uit het MDO met de patiënt en eventuele naasten.	Cardiologen, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent, fysiotherapeut, diëtist. Betrek bij oudere patiënten met een kwetsbare gezondheid ook de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde (conform module 1).	Uit de literatuursearch is wetenschappelijk bewijs met (zeer) lage bewijskracht gevonden voor een mogelijk positief effect van een multidisciplinaire team interventie op eindpunten sterfte en/of hartfalenhospitalisaties. De ESC-richtlijn Heart Failure (2021) beveelt het gebruik van een multidisciplinair HF-management programma sterk aan (IA aanbeveling), zodat patiënten de juiste onderzoeken, een accurate diagnose en relevante therapie, uitleg en vervolg krijgen om zo ziekenhuisopnames en mortaliteit van hartfalen te verminderen. Het ideale multidisciplinair HF-management programma is niet bekend, maar de multidisciplinaire interventie moet de patiënt centraal zetten en een holistische aanpak nastreven met ook bevorderen van management van comorbiditeiten en zelfzorg om zo het welzijn van de patiënt te verbeteren. Uit de ESC-richtlijn worden de volgende karakteristieken en componenten voor een optimaal hartfalenmanagementprogramma genoemd: *Karakteristieken:* 1. Patiënt centraal; 2. Multidisciplinair; 3. Flexibele focus van het programma en kan bevatten: • Preventie van ziekteprogressie • Klachtenverlichting • Stabiel houden (zo goed als mogelijk) op de voor de patiënt voorkeursplek van zorg bij eindstadium HF (b.v. thuisbehandeling); 4. Competente, professionele zorgverleners;	ESC Heart Failure (2021) Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Richtlijnmodule Multidisciplinaire interventie of overleg (uit de richtlijn Ouderen (met een kwetsbare gezondheid) opgenomen in het ziekenhuis met hartfalen) Bijlage Samenvatting raadpleging MDO in de werkgroep

		5. Bevorderen van patiënt/mantelzorger naasten betrokkenheid in begrip en management van de ziekte. *Componenten:* 1. Geoptimaliseerd management: leefstijlkeuzes, farmacologische therapie, devicetherapie; 2. Patiënteducatie met nadruk op zelfzorg en symptoommanagement; 3. Bieden van psychologische ondersteuning aan patiënten en hun naasten; 4. Vervolg na ontslag uit ziekenhuis (hartfalenpoli, telemonitoring, telefonisch contact, huisbezoek); 5. Makkelijke toegang tot zorg gericht op preventie en management van decompensatie; 6. Interventie bij onverklaarde gewichtstoename; 7. Beoordeling van voedings- en functionele status, kwaliteit van leven; slaapproblemen; psychosociale problemen en andere bevindingen (bijv obv lab uitslagen); 8. Toegang tot palliatieve zorg. Een overzicht van karakteristieken van MDO's van de werkgroep is te vinden in de Bijlage Samenvatting raadpleging MDO in de werkgroep.	
Ontslag			
Draag zorg voor de continuering van MDO-adviezen na ontslag.	(Hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, diëtist, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent	Specifieke adviezen ten aanzien van fysiotherapie dienen in de brief aan de huisarts / eerstelijns zorgverlener te worden vermeld.	

Overig advies: vaccinaties

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Geef advies aan patiënten om deel te nemen aan de jaarlijkse vaccinaties voor influenza en SARS-CoV2 en de vaccinatie voor pneumokokken.	Cardiologen, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Vaccinaties tegen influenza en pneumokokken worden geadviseerd om hartfalen hospitalisaties te voorkomen. Ook vaccinatie tegen SARS-CoV2 wordt aanbevolen. Verwijs de patiënt naar betrouwbare informatie over vaccinaties (zie Hartstichting.nl en RIVM.nl).	ESC Heart Failure (2021) NHG-standaard Hartfalen (2025) ESC consensus statement 2025 (Heidecker, 2025)

Overig advies: comorbiditeiten

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Optimaliseer waar mogelijk de aanwezige niet-cardiovasculaire comorbiditeit(en)	Cardiologen, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, VS/PA, arts-assistent, andere betrokken medisch specialisten	80% van de ouderen met hartfalen heeft 3 of meer chronische comorbiditeiten Zie voor de lijst van niet-cardiovasculaire comorbiditeiten uit de ESC-richtlijn.	ESC Heart Failure (2021) ESC consensus statement 2025 (Heidecker, 2025)

Literatuur

Heidecker B, Libby P, Vassiliou VS, Roubille F, Vardeny O, Hassager C, Gatzoulis MA, Mamas MA, Cooper LT, Schoenrath F, Metra M, Amir O, Solomon SD, Landmesser U, Lüscher TF. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. Eur Heart J. 2025 Sep 22;46(36):3518-3531.

Module 3 Medicamenteuze interventies

Definities hartfalen op basis van ejectiefractie (conform ESC-richtlijnen)

HFrEF – Hartfalen met verminderde ejectiefractie

- Symptomen en/of tekenen van hartfalen.
- Linker ventriculaire ejectiefractie (LVEF) ≤ 40%.

HFmrEF – Hartfalen met licht verminderde ejectiefractie

- LVEF tussen 41–49%.
- Aanvullend bewijs van structurele hartziekte (zoals vergrote linker atrium, LV-hypertrofie of verstoorde LV-vulling) maakt de diagnose waarschijnlijker.

HFpEF – Hartfalen met behouden ejectiefractie

- Symptomen en/of tekenen van hartfalen.
- LVEF ≥ 50%.
- Objectief bewijs van structurele en/of functionele afwijkingen van het hart, zoals:
  - Diastolische disfunctie van de linkerventrikel.
  - Verhoogde vullingsdrukken van de linkerventrikel.
  - Verhoogde natriuretische peptiden.
- Hoe meer afwijkingen aanwezig zijn, hoe groter de kans op HFpEF.

Op basis van de knelpuntenanalyse is de focus voor dit zorgpad op de Fantastic Four middelen.

Let op bij patiënten met een (zeer ernstige) kwetsbare gezondheid

Start voorzichtig met één middel in de laagste dosering. De keuze van het middel is afhankelijk van klinische patiëntkarakteristieken, het bijwerkingenprofiel en de behandeldoelen. Probeer geleidelijk het aantal middelen en/of doseringen uit te breiden tot vier middelen totaal (in geval van HFmrEF en HFrEF). Voeg één nieuw middel in de laagste dosering per keer toe en breid langzaam uit naar meer middelen. De voorkeur heeft vier middelen in de laagste dosering boven minder dan vier middelen in optimale of hogere dosering (in geval van HFmrEF en HFrEF). Monitor vaker dan bij ouderen met een vitale gezondheid.

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten / aanvullingen	Bronnen
Geef voorlichting aan de patiënt en maak behandelbeslissingen samen met de patiënt. Er bestaat een medicamenteuze behandelindicatie voor patiënten met	(hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent, cardioloog, klinisch	Geef voorlichting over de werking en de voor- en nadelen van de medicijnen, bijwerkingen, dosering, therapietrouw. Zie de Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen voor informatie over	Tamargo, 2022.

NYHA-klasse ≥ II. Welke soort medicatie is mede afhankelijk van de hartfalen classificatie: type HFrEF, HFmrEF of HFpEF.	geriater/internist ouderengeneeskunde	nuttige tools die gebruikt kunnen worden bij de voorlichting.	
Verricht een medicatiereview	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, VS/PA, arts-assistent, (hartfalen)verpleegkundige, apotheker.	Maak hierbij gebruik van de Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.	Boerlage-van Dijk, 2022; Tamargo, 2022. Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen
Quadrupel/triple therapie (HFrEF, ter overweging bij HFmrEF)			
Quadrupel/triple therapie: Behandel klinische oudere HFrEF-patiënten met quadrupel hartfalenmedicatie (1. RAS-remmer (ACEi/ARB/ARNI), 2. betablokker, 3. MRA, 4. SGLT2-remmer), indien de patiënt als behandeldoelen reductie van ziekenhuisopnames door hartfalen en het verlagen van de kans op (cardiovasculaire) sterfte heeft benoemd.	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Start met een lage dosis per klasse en streef naar aanwezigheid van tenminste 3 of 4 verschillende medicijnklassen en hoog daarna pas eventueel onderhoudsdosering op, conform richtlijnen. Kies bij de klasse ACEi/ARB/ARNI liever eerst voor lage dosering ACEi of ARB i.p.v. ARNI totdat alle 4 de klassen van HF medicatie aanwezig zijn en overweeg daarna pas de switch van ACEi/ARB naar ARNI indien patiënt belangrijk symptomatisch blijft en ten minste 4 klassen HF medicatie in lage dosering verdraagt, conform richtlijnen. Keuze voor ACEi of ARB kan gemaakt worden op basis van voorkeur van voorschrijver of bijwerkingenprofiel bij patiënt. Er is wel meer wetenschappelijk bewijs voor een ACEi dan voor ARB, een ARB is weer makkelijker om te zetten in ARNI.	ESC Heart Failure (2021) NHG-standaard Hartfalen (2025), Richtlijnmodule Medicamenteuze interventie vooor hartfalen (uit de richtlijn Ouderen (met een kwetsbare gezondheid) opgenomen in het ziekenhuis met hartfalen) Vaduganathan, 2020; Sharma, 2022; Tromp, 2022; Arrigo, 2023; Nijskens, 2025 Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep
RAS-remmers (ACEi, ARB) (HFrEF, ter overweging bij HFmrEF) / (ARNI) (alleen bij HFrEF)			
HFrEF: Bij HFrEF worden ACE-remmers aanbevolen om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen.	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Start met lage doseringen RAS-blokkers wegens een verhoogd risico op bijwerkingen. Monitoring van nierfunctie en kalium is belangrijk vanwege verhoogd risico op	ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023)

ARNI (sacubitril/valsartan) wordt aanbevolen als vervanging voor ACE-remmer bij symptomatische HFrEF patiënten. ARB's worden aanbevolen bij intolerantie voor ACE-remmer of ARNI. **HFmrEF:** Bij HFmrEF kunnen ACE-remmers overwogen worden om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen. ARB's worden aanbevolen bij intolerantie voor ACE-remmers. **HFpEF:** Bij HFpEF worden RAS-remmers en ARNI niet aanbevolen voor sterfte- of morbiditeitsreductie, maar RAS-remmers kunnen gebruikt worden bij comorbiditeiten zoals hypertensie, diabetes of coronaire hartziekte.		nierfunctiestoornissen en elektrolytstoornissen. Aandacht voor (orthostatische) hypotensie is belangrijk (in het bijzonder bij ARNI). Aandacht voor "zieke dagen regels" (zie bijlage 2). Zie STOP-NL V2 voor stopcritera. Kanttekening: ARNI wordt voor indicatie HFpEF en HFmrEF in Nederland niet vergoed.	NHG-standaard Hartfalen (2025) Nijskens, 2025 Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen
Bèta-blokkers (HFrEF, ter overweging bij HFmrEF)			
HFrEF: Bij HFrEF worden bètablokkers aanbevolen bij stabiele patiënten om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen. **HFmrEF:** Bij HFmrEF kunnen bètablokkers overwogen worden om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen. **HFpEF:** Bij HFpEF kunnen bètablokkers gebruikt worden bij comorbiditeiten zoals	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Nebivolol (SENIORS-trial (Flather, 2005)), metoprolol, bisoprolol en carvedilol (CIBIS-ELD-trial (Düngen, 2011)) zijn in oudere HF patiënten getest. Start met lage doseringen bètablokkers. Aandacht voor bradycardie, belangrijke AV-geleidingsstoornissen en vermoeidheid als bijwerking bij gebruik van bètablokkers. Zie STOP-NL V2 voor stopcriteria.	ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023) NHG-standaard Hartfalen (2025) Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen Flather, 2005; Düngen, 2011; Parrini, 2024

hypertensie, coronaire hartziekte of atriumfibrilleren.			
MRA (spironolacton, eplerenon, finerenon*) (HFrEF; ter overweging bij HFmrEF, HFpEF)			
HFrEF: Bij HFrEF worden MRA's aanbevolen om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen. **HFmrEF:** Bij HFmrEF kunnen MRA's overwogen worden om ziekenhuisopnames en sterfte te verminderen. **HFpEF:** Bij HFpEF kunnen MRA's gebruikt worden bij comorbiditeiten zoals hypertensie.	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Recente studies tonen een voordeel voor MRA bij HFpEF. Start met lage doseringen MRA. Monitoring van nierfunctie en kalium is belangrijk vanwege verhoogd risico op nierfunctiestoornissen en elektrolytstoornissen. Let op hyperkaliemie in het bijzonder in combinatie met RAS-remmer. Aandacht voor (orthostatische) hypotensie is belangrijk. Wees voorzichtig met MRA's bij ouderen bij een eGFR < 30 ml/min of een kaliumgehalte > 5,0 mmol/l. Aandacht voor "zieke dagen regels" (zie bijlage 2) *Kanttekening: Finerenon wordt vooralsnog alleen vergoed in aanwezigheid van Diabetes Mellitus en chronische nierschade. Naar verwachting van de werkgroep zal Finerenon ook voor HFpEF worden vergoed. De werkgroep heeft daarom besloten dit middel al wel op te nemen in het zorgpad.	ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023) Ferreira (2019); Nijskens (2025); Butt (2025)
SGLT2-remmers (bij HFrEF, HFmrEF, HFpEF)			
Behandel oudere klinisch hartfalenpatiënten (HFpEF, HFmrEF en HFrEF) met een SGLT2-remmer (dapagliflozine of empagliflozine) indien de patiënt als behandeldoelen	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde,	Dapagliflozine kan veilig gestart worden tot eGFR 30 ml/min.	ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023)

reductie van ziekenhuisopnames door hartfalen en het verlagen van de kans op (cardiovasculaire) sterfte heeft benoemd.	(hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Empagliflozine kan veilig gestart worden tot eGFR 20 ml/min. Aandacht voor "zieke dagen regels" (zie bijlage 2)	NHG-standaard Hartfalen (2025) Filippatos (2022); [a]Butt (2022); [b]Butt (2022); Anker (2021); Solomon (2022); Tamargo, 2022; Van Bruggen, 2024; Nijskens, 2025, Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep
Lisdiuretica (furosemide, bumetanide) (HFrEF, HFmrEF, HFpEF)			
Bij alle categorieën van hartfalen worden lisdiuretica aanbevolen bij tekenen van vochtretentie om symptomen te verlichten en inspanningstolerantie te verbeteren.	Cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, (hartfalen)verpleegkundige, VS/PA, arts-assistent.	Lisdiuretica vereisen zorgvuldige dosering en monitoring, zeker bij ouderen met risico op dehydratie, (orthostatische) hypotensie, nierfunctiestoornissen en elektrolytstoornissen. Voorkeur voor eenmaal daags dosering bij ouderen met beperkte mobiliteit en urine-incontinentie. Wees bedacht op opvlammen van klachten van jicht. Aandacht voor "zieke dagen regels" (zie bijlage 2)	ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023) NHG-standaard Hartfalen (2025).

Literatuur

Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M, Brunner-La Rocca HP, Choi DJ, Chopra V, Chuquiure-Valenzuela E, Giannetti N, Gomez-Mesa JE, Janssens S, Januzzi JL, Gonzalez-Juanatey JR, Merkely B, Nicholls SJ, Perrone SV, Piña IL, Ponikowski P, Senni M, Sim D, Spinar J, Squire I, Taddei S, Tsutsui H, Verma S, Vinereanu D, Zhang J, Carson P, Lam CSP, Marx N, Zeller C, Sattar N, Jamal W, Schnaidt S, Schnee JM, Brueckmann M, Pocock SJ, Zannad F, Packer M; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med. 2021 Oct 14;385(16):1451-1461. doi: 10.1056/NEJMoa2107038. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34449189.

Arrigo M, Biegus J, Asakage A, Mebazaa A, Davison B, Edwards C, Adamo M, Barros M, Celutkiene J, Čerlinskaitė-Bajorė K, Chioncel O, Damasceno A, Diaz R, Filippatos G, Gayat E, Kimmoun A, Lam CSP, Metra M, Novosadova M, Pagnesi M, Pang PS, Ponikowski P, Saidu H, Sliwa K, Takagi K, Ter Maaten JM, Tomasoni D, Voors AA, Cotter G, Cohen-Solal A. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure in elderly patients: A sub-analysis of the STRONG-HF randomized clinical trial. Eur J Heart Fail. 2023 Jul;25(7):1145-1155. doi: 10.1002/ejhf.2920. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37246591.

Boerlage-van Dijk K, Siegers CEP, Wouters NTAE, Faes MC, Verbunt RAM, Geertman JH, van

den Heuvel M, van de Meerendonk CTU, Liem SS, Henriques JP, Ottervanger JP. Specific recommendations (or lack thereof) for older patients with cardiovascular disease in the current European Society of Cardiology guidelines : From the Dutch Working Group of Geriatric Cardiology of the Netherlands Society of Cardiology (NVVC) and Special Interest Group Geriatric Cardiology of the Netherlands Society for Clinical Geriatrics (NVKG). Neth Heart J. 2022 Dec;30(12):541-545. doi: 10.1007/s12471-022-01674-y. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35360895; PMCID: PMC9691802.

[a]Butt JH, Jhund PS, Belohlávek J, de Boer RA, Chiang CE, Desai AS, Drożdż J, Hernandez AF, Inzucchi SE, Katova T, Kitakaze M, Kosiborod MN, Lam CSP, Maria Langkilde A, Lindholm D, Bachus E, Martinez F, Merkely B, Petersson M, Saraiva JFK, Shah SJ, Vaduganathan M, Vardeny O, Wilderäng U, Claggett BL, Solomon SD, McMurray JJV. Efficacy and Safety of Dapagliflozin According to Frailty in Patients With Heart Failure: A Prespecified Analysis of the DELIVER Trial. Circulation. 2022 Oct 18;146(16):1210-1224. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061754. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36029465; PMCID: PMC9815819.

[b]Butt JH, Dewan P, Merkely B, Belohlávek J, Drożdż J, Kitakaze M, Inzucchi SE, Kosiborod MN, Martinez FA, Tereshchenko S, Ponikowski P, Bengtsson O, Lindholm D, Langkilde AM, Schou M, Sjöstrand M, Solomon SD, Sabatine MS, Chiang CE, Docherty KF, Jhund PS, Køber L, McMurray JJV. Efficacy and Safety of Dapagliflozin According to Frailty in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction : A Post Hoc Analysis of the DAPA-HF Trial. Ann Intern Med. 2022 Jun;175(6):820-830. doi: 10.7326/M21-4776. Epub 2022 Apr 26. PMID: 35467935.

Butt JH, Jhund PS, Henderson AD, Claggett BL, Chiang CE, Linssen GCM, Saldarriaga CI, Saraiva JFK, Sato N, Schou M, von Lewinski D, Lay-Flurrie J, Scalise A, Rohwedder K, Desai AS, Lam CSP, Senni M, Shah SJ, Zannad F, Pitt B, Vaduganathan M, Solomon SD, McMurray JJV. Finerenone According to Frailty in Heart Failure: A Prespecified Analysis of the FINEARTS-HF Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2025 Aug 1;10(8):829-840. doi: 10.1001/jamacardio.2025.1775. PMID: 40531488; PMCID: PMC12177723.

Düngen HD, Apostolovic S, Inkrot S, Tahirovic E, Töpper A, Mehrhof F, Prettin C, Putnikovic B, Neskovic AN, Krotin M, Sakac D, Lainscak M, Edelmann F, Wachter R, Rau T, Eschenhagen T, Doehner W, Anker SD, Waagstein F, Herrmann-Lingen C, Gelbrich G, Dietz R; CIBIS-ELD investigators and Project Multicentre Trials in the Competence Network Heart Failure. Titration to target dose of bisoprolol vs. carvedilol in elderly patients with heart failure: the CIBIS-ELD trial. Eur J Heart Fail. 2011 Jun;13(6):670-80. doi: 10.1093/eurjhf/hfr020. Epub 2011 Mar 23. PMID: 21429992; PMCID: PMC3101867.

Flather MD, Shibata MC, Coats AJ, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J, Cohen-Solal A, Dumitrascu D, Ferrari R, Lechat P, Soler-Soler J, Tavazzi L, Spinarova L, Toman J, Böhm M, Anker SD, Thompson SG, Poole-Wilson PA; SENIORS Investigators. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J. 2005 Feb;26(3):215-25. doi: 10.1093/eurheartj/ehi115. Epub 2005 Jan 9. PMID: 15642700.

Ferreira JP, Rossello X, Eschalier R, McMurray JJV, Pocock S, Girerd N, Rossignol P, Pitt B, Zannad F. MRAs in Elderly HF Patients: Individual Patient-Data Meta-Analysis of RALES, EMPHASIS-HF, and TOPCAT. JACC Heart Fail. 2019 Dec;7(12):1012-1021. doi: 10.1016/j.jchf.2019.08.017. Erratum in: JACC Heart Fail. 2020 May;8(5):428. doi: 10.1016/j.jchf.2020.03.001. PMID: 31779922.

Filippatos G, Anker SD, Butler J, Farmakis D, Ferreira JP, Gollop ND, Brueckmann M, Iwata T, Pocock S, Zannad F, Packer M; EMPEROR-Reduced Trial Committees and Investigators. Effects of empagliflozin on cardiovascular and renal outcomes in heart failure with reduced ejection fraction according to age: a secondary analysis of EMPEROR-Reduced. Eur J Heart Fail. 2022 Dec;24(12):2297-2304. doi: 10.1002/ejhf.2707. Epub 2022 Oct 24. PMID: 36194680; PMCID: PMC10092219.

Martinez FA, Serenelli M, Nicolau JC, Petrie MC, Chiang CE, Tereshchenko S, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Ponikowski P, Sabatine MS, DeMets DL, Dutkiewicz-Piasecka M, Bengtsson O, Sjöstrand M, Langkilde AM, Jhund PS, McMurray JJV. Efficacy and Safety of Dapagliflozin in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction According to Age: Insights From DAPA-HF. Circulation. 2020 Jan 14;141(2):100-111. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044133. Epub 2019 Nov 17. PMID: 31736328.

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [Internet]. European Heart Journal. 2021 Aug 25;42(36):3599–3726. [geüpdatet 2023; geraadpleegd op 10 oktober 2025]. Beschikbaar via: https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Hartfalen [Internet]. Utrecht: NHG; 2025 [geüpdatet juli 2025; geraadpleegd op 10 oktober 2025]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/hartfalen.

Nijskens CM, Handoko L, Remmelzwaal S, Ziesemer KA, Muller M. Efficacy and Safety of Heart Failure Treatment According to Frailty Status: A Systematic Review. J Am Heart Assoc. 2025 Sep 2;14(17):e042367. doi: 10.1161/JAHA.125.042367. Epub 2025 Aug 29. PMID: 40878979; PMCID: PMC12553454.

Parrini I, Lucà F, Rao CM, Cacciatore S, Riccio C, Grimaldi M, Gulizia MM, Oliva F, Andreotti F. How to Manage Beta-Blockade in Older Heart Failure Patients: A Scoping Review. J Clin Med. 2024 Apr 5;13(7):2119. doi: 10.3390/jcm13072119. PMID: 38610883; PMCID: PMC11012494.

Solomon SD, McMurray JJV, Claggett B, de Boer RA, DeMets D, Hernandez AF, Inzucchi SE, Kosiborod MN, Lam CSP, Martinez F, Shah SJ, Desai AS, Jhund PS, Belohlavek J, Chiang CE, Borleffs CJW, Comin-Colet J, Dobreanu D, Drozdz J, Fang JC, Alcocer-Gamba MA, Al Habeeb W, Han Y, Cabrera Honorio JW, Janssens SP, Katova T, Kitakaze M, Merkely B, O'Meara E, Saraiva JFK, Tereshchenko SN, Thierer J, Vaduganathan M, Vardeny O, Verma S, Pham VN, Wilderäng U, Zaozerska N, Bachus E, Lindholm D, Petersson M, Langkilde AM; DELIVER Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med. 2022 Sep 22;387(12):1089-1098. doi: 10.1056/NEJMoa2206286. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36027570.

Tamargo J, Kjeldsen KP, Delpón E, Semb AG, Cerbai E, Dobrev D, Savarese G, Sulzgruber P, Rosano G, Borghi C, Wassmann S, Torp-Pedersen CT, Agewall S, Drexel H, Baumgartner I, Lewis B, Ceconi C, Kaski JC, Niessner A. Facing the challenge of polypharmacy when prescribing for older people with cardiovascular disease. A review by the European Society of Cardiology Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2022 Jun 8;8(4):406-419. doi: 10.1093/ehjcvp/pvac005. Erratum in: Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2023 Apr 10;9(3):291. doi: 10.1093/ehjcvp/pvad013. PMID: 35092425.

van Bruggen DM, Jansen DRM, van Poelgeest EP. SGLT2-remmers, ook bij kwetsbare ouderen? [SGLT2 inhibitors, also in frail older adults?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2024 Apr 11;168:D7935. Dutch. PMID: 38602004.

Bijlage 2 “Zieke dagen regels” bij gebruik van SGLT2-remmers, diuretica, ARBs en ACE-remmers.

Om het risico op bijwerkingen van SGLT2-remmers, diuretica, ARBS en ACE-remmers te beperken, is het essentieel dat patiënten goed geïnformeerd worden over situaties waarin het gebruik van deze medicatie tijdelijk gestaakt moet worden. De NHG-Standaard *Diabetes mellitus type 2* adviseert om patiënten expliciet te instrueren contact op te nemen met de huisarts en de SGLT2-remmer, diuretica, ARBs of ACE-remmer tijdelijk te stoppen bij de volgende omstandigheden (dit advies kan ook worden toegepast zonder aanwezigheid van DM2):

- Koortsende ziekte
- Misselijkheid en/of braken
- Extreme dorst
- Diarree

Deze zogenoemde ‘zieke dagen’-regels zijn bedoeld om complicaties zoals dehydratie, hypotensie of ketoacidose te voorkomen (NHG, 2025).
Ook de Nierstichting (2022) adviseert om extra voorzichtig te zijn bij patiënten ouder dan 70 jaar, met chronische nierschade (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²), of met hartfalen. In deze groepen wordt geadviseerd de SGLT2-remmer, diuretica, ARBs of ACE-remmer tijdelijk te staken bij:

- Meer dan vijf dagen achtereen met temperaturen boven de 25 °C, waarvan minimaal drie dagen boven de 30 °C
- Meer dan drie keer per dag waterdunne diarree
- Meer dan drie keer per dag braken
- Koorts > 38,5 °C gedurende meer dan twee dagen

De behandeling kan hervat worden zodra de klachten of omstandigheden verdwenen zijn. Indien er na één dag geen verbetering optreedt, wordt geadviseerd contact op te nemen met de regiebehandelaar of hartfalenpolikliniek voor verdere beoordeling.

Module 4 Proactieve zorgplanning

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Start op indicatie (zie specifieke aandachtspunten) het gesprek over proactieve zorgplanning zo snel mogelijk tijdens opname. Herhaal deze gesprekken met enige regelmaat, check of de gemaakte afspraken nog actueel zijn en pas deze zo nodig aan.	Hartfalenverpleegkundige/verpleegkundig specialist-, physician assistant hartfalen, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent	Aanleiding voor een gesprek kan zijn: **Ziekte-specifieke signalen** • Twee of meer ziekenhuisopnames voor hartfalen in het afgelopen jaar. • Aanhoudende ernstige klachten (NYHA-klasse III–IV) ondanks optimale behandeling. • Noodzaak tot afbouwen of stoppen van hartfalenmedicatie door bijwerkingen (zoals hypotensie, nierfunctiestoornissen of elektrolytstoornissen) met uitzondering van lisdiuretica. • Recente noodzaak tot intraveneuze lisdiuretica of duidelijke dosisverhoging. • Een terechte interventie van een ICD. **Algemene signalen** • Onbedoeld gewichtsverlies (≥5% in 6 maanden of >10% over langere tijd). • Toegenomen afhankelijkheid bij dagelijkse activiteiten. • Vastgestelde kwetsbaarheid (frailty). • Ernstige comorbiditeit met invloed op de levensverwachting. • Antwoord 'nee' op de surprise question. • Wens van patiënt of naasten. Er kunnen ook andere aanleidingen niet gerelateeerd aan hartfalen zijn die een negatieve impact hebben op de levensverwachting of kwaliteit van leven. Gebruik ter ondersteuning gevalideerde tools en methodieken voor het beoordelen van symptomen/problemen (zie bijvoorbeeld de	Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep

		Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen).	
Bespreek tijdens het gesprek over proactieve zorgplanning de volgende items: 1. Actuele en te verwachten symptomen in alle palliatieve domeinen. 2. Wensen en doelen van de patient. 3. Levenseindebeslissingen. 4. Medicatie: wat wordt gecontinueerd en wat wordt gestopt? 5. Wat te doen in crisissituaties, zoals acute dyspnoe; wel/geen ziekenhuisopname, CCU, of IC. 6. Zo nodig het beleid rondom CIED. Zie de de Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen voor meer details.	Hartfalenverpleegkundige/VS-, physician assistant hartfalen, cardioloog, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, arts-assistent	De palliatieve domeinen zijn: lichamelijk, psychisch, zingeving en sociaal. Met levenseindebeslissingen wordt onder andere bedoeld: • vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, staken van niet-invasieve beademing, uitzetten van de ICD shockfunctie, morfine voor symptoomverlichting (zie richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase), dialyse, palliatieve sedatie, euthanasie, weefseldonatie, bewust stoppen met eten en drinken); Deel schriftelijke/digitale informatie over proactieve zorgplanning met de patiënt, zoals: • Palliatieve zorg bij hartfalen • Praat op tijd over uw levenseinde - Publieksbrochure Patiëntenfederatie Nederland • De website heartfailurematters.org en specifiek de pagina Plannen voor het levenseinde Betrek de naasten bij gesprekken over proactieve zorgplanning. Zie hiervoor ook de Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen	Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen Richtlijn ICD/pacemaker in de laatste levensfase Samen Beslissen met ouderen met een kwetsbare gezondheid: uitgangspunten NVKG Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep
Vraag het palliatief team in consult bij complexe problemen. • Vraag een consulent zingeving & spiritualiteit in	Hartfalenverpleegkundige, VS hartfalen/physician assistant, cardioloog, arts-assistent, palliatief team.	Bijv. bij moeilijk behandelbare symptomen of psychosociale problematiek. Bespreek en regel zorg in de thuissituatie, inclusief ondersteuning en begeleiding van naasten.	Integration of a palliative approach into heart failure care: a European Society of Cardiology Heart Failure Association position paper.

consult bij existentiële vragen. • Vraag een interculturele zorgconsulent in consult bij cultuursensitieve zorgvragen.			Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen
Documenteer de gemaakte afspraken in het EPD en zorg voor een goede overdracht naar de opvolgende zorgverlener.	Hartfalenverpleegkundige, verpleegkundig specialist, cardioloog, arts-assistent.	Schrijf de afspraken in de medische overdrachtsbrief en geef altijd een telefonische overdracht. Stel deze afspraken ook schriftelijk/digitaal beschikbaar aan de patiënt.	Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen

Module 5 Nazorg

De volgende onderdelen komen aan bod in deze module:
1. Overdracht
2. Nazorg
3. Netwerkzorg

Overdracht

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Vóór ontslag			
Diagnostiek en behandeling vóór ontslag			
Onderzoek patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen vanwege HF om aanhoudende tekenen van congestie uit te sluiten vóór ontslag en om de orale medicamenteuze behandeling te optimaliseren.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis[1]		ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023)
Start vóór ontslag richtlijn-gestuurde medische therapie (zie module 3 Medicamenteuze behandeling).	Regiebehandelaar en/of verpleegkundig specialist en/of hartfalenverpleegkundige		ESC Heart Failure (2021) Focused update of the 2021 ESC Guidelines (2023)
Verwijzing hartfalenpoli			
Verwijs iedere patiënt naar de hartfalenpolikliniek tenzij er een exclusie- of uitstroomcriterium is*.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.	*Exclusie- of uitstroomcriteria: - Patiënt wordt na ontslag terugverwezen naar de eerste lijn of anderhalve lijn volgens criteria benoemd bij **'Overleg, consultatie of terugverwijzing na ontslag'** - Primair hartkleplijden of coronair lijden, waarvoor interventie op korte termijn zal plaatsvinden (tijdelijke begeleiding op de hartfalenpoli is mogelijk rondom de ingreep). - De gestelde behandeldoelen zijn bereikt. - Onvoldoende motivatie. - Ernstige invaliderende comorbiditeit die begeleiding in de tweede/derde lijn onmogelijk maakt.	Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg

		- In geval van ernstige psychiatrische, cognitieve en/of verslavingsproblematiek is een eenmalige intake met patiënt en naaste of mantelzorger en/of zorgverlener te overwegen.	
Benoem bij een verwijzing naar de hartfalenpolikliniek expliciet het doel of een verwijsvraag.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg
Plan bij voorkeur binnen twee weken na ontslag een intake of controle op de hartfalenpolikliniek in (vanwege een verhoogd risico op heropname in de eerste weken na ontslag). Organiseer bij nieuwe patiënten (en hun naasten) een kennismaking met de verpleegkundig specialist, physician assistant of hartfalenverpleegkundige bij voorkeur ruim voorafgaand aan het ontslag.	Regiebehandelaar en/of verpleegkundig specialist en/of hartfalenverpleegkundige	Indien behoefte is aan een huisbezoek binnen 2 weken of daarna, kan er overwogen worden om een specialist ouderengeneeskunde in te schakelen via de huisarts.	Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep
Overleg, consultatie of terugverwijzing naar de eerste lijn na opname			
Overweeg de patiënt na opname (terug) te verwijzen naar de eerste of anderhalve lijn in overleg met de behandelaar in de eerste of anderhalve lijn als de patiënt: - optimaal (medicamenteus en/of niet-medicamenteus) behandeld is en stabiel is; - na behandeling hersteld is en een	Regiebehandelaar en/of verpleegkundig specialist en/of hartfalenverpleegkundige	Na de (terug)verwijzing wordt de behandelaar in de eerste lijn of anderhalve lijn regiebehandelaar.	Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg NHG-standaard Hartfalen (2025) NVVC Toolkit hartfalen Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep

genormaliseerde linkerventrikel ejectiefractie heeft; - zich in de terminale levensfase bevindt (eindstadium hartfalen); - een kwetsbare gezondheid heeft waarbij in overleg met de huisarts en patiënt diagnostiek en behandeling in de tweede lijn niet meer wenselijk zijn; - een neurodegeneratieve aandoening heeft.			
Verstrek bij de schriftelijke overdracht aan de huisarts* / specialist ouderengeneeskunde de volgende gegevens: - regiebehandelaar na ontslag - gestelde diagnose(n)** - per medicijngroep of het optitreren naar de maximale dosering is gelukt en de reden indien dit niet is gelukt (en de reden voor het niet starten van evidence-based hartfalenmedicatie) - behandeladvies*** - vervolgbeleid - besproken behandelgrenzen en wensen bij deze patiënten (zie ook module 4 Proactieve zorgplanning) - leefstijladviezen (zie module 2) - poliklinische vervolgafspraken bij relevante disciplines**** Deel (de relevante onderdelen van) deze informatie ook met de patiënt. Denk hierbij minstens aan	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.	Transmurale Zorgstandaard Hartfalen, Nederlands Hart Netwerk, regio Zuidoost Brabant (2018): *Binnen 1 werkdag na ontslag uit het ziekenhuis is een brief gestuurd aan de huisarts. **Bevindingen bij het echocardiografisch onderzoek, relevante bevindingen uit overig onderzoek, conclusie: HFrEF, HFmrEF, HFpEF of géén HF. ***Opsomming van streefwaardes RR, pols en ontslaggewicht, leefstijladviezen (vocht- en/of zoutbeperking), advies ten aanzien van (cardiale) medicatie indien de patiënt nog niet optimaal is ingesteld op medicatie. **** zoals hartfalenpoli, cardioloog, klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde	NHG-standaard Hartfalen (2025) Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg Aangevuld/aangepast op basis van consensus binnen de werkgroep

de medicatielijst, het streefgewicht en de leefstijladviezen (zie module 2). Doe dit mondeling en schriftelijk (op papier of digitaal). Zorg dat de informatie begrijpelijk is voor de patiënt, dus afgestemd op de persoonlijke behoefte. Geef naast een schriftelijke overdracht ook een mondelinge overdracht naar de desbetreffende regiebehandelaar in geval van terugverwijzing naar de eerste lijn vanwege eindstadium hartfalen of indien er vervolgonderzoek dan wel aanvullende behandeling verwacht wordt die de eerste lijn / anderhalve lijn dient uit te voeren.			
Overleg, consultatie of terugverwijzing naar de tweede lijn na ontslag			
Draag over dat er na ontslag in een aantal situaties* laagdrempelig overleg, consultatie of terugverwijzing kan plaatsvinden met/naar de cardioloog/regiebehandelaar, met name bij patiënten met een kwetsbare gezondheid of patiënten die zijn terugverwezen naar de huisarts.	Regiebehandelaar en/of verpleegkundig specialist en/of hartfalenverpleegkundige	*- Geleidelijke progressie van hartfalen ondanks ophoging van de diuretica. - Exacerbatie hartfalen: bij ernstige of aanhoudende klachten ondanks behandeling. - Dehydratie: bij ernstige of aanhoudende klachten ondanks behandeling. - Belangrijke achteruitgang van de nierfunctie (≥50%) of elektrolytstoornissen. - Persisterende hypertensie of (orthostatische) hypotensie ondanks adequate instelling op hartfalenmedicatie. - Onvoldoende controle van angina pectoris met hartfalenmedicatie. - Patiënt is mogelijk gebaat bij multidisciplinaire hartfalenrevalidatie (leren omgaan met hartfalen en verbetering van de lichamelijke conditie, omgaan met	NHG-standaard Hartfalen (2025)

		psychosociale gevolgen, en gezonde leefstijl, zie Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie).	

Nazorg

Actie	**Betrokken zorgverleners**	**Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen**	**Bronnen**
Samen Beslissen en leefstijladviezen			
Beslis samen met de patiënt over de behandeling, het leven met hartfalen en zelfzorg. Stimuleer het belang van zelfzorg* en een actieve rol van de patiënt ten aanzien van de eigen gezondheid. Geef voorlichting en leefstijladviezen aan alle patiënten met hartfalen, hierbij rekening houdend met relevante comorbiditeit, motivatie en mogelijkheden van de patiënt.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.	Zie voor meer informatie over leefstijladviezen Module 2 Niet-medicamenteuze interventies *- Zelfzorg met betrekking tot het stabiel houden van hartfalen (self-care maintenance). - Zelfzorg met betrekking tot het bijhouden van waarden van bijvoorbeeld gewicht, bloeddruk, hartslag en het alert zijn op tekenen van achteruitgang als gevolg van hartfalen of een andere aandoening en alert zijn op bijwerkingen van medicijnen (self-care monitoring). - Zelfzorg met betrekking tot het op de juiste manier reageren op symptomen (self-care management).	Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg ESC Heart Failure (2021)
Hartrevalidatie			
Overweeg ouderen (met een kwetsbare gezondheid) met hartfalen te verwijzen voor een intakegesprek voor poliklinische hartrevalidatie.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		Richtlijn Hartrevalidatie
Telemonitoring			
Overweeg niet-invasieve telemonitoring om het risico op recidiverende ziekenhuisopnames voor hartfalen en sterfte t.g.v. hartfalen te verminderen en stem de inzet van telemonitoring af met de patiënt en de mogelijkheden vanuit het ziekenhuis.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis in samenwerking met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.	Maak data uit telebegeleidingssystemen actief beschikbaar in het desbetreffende informatiesysteem van de betrokken behandelaar. Bespreek met de patiënt of men voldoende digitaal vaardig is voor telemonitoring of steun van een naaste beschikbaar is.	ESC Heart Failure (2021) NHG-standaard Hartfalen (2025) Leidraad organisatie van intramurale hartfalenzorg

Netwerkzorg

Actie	Betrokken zorgverleners	Specifieke aandachtspunten/ aanvullingen	Bronnen
Leg in het ziekenhuisdossier vast wie de regiebehandelaar is en daarmee het aanspreekpunt voor het coördineren van de zorg.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis en zo nodig, met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		Op basis van consensus binnen de werkgroep (deels gebaseerd op NHG-standaard Hartfalen (2025))
Zorg ervoor dat het voor de patiënt en de zorgverleners bij ontslag duidelijk is wie regiebehandelaar en aanspreekpunt is, en ga na of de patiënt beschikt over de contactgegevens.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis en zo nodig, met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		NHG-standaard Hartfalen (2025)
Verwijs zo nodig naar andere disciplines voor het beleid, bijvoorbeeld fysio- of oefentherapeut, diëtist, maatschappelijk werker of psycholoog met expertise op het gebied van hartfalen.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis en zo nodig, met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		NHG-standaard Hartfalen (2025)
Zorg ervoor dat de gemaakte afspraken bekend zijn bij de huisarts en andere relevante zorgverleners, die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt, in geval van verwachte ontregeling, opname in een ziekenhuis of verpleeghuis of in de terminale fase.	Multidisciplinair team in het ziekenhuis en zo nodig, met de zorgverlener(s) uit de eerste lijn.		NHG-standaard Hartfalen (2025)
Maak in de regio afspraken over: - wie de behandeling van patiënten met hartfalen eventueel willen overnemen van de tweede lijn - wie de controles uitvoert - de wijze van consultatie, verwijzing en terugverwijzing - communicatie tussen de behandelaar in de tweede en derde lijn en	Regiebehandelaar tweede lijn, huisarts, specialist ouderengeneeskunde	Kijk wat de regionale afspraken zijn rondom hartfalen. Zie website van NVVC Connect.	NHG-standaard Hartfalen (2025) RTA Hartfalen

behandelaar in de eerste en anderhalve lijn over wijzigingen van het toestandsbeeld en/of de medicatie (zie Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (HASP) - wie het aanspreekpunt is in geval van verslechtering - hoe patiënten worden opgevangen bij exacerbaties in avond-, nacht-, en weekend (ANW-)uren			

Verantwoording

Voor meer details over de gebruikte methodologie verwijzen wij u naar de Werkwijze. Relevante informatie voor de ontwikkeling van het zorgpad is hieronder weergegeven.

Geldigheid

Het zorgpad heeft een houdbaarheid van maximaal 5 jaar, uiterlijk in 2031 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) of herziening van het zorgpad noodzakelijk is. De geldigheid van het zorgpad komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten. De NVKG is regiehouder en eerstverantwoordelijke op het gebied van de actualiteitsbeoordeling. De andere aan het zorgpad deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers delen de verantwoordelijkheid en informeren de regiehouder over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Autorisatie

Het zorgpad is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, de Hartstichting, de Nederlandse Internisten Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

Algemene gegevens

De ontwikkeling/herziening van dit zorgpad werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van het zorgpad.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van het zorgpad is in 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen (zie hiervoor de Samenstelling van de werkgroep) die betrokken zijn bij de zorg voor opgenomen ouderen (met een kwetsbare gezondheid) in het ziekenhuis met hartfalen.

Belangenverklaringen

Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten via secretariaat@kennisinstituut.nl.

Tabel 1 Gemelde (neven)functies en belangen werkgroep

Naam	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Restrictie

Emmelot-Vonk*	Klinisch geriater, medisch afdelingshoofd en hoogleraar klinische geriatrie UMC Utrecht	Vanaf 2002: Het geven van diverse presentaties op congressen, symposia en nascholingen. 2009 - heden: lid werkgroep syncope en autonome aandoeningen (WSAA) 2010 - heden: Deelname aan adviesraden en geven van presentaties voor diverse farmaceuten op het gebied van osteoporose 2012 – heden: Lid Special Interest Group (SIG) Valpreventie Nederlandse Vereniging Klinische Geriatrie (NVKG) 2013 - heden: Bestuurslid Interdisciplinaire Werkgroep Osteoporose (IWO). 2014 - heden: Lid werkgroep Richtlijnen Nederlandse Vereniging Klinische Geriatrie (NVKG) 2016 - heden: Member Task & Finish Group Fall Risk Increasing Drugs (European Geriatric Medicine Society (EUGMS) 016 - heden: Lid Special Interest Group “Falls and Fracture prevention” European Geriatric Medicine Society (EUGMS) 2018 - heden: Lid projectgroep Zinnige Zorg	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie

		Osteoporose 2020 - heden: Voorzitter Special Interest Group Geriatrische cardiologie Nederlandse vereniging voor klnische geriatrie (NVKG) 2020 - heden: Lid koplopertraject cluster duizeligheid en vallen 2023 - heden: Stuurgroeplid deltaplan hartfalen						
Boerlage-van Dijk	Cardiology in Jeroen Bosch zkh	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Faes	klinisch geriater Amphia zkh	Lidmaatschap verschillende commissies NVKG (onbetaald) Vanuit NVKG afgevaardigd als lid van de werkgroep voor de pilot ESC richtlijn Cardiac Pacing and cardiac resynchronization therapy (2021) voor de Nederlandse situatie (Kennisinstituut van Medisch Specialisten).	Geen	Geen	1) ja, ZonMW Medtronic Inc. and Artivion inc. (onderzoek naar een app bij patiënten met een aortic aneurysma) 2) ja, Lid van COOP consortium, onderzoek naar gevolgen van COVID bij ouderen	Geen	Geen	Geen restrictie
Kattenbelt	Klinisch geriater, Radboud UMC	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie

Koek	Klinisch geriater UMCU	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Ontwikkeling van regionaal nascholingsprogramma (CardioGeriatrie Symposium 2024; sponsor Astra Zenica inclusief sprekersvergoeding). Onderwerp CVRM / CGA bij de oudere hartpatiënt. Inhoudelijk programma wordt door UMCU opgesteld. Organisatie van de nascholing gebeurd door de sponsor. Accreditatie is aangevraagd.	Geen restrictie
Muller	Internist, Hoogleraar AMC	PI Hart-Brein consortium (HBCx - CVON)	Geen	Geen	Geen	Oprichter Hart-Brein kliniek (ism cardiologie)	Geen	Geen restrictie
Van den Heuvel	Cardioloog in het MST, Enschede	Lid van NVVC werkgroep hartfalen met affiniteit voor geriatrische cardiologie.Klankbordgroeplid voor het project Zorgpad hybride zorg hartfalen Santeon.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Van der Vloed	Beleidsadviseur Harteraad betaald.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie

Van Zutphen	MSc verpleegkundig specialist AGZ Hartfalen poli cardiologie Canisius Wilhelmina ziekenhuis 28 uur/week, betaald	Kernteamlid medical board zorgpad hybride zorg hartfalen Santeon zorg bij jou Betaald	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Stegeman	Senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Lenaers	Junior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Broekman	Dietist UMC Utrecht	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie
Eggink	Fysiotherapeut in het Flevoziekenhuis Almere	1e jaar master Fysiotherapiewetenschap	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie

Pluim Mentz	Senior lecturer/ docent LUMC	Beoordelaar management opdracht kaderopleiding GR Aafje, locatie Smeetsland (VVT instelling)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen restrictie

*** Voorzitter van de werkgroep**

Inbreng patiëntenperspectief

De werkgroep besteedde aandacht aan het patiëntenperspectief door afgevaardigde patiëntenorganisatie in de werkgroep, Harstichting. Het conceptzorgpad is tevens voor commentaar voorgelegd aan Harstichting en de eventueel aangeleverde commentaren zijn bekeken en verwerkt.

Implementatie

In de verschillende fasen van de ontwikkeling is rekening gehouden met de implementeerbaarheid van het zorgpad en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van het Zorgpad in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Voor het implementatieplan verwijzen wij u naar de bijlagen.

Werkwijze

Knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur de knelpunten. Tevens zijn er knelpunten aangedragen door verschillende veldpartijen via een invitational conference.

Ontwikkeling Zorgpad

Voor verschillende situaties in de zorg voor ouderen (met een kwetsbare gezondheid) is stapsgewijs beschreven welke acties dienen plaats te vinden, door wie en of er aandachtspunten zijn. De werkgroep heeft getracht transparant aan te geven voor welke onderdelen van het zorgpad evidence beschikbaar is en welke aspecten gebaseerd zijn op expert opinion.
Ten behoeve van twee modules uit het zorgpad is een literatuuranalyse uitgevoerd en uitgewerkt in twee richtlijnmodules. De werkwijze is te vinden op de Richtlijnendatabase.

Commentaar- en autorisatiefase

Het aangepaste conceptzorgpad is ter commentaar aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt)organisaties voorgelegd. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd het conceptzorgpad aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. Het definitieve zorgpad werd aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Implementatieplan

Inleiding

Dit zorgpad is een leidraad en biedt handvatten voor de praktijk waarin hulpverleners de zorg voor ouderen (met een kwetsbare gezondheid) doelmatig kunnen leveren en waarbij de continuïteit is geborgd. In het zorgpad zijn bestaande richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten opgenomen in het zorgproces. Het zorgpad beschrijft de routes die de oudere patiënt (met een kwetsbare gezondheid) doorloopt in de verschillende zorgprocessen binnen de zorgketens voor ouderen. De belangrijkste stappen in dit zorgpad zijn de juiste momenten van overleg met patiënt, de gezamenlijke besluitvorming en de noodzakelijke momenten van overdracht binnen de zorgketen. Het zorgpad is geschreven voor landelijk gebruik, maar de implementatie zal op regionaal niveau plaatsvinden, opdat daar de invulling op maat kan worden uitgewerkt en ook per onderdeel kan worden aangepast aan de hand van de actuele situatie.

Implementatieplan

De implementatie van het zorgpad op regionaal niveau kan met verschillende methodieken worden uitgevoerd. Gezien de betrokkenheid van meerdere zorgverleners en instellingen is een professionele ondersteuning bij de implementatie noodzakelijk. Er zijn verschillende methodieken die hiervoor gebruikt kunnen worden. De keuze wordt vaak gemaakt door of samen met de professionele ondersteuner. Een vaak gebruikte tool is het 7-fasenmodel van Vanhaecht (2011). Bij implementatie van zorgpaden in de GGZ is dit model vaker toegepast. Een andere specifieke methode is het IOZP-model en het bijbehorende 9 stappenplan (Hummel, 2009). Hierbij staat de integrale behandeling, zoals dit in de oncologisch zorg is vereist, op de voorgrond in het zorgpad. Deze methode zou ook bij andere integrale zorg van toepassing kunnen zijn (van Hoeve, 2014). Een andere methode voor implementatie van een zorgpad is de methode volgens het proces van design thinking. Deze methode verloopt in een aantal fasen: Wat zijn in een regio de perspectieven voor de potentiële deelnemers, voor welk probleem moet het zorgpad in deze regio een oplossing bieden, welke ideeën hebben de deelnemende instanties/ hulpverleners zelf hoe dit op maat kan worden ingevuld en hoe dit het beste kan worden gerealiseerd en wat men wil bereiken. Het (aangepaste) zorgpad zal worden getest.

Te ondernemen acties door de deelnamende beroepsverenigingen in het project

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van het zorgpad te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties (NVKG, Hartstichting, NIV, NVVC, V&VN)

- Bekend maken van het zorgpad onder de leden.
- Publiciteit genereren door over het zorgpad te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.

Lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van het zorgpad in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de leidraad in de praktijk te borgen.
- Onderdelen van het zorgpad selecteren die de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in de regio kunnen verbeteren.

Literatuur

Hummel H, van der Meer JY, de Vries J, et al. Integrale oncologische zorgpaden. Opzet en toepassing. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2009.

Vanhaecht K, Deneckere S, Van Gerven E, et al. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van een zorgpad CZV-KULeuven CZV-KULeuven. 2010.
Van Hoeve J, de Vries J. Ontwikkeling en implementatie van zorgpaden 8 nummer 2. 2014.