

# Proactieve zorgplanning bij hartfalen



Pauline de Graeff

internist ouderengeneeskunde

Jenifer Coster

cardioloog

Palliatief team, UMCG

DISTRIBUTION OF ADULTS IN NEED OF PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE, BY DISEASE GROUPS

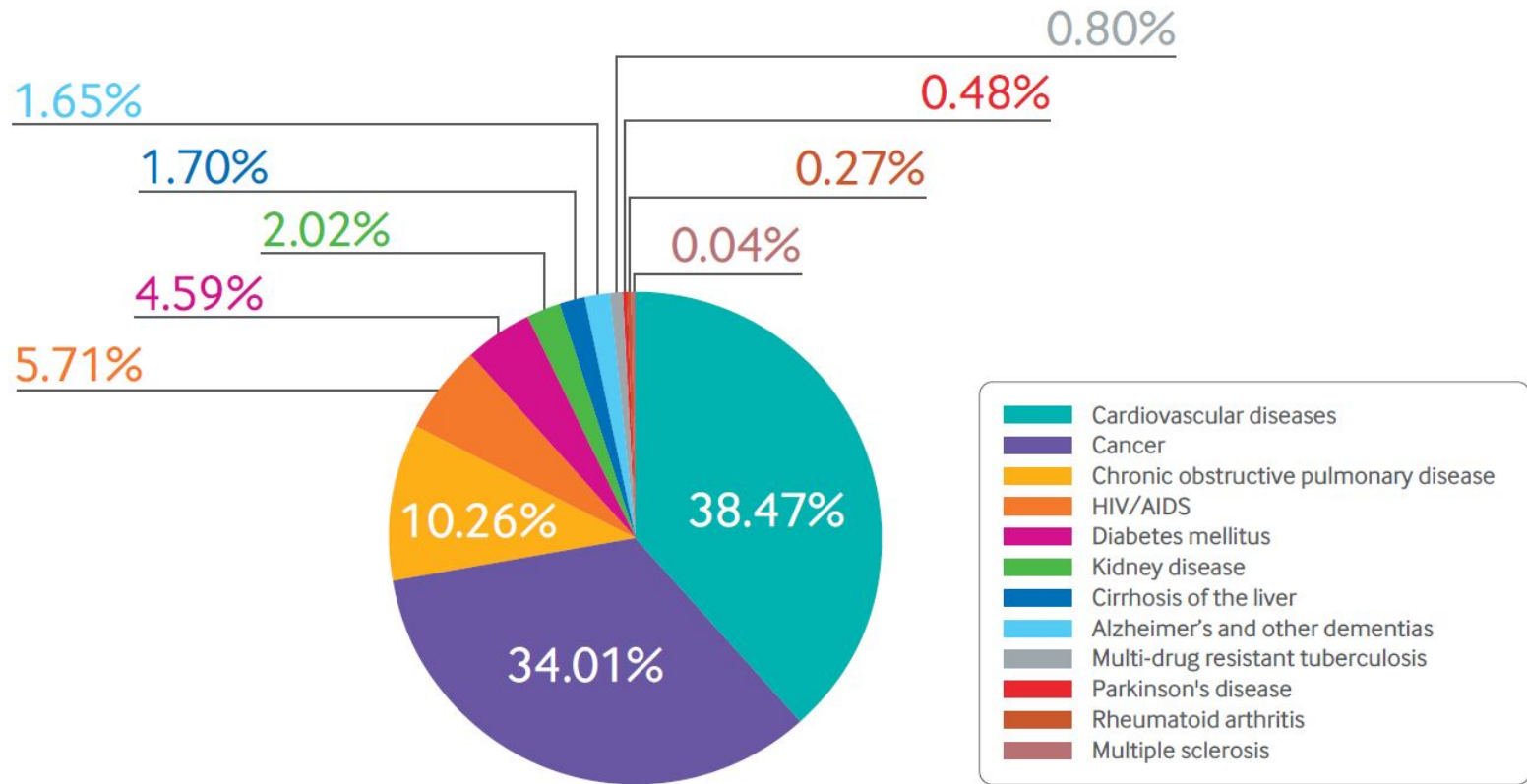
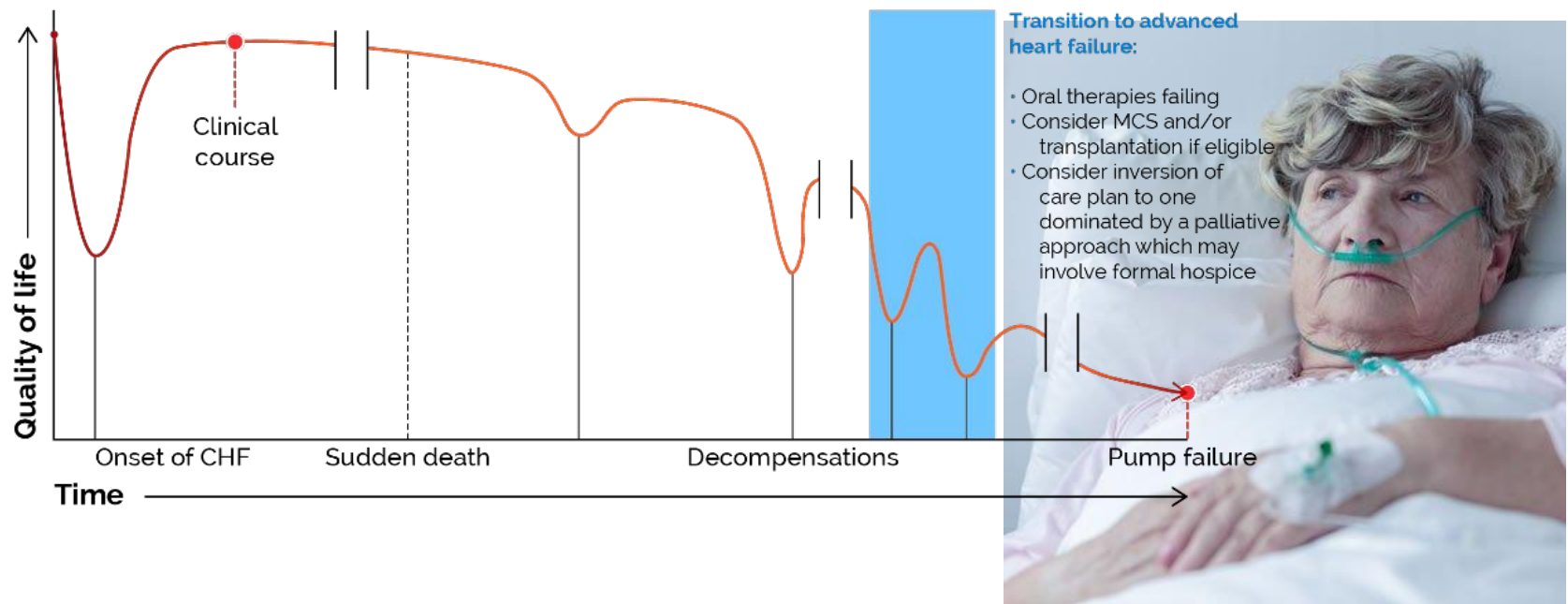


Fig 1 | Distribution of adults in need of palliative care at the end of life by disease. \*Adapted, with permission, from the World Health Organization<sup>25</sup>

# Klinisch beloop van hartfalen



American College of Cardiology Foundation/American Heart Association

**Table 1** “I Need Help”—Markers of Advanced Heart Failure

<b>I</b>	<b><u>I</u>notropes</b>	Previous or ongoing requirement for dobutamine, milrinone, dopamine or levosimendan
<b>N</b>	<b><u>N</u>YHA class/<u>N</u>atriuretic peptides</b>	Persisting NYHA Class III or IV and/or persistently high BNP or NT-pro-BNP
<b>E</b>	<b><u>E</u>nd-Organ Dysfunction</b>	Worsening renal or liver dysfunction in the setting of heart failure
<b>E</b>	<b><u>E</u>jection Fraction</b>	Very low ejection fraction <20%
<b>D</b>	<b><u>D</u>efibrillator shocks</b>	Recurrent appropriate defibrillator shocks
<b>H</b>	<b><u>H</u>ospitalizations</b>	More than 1 hospitalization with heart failure in the last 12 months
<b>E</b>	<b><u>E</u>dema/<u>E</u>scalating diuretics</b>	Persisting fluid overload and/or Increasing diuretic requirement
<b>L</b>	<b><u>L</u>ow blood pressure</b>	Consistently low BP with systolic <90 to 100 mm Hg
<b>P</b>	<b><u>P</u>rognostic medication</b>	Inability to up-titrate (or need to decrease/cease) ACEI, B-blockers, ARNIs or MRAs

ACEI, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARNI, angiotensin-receptor neprilysin inhibitor; BNP, B-type natriuretic peptide; BP, blood pressure; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist; NT-ProBNP, N-terminal pro-b-type natriuretic peptide; NYHA New York Heart Association.

# 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Many patients with HF would derive benefit from the early integration of a palliative and supportive approach within the care provided by all members of the HF multidisciplinary team.<sup>312,313</sup> Palliative and supportive care should be thought about for all patients with HF, regardless of stage of their illness. Patients in the advanced stages and those considered for mechanical circulatory support (MCS) or heart transplantation should receive a palliative care consultation before such interventions as a matter of protocol (see [section 10.2.4](#)).

# 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

**Table 18** Patients with heart failure in whom end-of-life care should be considered

Progressive functional decline (physical and mental) and dependence in most activities of daily living.

Severe heart failure symptoms with poor QOL despite optimal pharmacological and non-pharmacological therapies.

Frequent admissions to hospital or other serious episodes of decompensation despite optimal treatment.

Heart transplantation and MCS ruled out.

Cardiac cachexia.

Clinically judged to be close to end of life.

MCS = mechanical circulatory support; QOL = quality of life.

© ESC 2021

**Table 19** Key components of palliative care service in patients with advanced heart failure

Focus on improving or maintaining the QOL of a patient and his/her family as well as possible until he/she dies.

Frequent assessment of symptoms (including dyspnoea and pain) resulting from advanced heart failure and other comorbidities and focus on symptom relief.

Access for the patient and his/her family to psychological support and spiritual care according to need.

Advanced care planning, taking into account preferences for place of death and resuscitation (which may include deactivating devices, such as ICD or long-term MCS that may require a multidisciplinary team decision).

ICD = implantable cardioverter-defibrillator; MCS = mechanical circulatory support; QOL = quality of life.

© ESC 2021

# Richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen

Start tijdig gesprekken over advance care planning bij patiënten met hartfalen NYHA klasse III-IV.

Aanleidingen:

- De surprise question wordt negatief beantwoord
- Ongeplande ziekenhuisopnames
- Functionele status is laag of gaat achteruit
- Afhankelijkheid van anderen voor zorgbehoeften, door fysieke en/of mentale problemen;
- De mantelzorger heeft meer hulp en ondersteuning nodig;
- Significant gewichtsverlies in de afgelopen maanden of aanhoudend ondergewicht of toename van gewicht, niet reagerend op ophogen van dosering van diuretica;
- Persisterende symptomen ondanks optimale behandeling van onderliggende aandoening(en);
- Op verzoek van patiënt of naasten

# Waarom weinig palliatieve zorg?

- Geprotocolleerde zorg, veel technische mogelijkheden
- Sterk wisselende klinische performance, vaak “te goed” tussen exacerbaties
- Onzekere prognoses
- Lastig “Hoe moet ik dit bespreken bij patiënten die dit gesprek niet (lijken te) verwachten?”
- Soms onverwacht overlijden
- Minder bekendheid met palliatieve zorg





# Proactieve zorgplanning bij patiënten met gevorderd hartfalen: een pilot studie

J.E. Coster, G.H. ter Maat, M.L. Pentinga, A.K.L. Reyners,  
D.J. van Veldhuisen, P. de Graeff



Wilhelmina Ziekenhuis Assen



umcg

# Doel

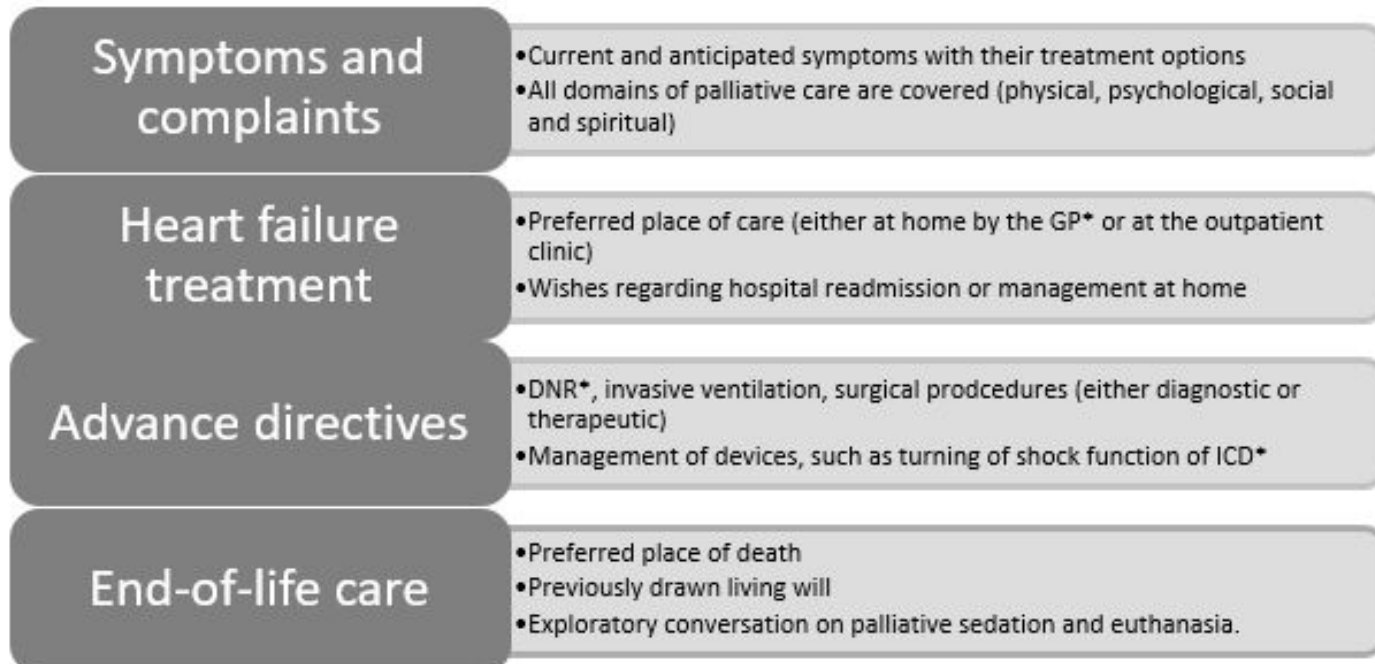
In kaart brengen van ervaringen en behoeften van patiënten met gevorderd hartfalen en hun behandelaars



# Opzet

- Observationele studie, 2 centra
- Patiënten
  - Gevorderd hartfalen (NYHA klasse III/IV)
  - $\geq 2$  ziekenhuisopnames met/vanwege hartfalen in het afgelopen jaar
- Proces
  - Gesprek(ken) over proactieve zorgplanning
  - Aanwezig: patiënt, naasten, behandelaars, op verzoek palliatief team
  - Huisarts tevoren ingelicht en uitgenodigd
  - Documentatie in proactief zorgplan
- Uitkomstmaten
  - Aantal SEH bezoeken en opnames < 3 maanden
  - Tevredenheid patiënten en cardiologen





**Figure 1: Themes discussed in ACP conversation**

\* GP: General Practitioner; DNR: Do Not Resuscitate; ICD: Implantable cardioverter defibrillator.

# Resultaten

- Doel: inclusie 50 patiënten
- Werkelijkheid: inclusie 30 patiënten (2017-2019)
  - UMCG: 28 patiënten
  - Wilhelmina ziekenhuis Assen: 2 patiënten

---

<b>Baseline characteristics</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Age (median, range)</b>	81 (33-94)	
<b>Sex</b>		
Male	11	37%
Female	19	63%
<b>NYHA classification</b>		
NYHA class III	25	83%
NYHA class IV	5	17%
<b>Device</b>		
None	22	74%
Pacemaker	4	13%
ICD	4	13%
<b>Charlson comorbidity index</b>		
1	8	27%
2	4	13%
3	7	23%
≥ 4	11	37%

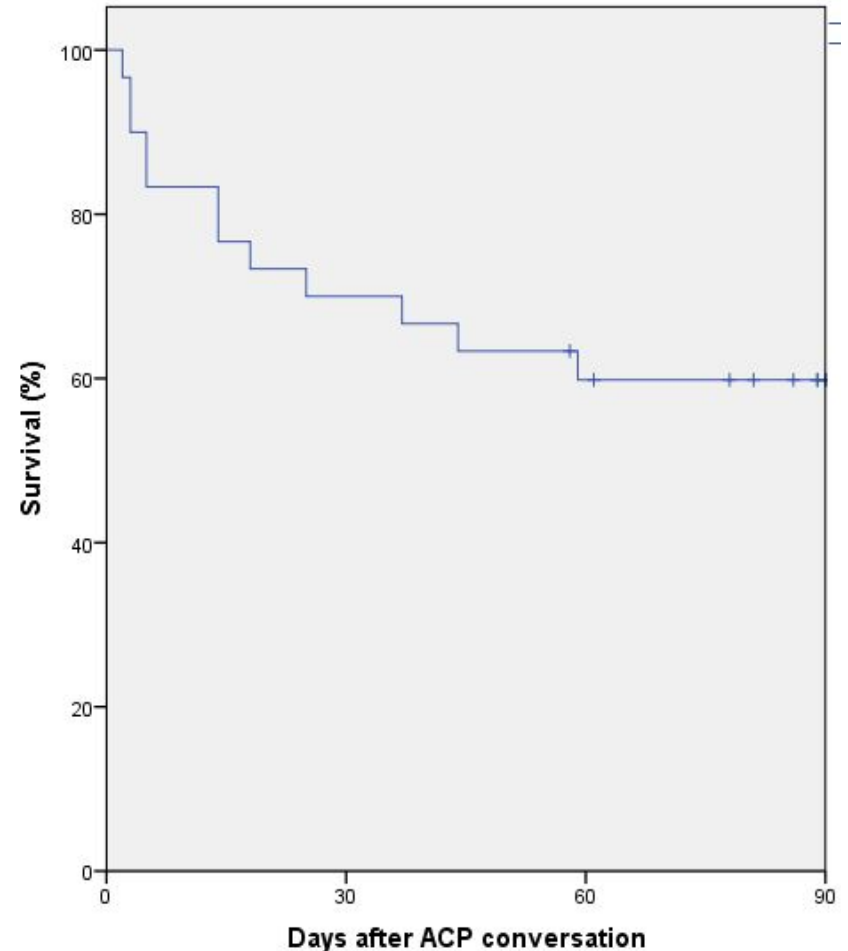
---

# Advance care planning

- Betrokkenheid palliatief team bij 27% van de patiënten
- Bij 100% van de patiënten werden behandelbeperkingen geregistreerd (96% NR beleid)
- Bij 89% van de patiënten werd gesproken over palliatieve sedatie/euthanasie
- Bij alle 4 patiënten met een ICD/CRT-D werd de shockfunctie uitgezet
- 90% van de patiënten wilden niet heropgenomen worden in het ziekenhuis
- Bij 81% van de patiënten werd de zorg overgedragen aan de huisarts

# Follow up

- 3 heropnames < 3 maanden, geen ongewenste opnames
- 12 patiënten overleden < 3 maanden, allen thuis of in een hospice





# Ervaringen patiënten en naasten

- 80% patiënten tevreden tot zeer tevreden
  - 93% cardiologen tevreden tot zeer tevreden, zij zouden deze interventie adviseren aan patiënten/collega's
- 
- + Duidelijkheid voor ons en voor alle behandelaars
  - + Beleid in overeenstemming met wens patiënt
  - + Communicatie met andere zorgverleners / eerste lijn
- 
- Niet alle patiënten kunnen/willen dit gesprek aangaan
  - Het kost tijd (zorgverleners)



# Conclusies

- De praktijk is weerbarstig..
  - Zeker in het begin weinig inclusies
    - Verwarring palliatieve zorg/terminale zorg
    - Onzekerheid over prognose
- Als het lukt, zijn de resultaten hoopgevend
  - Geen ongewenste heropnames
  - Zowel patiënten/naasten als cardiologen zijn tevreden over advance care planning

# Wat hebben we geleerd?

- Een cardioloog met hart voor de zaak is essentieel om ACP te laten slagen
- Ondersteuning door het palliatief team is essentieel
  - Gespreksvoering
  - Onderwijs
  - Inzicht in zorg aanbod/mogelijkheden
- One size does not fit all
  - Ideale format erg afhankelijk van de setting (logistiek maar ook cultureel)

# Hoe verder

- Wetenschappelijk onderzoek
  - Patiënten: Ervaringen met/behoefte aan palliatieve zorg
  - In kaart brengen behandel doelen van patienten
  - In kaart brengen behoeftes van huisartsen
- In de praktijk
  - Poliklinische ACP gesprekken na opname i.c.m. hartfalenverpleegkundigen UMCG
  - Regionaal zorgpad (HartNet Noord-Nederland)
- Onderwijs?

# Contactgegevens

## Afdeling cardiologie

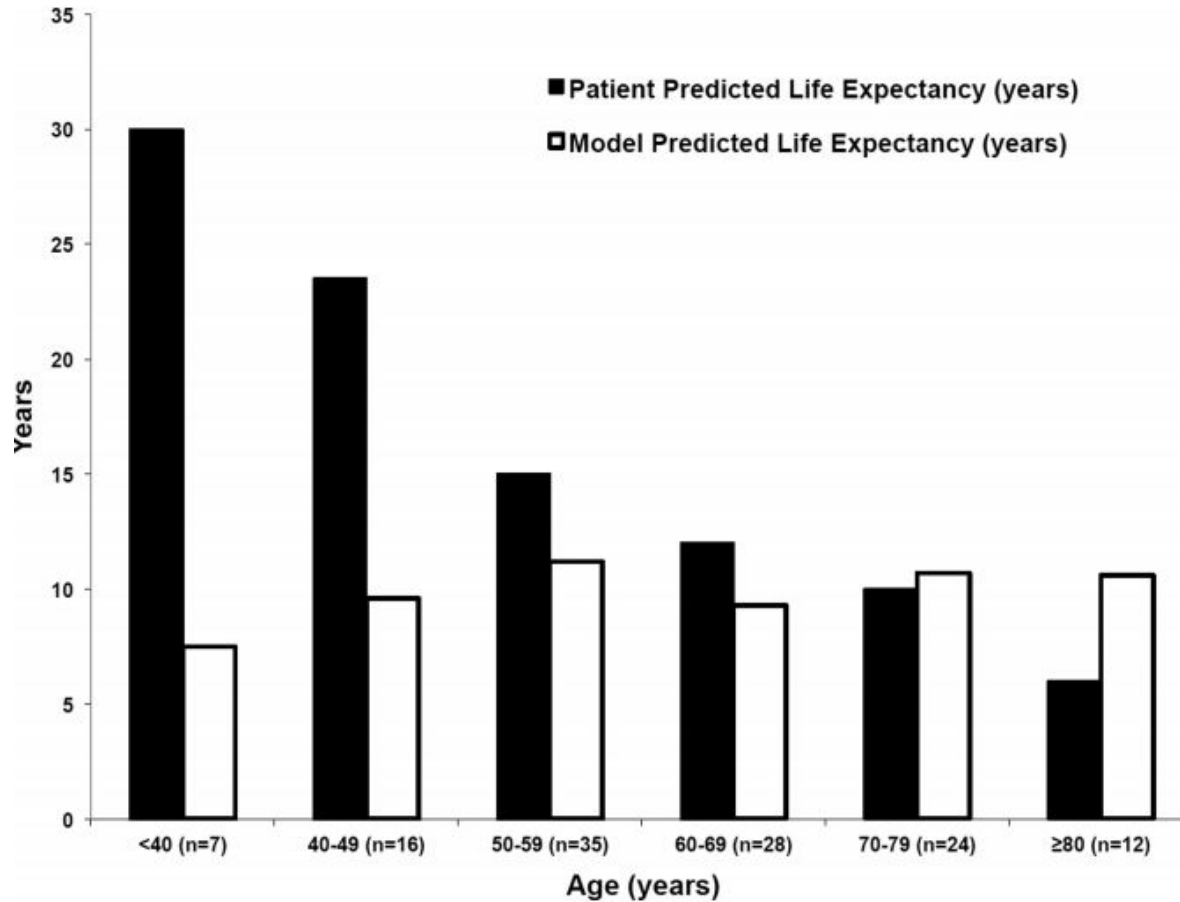
- Drs. J.E. Coster (j.e.coster@umcg.nl)

## Expertise Centrum Palliatieve Zorg

- Dr. P. de Graeff (p.de.graeff@umcg.nl)



# Hartpatiënten overschatten hun levensverwachting



# Mevrouw K, 48 jaar

- RvK (2021): Achteruitgang in conditie
- VG:
  - Borderline persoonlijkheidsstoornis, PTSS
  - Ernstig overgewicht
  - 2009: Hartfalen na chemotherapie wegens mammacarcinoom
- MRI: verminderde functie van de linkerventrikel, nu ejectionfracatie van 31%, was in 2019 43%
- Beleid: LVAD / steunhart?

