

NVHVV LUNCHSYMPOSIUM

Zorgpadoptimalisatie bij hartfalen

mogelijk gemaakt door



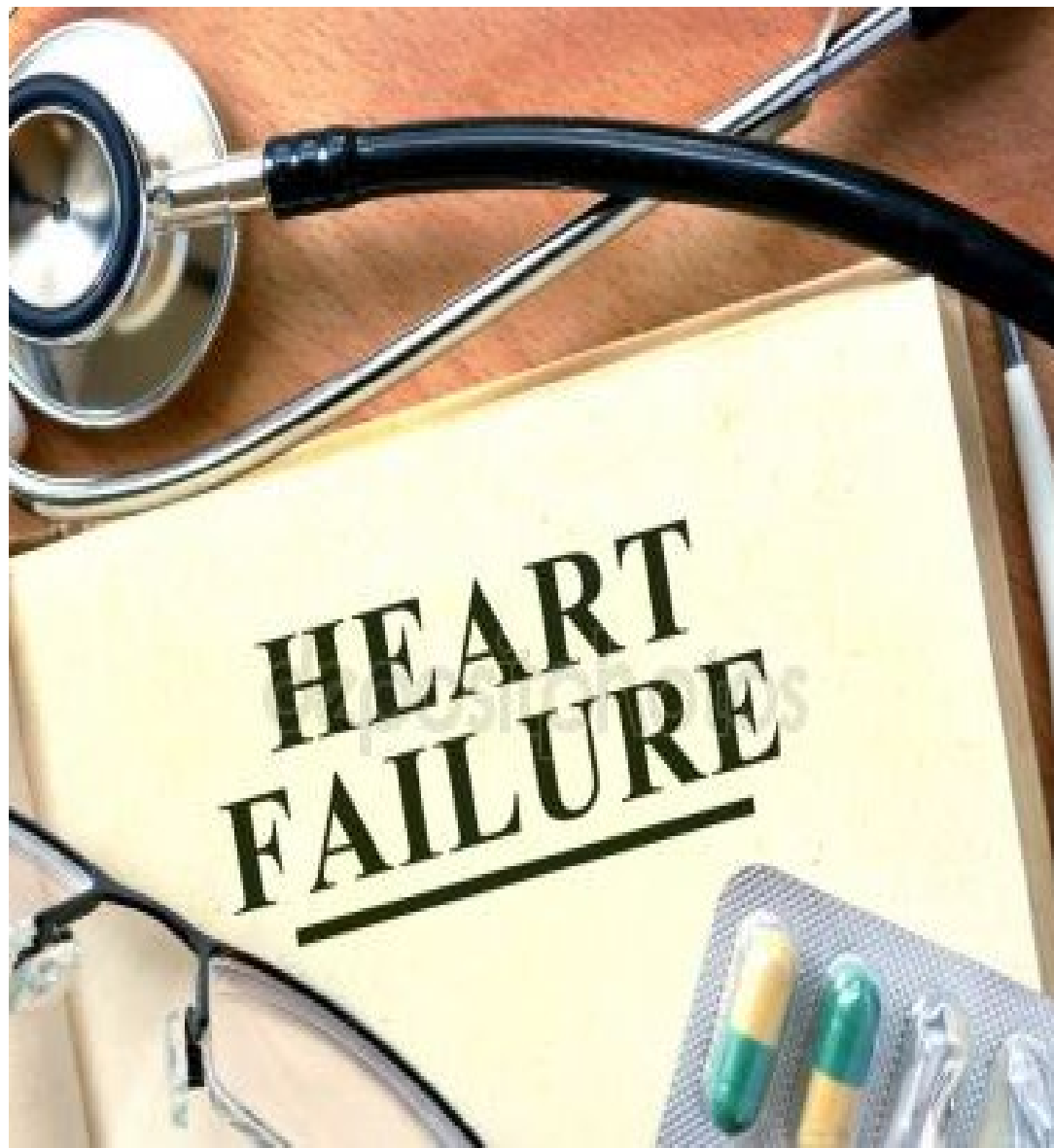
Voorzitter: A. Brunsveld-Reinders

Spreker: D. Pruijsers

‘Hier klopt iets niet’ CarVasZ 2019

#carvasznl





Zorgpadoptimalisatie bij
hartfalen,
ook hier klopt iets niet!

P.H. (Dian) Pruijsers-Lamers
Verpleegkundig Specialist
Cardiologie

22-11-2019 CarVasZ

Disclosure belangen spreker

P.H. (Dian) Pruijsers-Lamers Verpleegkundig Specialist

Cardiologie

Geen (potentiële) belangenverstrengeling	
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties:	
Sponsoring of onderzoeksgeld	•
Honorarium of andere (financiële) vergoeding	• Sprekersvergoeding
	• Amgen
Andere relatie, namelijk ...	

Inhoud

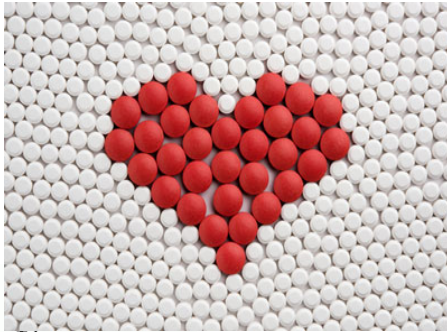
- Waar komen we vandaan?
- Waar staan we nu?
- Waar moeten wij (en de cardioloog) naar toe?

Verleden

- 1995 - 2003 T. Jaarsma en C. Lucas, vaak niet gerandomiseerde observationele studie naar het effect van hartfalen op de mortaliteit
- 2007 Deventer Alkmaar Hartfalen studie (DEAL HF) Pieta Bruggink - André de la Porte
Na 12 mnd follow-up halveerde het aantal heropnames en aantal sterfgevallen in de intensief gecontroleerde groep ten opzichte van de controle groep.
- **Hiermee werd voor het eerst de hartfalenpoli wetenschappelijk ondersteund!**
- COACH studie met enigszins teleurstellende resultaten

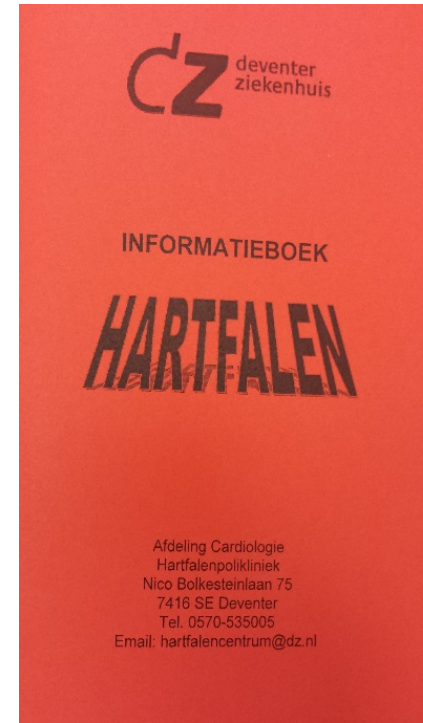
Hartfalenpoli als paddenstoelen uit de grond

- Momenteel > 90 en hartfalenpoli's in den lande



EN WIE VRAAGT
DE MANTELZORGER
HOE HET
MET HEM GAAT

Loesje



Werkwijze Hartfalenzorg anno 2019, hartfalenverpleegkundige/verpleegkundig specialist

- Medicatie wordt volgens ESC guidelines geoptimaliseerd
- Anamnese met beoordeling lichamelijk onderzoek, CVD en hart/long geluiden
- Onder controle van o.a. elektrolyten-nierfunctie, bloeddruk en ECG. (Leefregels t.a.v. vocht en zoutbeperking)
- Sinds max 10 jr Verpleegkundig Specialisten zelfstandig voorschrijvend
- Hartfalenverpleegkundige/ Verpleegkundig Specialist functioneert in veel opzichten als laagdrempelige intermediair voor cardioloog/verpleegafdeling, patiënt en mantelzorger/huisarts/apotheek enz. enz.

- Bewezen dat hartfalenpoli's goed werken
- Zorg op hartfalenpoli is goed ingericht en laagdrempelig
- Dus....



Inhoud

- Waar komen we vandaan?
- Waar staan we nu?
- Waar moeten wij (en de cardioloog) naar toe?

Waar staan we nu, klopt dit wel?

- Vaak zijn hartfalenpoli's ingericht met VS/ hartfalenverpleegkundige
- Is er voldoende back up vanuit de medische vakgroep?
- Doen we het wel zo goed als dat we denken te doen?

Huidige behandeling van hartfalen in de real-world

- twee recente grote HF studies -

CHAMP HF registry (USA) CHECK HF registry (NL)

(HFrEF: n=3518)

- BB: 66%
- ACE/ARB: 73%
- MRA 33% in those indicated

(HFrEF: n=8360)

- BB: 86%
- ACE/ARB: 84%
- MRA 56% in those indicated

BB= beta-blocker

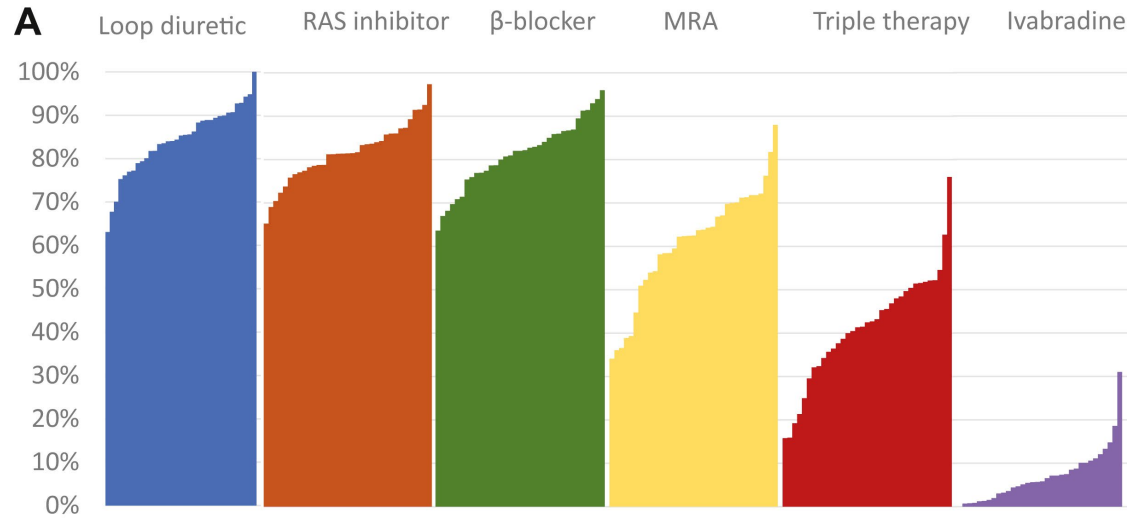
ACE= angiotensin-converting enzyme inhibitor

ARB= angiotensin receptor blocker

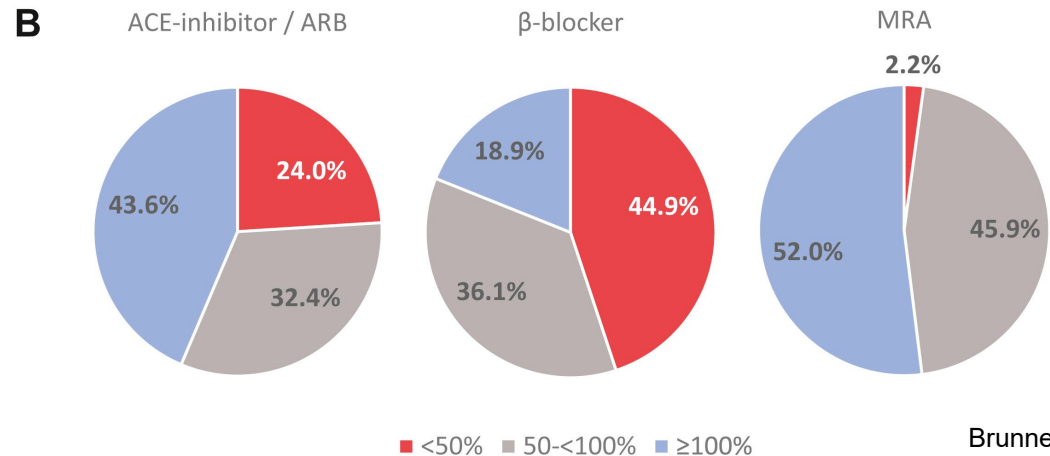
MRA= mineralocorticoid receptor antagonist

Huidige behandeling van hartfalen in de real-world

CHECK-HF



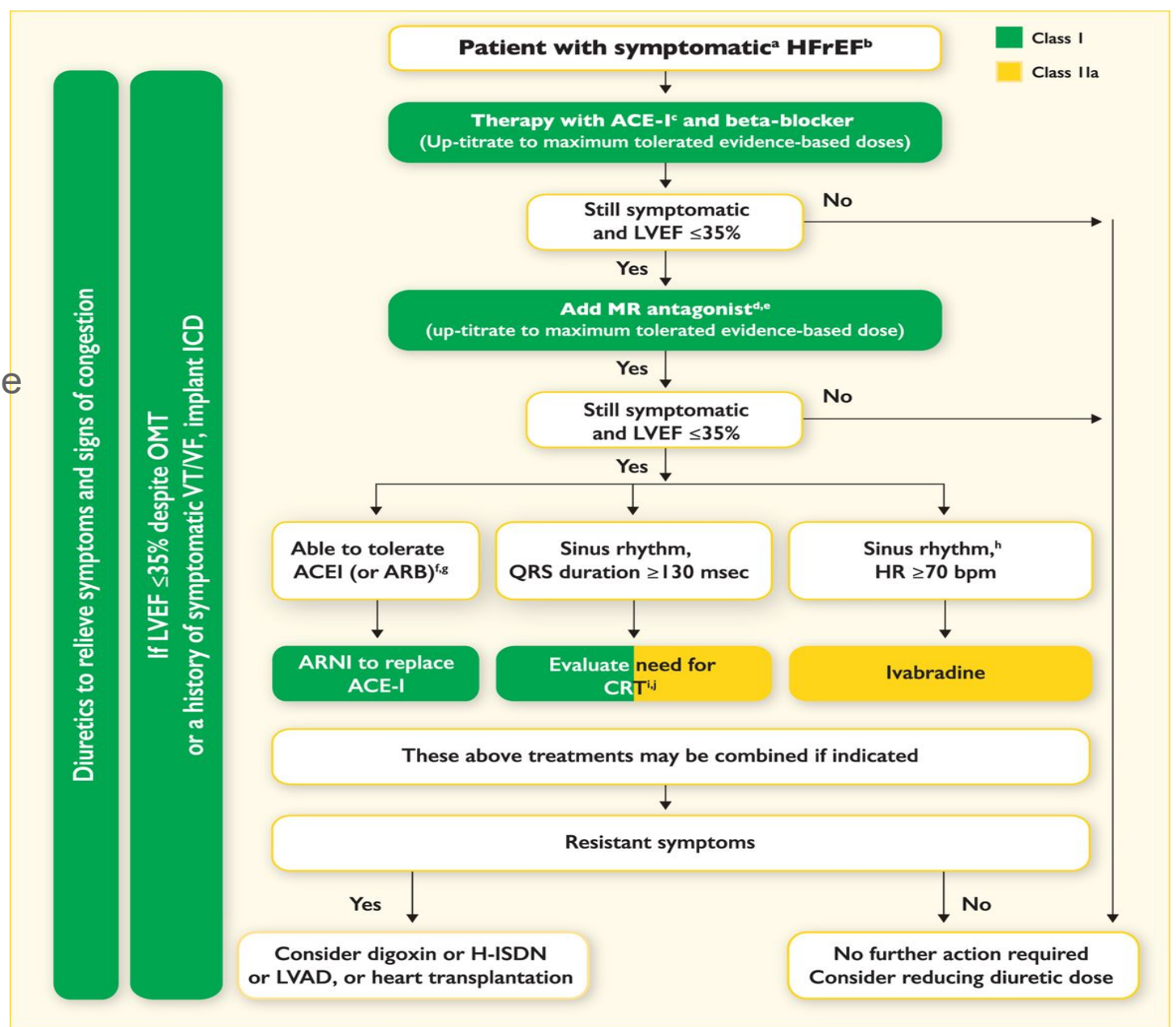
HFrEF: 1/3 van de patiënten ontvangt alle 3 de medicamenten die aanbevolen worden door de richtlijnen



In meer dan 50% van de patiënten wordt de streefdosering van de RAAS remmers niet gehaald

2016 ESC guideline heart failure

Klasse I, level of evidence B - indicatie
Sacubitril / Valsartan bij HFrEF
(Paradigm-HF trial)



Angiotensin receptor neprilysin inhibitor

Sacubitril/valsartan is recommended as a replacement for an ACE-I to further reduce the risk of HF hospitalization and death in ambulatory patients with HFrEF who remain symptomatic despite optimal treatment with an ACE-I, a beta-blocker and an MRA^d

Start Sacubitril/Valsartan

- ACE-Remmer of All antagonist staken
- 36 uur washout ACE-i, praktijk is dat patiënten in de spreekkamer zit. In de ochtend ACE gehad hebben> 1 dag niet gebruiken> folder Sacubitril/Valsartan: datum en dosering start Sacubitril/Valsartan invullen, *All antagonist heeft geen 36 washout*
- Afhankelijk van dosering ACE remmer/ All antagonist, nierfunctie en bloeddruk starten Sacubitril/Valsartan:
 - ✓ 2 dd 24/26 mg,
 - ✓ 2 dd 49/51 mg
 - ✓ 97/103 mg

Controle titreren Sacubitril/Valsartan na 1 maand

SGLT 2:remmers: wat is de status?

- ESC HF richtlijnen van 2016: Empagliflozine overwegen bij T2DM patiënten om hartfalen te voorkomen en verlaging van de mortaliteit
- Expert consensus 2019: canagliflozine en dapagliflozine moeten tevens overwogen worden bij T2DM patienten met CV aandoeningen of hoog CV risico om hospitalisaties voor HF voorkomen danwel uit te stellen

ESC 2019 Parijs

Dapagliflozine verlaagde de samengestelde uitkomst van CV sterfte en verslechterende HF events in HFrEF patiënten met en zonder diabetes.

Bovendien waren CV sterfte verlaagd en symptomen verbeterd met dapagliflozine therapie in vergelijking met placebo.

‘Dit is een belangrijke doorbraak voor patiënten met een verschrikkelijke ziekte’

Waar moet het zorgpad hartfalen (de hartfalenpoli en de cardioloog naar toe)?

- Maximaal/ optimaal instellen van hartfalenmedicatie, maar hoe en wie doet dat ?
- Hoe selecteren we de patiënt die getitreerd moet worden op hartfalenmedicatie?
- Kan software hierbij helpen?

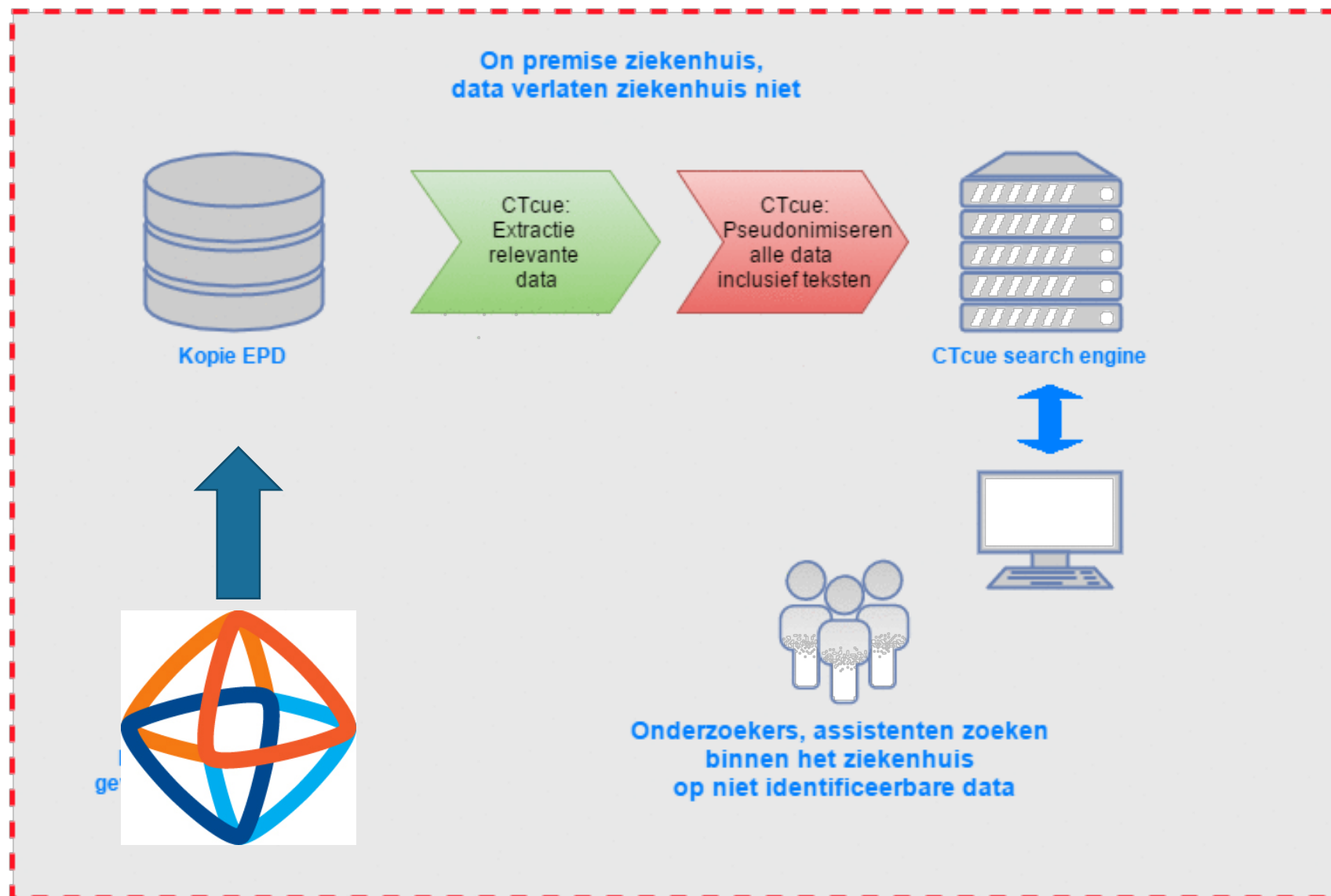
Achtergrond

- Goede compliance met actuele guideline- geadviseerde behandeling is geassocieerd met betere klinische uitkomsten
- Formuleren van guidelines alleen is niet voldoende
- Implementatie van nieuwe behandelmethodes is een uitdaging:
 - Onbekendheid?
 - Behandelaar denkt er niet aan?
 - Tijdgebrek?
- Kan “artificial intelligence” hier een bijdrage aan leveren?
 - Identificeren van patiënten die volgens guidelines indicatie hebben voor bepaalde (nieuwe) therapie
 - Leidt dit tot betere guideline-adherence?



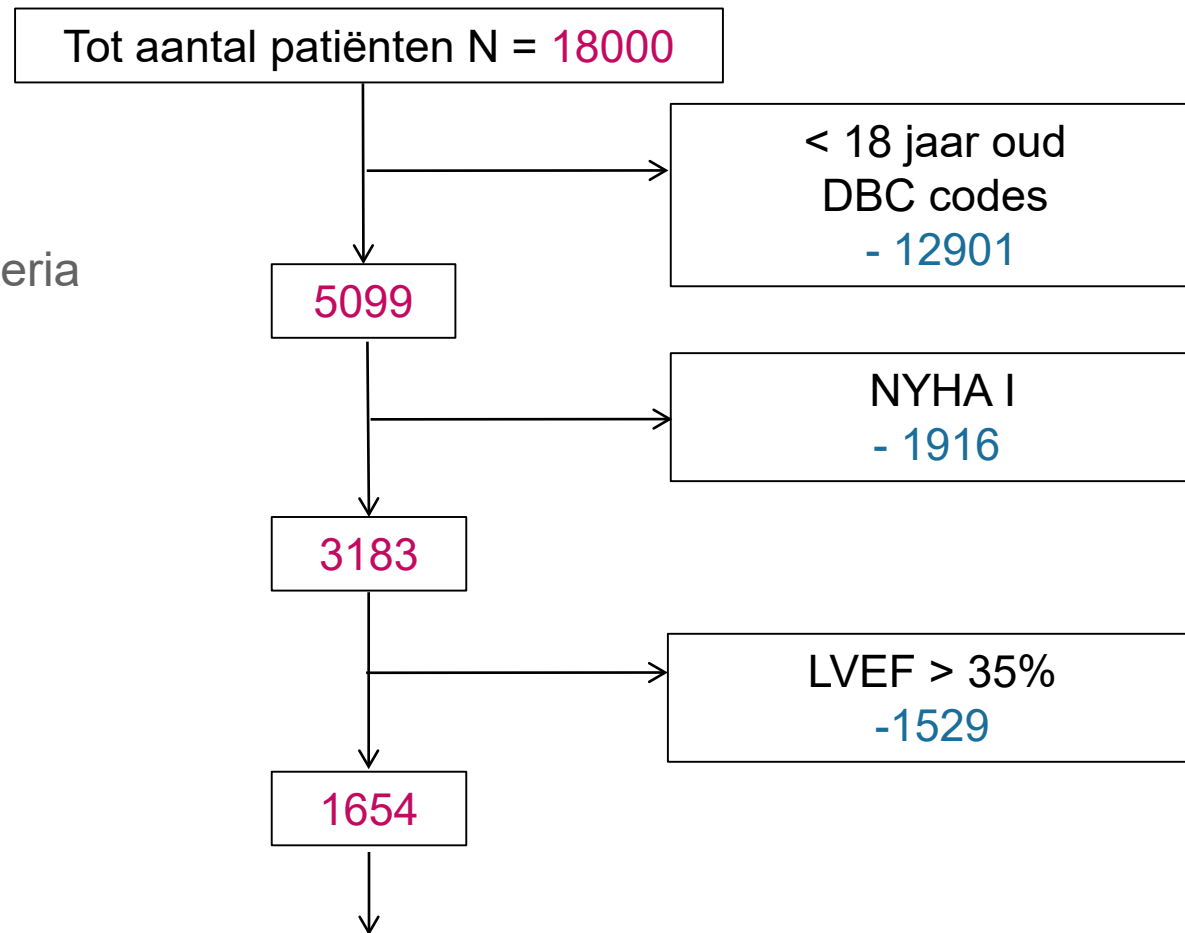
C T C U E

- Zoekmachine voor EPD
- Doorzoekt gestructureerde en ongestructureerde data bestanden
- Begrip van de context van de gevonden teksten
- Artsen en onderzoekers kunnen eenvoudig zelf queries maken en zelf zoeken
- “AVG proof”
- EPD onafhankelijk

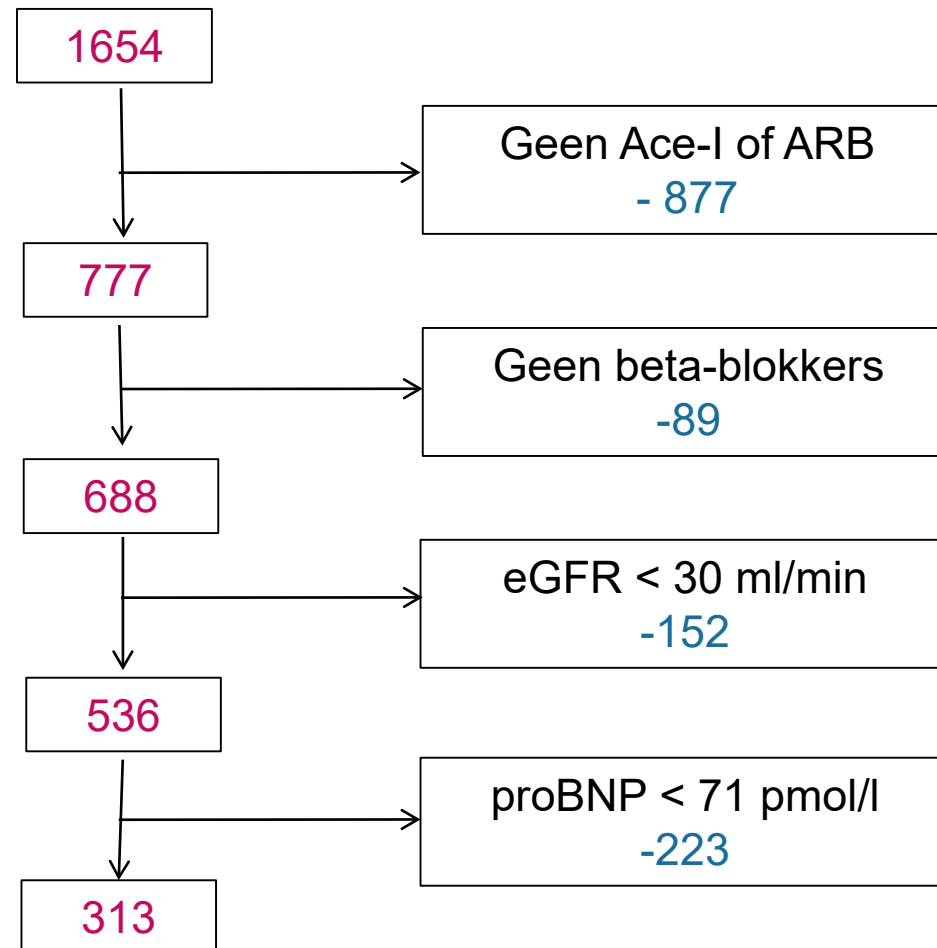


Patiënt selectie

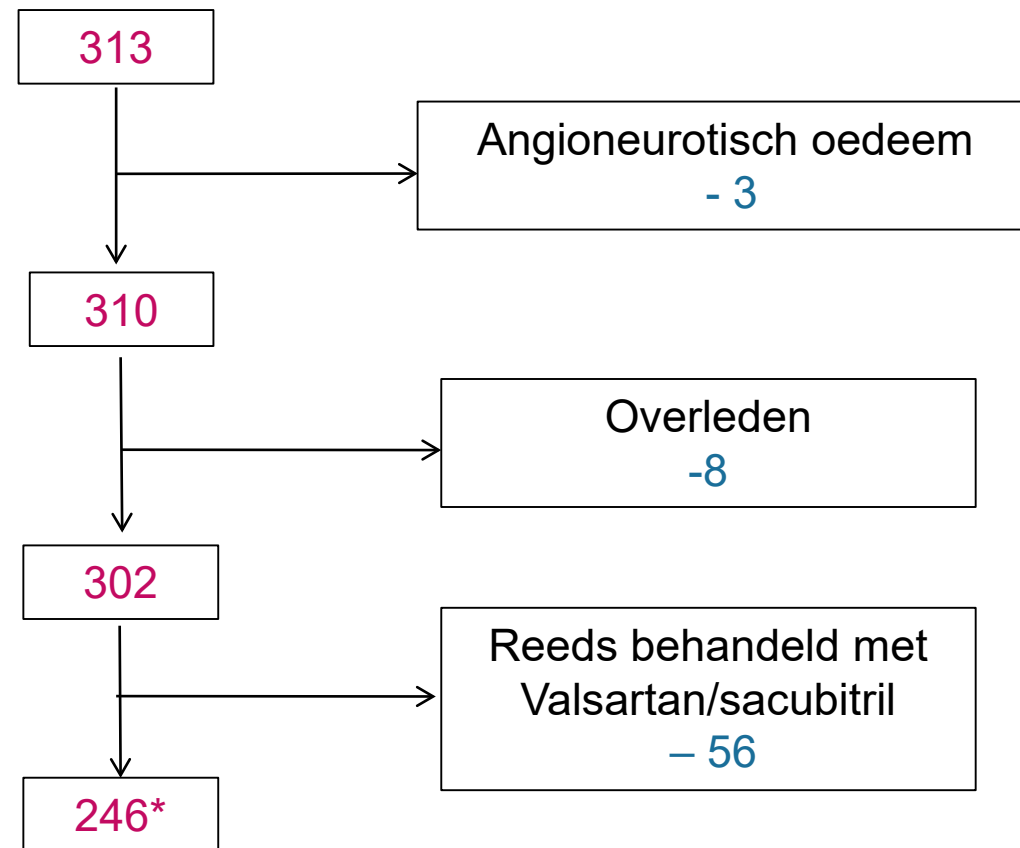
Conform in- en exclusiecriteria
Paradigm trial



Patiënt selectie

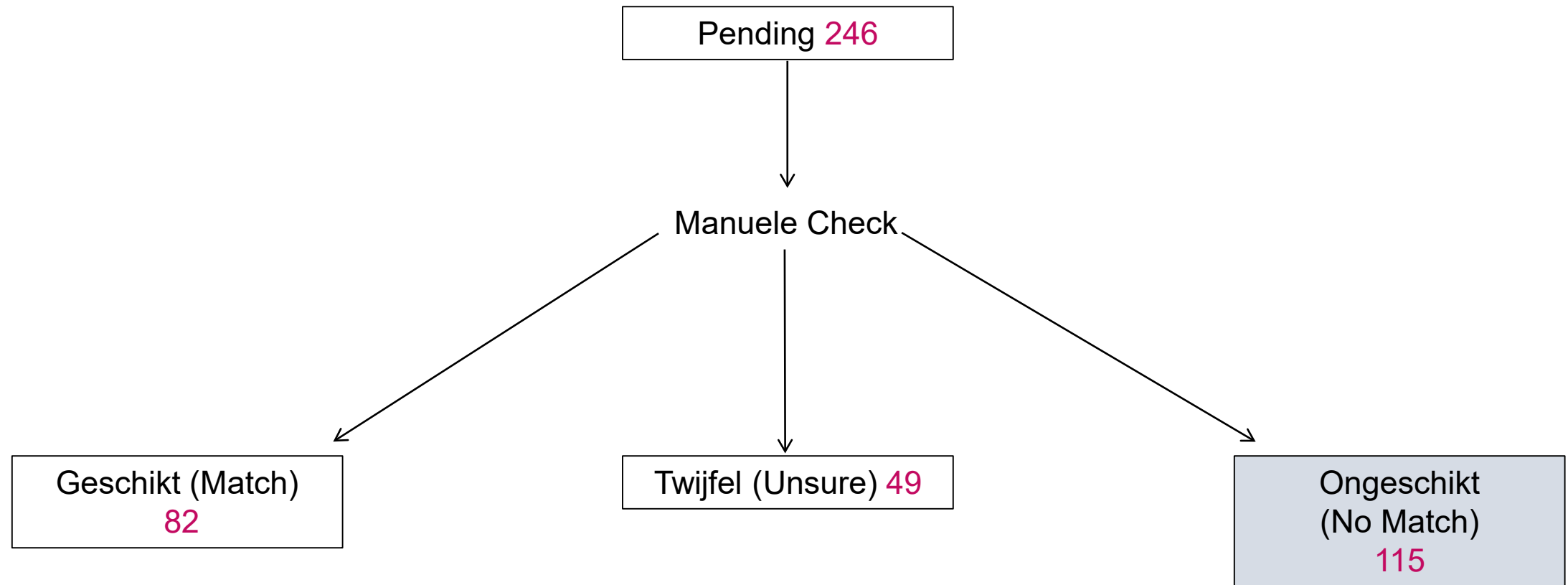


Patiënt selectie



vlg CTCue “pending”

Validatie van patiënten in CTcue



Kan software helpen bij implementatie nieuwe behandeling?

- Software lijkt een nuttig hulpmiddel bij het selecteren van patiënten die geschikt zijn voor een (nieuwe) therapie:
 - 18 000 ~~246~~ (1.37%) potentiële patiënten (“pending”)
 - 246 patiënten manueel beoordelen: 116 (47%) ongeschikt
- Manuele beoordeling is tijdsintensief; mogelijk kan verdere fine-tuning van query succespercentage verbeteren
- Van de resterende 130 patiënten:
 - nog onduidelijkheid hoeveel daadwerkelijk nieuwe behandeling zal krijgen
 - Behandelend cardioloog krijgt via EPD een melding zodat dit bij eerstvolgende patiënten contact kan worden overwogen
 - Vervolg onderzoek om uitkomsten hiervan te inventariseren
- Toekomst: expert-systeem in EPD dat de professional helpt bij optimale behandelstrategie?

Traject Hartfalenpoli instellen Sacubitril/Valsartan

- Controle of alle Hartfalenmedicatie volgens de ESC guidelines maximaal zijn ingesteld
- Uitvragen > NYHA I
- Lab: Pro BNP, elektrolyten Kalium < 5,4 nierfunctie > eGFR > 60; (ASAT/ALAT $\leq$ 2 ULN)
- Bloeddruk (SBP $\geq$ 110)
- Uitleg

Resultaten

Aantal patiënten Sacubitril/Valsartan gebruik Hartfalenpoli Deventer Ziekenhuis vanaf juli 2016

- > 165 patiënten
- Leeftijd
 - gemiddeld 68 jaar (27 t/m 87 jaar)

Inhoud

- Waar komen we vandaan?
- Waar staan we nu?
- **Waar moeten wij (en de cardioloog) naar toe?**



Praktijk

Weerbarstig, op papier lijkt
het makkelijker dan dat het in
de praktijk is!

- Zijn wij overtuigd van voorschrijven “nieuwe” medicatie: denk aan Sacubitril/ Valsartan en voor de toekomst de SGLT 2 remmer.
- Hoe breng je dit over op je collega's en evt. cardioloog?

- Bespreek goed en slechte klinische ervaringen/resultaten met je collega's
- Vraag casuïstiek/MDO besprekingen aan, "learning on the job"
- Herhaal naar de cardioloog dat de patiënt verwezen wordt naar de hartfalenpoli
- Immers wij hebben tijd/ruimte en de expertise om de patiënt maximaal/optimaal in te stellen op hartfalenmedicatie.

Take home message

- Geen pasklaar antwoord (“het klopt dus niet”) op inrichting hartfalenpoli met daarbij het maximaal/optimaal instellen hartfalenmedicatie.
- Software kan ons helpen (vooral om de patiënten te traceren) maar is niet heilig.
- Hoe gaan we voorgaande in de praktijk oppakken? Het moet en kan beter.
- **Advies: > Laat jezelf op de hartfalenpoli en klinische resultaten (bv patiënten casuïstiek) zien aan de cardioloog!**

Dank voor uw aandacht!

