

Verslag Invitational conference

Notulen invitational conference richtlijnherziening Hartrevalidatie

Datum : 2 maart 2021

Tijd : 18:30 – 20:30

Locatie : Zoom

Aanwezig : A. van 't Hof (NVVC, voorzitter werkgroep); J. van den Berg (IGJ); R. Tamminga (IGJ); J. Siebers (NVAB); J. van Dijk (NVAB); L. Zwart (NVKG); L. Visser (BPSW); M. Pool (NVVG); C. van Heeswijk (NVD); A. Tewes (NVD); M. Out (NIV); I. van Zee (VRA; werkgroep); R. Achttien (KNGF); F. de Haan (KNGF); A. Venema (NVHV); A. de Bruin (Harteraad; werkgroep); N. Baart (Capri Hartrevalidatie Rotterdam); T. Vromen (NVVC; werkgroep); B. Stegeman (Kennisinstituut); M. Verhoeven (Kennisinstituut)

Niet aanwezig: K. Verhoeven (NVHV); M. du Chatinier (Capri Hartrevalidatie Rotterdam).

Genodigd maar niet aanwezig: NFU, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, STZ, ZiNL, ZKN, NAPA, Ergotherapie Nederland, NVvP, NVVC, VSG, NIP, NVZ, V&VN, ZN, VIG, NVN

1. Opening

Arnoud van 't Hof (*de voorzitter*) heet iedereen van harte welkom en opent de invitational conference.

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

Iedereen stelt zicht kort voor.

NVAB: Het is belangrijk dat de NVAB ook benoemd wordt onder in samenwerking bij de richtlijn.

3. Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling:

Doel van de avond is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijnherziening op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Hier zal bepaald worden welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen. De focus ligt op de volgende punten; 1) ervaren knelpunten in de zorg omtrent hartrevalidatie, 2) aandachtspunten/suggesties voor de te herziene richtlijn; 3) afbakening van de herziening (prioriteiten). De doelstelling is een helder afgebakend plan voor herziening van "hartrevalidatie" waarvan de inhoud aansluit bij de behoefte van het veld.

4. Aanleiding en aanpak herziening

Sinds 2011 zijn er belangrijke nieuwe inzichten en wetenschappelijke ontwikkelingen geweest die maken dat het tijd is om de richtlijn te herzien. Deze zijn met name op het gebied van telerevalidatie, in het gebruik van medisch technologische apparaten en wearables en nieuwe indicaties (hartritme stoornissen en device-implantaties). Ook is er nieuwe evidence met betrekking tot de ideale inrichting van de verschillende aspecten van het revalidatieprogramma. Tenslotte zijn er sinds de laatste richtlijn ook nieuwe ontwikkelingen in de afbakening van complexe en niet-complexe hartrevalidatie.

Om deze reden is het voorstel om 9 modules van de huidige richtlijn te herzien en 2 nieuwe modules toe te voegen (zie bijlage Herziening_Hartrevalidatie_Voorstel_2021-03-02).

5. Bespreken raamwerk & prioriteiten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de richtlijn)

De voorzitter start de discussie met de vraag; wat vinden de aanwezigen van de huidige richtlijn, zijn er essentiële aspecten die ontbreken en toegevoegd moeten worden aan de herziening? De besproken punten worden kort per categorie samengevat.

Betrokken partijen

- NVHV: Een ergotherapeut mist in vergadering m.b.t. ouderen.
De voorzitter geeft aan het dat het goed is om deze partij mee te nemen.
VRA: Pleit ook voor ergotherapeut.

Patiëntenperspectief

- KNGF: Nog een vraag over het patiëntenperspectief, hoe wordt dit meegenomen?
De voorzitter geeft aan dat dit meer aandacht krijgt. Het doel is een betere kwaliteit van leven van de patiënt.
- Harteraad: Er wordt onderzoek gedaan naar het patiëntenperspectief over hartrevalidatie en er is ook een infographic gemaakt over Hartrevalidatie. Dit gaan we inbrengen bij de richtlijn. Patiënten geven inderdaad aan een aanspreekpunt te missen.
De voorzitter geeft aan dat het belangrijk is om terug te horen wat de ervaringen van patiënten zijn.

Patiëntenpopulaties

1. Ouderen

- NVKG: Op moment vallen ouderen het meeste uit als het gaat om hartrevalidatie. Het verbeteren van cognitie is belangrijk om mee te nemen. Mogelijk kan een intake module voor ouderen worden toegevoegd.
De voorzitter geeft aan dat ouderen over het algemeen geen hartrevalidatie volgen. Het is belangrijk om dit punt toe te voegen; het verbeteren van cognitie, hartrevalidatie voor ouderen vormgeven.
NVKG: Zijn ouderen niet de grootste groep voor hartrevalidatie?
De voorzitter geeft aan dat de gemiddelde leeftijd 66-67 jaar is. De jongere generatie neemt vaker deel aan hartrevalidatie. Ouderen volgen het traject niet om betaald werk te hervatten, maar om een betere kwaliteit van leven te hebben. We moeten minder focussen op hervatten van werk. Het merendeel van de hartpatiënten is met pensioen. Ouderen volgen nu minder vaak hartrevalidatie. Om deze reden moeten we ons richten om ouderen bij de les te krijgen. Hierdoor zal de gemiddelde leeftijd stijgen.

2. Patiëntenprofielen

- KNGF: geeft ter overweging om meer in patiëntenprofielen te denken, specifieke groepen benaderen.
De voorzitter geeft aan dat we eerst moeten kijken wat praktisch gezien het hoogst haalbaar is om groepen mensen eruit te selecteren voor een (specifieke) behandeling, zoals eventueel een traject organiseren voor mensen met dezelfde aandoeningen. Hiervoor moeten we de juiste groepen definiëren.

3. Diabetes

- NIV: Er zou meer aandacht voor diabetes binnen de richtlijn moeten zijn. *De voorzitter vraagt aan NIV of ze een apart programma voor mensen met diabetes zouden willen.* Diabetespatiënten zouden hier veel baat bij kunnen hebben. Het gaat eigenlijk breder dan diabetes. Het gaat om resistentie tegen insuline. Een grote groep heeft baat bij hartrevalidatie. *De voorzitter geeft aan het eens te zijn met dit punt, misschien deze mensen specifiek benaderen.*

4. Obesitas

- Niek Baart: CAPHRI doet onderzoek naar leefstijl interventie bij patiënten die hartrevalidatie volgen en overgewicht hebben. Resultaten worden na de zomer verwacht. *De voorzitter geeft aan dat het belangrijk is om goed te onderscheiden wat wij willen beschrijven, kunnen niet alles aanpakken. Indicatie voor de huidige richtlijn is "hartrevalidatie".*

5. Secundaire hartklachten

- KNGF: Hoe gaan we om met bijzondere groepen, bijvoorbeeld secundaire hartklachten bij oncologische patiënten? Kunnen we dit meenemen in de richtlijn? *Tom geeft aan dat het belangrijk is onderscheid te maken in bijzondere groepen op basis van cardiale complexiteit. Revalideren op maat is belangrijk met als hoofddoel hartrevalidatie.*

Overkoepelend

- IGJ: De bewijskracht uit de literatuur is hierbij ook belangrijk. Er zal waarschijnlijk zeer lage bewijskracht door diverse populaties zijn. Het is goed om voorafgaande te bedenken hoe je hiermee om wilt gaan. *De voorzitter geeft aan een algemene richtlijn te ontwikkelen, met subgroepen (bijv. nierinsufficiëntie, DM, ouderen, man/vrouw). We moeten deze subgroepen wel beschrijven. Op algemeen niveau zal de bewijskracht hoger zijn.*

Complexe versus niet-complexe hartrevalidatie

- VRA: Het is belangrijk dat er onderscheid gemaakt wordt tussen complexe en niet-complexe hartrevalidatie. Er is ook een stuk geschreven door Kraaijenhagen wat relevant is. Dit punt wordt beaamd door BPSW. *De voorzitter pleit voor een individueel programma voor complexe hartrevalidatie. De vraag is of dit vergelijkbaar is aan CVRM? Of een programma met individuele elementen. Het is belangrijk om de theorie te bekijken, maar ook na te gaan of het betaalbaar en implementeerbaar is.*
- KNGF: Bevat dit onderdeel alle informatie? Zorg op maat leveren, denk ook aan locatie, evt. eerstelijnszorg. *De voorzitter geeft aan dat het doel van het programma is om mensen in een betere toestand te krijgen. Dit hoeft niet altijd in ziekenhuis. Mensen thuis monitoren is een belangrijk onderdeel. Hier moeten we over nadenken.*

Secundaire preventie

- **BPSW:** Wordt er ook gekeken naar secundaire preventie? We zien een groot terugvalpercentage in beweging etc., kan dit worden meegenomen in de richtlijn?

Therapietrouw

- **NVKG:** In de richtlijn staat weinig over terapietrouw.
Tom geeft aan dat deze literatuur beschikbaar is en onderdeel wordt van nazorg.
- **IGJ:** Je wilt een aanbeveling aan de patiënt doen om terapietrouw te blijven. Moet de behandelaar aan patiënt vragen hoe hij/zij het traject voor zich ziet?
Harteraad: Proces samen beslissen behandelaar en patiënten. Belangrijk om beweegdoelen te formuleren en bewegangsten in kaart brengen. Goed in kaart brengen waar de patiënt staat, en samen beslissen. Vervolgens kijken of patiënt in een groep past om te revalideren.
De voorzitter geeft aan dat het belangrijk is om met counseling te starten.
IGJ: Hoe krijgen we patiënt zover dat hij/zij het gaat uitvoeren?
Harteraad: Samen beslissen meenemen in de richtlijn.

Telerevalidatie

De voorzitter geeft aan zelf een voorstander te zijn van telerevalidatie. Wat vinden de experts? Moet het ingezet worden als aanvulling, vervanging of beiden?

- **NVHV:** Het hoort erbij, eventueel vervanging in sommige situaties. De groepsdynamiek is minder. Het is belangrijk dat je het aan kan bieden.
- **Harteraad:** De keuze van patiënten moet een mogelijkheid zijn. We weten dat veel patiënten geen hartrevalidatie volgen vanwege de afstand.
- **BPSW:** Telerevalidatie werkt aanvullend goed, maar lotgenotencontact is ook belangrijk. Patiënten gaan vaak zelf in kleine groepjes praten om dingen te delen, bijvoorbeeld nu via Teams.
- **NVKG:** Niet ingewikkeld. Wij doen zelf ook onderzoek naar eHealth. Gaat verrassend goed, de patiënten zijn erg gemotiveerd. Het is belangrijk dat ouderen niet worden overgeslagen met eHealth. *De voorzitter vraagt aan NVKG of telerevalidatie ook geschikt is voor mensen met een mindere cognitie?* Je kunt dit altijd proberen, eventueel door familie te betrekken bij het proces.

Nazorg

- **IGJ:** We raken patiënten kwijt tussen PCI en eerste intake hartrevalidatie (+/- 3000 patiënten per jaar).
BPSW: Patiënten met een ICD krijgen vaak alleen technische informatie, zonder verdere informatie over bijvoorbeeld follow-up. Ook is de overgang van hartrevalidatie naar CVRM belangrijk.
De voorzitter geeft aan dit punt mee te nemen bij de herziening van de richtlijn.
- **IGJ:** Ziekenhuizen besteden nazorg uit en zijn daar slecht op de hoogte. Niemand voelt zich verantwoordelijk in ketenzorg.
De voorzitter geeft aan dat we in de richtlijn moeten opnemen dat de hoofbehandelaar eindverantwoordelijk is voor het proces.
- **IGJ:** Voor een patiënt moet duidelijk zijn wie de eindverantwoordelijke is en wie de vragen van de patiënt kan beantwoorden.
De voorzitter geeft aan dat een verpleegkundige goed de vragen kan beantwoorden, maar dat de cardioloog de eindverantwoordelijke is.

Naleving/implementatie van richtlijnen

- Niek Baart: Richtlijnen worden niet opgevolgd in de praktijk. DBC lijkt belangrijker dan een richtlijn. Het is belangrijk om te zorgen dat er in de praktijk geen beperkingen zijn en richtlijnen toegepast kunnen worden, inclusief een vervolgtraject. Dit moet financieel haalbaar zijn.

De voorzitter geeft aan dat dit punt besproken moet worden met zorgverzekeraars. Samen kan worden afgestemd zodat het naleven van richtlijnen gewaarborgd kan worden, eventueel door middel van het inzetten van een kwaliteitsindicator. Naast het herzien van de richtlijn moeten we ook zeggen hoe we met de richtlijn omgaan in de praktijk, over de implementatie van de richtlijn.

6. **Vervolgprocedure**

De notulen van deze avond worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is, zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd. Er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de werkgroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

7. **Sluiting**

Er zijn geen vragen meer. Arnoud sluit de bijeenkomst en bedankt iedereen voor de komst en actieve participatie.