HeartsConnect Netwerk-meeting

01/10/2026

Agenda

- **Programma**
- 09.30 – 09.40 Kort kennismakingsrondje
- 09.40 – 10.10 Update HeartsConnect en nieuws uit het lerend netwerk
- 10.10 – 10.40 Verschillen tussen mannen en vrouwen in de behandeling van hartfalen (Loes Visser)
- *10.40 – 10.50 Koffiepauze*
- 10.50 – 11.20 Cultuursensitieve zorg: praktische tips en tricks
- 11.20 – 11.30 Van inzicht naar inname: therapietrouw versterken bij ouderen (Luci Mioc en Stien Ceulemans)
- 11.30 – 12.00 Update onderzoek hartfalen in de eerste lijn (Miek Smeets)

Update HeartsConnect en nieuws uit het lerend netwerk

01/10/2026

Updates

- Nieuwe ESC richtlijnen 2026 – wat is nieuw?
- Case-finding van HF in EMD van de HA – project BI/Co-medic
- Verspreiding vragenlijst voor patiënten
- Update project HART

Nieuwe ESC richtlijnen 2026 – what's new?

Vanuit een eerstelijnsperspectief

Table 4 New concepts

New concepts
HFrEF has been expanded to include LVEF up to 50%
HFmrEF has been removed
HFpEF includes LVEF from 50% and above
Decompensated HF replaces acute HF
Stages of HF (A–D) ranging from risk factors to advanced HF have been adopted
New classifications for medical and interventional therapy have been introduced

© ESC 2021

View full size image in a new tab

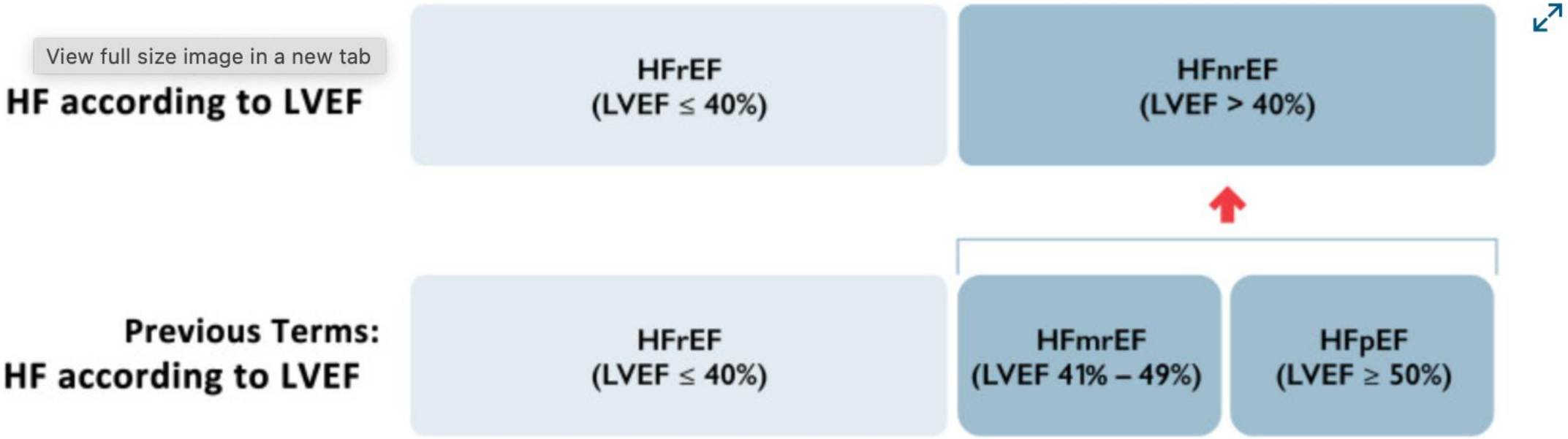
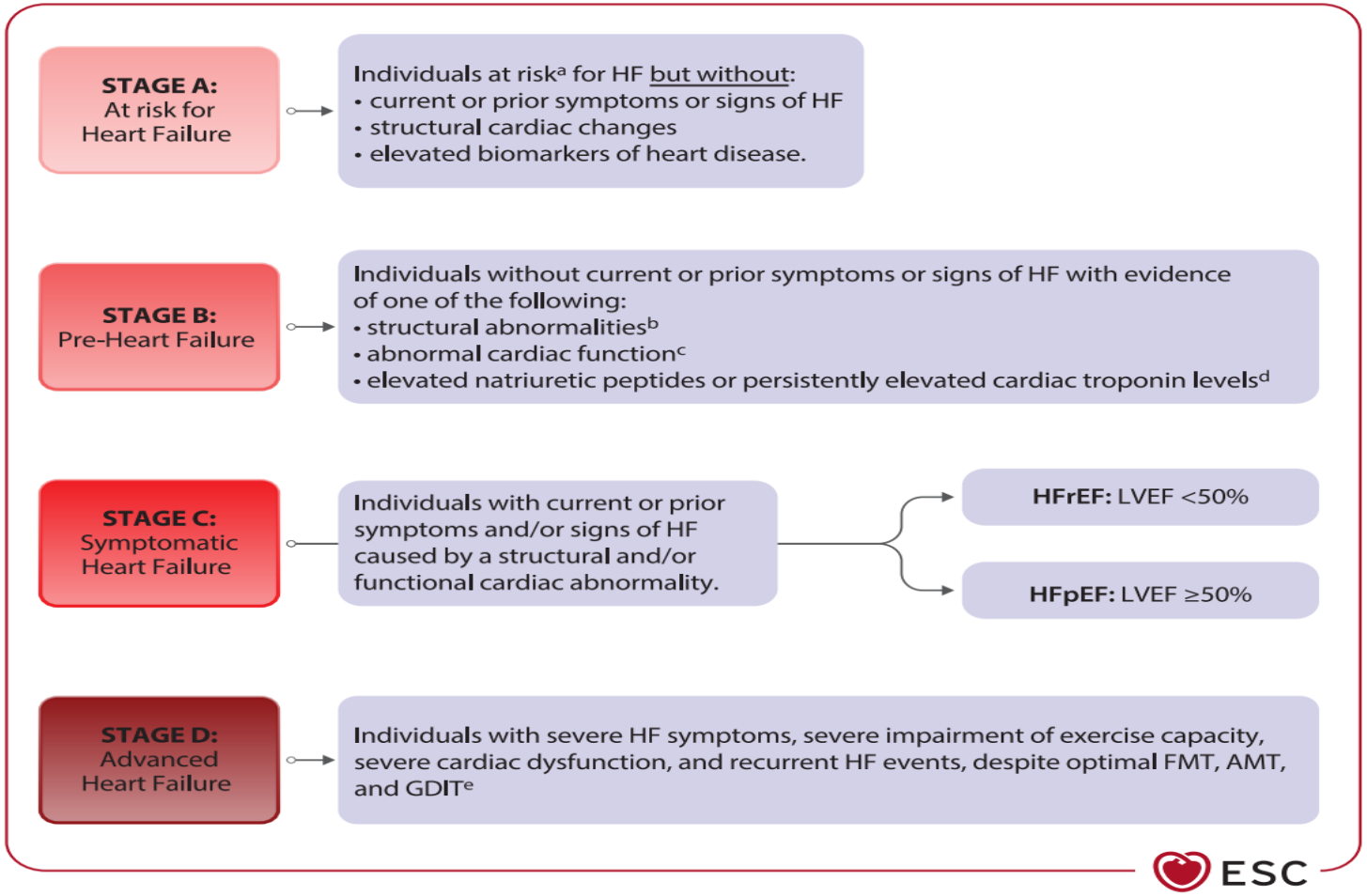


Figure viewer

Canadese richtlijnen, 2025

Nieuwe ESC richtlijnen 2026 – what's new?

Vanuit een eerstelijnsperspectief



Cardiovasculair continuüm

Cardiovasculaire risicofactoren

Stadium A HF

Normaal NT-proBNP



Asymptomatisch structureel hartlijden

Stadium B HF

NT-proBNP ↑

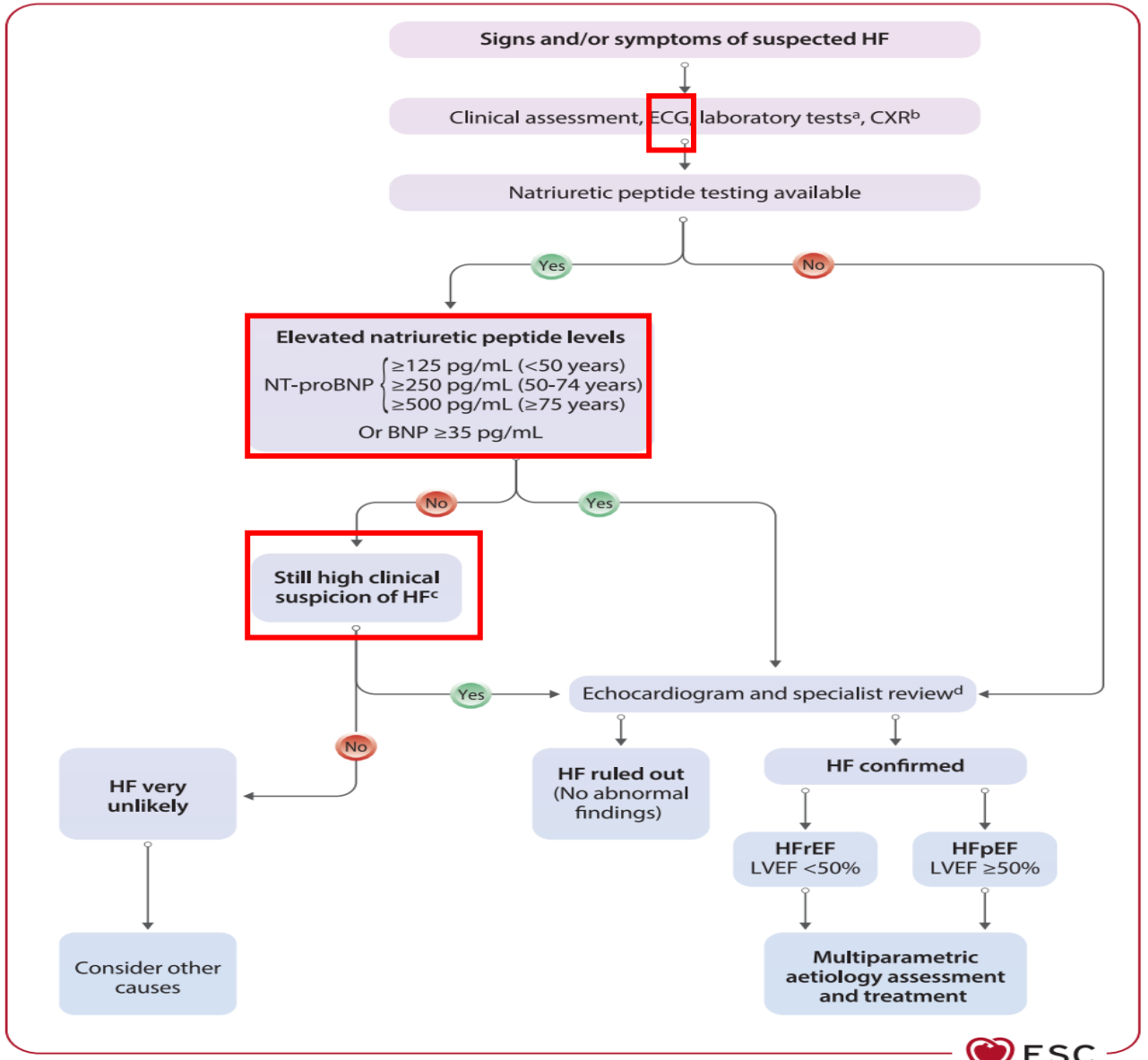


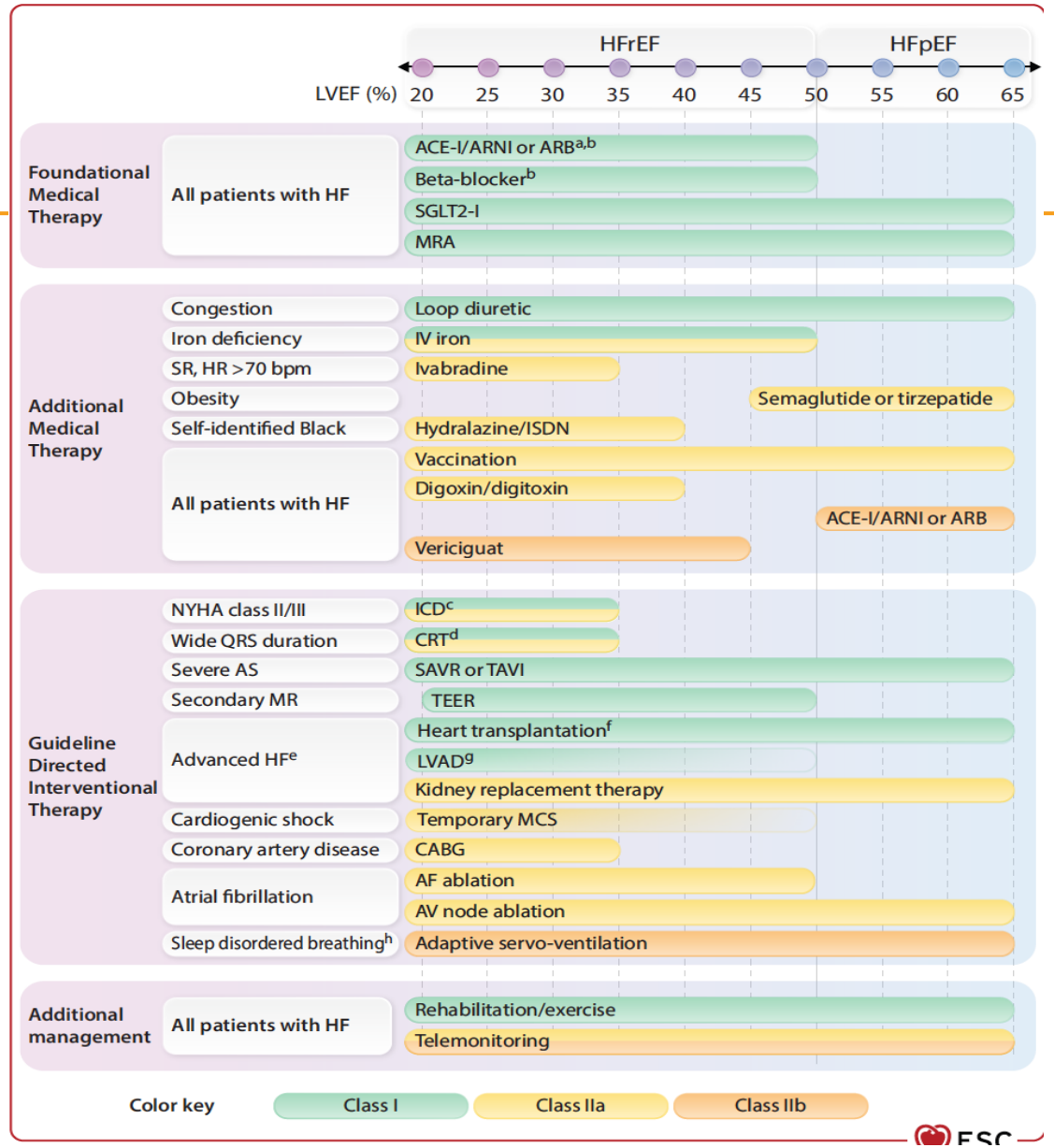
Symptomatisch hartfalen

Stadium C/D HF

NT-proBNP ↑↑




Signs and/or symptoms of suspected HF
Clinical assessment, ECG, laboratory tests[a], CXR[b]
Natriuretic peptide testing available
Yes
No
Elevated natriuretic peptide levels
NT-proBNP ≥125 pg/mL (<50 years)
≥250 pg/mL (50-74 years)
≥500 pg/mL (≥75 years)
Or BNP ≥35 pg/mL
No
Yes
Still high clinical suspicion of HF[c]
Yes
Echocardiogram and specialist review[d]
No
HF very unlikely
HF ruled out (No abnormal findings)
HF confirmed
HFrEF LVEF <50%
HFpEF LVEF ≥50%
Consider other causes
Multiparametric aetiology assessment and treatment
ESC



- Nieuw: MRA voor alle symptomatische patiënten met HF ongeacht EF – Canadese richtlijnen 2025 ook
- Nieuw: HFmrEF → HFrEF dus ook voor deze groep quadruple therapie
- Suggestie: IV ijzer vooral voor patiënten met transferrine saturatie<20%
- Evidence base voor deze nieuwe aanbevelingen is zwak

Case-finding van HF in EMD HA

- Onderzoeksproject: Kunnen we patiënten met hartfalen uit het EMD van de huisarts halen met natural language processing (AI)?
- Antwoord: ja – nog niet perfect maar veelbelovend
- Vervolg:
  - Project gesponsord door BI ism Co-medic
  - Doel: tegen voorjaar 2027 een functionerend systeem hebben + overzichtelijk platform om aan case-finding en kwaliteitsverbetering te doen in de HA praktijk

Verspreiding vragenlijst HF patiënten

- Project Alice Vanneste, KULeuven
- Vragenlijst om de voorkeuren en noden van patiënten met hartfalen in België beter in kaart te brengen
- Verspreiden jullie mee?

De vragenlijst kan ingevuld worden via volgende link:
https://bit.ly/4xKIjZv

Ook QR code en folders beschikbaar!

Update HART-project

Hartfalen Apothekers in een Regionaal buurtTeam

1. Tools
2. e-learning Samen sterk voor betere hartfalenzorg

   + masterproeven

1. Symposium farmaceutische zorg (KAVA)
2. MFO hartfalen in Leuven en Kasterlee
3. Publicaties



Van samenwerking naar concrete tools

3 praktische tools:

- Eerst-uitgiftebegeleidingsfiche (EUB)
- Snelfiche voor apothekers
- Patiëntfiche met symptoomkaart

→ Feedback werd verkregen van:

- Partners: KFK, Apotheia, HeartsConnect
- 4 externe apothekers op materialen
- EUB werd uitgetest bij 1 patiënt



HULP BIJ HARTFALEN

Informatie voor jou en je familie

Je apotheker werkt samen met jou en je huisarts

Wat kan je huisapotheker doen?

Uitleg en begeleiding

- uitleg over hartfalen en je medicijnen
- leren hoe je je bloeddruk meet
- tips om je medicijnen niet te vergeten
- uitleg over bijwerkingen en wat je moet doen bij klachten

Medicatieschema

Je apotheker maakt een overzicht van al je medicijnen en waarvoor je ze neemt

Controle van je medicijnen

- Je apotheker kijkt of je medicijnen, vitamines en supplementen veilig samengaan.

💡 Vertel je apotheker ook over producten die je ergens anders kocht.

Van samenwerking naar concrete tools

Wat is hartfalen?

Je hart werkt minder goed. Daardoor krijgen je lichaam en spieren minder bloed en zuurstof. Soms houdt je lichaam ook vocht vast.

Je kunt **sneller moe** of **kortademig** zijn of **dikke enkels** krijgen.

Hartfalen geneest niet. Gelukkig zijn er goede medicijnen die je hart beschermen. Veel mensen voelen zich beter als ze hun medicijnen goed innemen en gezond leven.

Welke medicijnen krijg je?

Een plaspil.

Deze helpt vocht af te voeren. Daardoor heb je minder last van dikke benen en kortademigheid.

Hartmedicatie.

Deze medicatie beschermt je hart. Daardoor gaat je hart minder snel achteruit. Je hebt minder klachten en je moet minder vaak naar het ziekenhuis.

Er zijn **twee soorten hartfalen**. Welke hartmedicatie je krijgt hangt af van jouw situatie.

Ontwikkeld binnen het HART-project door apr. Becky Noyens, in samenwerking met:

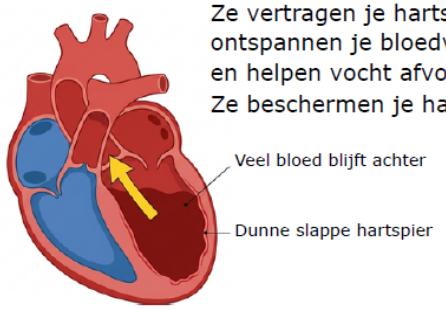
Hearts Connect · KFK Kempische Farmaceutische Kring · Apotheia · Zorgzaam Leuven · IPSA

Met de steun van het Fonds Dr. Daniël De Coninck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting

Hartfalen met verminderde pompkracht

Je verzwakte hart **pompt minder goed**. Je lichaam houdt vocht vast en maakt stresshormonen aan. Je hart moet harder werken en kan hierdoor verder verzwakken.

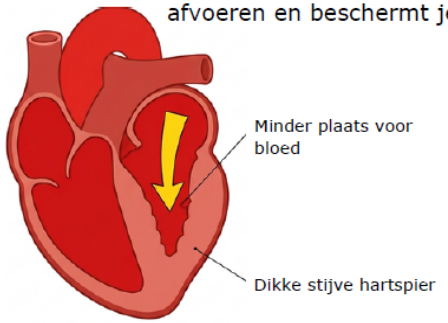
Je krijgt **4 belangrijke hartmedicijnen**. Ze vertragen je hartslag, ontspannen je bloedvaten en helpen vocht afvoeren. Ze beschermen je hart.



Hartfalen met behouden pompkracht

Je hart **vult zich minder goed** met bloed. Je hart kan nog wel krachtig pompen. Vaak spelen andere ziekten een rol, zoals hoge bloeddruk of suikerziekte.

Je krijgt een **SGLT2-remmer** zoals Forxiga® of Jardiance®. Dit medicijn helpt vocht afvoeren en beschermt je hart.



Van samenwerking naar concrete tools

Wat kan je zelf doen?

1 Neem je medicijnen zoals afgesproken

- Neem je medicijnen elke dag. Ook als je je beter voelt.
- Stop nooit zelf met je medicijnen.

Bespreek je medicatieschema met je apotheker. Hierop staat:

- welke medicijnen je neemt
- wanneer je ze neemt
- waarvoor ze dienen

Neem je nieuwste medicatieschema altijd mee naar je huisarts, het ziekenhuis en de apotheek. Zo voorkom je fouten.

2 Pas op met medicijnen zonder voorschrift

- Gebruik **geen ontstekingsremmers** zoals ibuprofen.
- Vermijd **bruistabletten**. Deze bevatten veel zout.

Deze middelen kunnen ervoor zorgen dat je lichaam meer vocht vasthoudt.
Je hartfalen kan dan verergeren.
Vraag altijd advies aan je apotheker.

Betrouwbare informatie

Podcast "met het hart op de tong"

3 Leef gezond

Eet gezond en gevarieerd

- Beperk kant-en-klare maaltijden.
- Voeg geen extra zout toe.

Beweeg regelmatig

- Kies iets wat je leuk vindt.
- Forceer jezelf niet.

Slaap en rust voldoende

Rook niet

Beperk alcohol

4 Laat je vaccineren

Deze vaccinaties beschermen je tegen luchtweginfecties. Ze zijn belangrijk.

- elk jaar **griep**- en **COVID-19-vaccin**
- het **pneumokokkenvaccin**
- het **RSV-vaccin** vanaf 60 jaar

5 Controleer jezelf

Gebruik hiervoor de symptoomkaart.

Ben je ziek? Heb je diarree, moet je vaak braken of heb je koorts?

- Neem dan contact met je arts. Soms moet je medicatie aangepast worden.



Ontwikkelen met patiënten

EUB: logisch opgebouwd + voorbeeldzinnen bieden houvast

→ Opvolging, educatie en herhaling zijn nodig!

QUOTE: “Ik dacht dat ik geen hartfalen meer had.”

Patiëntfiche: duidelijk, kort en bruikbaar

- Groot lettertype en korte tekstblokken
- Symptoomkaart zeer waardevol
- Type hartfalen als onderdeel van patiëntfiche, niet als extra
  - MAAR met eenvoudigere figuur
- Fiche is ook interessant voor familie → ook aangeven in titel

E-learning:
“Samen sterk voor betere hartfalenzorg”

ESC 2026/WOREL2026 → interactieve e-learning → toepassing in de apotheek

- 💊 Actuele kennis
- 🧩 Interactief leren
- 🎬 Leren aan de hand van een praktijkvoorbeeld
- 📄 Direct bruikbare materialen
- 🔎 Medicatie en signalen herkennen
- 🗣️ Praktische handvaten voor de apotheker

+ masterproeven ter evaluatie

→ Lancering: week van 5 oktober

Van praktische tools naar betere samenwerking en continuïteit van hartfalenzorg

Van kennis naar samenwerking



- **24 oktober – Farmaceutisch zorgsymposium: Hartverwarmende zorg**
  Interactieve workshop“Hartfalen ontcijferd: van richtlijn naar apotheek” met Tinneke Vleugels en Becky Noyens

- **26 & 29 oktober – MFO Hartfalen**
  ziekenhuis – telemonitoring (WGK) - huisarts – huisapotheker

MEDISCH FARMACEUTISCH OVERLEG MFO

Publicaties

- *Mijn huisapotheker is een onmisbare schakel in mijn zorg* – juni 2026
  - Via: Apotheia en KFK
- *Hartfalenzorg is teamwork* – augustus 2026
  - Via Apotheia

Feedback/aanvullingen?





Verschillen tussen mannen en vrouwen in de behandeling van hartfalen

Loes Visser



Hartfalen door een sekse- en genderbril

Sekse- en genderaspecten bij farmacotherapeutische behandeling
Thomas More University of Applied Sciences • België

Loes Visser, ziekenhuisapotheker • klinisch farmacoloog

1 oktober 2026

HagaZiekenhuis



Waarom deze presentatie?

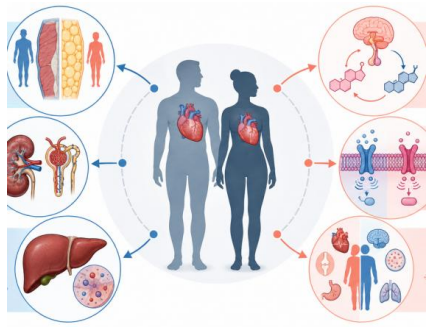
Van “gemiddelde patiënt” naar passende farmacotherapie

50%
van de mensen met hartfalen is vrouw; maar het bewijs komt historisch vaak uit mannelijke populaties

HFpEF
komt relatief vaker voor bij vrouwen; HFrEF vaker bij mannen

aparte richtlijnen?
geen sekse-specifieke richtlijn, wél sekse- en genderbewust behandelen

Centrale vraag: zijn hartfalengeneesmiddelen even werkzaam én even goed te verdragen bij vrouwen en mannen, en wanneer vraagt sekse of gender om extra aandacht bij starten, titreren en monitoren?



Na deze presentatie kunt u…

1. **sekse en gender toepassen**

   in farmacotherapie, dosering, bijwerkingen en therapietrouw

2. **de ESC 2026-richtlijn vertalen**

   naar HFrEF <50%, HFpEF ≥50%, basisbehandeling en aanvullende behandeling

3. **subgroepresultaten correct interpreteren**

   niet alleen “p < 0,05” binnen vrouwen of mannen

4. **praktisch handelen bij klachten**

   doseer, monitor en overleg zonder automatisch onderscheid op basis van sekse

Voor alle disciplines: van richtlijn naar gesprek en terugkoppeling

Sekse en gender: niet hetzelfde, wel verweven

SEKSE — biologische kenmerken

- chromosomen en hormonen
- lichaamssamenstelling en orgaanfunctie
- farmacokinetiek en farmacodynamiek
- ziekteprofiel en comorbiditeit

GENDER — sociale en contextuele factoren

- klachten benoemen en zorgzoekgedrag
- toegang tot zorg en follow-up
- voorschrijfgedrag en therapietrouw
- inkomen, mantelzorg en gezondheidsvaardigheden



Trials rapporteren meestal sekse; gendermechanismen blijven vaak onzichtbaar

Hetzelfde syndroom, een ander uitgangspunt

Vrouwen met hartfalen

- vaker HFpEF
- ouder bij presentatie
- vaker hypertensie, obesitas en inflammatoir profiel
- meer symptoomlast en vaker tolerantievragen



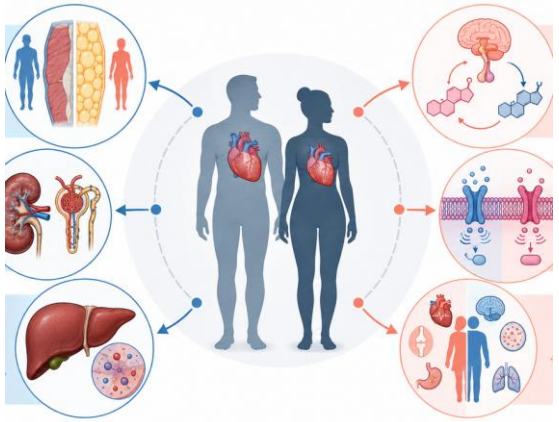
Mannen met hartfalen

- vaker HFrEF
- vaker ischemische cardiomyopathie
- vaker alcohol/toxische cardiomyopathie
- vaker hogere absolute event rate in HFrEF-trials

Verschillen in patiëntprofiel kunnen de keuze, verdraagbaarheid en monitoring van behandeling beïnvloeden, maar betekenen niet automatisch dat een geneesmiddel bij vrouwen en mannen anders werkt.

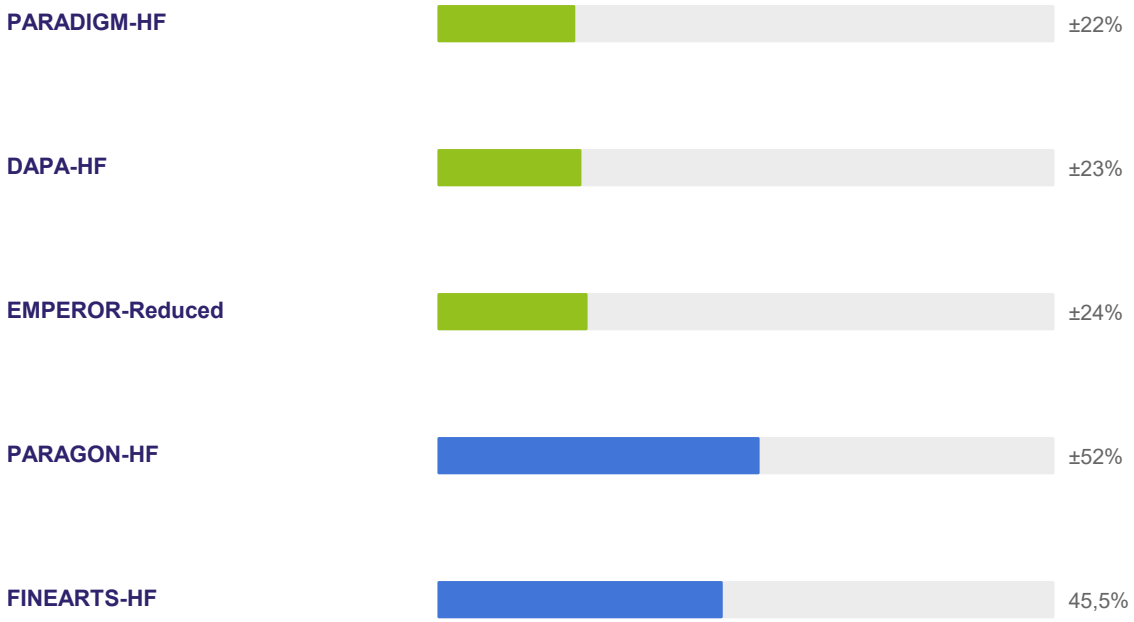
Waarom kan de geneesmiddelrespons verschillen?

Blootstelling	lager lichaamsgewicht, kleiner distributievolume, andere nierfunctie
Farmacodynamiek	andere receptorrespons, QT-gevoeligheid, autonome balans
Hartfalenprofiel	HFrEF versus HFpEF en relevante comorbiditeit
Behandeling	titratie, monitoring, bijwerkingen melden en gehoord worden



Praktische vertaling: start niet lager “omdat vrouw”, maar titreer wel scherper op effect, tolerantie en lab.

Het bewijsprobleem: vrouwen zijn niet overal even goed vertegenwoordigd



Wat betekent dit?

- onder power voor echte interacties
- weinig data over zwangerschap, menopauze en hormonen
- vaak wel subgroepanalyse, maar beperkt bruikbaar
- externe validiteit verschilt per hartfalenprofiel

Refs: 1. McMurray JJV, et al. N Engl J Med. 2014;371:993-1004. 2. McMurray JJV, et al. N Engl J Med. 2019;381:1995-2008. 3. Packer M, et al. N Engl J Med. 2020;383:1413-24. 4. Solomon SD, et al. N Engl J Med. 2019;381:1609-20. 5. Solomon SD, et al. N Engl J Med. 2024;391:1475-85.

Subgroepen lezen zonder statistische valkuilen

Stel dat een geneesmiddel bij hartfalen het volgende effect heeft:

vrouwen: HR 0,72; p = 0,03
mannen: HR 0,85; p = 0,08
interactie tussen sekse en behandeling: p = 0,42

VERKEERD

“het geneesmiddel werkt alleen bij vrouwen”
want p is alleen binnen de groep bekeken

JUIST

Kijk naar het interactie-effect: verschilt het relatieve effect écht tussen seksen?

Test het verschil tussen seksen, niet alleen het effect binnen iedere sekse.

ESC 2026: wat is nieuw?

2 behandelcategorieën	HFmrEF verdwijnt: HFrEF = LVEF <50%, HFpEF = ≥50%
Behandelindeling	basisbehandeling, aanvullende behandeling en interventionele behandeling vormen de nieuwe indeling
MRA breder	MRA bij symptomatisch HF ongeacht LVEF; finerenon bij HFpEF
Snel optimaliseren	titratie elke 1–2 weken; SGLT2i starten na stabilisatie in het ziekenhuis
Comorbiditeit	obesitas: semaglutide/tirzepatide te overwegen bij LVEF ≥45% en BMI ≥30

Geen aanbeveling voor een ander middel uitsluitend op basis van sekse; wél seksebewuste selectie, titratie en monitoring.

Ref: Køber L, Adamo M, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026;ehag100.

Richtlijnkader 2026: behandeling op basis van het vastgestelde hartfalenprofiel

Hartfalenprofiel	LVEF	Basisbehandeling	Sekse/gender-bril
HFrEF	<50%	ARNI/ACEi/ARB • β-blokker • MRA • SGLT2i	vrouwen vaker lagere body size en tolerantievragen
HFpEF	≥50%	SGLT2i • MRA/finerenon • diuretica bij congestie	vrouwen vaker in deze groep; let op obesitas, hypertensie en inflammatie
Comorbiditeit	alle EF	ijzerdeficiëntie, AF, nierfunctie, obesitas, diabetes	risico's en bijwerkingen objectief monitoren

Richtlijn = startpunt. Individualiseren gebeurt via het vastgestelde hartfalenprofiel, comorbiditeit, effect, bijwerkingen en behandelwensen.

De kern in één oogopslag

Geneesmiddelgroep	Effectiviteit	Veiligheid/tolerantie	Praktische boodschap
ACEi/ARB	geen overtuigend sekseverschil; dose-respons vraagstuk	hoest/angio-oedeem, hypotensie, nierfunctie	titreren op effect en tolerantie
β-blokker	vergelijkbaar bij sinusritme	bradycardie, vermoeidheid, hypotensie	ritme en hartfrequentie sturen
ARNI	HFrEF: geen duidelijk verschil; HFpEF: signaal bij vrouwen	hypotensie, nierfunctie, kalium	selecteer op EF en kliniek
MRA/finerenon	breed bewijs; FINEARTS sekseneutraal	hyperkaliëmie, nierfunctie	K+/eGFR monitoren
SGLT2i	meest consistent sekseneutraal bewijs	genitale infecties, dehydratie, ketoacidose zeldzaam	sterke basis, goede counseling

ACE-remmers en ARB’s: behandelwinst lijkt vergelijkbaar

Wat weten we?

- klassiek HFrEF-bewijs vooral uit oudere trials
- vrouwen ondervertegenwoordigd in vroege studies
- geen consistent bewijs dat ACEi/ARB minder werkzaam zijn bij vrouwen

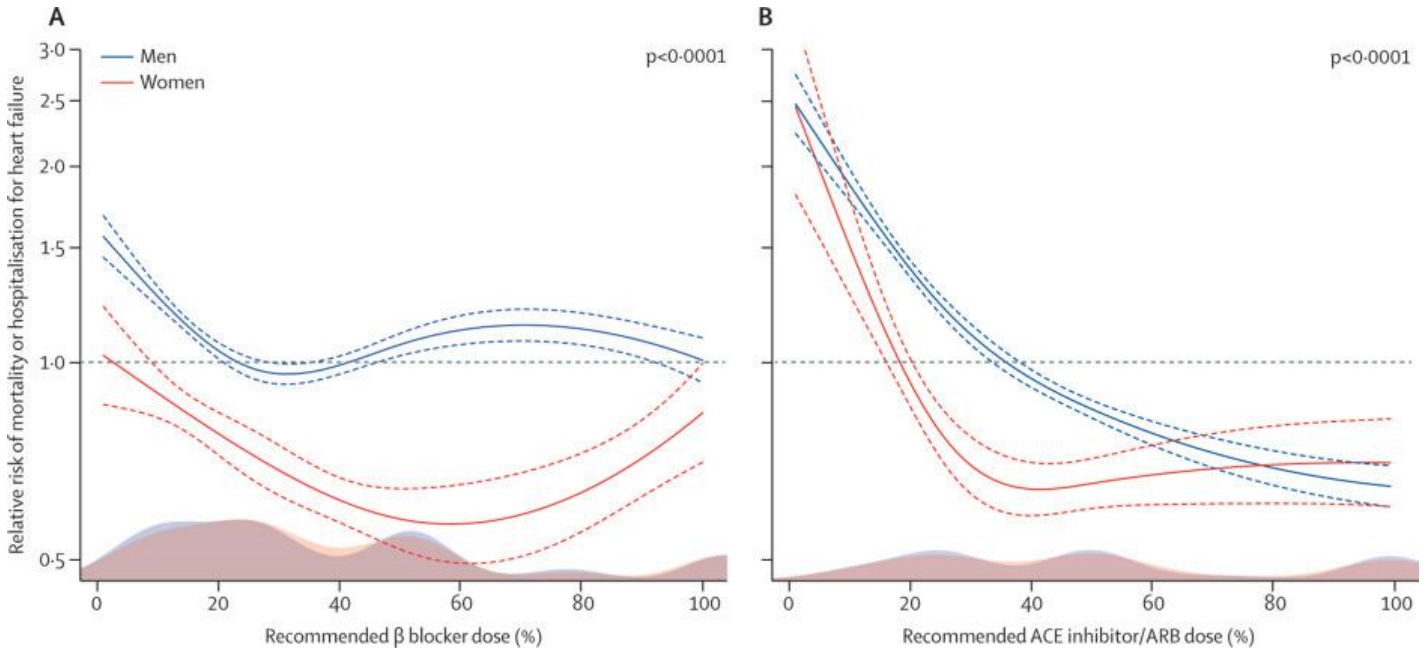
Klinische vertaling

- start volgens richtlijn
- monitor bloeddruk, nierfunctie en kalium
- bij klachten: denk aan dosis, combinatie en tempo van titratie

Dose-respons is relevant, maar niet gelijk aan een officiële sekse-specifieke dosering.

Refs: Køber L, Adamo M, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. Eur Heart J. 2026;ehag100. Santema BT, Ouwerkerk W, Tromp J, et al. Lancet. 2019;394:1254-63.

Dosis-respons: wat laat de BIOSTAT/ASIAN-HF analyse zien?



Klinische duiding

- Bij vrouwen leek ~50% van de richtlijndosis geassocieerd met vergelijkbare of betere uitkomst.
- Bij mannen lag het optimum dichter bij 100%.

Observationeel/post-hoc: dus géén automatische halve dosis voor vrouwen.

Ref: Santema BT, Ouwerkerk W, Tromp J, et al. Identifying optimal doses of heart failure medications in men compared with women: a prospective, observational, cohort study. Lancet. 2019;394:1254-63.

β-blokkers: sekse is minder belangrijk dan ritme

Sinusritme

Individuele patiëntdata en landmark-trials ondersteunen mortaliteitsreductie bij HFrEF. Effect overtuigend bij vrouwen én mannen.



Atriumfibrilleren

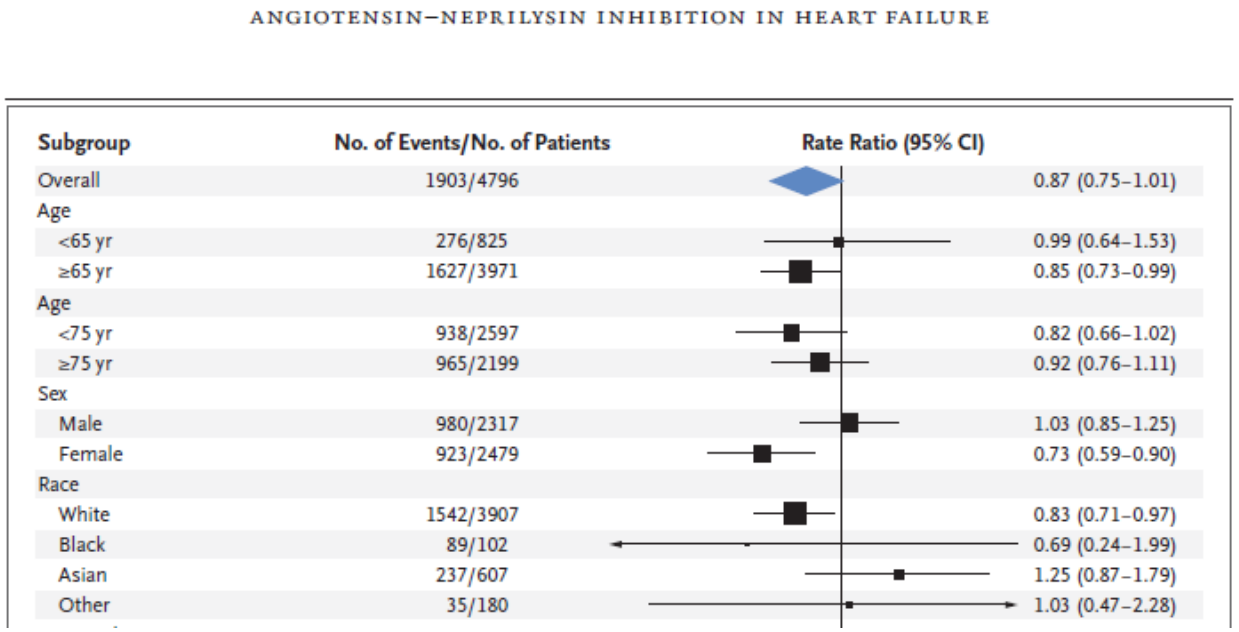
Bij HFrEF + AF is overlevingswinst van β-blokkers minder consistent aangetoond; keuze tussen ritme- of frequentiecontrole en adequate antistolling bepaalt vaak het behandelbeleid.

Tolerantie

Dosis/titratie kunnen wel verschillen: bradycardie, vermoeidheid, hypotensie en hogere blootstelling bij kleinere lichaamsgrootte.

Refs: Kotecha D, Holmes J, Krum H, et al. Efficacy of β blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data meta-analysis. Lancet. 2014;384:2235-43. Køber L, Adamo M, et al. Eur Heart J. 2026;ehag100.

ARNI: HFrEF solide, HFpEF met sekse-signaal



Interpretatie

Bij HFpEF leek het effect van sacubitril/valsartan gunstiger bij vrouwen dan bij mannen. Dit blijft een subgroep-signaal en geen aparte vrouwelijke indicatie.

Klinisch meenemen

Gebruik ARNI op basis van EF, bloeddruk, nierfunctie, kalium en symptomen — niet op sekse alleen.

Ref: Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition in heart failure with preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2019;381:1609-20.

MRA: van HFrEF-basis naar breder ESC 2026-kader

Spironolacton/eplerenon bij HFrEF

- duidelijke prognostische plek
- geen consistent bewijs voor minder effect bij vrouwen
- aandacht voor hyperkaliëmie en nierfunctie



Finerenon bij HFpEF/HF ≥40%

- FINEARTS-HF: effect op CV overlijden en HF-events
- secundaire analyse: vergelijkbaar effect en tolerantie bij vrouwen en mannen
- relevant omdat vrouwen vaker HFpEF hebben

ESC 2026: MRA bij symptomatisch hartfalen over het EF-spectrum; K+/eGFR-monitoring blijft essentieel.

Refs: Pitt B, Zannad F, Remme WJ, et al. N Engl J Med. 1999;341:709-17. Zannad F, McMurray JJV, Krum H, et al. N Engl J Med. 2011;364:11-21. Solomon SD, Vaduganathan M, Claggett BL, et al. N Engl J Med. 2024;391:1475-85.

SGLT2-remmers: de meest consistente sekseneutrale winst

HFrEF

DAPA-HF en EMPEROR-Reduced: vergelijkbare relatieve winst bij vrouwen en mannen.

HFpEF

EMPEROR-Preserved / DELIVER: consistent voordeel over EF-spectrum; geen robuust sekseverschil.

na decompensatie

ESC 2026:
SGLT2i starten na stabilisatie in het ziekenhuis.

Praktische winst

Lage drempel, eenvoudige dosering. Let op genitale infecties, volumestatus, sick-day regels en nierfunctie.

Refs: McMurray JJV, et al. N Engl J Med. 2019;381:1995-2008. Packer M, et al. N Engl J Med. 2020;383:1413-24. Anker SD, et al. N Engl J Med. 2021;385:1451-61. Solomon SD, et al. N Engl J Med. 2022;387:1089-98.

Lisdiuretica: symptomatisch essentieel, maar weinig sekse-evidence

Wat weten we?

- zorgen vaak voor snelle verlichting van congestie en dyspneu
- dosering op kliniek, gewicht, nierfunctie en kalium/natrium
- geen bewezen mortaliteitswinst

Waar sekse mogelijk meespeelt

- lager lichaamsgewicht kan snellere uitdroging geven
- hypo-/hyponatriëmie en orthostase bij oudere vrouwen
- combinatie met SGLT2i vraagt volumestatus-check



Doseer op congestie en tolerantie, niet op sekse alleen.

Overige middelen: beperkt bewijs voor echte sekse-interactie

Ivabradine

SHIFT: geen overtuigende sekse-interactie; alleen bij sinusritme en hartfrequentie ≥70/min.

Vericiguat

VICTORIA: effect consistent in M/V-subgroepen; bedoeld voor recent verergerd HFrEF.

Hydralazine/ISDN

Smalle indicatie; weinig sekse-specifieke populaties of harde interactie-data.

Digoxine/digitoxine

ESC 2026: te overwegen bij symptomatisch HFrEF; therapeutische breedte is smal.

Afwezigheid van bewijs voor verschil ≠ bewijs dat sekse nooit relevant is.

Refs: Swedberg K, Komajda M, Böhm M, et al. Lancet. 2010;376:875-85. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, et al. N Engl J Med. 2020;382:1883-93. Taylor AL, Ziesche S, Yancy C, et al. N Engl J Med. 2004;351:2049-57. Køber L, Adamo M, et al. Eur Heart J. 2026;ehag100.

HFpEF, obesitas en diabetes: comorbiditeitsbehandeling krijgt therapeutische waarde

Nieuw accent

ESC 2026: semaglutide of tirzepatide kan worden overwogen bij symptomatisch HF, LVEF ≥45% en BMI ≥30 kg/m², ongeacht diabetesstatus.

Waarom relevant voor sekse/gender?

- HFpEF en obesitas komen vaker samen voor bij vrouwen
- symptoomlast en kwaliteit van leven zijn vaak slechter
- gewichtsstigma kan consult en therapietrouw beïnvloeden

Comorbiditeitsbehandeling is geen bijzaak meer, maar onderdeel van hartfalen farmacotherapie.

Refs: Køber L, Adamo M, et al. Eur Heart J. 2026;ehag100. Kosiborod MN, et al. N Engl J Med. 2023;389:1069-84. Packer M, Zile MR, Kramer CM, et al. N Engl J Med. 2025;392:427-37.

Effectiviteit is maar de helft van de netto behandelwinst

Stap	Sekse/gender-risico	Voorbeeld bij hartfalen	Actie
Start	onderbehandeling	vierpijlertherapie ontbreekt	objectief schema checken
Titratie	onderdosering of intolerantie	dosis blijft laag na bijwerking	herstart/langzamer titreren
Monitoring	lab/klachten onvoldoende gevolgd	K+, eGFR, bloeddruk, volume	controleafspraken plannen
Volhouden	bijwerking wordt niet gemeld	stop zonder overleg	actief vragen en alternatief bieden

Zelfde richtlijn,
maar niet altijd dezelfde ervaring



Sekse en gender beïnvloeden óók de behandelcascade.

Genderverschillen in behandeling: de behandelcascade

Zorgtoegang	Voorschrijven	Starten	Titreren	Volhouden
toegang tot passende hartfalenzorg kan verschillen	risico of indicatie onderschat	medicatie blijft ontbreken	dosis blijft laag	bijwerking leidt tot stop

Cardioloog, huisarts, verpleegkundig specialist en apotheker zijn elk een veiligheidsnet op een andere plek in de cascade.



De grootste vermijdbare seksekloof is mogelijk onderbehandeling

Behandelstart

Controleer of passende hartfalenmedicatie daadwerkelijk is gestart en voorkom onbedoelde verschillen in behandelintensiteit.

Therapie

Lagere dosis kan terecht zijn, maar therapeutische inertie is iets anders dan individualiseren.

Bijwerkingen

Actief navragen met aandacht voor schaamte, verwachtingspatronen en contactstijl.



Eerst gelijke toegang. Daarna precisie in doseren en monitoren.

Praktische aanpak: seksebewust, zonder automatisch anders te behandelen

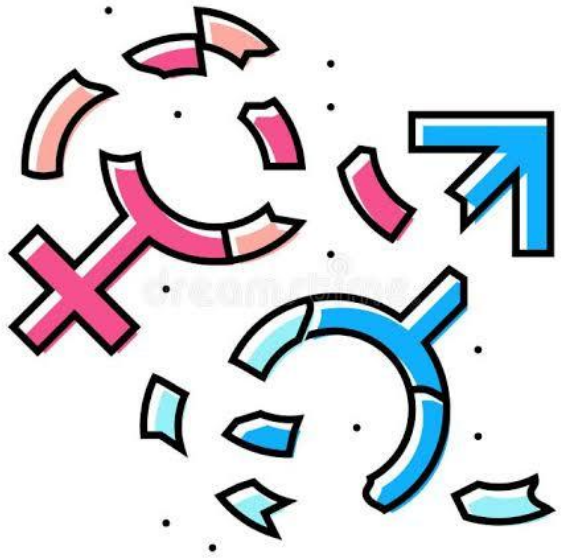
1. **Uitgaan van vastgesteld hartfalenprofiel**
   EF-categorie, ritme, nierfunctie en comorbiditeit

2. **Evidence-based therapie starten**
   geen bewezen middel onthouden op basis van sekse

3. **Blootstelling en tolerantie meenemen**
   gewicht, eGFR, bloeddruk, hartfrequentie, interacties

4. **Actief doorvragen op klachten en bijwerkingen**
   klachten, duizeligheid, seksualiteit, therapietrouw en bijwerkingen

5. **Doseer individueel**
   langzamer ophogen of switchen, maar ook niet te vroeg stoppen



Take-home messages

1. **ESC 2026: baseer farmacotherapie op het vastgestelde hartfalenprofiel en de aanbevolen basisbehandeling.**
2. **De meeste middelen werken relatief vergelijkbaar bij vrouwen en mannen, maar bewijs en tolerantie verschillen per middel.**
3. **ARNI bij HFpEF en finerenon bij HFpEF/HF ≥40% zijn relevante nieuwe accenten, niet “vrouwspecifieke” therapie.**
4. **Dose-respons voor ACEi/ARB/β-blokkers is klinisch relevant, maar nog geen officiële sekse-specifieke dosering.**
5. **Seksebewust handelen betekent: gelijke toegang, zorgvuldig titreren, actief monitoren en bijwerkingen serieus nemen.**

HagaZiekenhuis

ESC richtlijn 2026

"Overall, there are no sex differences in recommendations for HF pharmacotherapy."

Cultuursensitieve zorg: praktische tips en tricks

Soraya Ahouari

Dr. Bram Amsel

Cultuur Sensitieve zorg

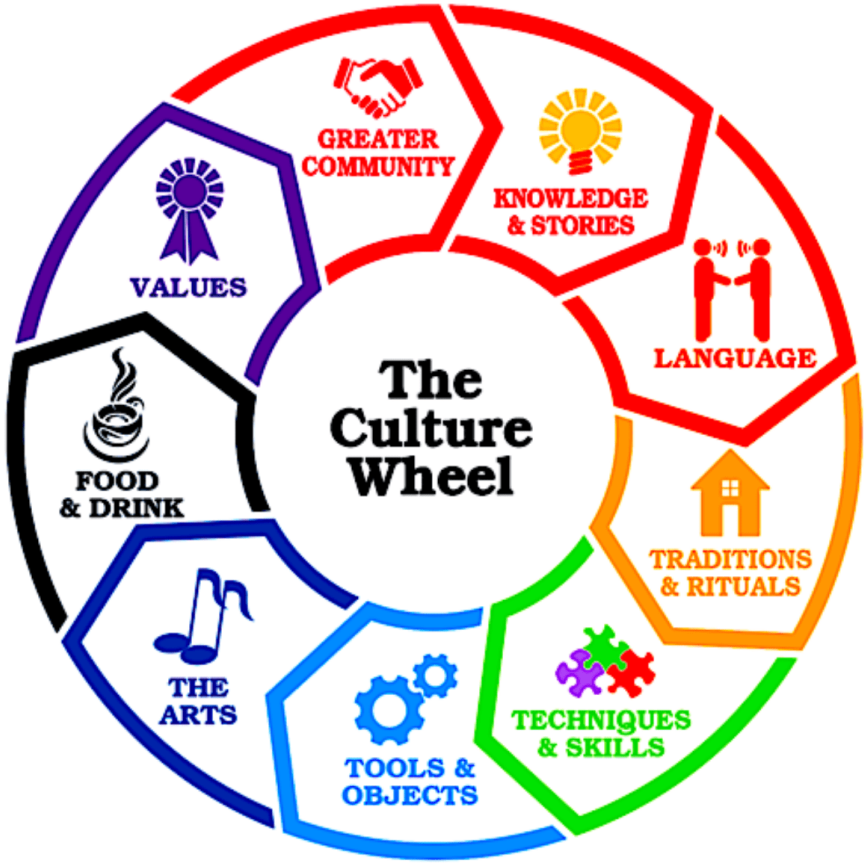
Hartfalen

01/10/2026

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Wat betekent cultuur sensitieve zorg?

- Zorg waarbij de zorgverlener rekening houdt met de **culturele achtergrond, waarden, normen en religieuze overtuigingen** van de patiënt.
- Patiënt zien als individu ≠ vertegenwoordiger van bepaalde cultuur
- Doel : **betere communicatie, vertrouwen en samenwerking** tussen patiënt en zorgverlener.



ZIEKENHUIS aan de STROOM

Waarom Cultuur sensitieve zorg?

- Groeiende diversiteit in de samenleving
  - Niet enkel godsdienst als diversiteit
- Kwaliteit , toegankelijkheid en vertrouwen in gezondheidszorg vergroten
  - Zorg afstemmen op noden - achtergrond - leefwereld

Het gaat er om dat je **nieuwsgierig bent naar de individuele patiënt en samen de zorg afstemt op wat voor die persoon belangrijk en haalbaar is**.



ZIEKENHUIS aan de STROOM

Op welke niveaus kunnen we doen aan cultuur sensitieve zorg?

- Contact met de patiënt:
  Actief luisteren
  Erkennen en herkennen
  Oog hebben
- Binnen het beleid en visie van de organisatie (ZAS) :
  - Diversiteit structureel op te nemen in het beleid, vorming en werkkaders
- In het bredere gezondheidssysteem:
  - Ongelijkheid en uitsluiting in het systeem te benoemen en aan te pakken.

Hoe doen we dit in de praktijk?



Communicatie – Taal

- Goede zorg begint met elkaar te verstaan
- Spreken we een zelfde taal?
  - Gebruik maken van een professionele tolk: Ja, graag
    - Interne tolk in het ziekenhuis
    - Babel
    - Onthaal Brussel
  - Kinderen of familie laten tolken: Indien echt nodig
  - Hulpmiddelen inzetten:
    - Visuele kaarten gebruiken tijdens educatie
  - Verwijzen naar de website: www. heartfailluremattters.org

Communicatie – Taal (2)

- Luister actief zonder oordeel
- Wees je bewust van je eigen culturele filter
- Focus op de individuele behoeften van de patiënt ipv algemene culturele stereotypen.
- Toon relationele nabijheid
- Gebruik evt de teach-back methode

Wat moet je weten om je Islamische patiënt beter te begrijpen?

- Geloven in het hiernamaals
- Bij de geboorte is het “ pad” die men aflegt voorbestemd
- Opvattingen over ziekte en gezondheid→
  tegenslag /ziekte wordt gezien als een beproeving
- 5 belangrijke zuilen: - Sjahada = geloofsbelijdenis
  - Salat = gebed
  - Zakat = liefdadigheid
  - **Sawm = vasten**
  - Hadj = bedevaart naar Mekka

Wat met de vastenperiode binnen bepaalde religie?

- Kan de patiënt deelnemen aan de vasten periode?
  - Casus
  - Zo ja: Wat met SGLT-2 inhibitor?
  - Wanneer medicatie innemen?
  - Voedingsadviezen/Vocht adviezen te bespreken
  - Welke mensen zijn vrijgesteld van vasten:

- Vele religies hebben een eigen religieuze voedingsadvies

Wie kan jou helpen?

- **Intercultureel bemiddelaar:**
  - Tolken
  - Cultuur overdracht
    - Cultuur verschillen uitleggen
    - Verwachtingen managen
  - Faciliteren en verhelderen van misverstanden
  - Ondersteuning en wegwijs maken binnen het systeem
  - Pleitbezorger

Voeding/Vocht inname: Bedenkingen/weetjes

- **Oost Aziatische culturen:**
  - Eten erg zoutrijk (gemiddeld 17,7g/d)
- **Oost-Europa:**
  - Eten tot 14,4g/d
- **Westerse landen** (West-Europa – Noord-Amerika)
  - Eten 8-11g/d
  - Veel bewerkte/verborgen zouten

  => samen te zoeken naar manieren om de voeding aan te passen zonder de culturele eetgewoonten volledig weg te nemen.



Voeding/Vocht inname: Bedenkingen/weetjes

- **Kaliumarme voeding:**
  - Moslims eten veel dadels
  - Zuid-Europese cultuur: eet veel fruit
  - Vegetariërs/Veganisten: eten veel peulvruchten/groenten en fruit!
- **Diabetes en voeding met verminderd verzadigde vetzuren**:
  - Noord-Afrikaanse cultuur – Arabische cultuur – Amerikaanse cultuur: eet heel zoet
  - Arctische cultuur centraal Aziatische cultuur – Westerse cultuur: veel vetten

  => Belang van tijdig inschakelen van de diëtiste.

Taboes in de cultuur sensitieve zorg

- Nood tot psychologisch/psychiatrische follow – up:
  - Vb: verslavingszorg – aanvaarding van de diagnose
- Verschillen tussen mannen en vrouwen:
  - Vb: rollenpatroon: mannelijke arts/vpk bij vrouwelijke patiënt of andersom
- Seksualiteit bespreekbaar maken:
  - Vb: erectiele dysfunctie door medicatiegebruik
- Levenseinde begeleiding – palliatieve zorgen:
  - Vb: Bespreekbaar maken van naderende eind
  - MOPA vzw

Key Notes:

- Verschillende niveaus om aan cultuur sensitieve zorg te doen: Wij gaan voornamelijk in contact met de patiënt zelf.
- Communicatie en taal zijn belangrijk
  - Evt. inroepen van een tolk of intercultureel bemiddelaar.
- Voeding aanpassen is niet altijd makkelijk. In gesprek gaan om kleine aanpassingen te doen om zo toch een grote winst te maken.
- Tracht taboes te bespreken.





Volg ons op **zas.be** en

ZIEKENHUIS aan de STROOM

University of Antwerp

Joodse Gebruiken en Gevoeligheden

...in tien minuten

Bram J. Amsel, cardioloog

1 oktober 2026

TIJD

VOEDSEL

SEKS



TRANSPLANTATIE

Consequenties voor u

Van inzicht naar inname: hoe verpleegkundige gedragsmodellen en interventiestherapietrouw versterken bij ouderen

Luci Mioc

Stien Ceulemans

Van inzicht naar actie

Hoe gedragsmodellen en verpleegkundige interventies therapietrouw bevorderen bij ouderen met chronische aandoeningen



Ceulemans Stien en Mioc Luci

Bachelor in verpleegkunde

Academiejaat 2025-2026



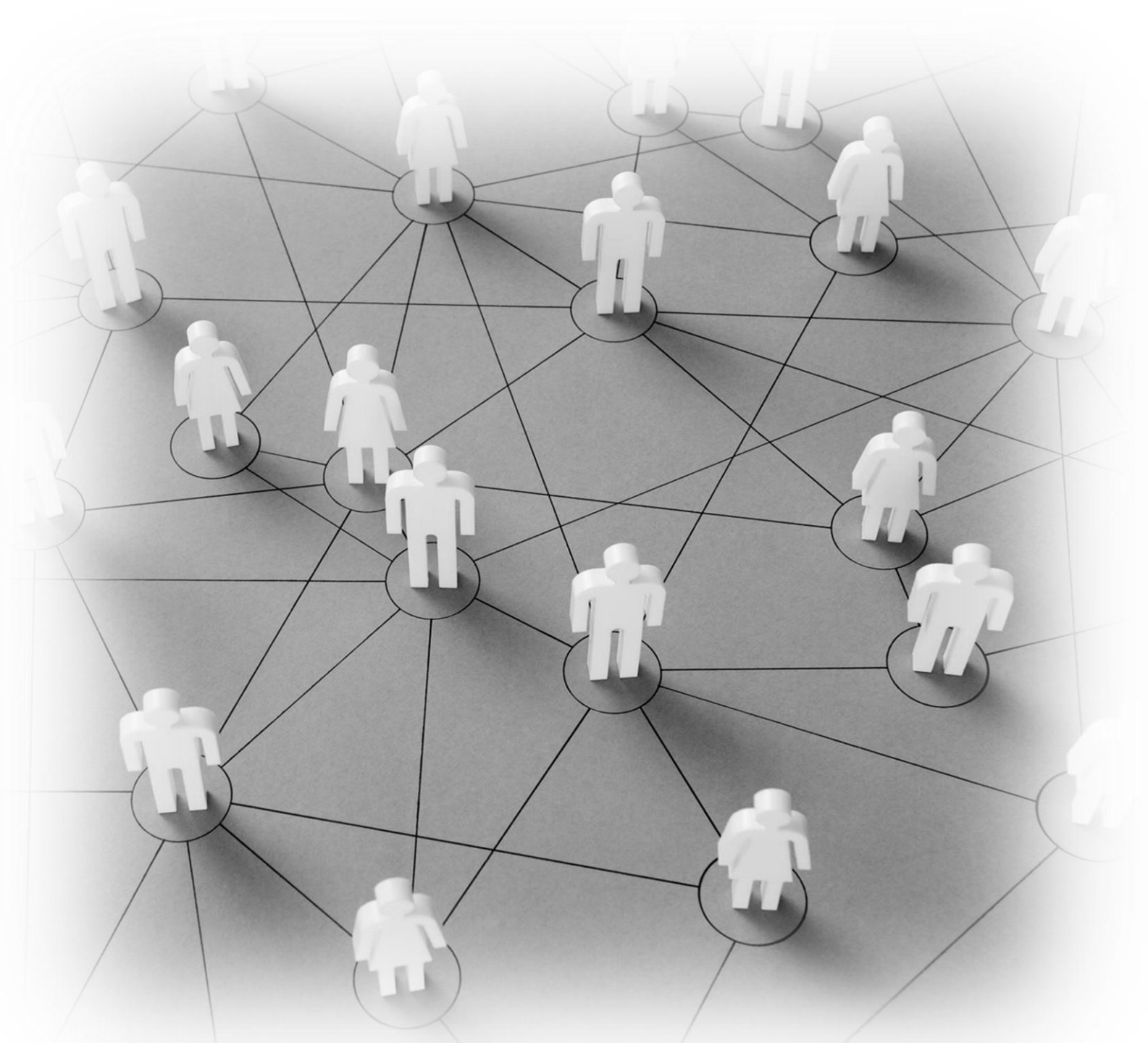
Een herkenbaar moment...

Waarom dit thema?



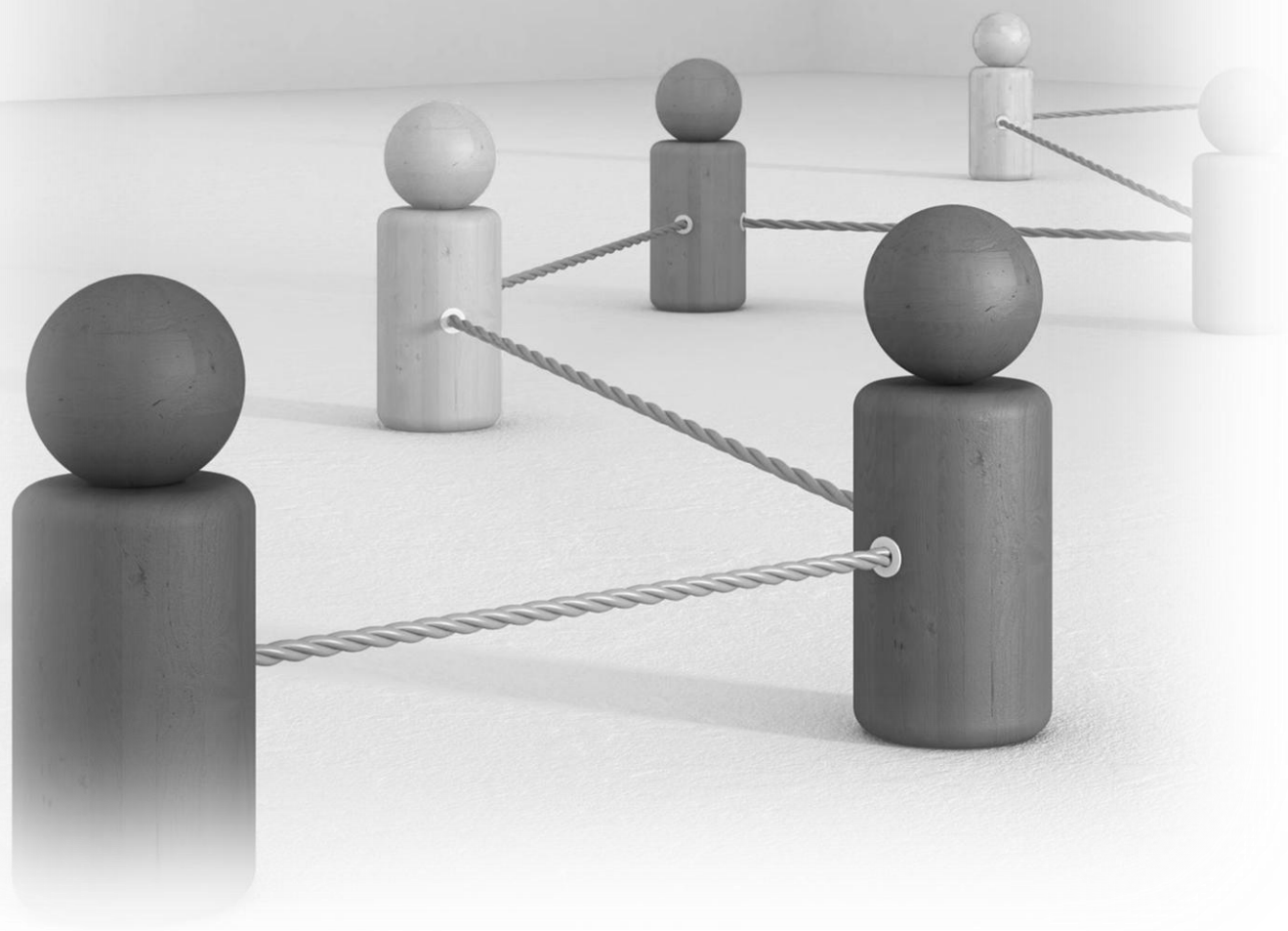


Belangrijk inzicht…



Wat werkt?

Van theorie naar praktijk



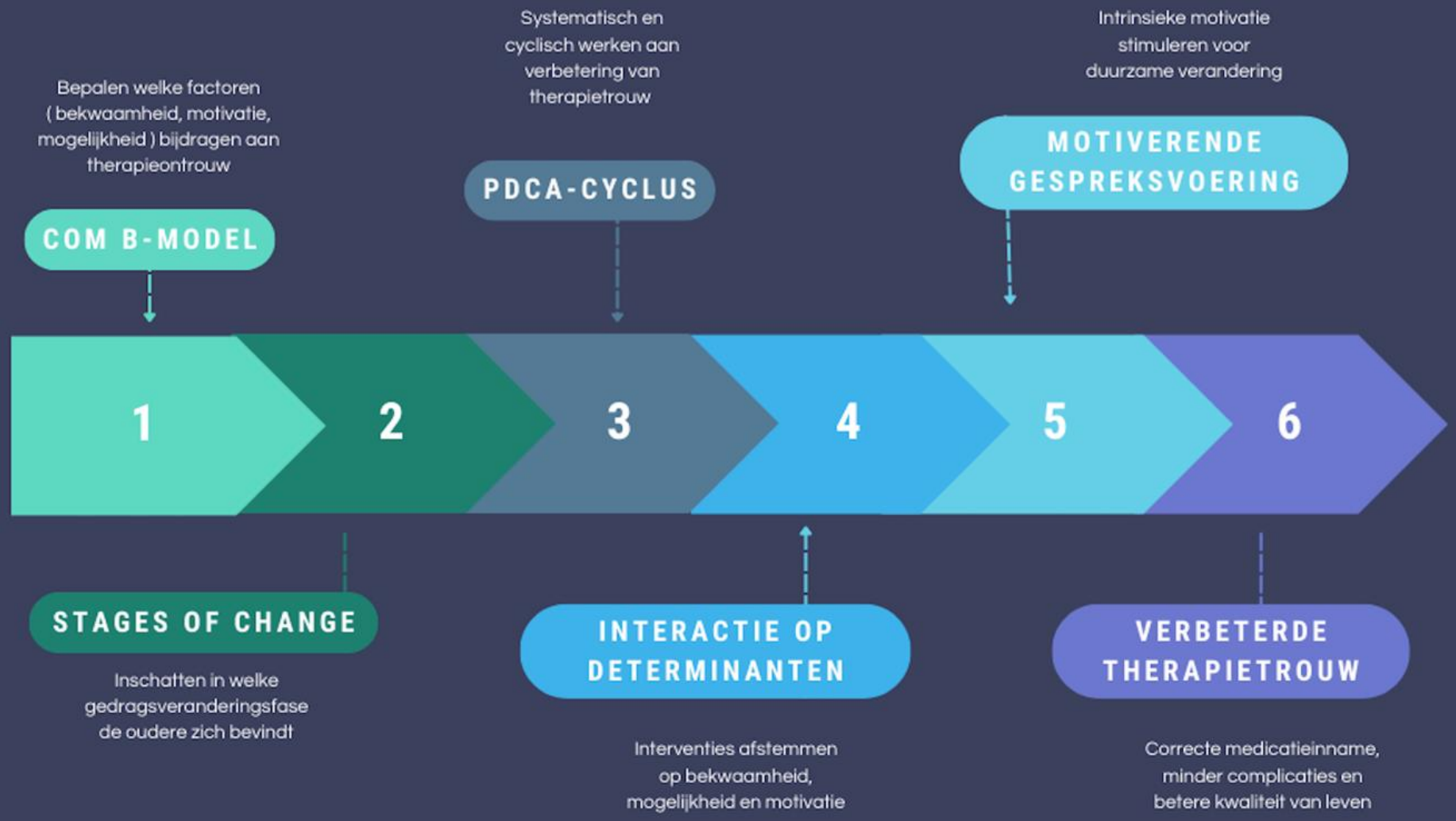
Onze prototypes





VAN INZICHT NAAR ACTIE

EEN PRAKTISCHE ROUTEKAART NAAR BETERE THERAPIETROUW



1:04

Patiënt selecteren

Vul de gegevens van de patiënt in om het dossier te openen.



Voornaam

Voer voornaam in

Familienaam

Voer familienaam in

Geboortedatum

DD / MM / JJJJ

Patiëntnummer (optioneel)

Voer patiëntnummer in

Vul minstens voornaam, familienaam en geboortedatum in om de patiënt te vinden.

Zoek patiënt

1:44

Dossier patiënt



Jan Peeters

12/05/1950

Leeftijd: 76 jaar

Patiëntnummer: 458721

Medicatieschema

Laatste update: 15/06/2026

Overzicht therapietrouw

Huidige therapietrouwscore

78%

Laatste beoordeling: 12/06/2026

Laatste screening

Signaal aanwezig

Determinant: Gebrek aan kennis

Interventie: Teach-back methode

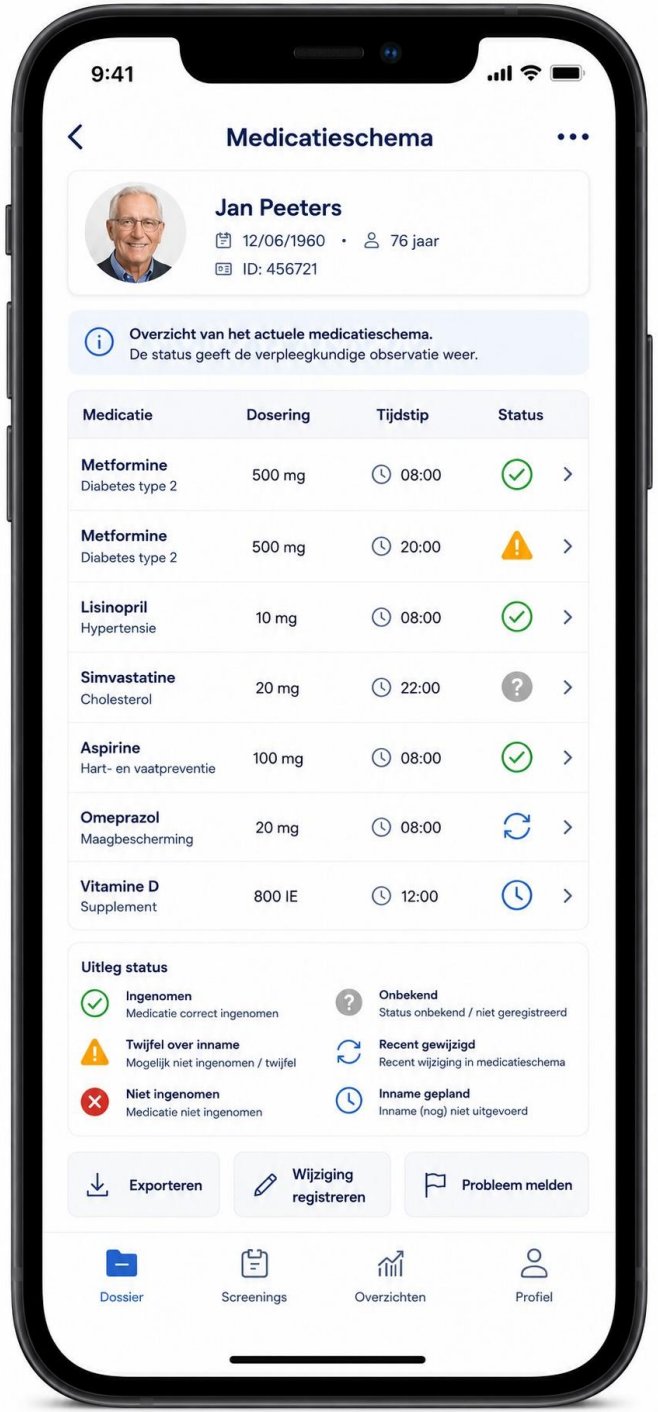
Datum: 12/06/2026

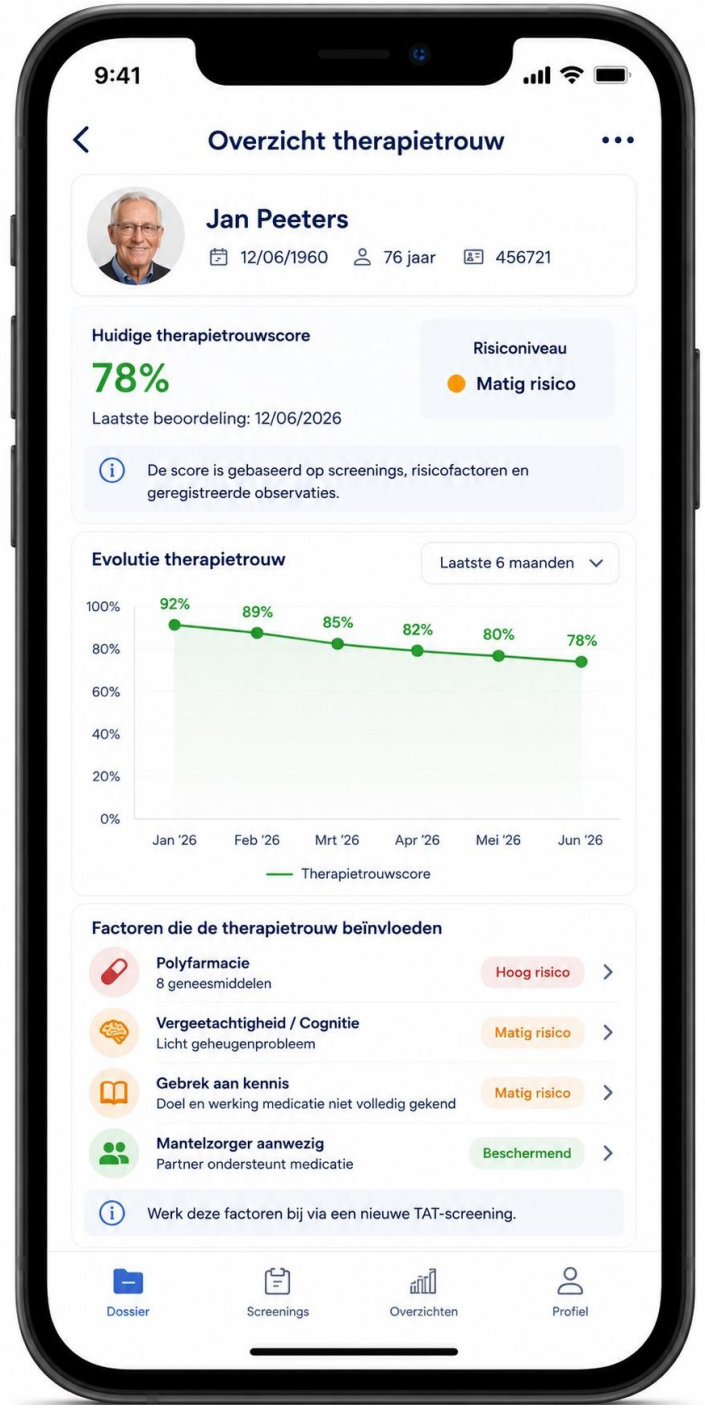
Risicofactoren

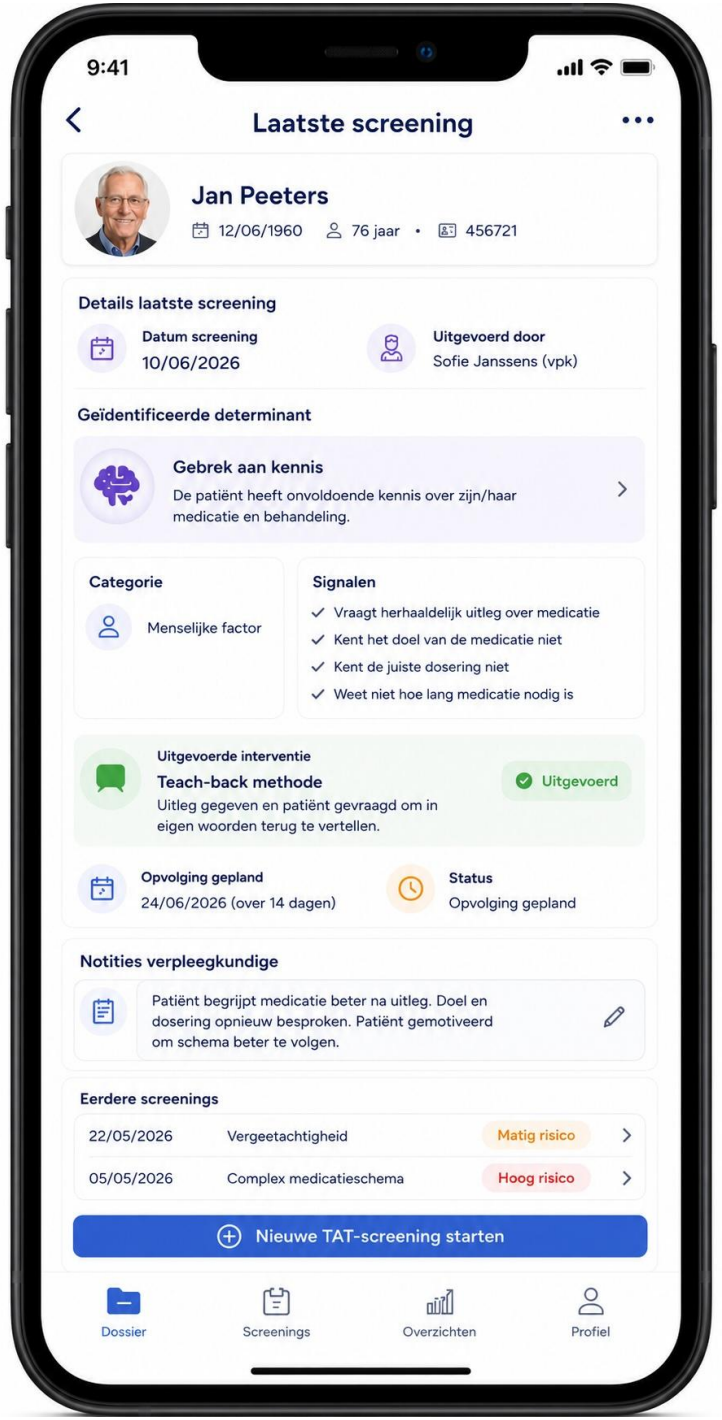
- Polyfarmacie
- Complex medicatieschema
- Verminderde gezondheidsvaardigheden

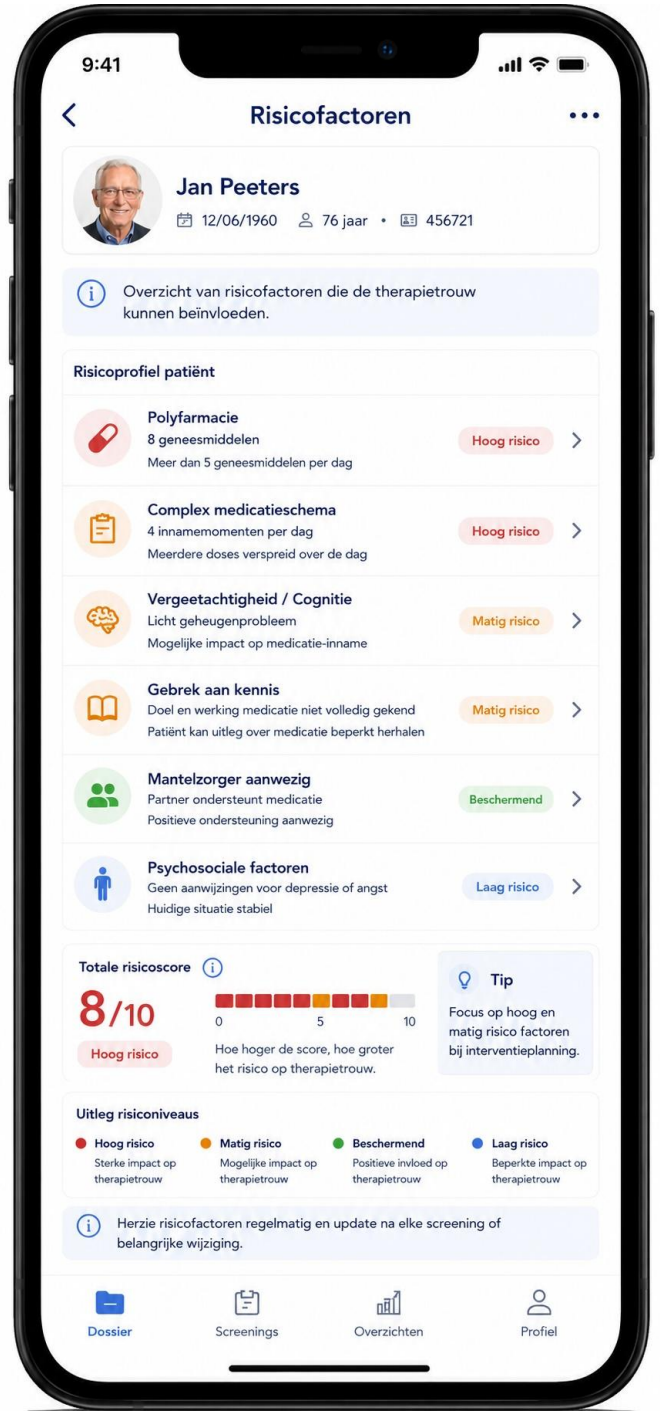
Nieuwe TAT-screening starten

Dossier | Screenings | Overzichten | Profiel

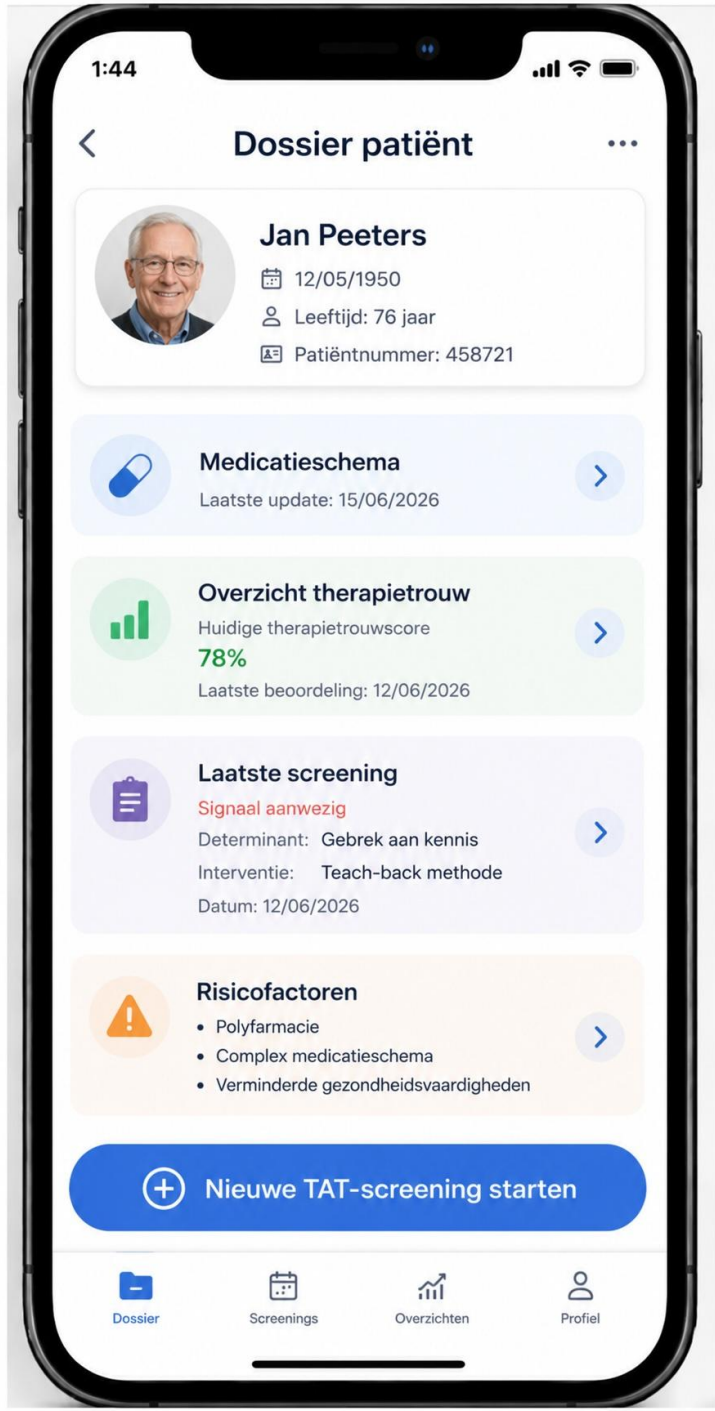

9:41
Medicatieschema
Jan Peeters
12/06/1960 • 76 jaar
ID: 456721
Overzicht van het actuele medicatieschema.
De status geeft de verpleegkundige observatie weer.
Medicatie
Dosering
Tijdstip
Status
Metformine
Diabetes type 2
500 mg
08:00
Metformine
Diabetes type 2
500 mg
20:00
Lisinopril
Hypertensie
10 mg
08:00
Simvastatine
Cholesterol
20 mg
22:00
Aspirine
Hart- en vaatpreventie
100 mg
08:00
Omeprazol
Maagbescherming
20 mg
08:00
Vitamine D
Supplement
800 IE
12:00
Uitleg status
Ingenomen
Medicatie correct ingenomen
Onbekend
Status onbekend / niet geregistreerd
Twijfel over inname
Mogelijk niet ingenomen / twijfel
Recent gewijzigd
Recent wijziging in medicatieschema
Niet ingenomen
Medicatie niet ingenomen
Inname gepland
Inname (nog) niet uitgevoerd
Exporteren
Wijziging registreren
Probleem melden
Dossier
Screenings
Overzichten
Profiel


9:41
Overzicht therapietrouw
Jan Peeters
12/06/1960
76 jaar
456721
Huidige therapietrouwscore
78%
Laatste beoordeling: 12/06/2026
Risiconiveau
Matig risico
De score is gebaseerd op screenings, risicofactoren en geregistreerde observaties.
Evolutie therapietrouw
Laatste 6 maanden
100%
80%
60%
40%
20%
0%
92%
89%
85%
82%
80%
78%
Jan '26
Feb '26
Mrt '26
Apr '26
Mei '26
Jun '26
Therapietrouwscore
Factoren die de therapietrouw beïnvloeden
Polyfarmacie
8 geneesmiddelen
Hoog risico
Vergeetachtigheid / Cognitie
Licht geheugenprobleem
Matig risico
Gebrek aan kennis
Doel en werking medicatie niet volledig gekend
Matig risico
Mantelzorger aanwezig
Partner ondersteunt medicatie
Beschermend
Werk deze factoren bij via een nieuwe TAT-screening.
Dossier
Screenings
Overzichten
Profiel

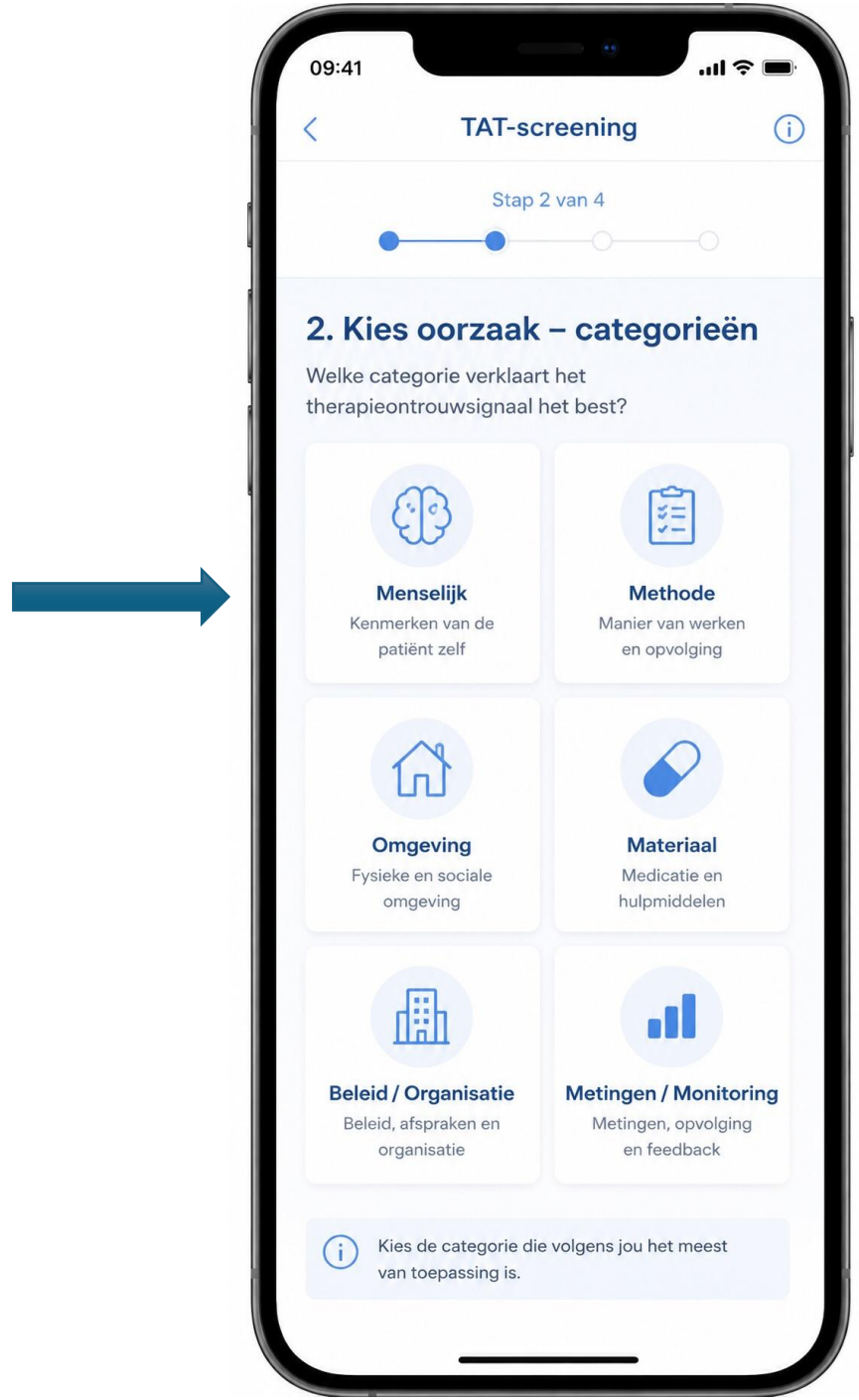

9:41
Laatste screening
Jan Peeters
12/06/1960
76 jaar
456721
Details laatste screening
Datum screening
10/06/2026
Uitgevoerd door
Sofie Janssens (vpk)
Geïdentificeerde determinant
Gebrek aan kennis
De patiënt heeft onvoldoende kennis over zijn/haar medicatie en behandeling.
Categorie
Menselijke factor
Signalen
Vraagt herhaaldelijk uitleg over medicatie
Kent het doel van de medicatie niet
Kent de juiste dosering niet
Weet niet hoe lang medicatie nodig is
Uitgevoerde interventie
Teach-back methode
Uitleg gegeven en patiënt gevraagd om in eigen woorden terug te vertellen.
Uitgevoerd
Opvolging gepland
24/06/2026 (over 14 dagen)
Status
Opvolging gepland
Notities verpleegkundige
Patiënt begrijpt medicatie beter na uitleg. Doel en dosering opnieuw besproken. Patiënt gemotiveerd om schema beter te volgen.
Eerdere screenings
22/05/2026 Vergeetachtigheid Matig risico
05/05/2026 Complex medicatieschema Hoog risico
Nieuwe TAT-screening starten
Dossier
Screenings
Overzichten
Profiel

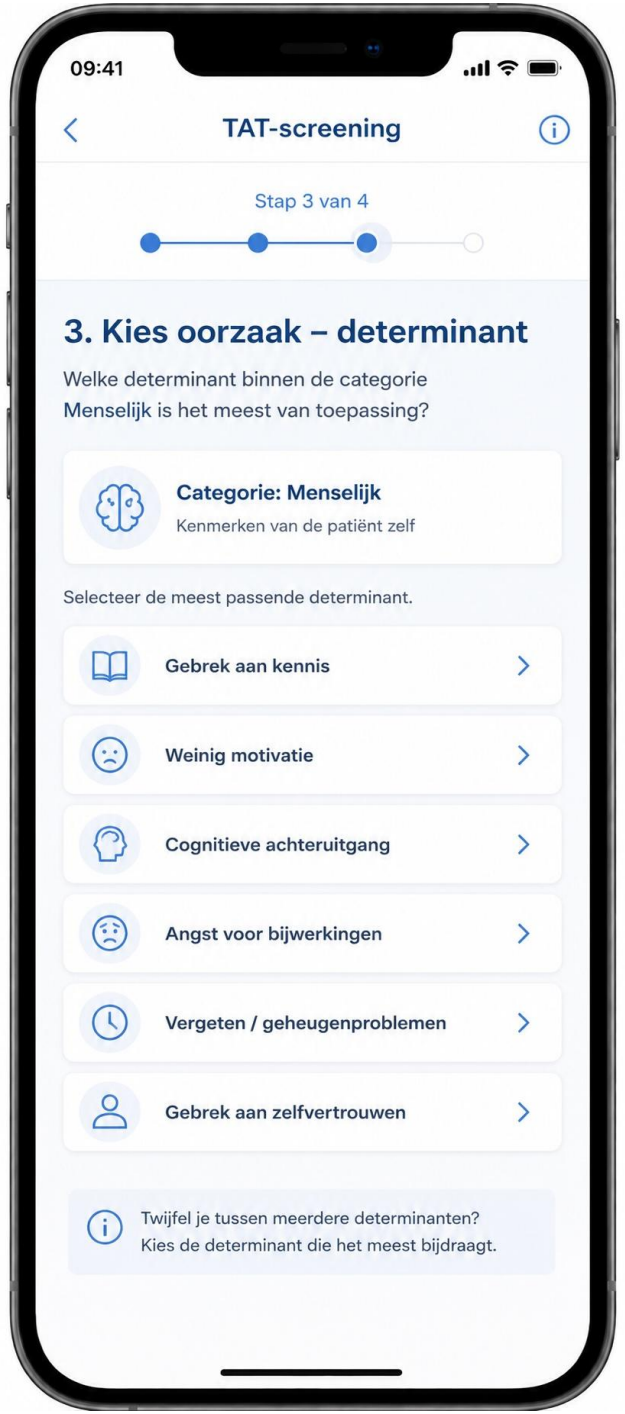

9:41
Risicofactoren
Jan Peeters
12/06/1960
76 jaar
456721
Overzicht van risicofactoren die de therapietrouw kunnen beïnvloeden.
Risicoprofiel patiënt
Polyfarmacie
8 geneesmiddelen
Meer dan 5 geneesmiddelen per dag
Hoog risico
Complex medicatieschema
4 innamemomenten per dag
Meerdere doses verspreid over de dag
Hoog risico
Vergeetachtigheid / Cognitie
Licht geheugenprobleem
Mogelijke impact op medicatie-inname
Matig risico
Gebrek aan kennis
Doel en werking medicatie niet volledig gekend
Patiënt kan uitleg over medicatie beperkt herhalen
Matig risico
Mantelzorger aanwezig
Partner ondersteunt medicatie
Positieve ondersteuning aanwezig
Beschermend
Psychosociale factoren
Geen aanwijzingen voor depressie of angst
Huidige situatie stabiel
Laag risico
Totale risicoscore
8/10
Hoog risico
0
5
10
Hoe hoger de score, hoe groter het risico op therapietrouw.
Tip
Focus op hoog en matig risico factoren bij interventieplanning.
Uitleg risiconiveaus
Hoog risico
Sterke impact op therapietrouw
Matig risico
Mogelijke impact op therapietrouw
Beschermend
Positieve invloed op therapietrouw
Laag risico
Beperkte impact op therapietrouw
Herzie risicofactoren regelmatig en update na elke screening of belangrijke wijziging.
Dossier
Screenings
Overzichten
Profiel

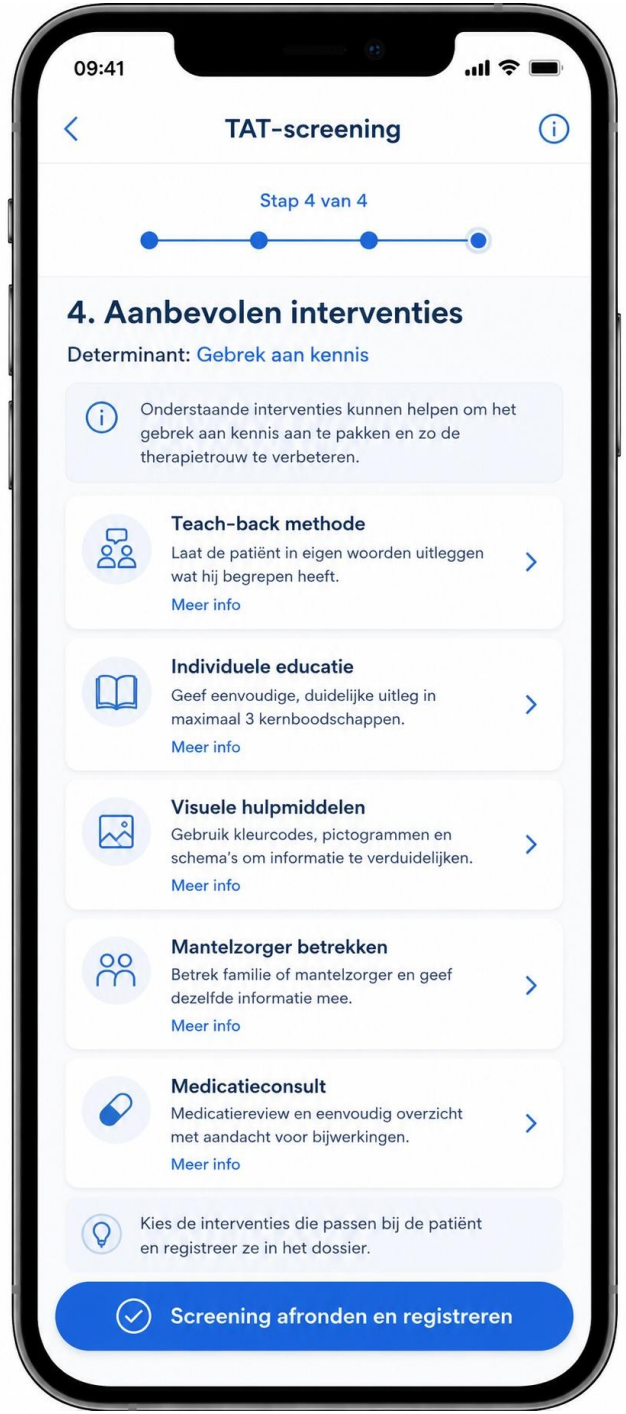
De TAT-screening




09:41
TAT-screening
Stap 1 van 4
1. Signalen – is er sprake van therapieontrouw?
Mogelijke signalen
Verandering in klinisch beeld zonder duidelijke verklaring
Onverklaarde (her)opnames of slechte controle
Verwarring of inconsistentie in medicatiegebruik
Geheugen- of aandachtklachten
Sociaal isolement / beperkte betrokkenheid
Bij twijfel mag de screening verdergezet worden.
Ja, signalen aanwezig
Nee, geen signalen (postief bekrachtigen)


09:41
TAT-screening
Stap 2 van 4
2. Kies oorzaak – categorieën
Welke categorie verklaart het therapieontrouwsignaal het best?
Menselijk
Kenmerken van de patiënt zelf
Methode
Manier van werken en opvolging
Omgeving
Fysieke en sociale omgeving
Materiaal
Medicatie en hulpmiddelen
Beleid / Organisatie
Beleid, afspraken en organisatie
Metingen / Monitoring
Metingen, opvolging en feedback
Kies de categorie die volgens jou het meest van toepassing is.


09:41
TAT-screening
Stap 3 van 4
3. Kies oorzaak – determinant
Welke determinant binnen de categorie Menselijk is het meest van toepassing?
Categorie: Menselijk
Kenmerken van de patiënt zelf
Selecteer de meest passende determinant.
Gebrek aan kennis
Weinig motivatie
Cognitieve achteruitgang
Angst voor bijwerkingen
Vergeten / geheugenproblemen
Gebrek aan zelfvertrouwen
Twijfel je tussen meerdere determinanten? Kies de determinant die het meest bijdraagt.


09:41
TAT-screening
Stap 4 van 4
4. Aanbevolen interventies
Determinant: Gebrek aan kennis
Onderstaande interventies kunnen helpen om het gebrek aan kennis aan te pakken en zo de therapietrouw te verbeteren.
Teach-back methode
Laat de patiënt in eigen woorden uitleggen wat hij begrepen heeft.
Meer info
Individuele educatie
Geef eenvoudige, duidelijke uitleg in maximaal 3 kernboodschappen.
Meer info
Visuele hulpmiddelen
Gebruik kleurcodes, pictogrammen en schema's om informatie te verduidelijken.
Meer info
Mantelzorger betrekken
Betrek familie of mantelzorger en geef dezelfde informatie mee.
Meer info
Medicatieconsult
Medicatiereview en eenvoudig overzicht met aandacht voor bijwerkingen.
Meer info
Kies de interventies die passen bij de patiënt en registreer ze in het dossier.
Screening afronden en registreren

09:41

Teach-back methode

Terug naar interventies

Teach-back methode

Een communicatietechniek waarbij de patiënt in eigen woorden uitlegt wat hij begrepen heeft.



Hoe pas je de teach-back methode toe?

1 Geef eenvoudige uitleg
Gebruik korte zinnen en max. 3 kernboodschappen.
"U neemt deze medicatie elke ochtend na het ontbijt."

2 Controleer het begrip
Vraag de patiënt om in eigen woorden uit te leggen.
"Kunt u mij vertellen hoe u deze medicatie gaat innemen?"

3 Corrigeer indien nodig
Geef aan waar het anders is.
"Bijna juist. Deze tablet neemt u best na het ontbijt."

4 Laat opnieuw uitleggen
Vraag opnieuw tot de informatie correct is begrepen.
"Kunt u nog eens vertellen wanneer u deze medicatie gaat nemen?"

Tips voor succes

- Gebruik eenvoudige taal
- Beperk informatie
- Gebruik visuele hulpmiddelen
- Vermijd medische vaktermen
- Wees geduldig en respectvol

Wanneer toepassen?

- Gebrek aan kennis
- Lage gezondheidsvaardigheden
- Nieuwe medicatie
- Complex medicatieschema
- Cognitieve problemen (mild)

Evidentie

Teach-back verbetert kennis, therapietrouw, zelfmanagement en patiëntveiligheid.

Lees meer

Terug naar interventies

Interventie registreren

09:41

TAT-screening

Stap 4 van 4

Screening succesvol opgeslagen

De screening en geselecteerde interventie werden geregistreerd in het dossier.

Overzicht screening

Patiënt	Jan Peeters
Categorie	Menselijk
Determinant	Gebrek aan kennis
Gekozen interventie	Teach-back methode
Datum screening	12 juni 2026 – 09:41

Vergeet niet om de gekozen interventies toe te passen en het effect op te volgen bij een volgend bezoek.

Terug naar dossier patiënt

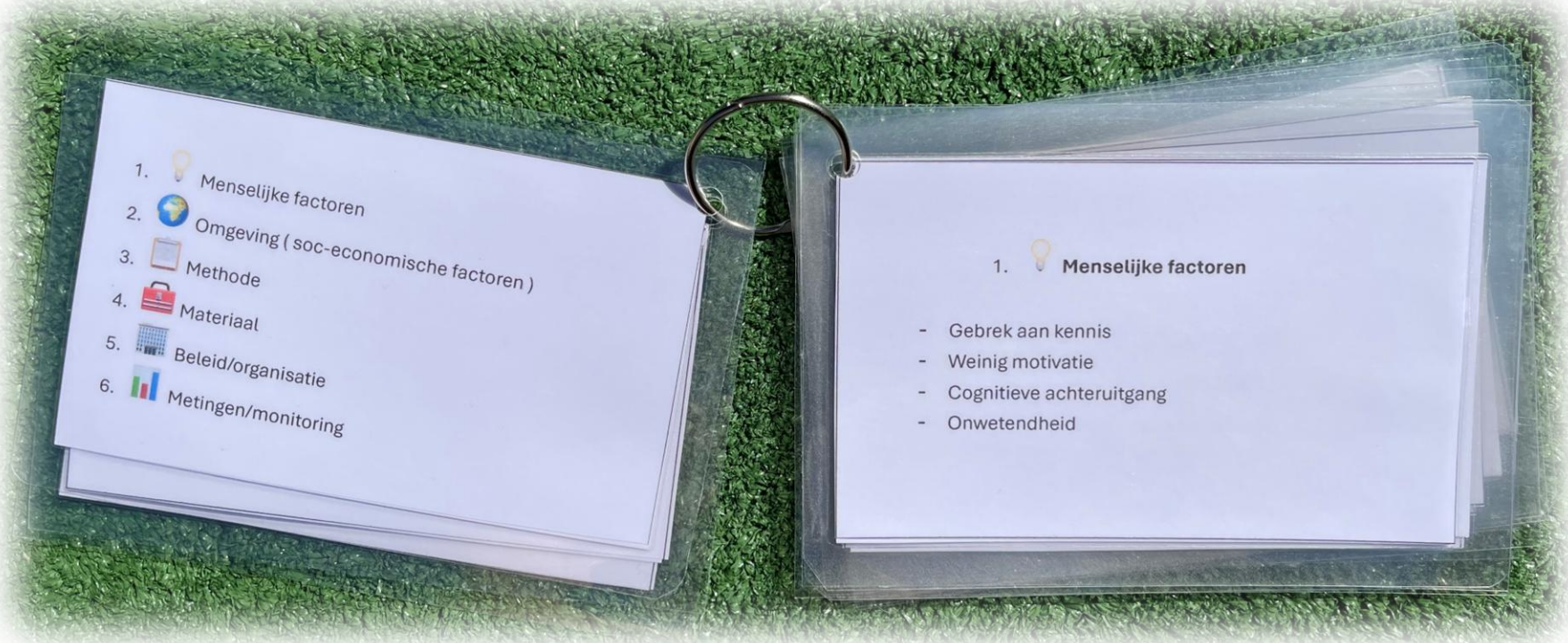
Nieuwe screening starten

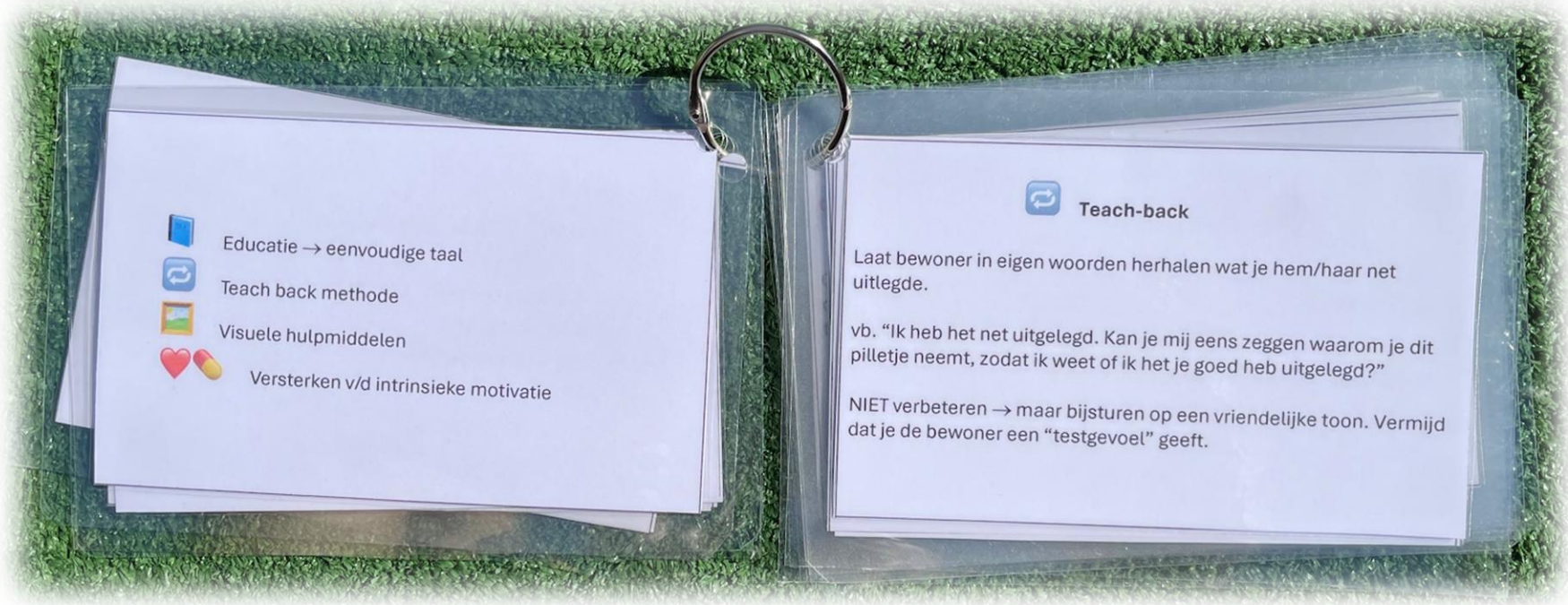


De steekkaarten


✓ **Nee**, positief bekrachtigen
✗ **Ja**, signalen aanwezig
✗ **Signalen** therapieontrouw


+ Verandering in klinisch beeld zonder verklaring
Onverklaarbare (her)opnames of slechte controle
Verwarring/inconsistentie in medicatiegebruik
Geheugen- of aandachtsklachten
Sociaal isolement/beperkte betrokkenheid
Oorzaken therapieontrouw


1. Menselijke factoren
2. Omgeving (soc-economische factoren)
3. Methode
4. Materiaal
5. Beleid/organisatie
6. Metingen/monitoring
1. Menselijke factoren
- Gebrek aan kennis
- Weinig motivatie
- Cognitieve achteruitgang
- Onwetendheid


Educatie → eenvoudige taal
Teach back methode
Visuele hulpmiddelen
Versterken v/d intrinsieke motivatie
Teach-back
Laat bewoner in eigen woorden herhalen wat je hem/haar net uitlegde.
vb. “Ik heb het net uitgelegd. Kan je mij eens zeggen waarom je dit pilletje neemt, zodat ik weet of ik het je goed heb uitgelegd?”
NIET verbeteren → maar bijsturen op een vriendelijke toon. Vermijd dat je de bewoner een “testgevoel” geeft.

Wat werkte?





Wat leerden we?



Uitdagingen?

Impact op de zorg



Onze boodschap…



Bedankt voor jullie aandacht

Update Hartfalen onderzoek in de eerste lijn

Miek Smeets

Recent onderzoek in Vlaanderen

- De weg naar de diagnose van hartfalen en huidige stand van zaken wat behandeling betreft in zes Vlaamse huisartspraktijken
- Uitkomsten en lessen uit de HeartsConnect studie
- Overleving van de patiënten in de OSCAR-HF pilootstudie: impact van geregistreerde diagnose op lange termijn uitkomsten
- Case-finding van patiënten met hartfalen via natural language processing in het EMD van de huisarts
- Implementatie van patiënten educatie in samenwerking met de VIHPs: praktijkverbeterend project

De weg naar de diagnose van hartfalen

- **Aanleiding:** NT-proBNP terugbetalingsdossier, weinig data over het aantal diagnoses hartfalen dat via de eerstelijn loopt.
- Internationaal onderzoek: De minderheid van de diagnoses wordt gesteld in de eerstelijn (32%)[1], rest via het ziekenhuis: HF HOS
- Gevolgen:
  - Hospital pathway was duurder, patiënten hadden een slechtere prognose
  - Aanbeveling: snellere diagnose in eerstelijn is cruciaal
- Bedenking in NTproBNP terugbetalingsdossier: als slechts 32% van de diagnoses via de eerstelijn loopt is de impact van de community pathway in de diagnose van HF beperkt?

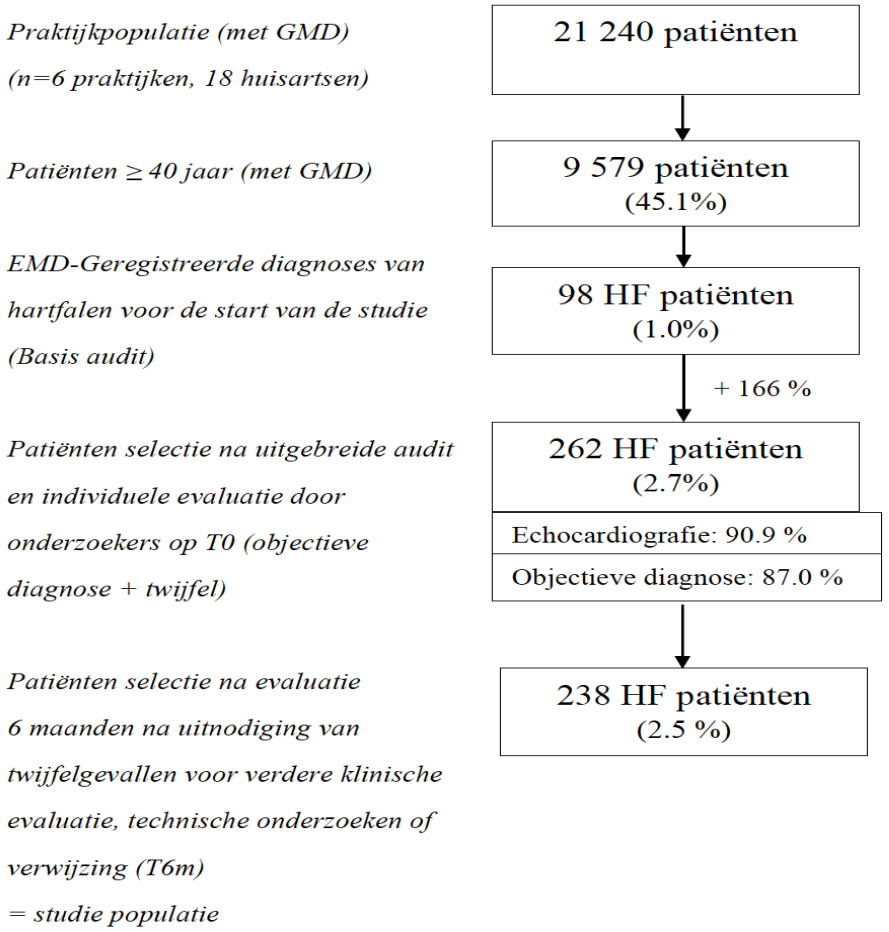
1) Bachtiger et al BMJ Health Care Inform 2023 – UK, 34.000 patiënten, 2015-2020

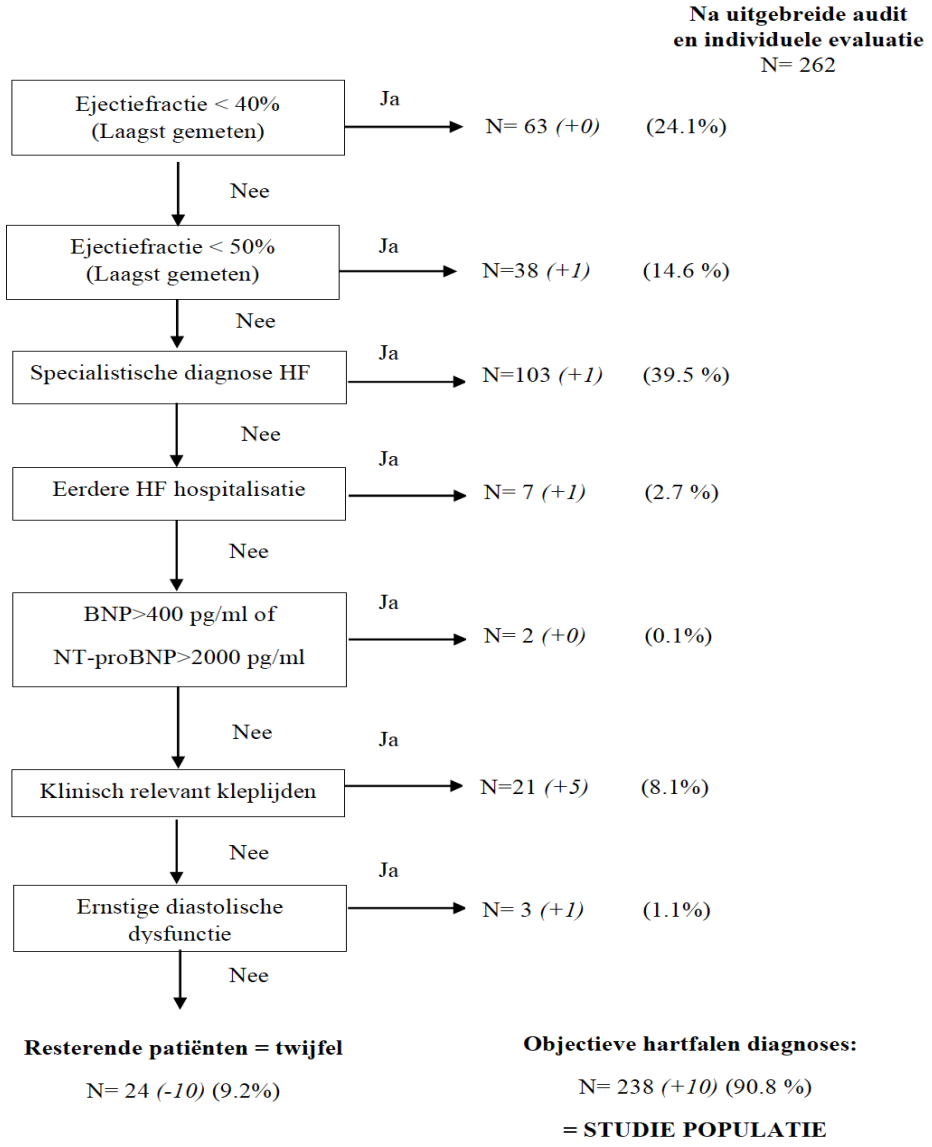
De weg naar de diagnose van hartfalen

- Hoe is dat in België?
  - Masterthesis: 2022 – 2024
  - 3 HAIO’s, 6 praktijken, 18 huisartsen
  - Identificatie populatie via uitgebreide audit
  - Retrospectieve review dossier:
    - Hoe werd diagnose gesteld?
    - Type HF
    - Behandeling

Studiepopulatie

Figuur 1. Flowchart identificatie studiepopulatie



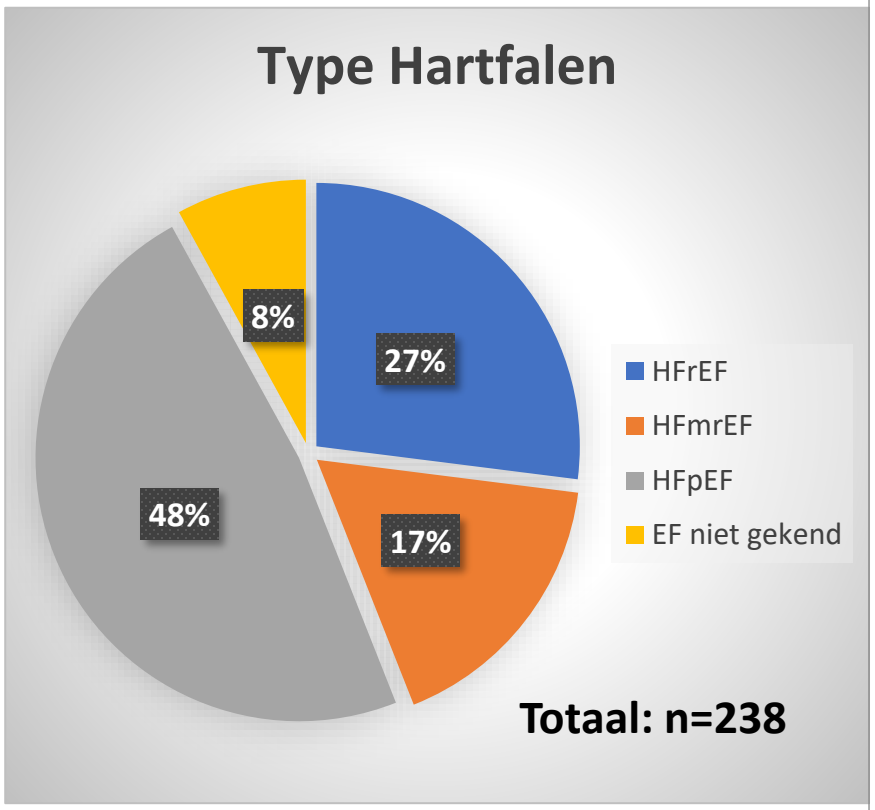

Na uitgebreide audit
en individuele evaluatie
N= 262
Ejectiefractie < 40%
(Laagst gemeten)
Ja
N= 63 (+0) (24.1%)
Nee
Ejectiefractie < 50%
(Laagst gemeten)
Ja
N=38 (+1) (14.6 %)
Nee
Specialistische diagnose HF
Ja
N=103 (+1) (39.5 %)
Nee
Eerdere HF hospitalisatie
Ja
N= 7 (+1) (2.7 %)
Nee
BNP>400 pg/ml of
NT-proBNP>2000 pg/ml
Ja
N= 2 (+0) (0.1%)
Nee
Klinisch relevant kleplijden
Ja
N=21 (+5) (8.1%)
Nee
Ernstige diastolische
dysfunctie
Ja
N= 3 (+1) (1.1%)
Nee
Resterende patiënten = twijfel
N= 24 (-10) (9.2%)
Objectieve hartfalen diagnoses:
N= 238 (+10) (90.8 %)
= STUDIE POPULATIE

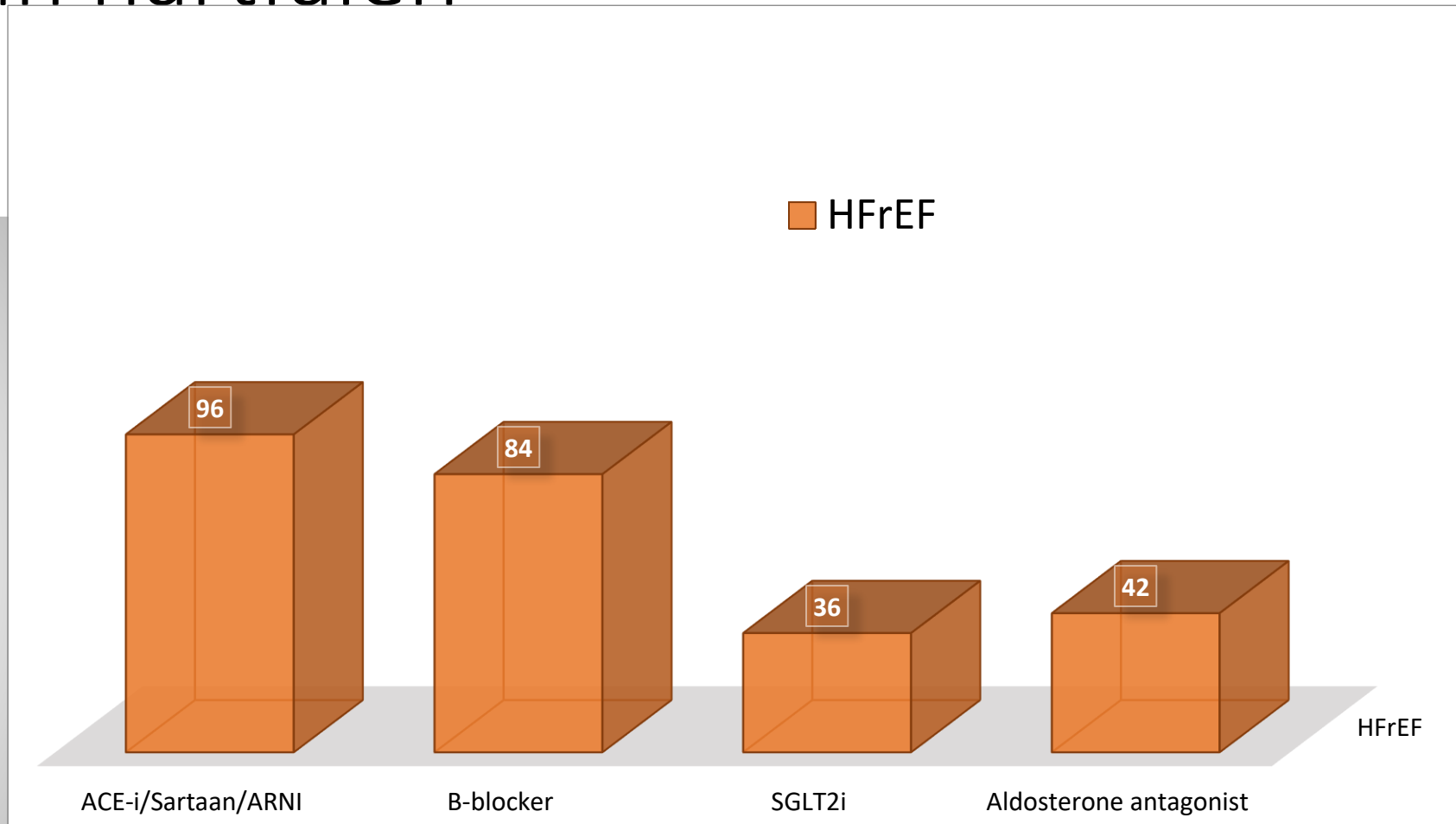
42% = via huisarts verwezen

Tabel 3. De weg naar diagnose

	Totaal	HFrEF	HFmrEF	HFpEF	niet classificeerbaar
Verwijzing cardioloog zonder NT-proBNP (n, %)	79 (33,2)	27 (42,2)	13 (31,7)	32 (27,8)	7 (39,9)
Verwijzing cardioloog met NT-proBNP (n, %)	22 (9,2)	4 (6,3)	3 (7,3)	13 (11,3)	2 (11,1)
Via spoedgevallen of tijdens hospitalisatie (n,%)	55 (23,1)	13 (20,3)	9 (22,0)	30 (26,1)	3 (16,7)
Tijdens ambulante controle cardiologie (n,%)	44 (18,5)	10 (15,6)	12 (29,3)	21 (18,3)	1 (5,6)
Andere (n, %)	28 (11,8)	9 (14,1)	3 (7,3)	14 (12,2)	2 (11,1)
Empirische diagnose (n, %)	10 (4,2)	1 (1,6)	1 (2,4)	5 (4,3)	3 (16,7)

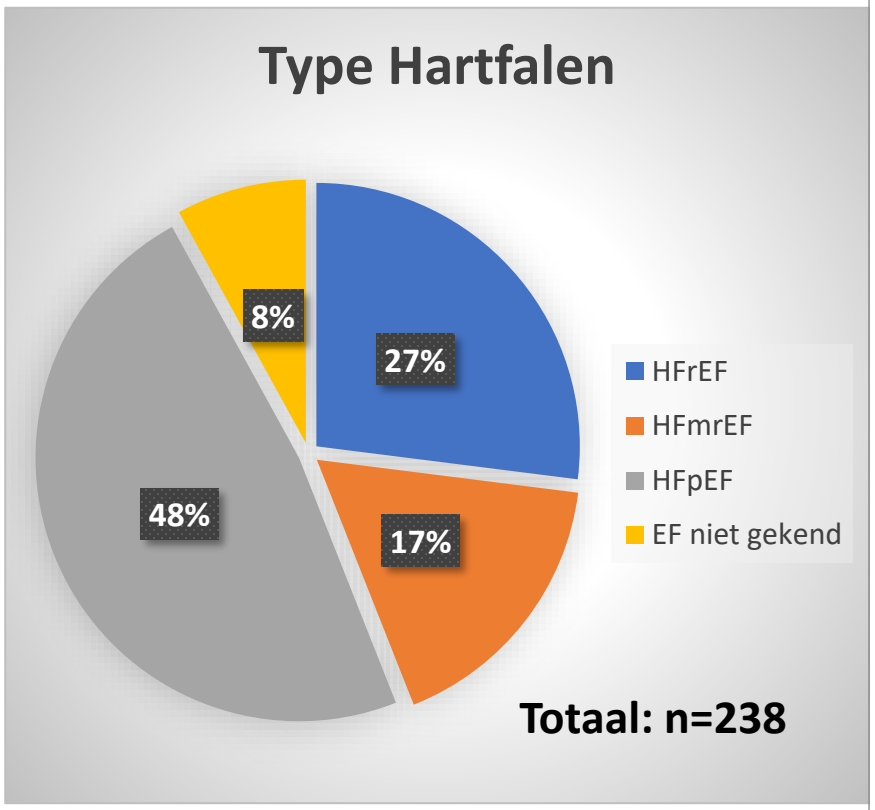
Behandeling van hartfalen

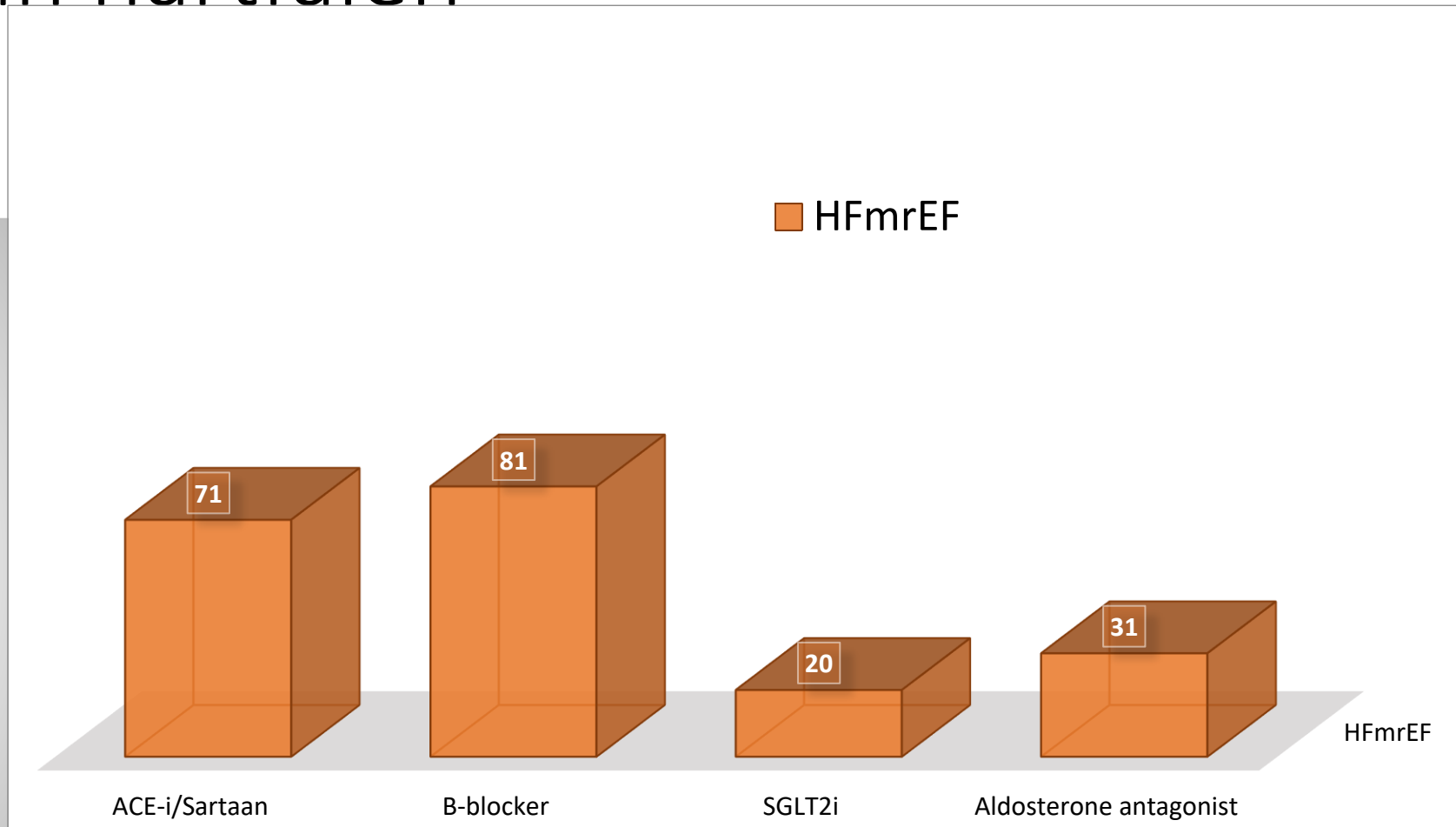




Data-collectie: jan 2023-jan 2025

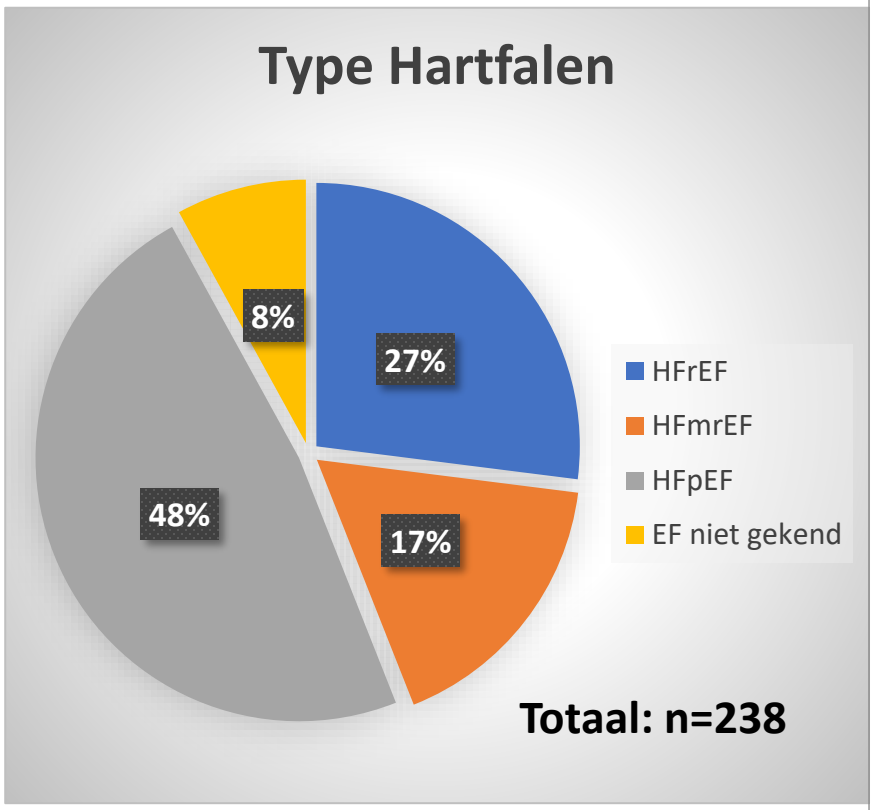
Behandeling van hartfalen

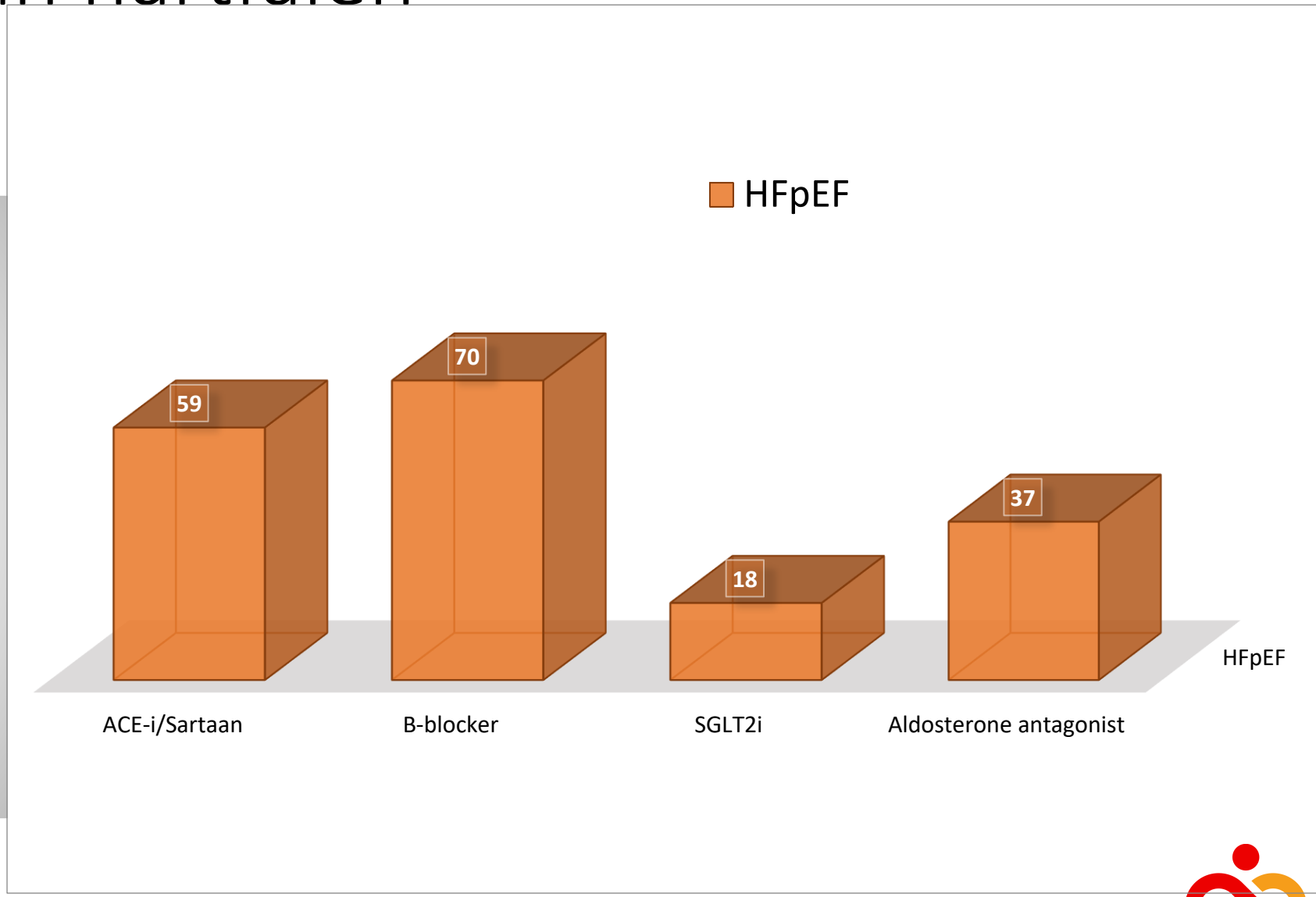




Data-collectie: jan 2023-jan 2025

Behandeling van hartfalen





Data-collectie: jan 2023-jan 2025

Conclusies

- In dit kleinschalige maar rigoreuze onderzoek doen we het (voorzichtig) beter wat diagnose via de eerstelijn betreft (42% vs 32%) en zeker beter als je alle ambulante diagnoses samen neemt.

- Nieuwe richtlijnen kwamen uit tijdens de looptijd van het onderzoek. In behandeling is er - zeker wat aldosterone antagonisten en SGLT2i betreft - nog veeel ruimte voor verbetering!

Uitkomsten en lessen uit de HeartsConnect studie

- **Aanleiding:**
  - Oorsprong van het Lerend Netwerk zijn 8 Vlaamse hartfalen projecten die bottom-up werden opgestart.
  - Eigen accenten, gemeenschappelijke basis (transmuraal, implementatie van ESC richtlijn)
  - Pilootprojecten, tijdelijke financiering, ondersteuning voor evaluatie ontbreekt vaak, stoppen uiteindelijk
- Doel:
  - Projecten binnen HeartsConnect evalueren

Uitkomsten en lessen uit de HeartsConnect studie

- **Methode:**
  - Vragenlijst aan projecten over de componenten van het project[2]
  - Scoring systeem om intensiteit in te schatten[3]
  - Data-collectie van HF HOS en rehospitalisaties via MZG data = automatisch gecollecteerde data

2) Krumholz HM et al: **A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group**. *Circulation* 2006, **114**(13):1432-1445.

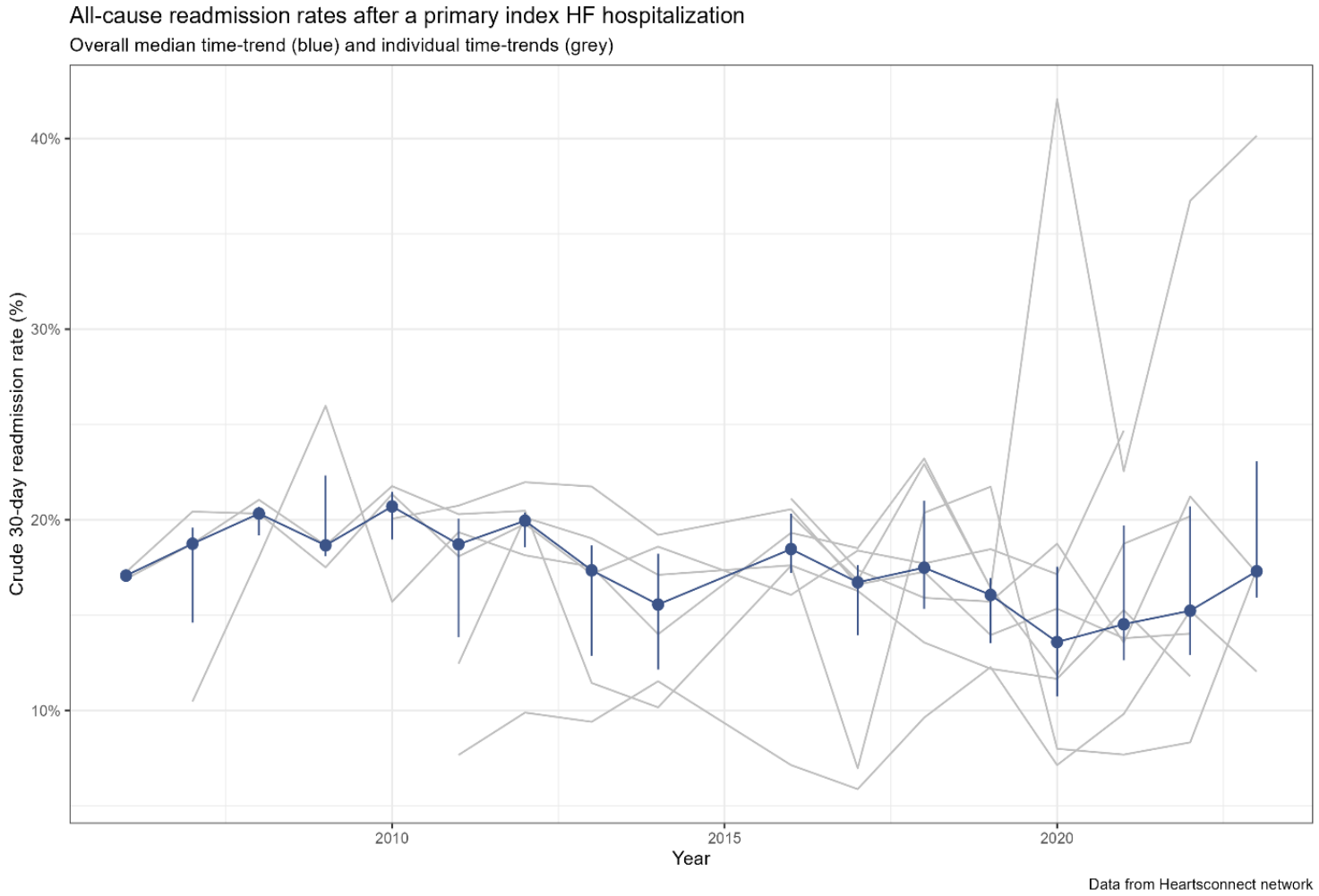
3) Riegel B, et al: **Developing an instrument to measure heart failure disease management program intensity and complexity**. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010, **3**(3):324-330.

Uitkomsten en lessen uit de HeartsConnect studie

Table 1: Evaluating the intervention content of the multidisciplinary HF projects included in the Learning Network [7]

Project	Recipient	Education	Medication	Peer support	Remote Monitoring	Personnel	Communication	Duration	Complexity	Environment	Total
Integreo project "De Brug" 01-01-2018 until 31-12-2024	2	4	2	0	1	4	4	4	3	4	28
Transmural HF Pathway South & Mid West-Flanders 05-05-2017 until now	3	1	2	0	0	3	3	4	–	4	18
HF Project South East Flanders 25-05-2020 until 18-12-2021	4	3	1	0	1	2	3	3	2	4	23
Transmural HF Pathway Antwerp 01-10-2019 until 10-12-2020	2	4	3	0	1	2	2	4	2	4	24
Integreo project Zorgzaam Leuven 04-11-2019 until 31-12-2022	3	4	2	0	0	2	3	4	1	4	23
HarTen Aas (Turnhout/Herentals) 01-02-2018 until 31-12-2020	4	3	2	0	2	4	4	4	3	4	30
Transmural HF Pathway North Limburg Not started yet	4	4	3	0	0	2	4	4	3	1	25
Transmural HF Pathway Mid-East Limburg 20-05-2009 until now	4	4	2	0	0	4	3	4	3	4	28

Uitkomsten en lessen uit de HeartsConnect studie



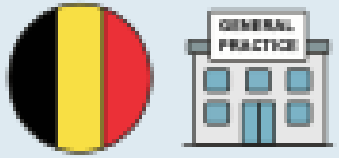
Under submission als ‘viewpoint artikel’

Impact of diagnostic coding and long-term outcomes of patients with HF diagnosed in primary care: OSCAR-HF follow-up studie

- **Aanleiding:** Met de uitgebreide diagnostische audit van de OSCAR-HF pilootstudie slaagden we erin om tot een correctere en grotere HF populatie te komen in de HA praktijk. Maar was dat nuttig? Is er een verschil in lange termijn uitkomsten tussen de groep die een geregistreerde diagnose had baseline en de groep die geïdentificeerd werd door de audit?

OSCAR-HF Long-term follow up of a primary care HF cohort

STUDY DESIGN & POPULATION



N = 538

Heart Failure (HF) Patients

Identified by EHR audit

8 Belgian practices

2017

Median follow-up

7.4 years

Mean age

79

COMPARISON BY PRE-AUDIT REGISTRATION STATUS

REGISTERED HF (n=177)

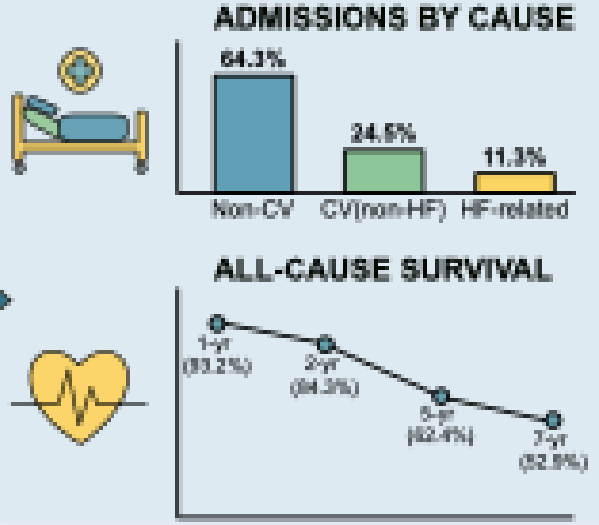
- **CHARACTERISTICS:**
  Objectified HF (85%)
  History of HF admission (35%)
  Atrial Fibrillation (57%)
- **MEDICATIONS:**
  MRA (40%)
  Loop diuretics (55%)
- **FOLLOW-UP:**
  HF admission during follow-up (23%)

UNREGISTERED HF (n=361)

- **CHARACTERISTICS:**
  Objectified HF (58%)
  History of HF admission (21%)
  Atrial Fibrillation (47%)
- **MEDICATIONS:**
  MRA (22%)
  Loop diuretics (31%)
- **FOLLOW-UP:**
  HF admission during follow-up (13%)

HF SUBTYPE DISTRIBUTION:
Unregistered patients had more HFpEF (61% vs 49%, p<0.001); 49% of all HFrEF were unregistered.

LONG-TERM OUTCOMES & CLINICAL IMPLICATIONS



TAKE-HOME MESSAGES

1. HF admissions are infrequent. Most hospitalizations are non-cardiovascular.
2. Almost half of all patients with HFrEF did not have a registered diagnosis before the EHR audit.
3. Accurate case-finding and coding for both HFrEF and HFpEF should remain a priority in primary care.

Case-finding van patiënten met hartfalen via natural language processing in het EMD van de huisarts

- **Aanleiding:** Hartfalen patiënten correct identificeren en registreren is een belangrijke uitdaging in de huisartspraktijk. Via de uitgebreide OSCAR audit hebben we een methode maar die heeft ook verschillende beperkingen:
  - Houdt alleen rekening met gestructureerde data – niet met vrije tekst data in specialistische brieven
  - Symptomen en klinische tekens waren vaak niet geregistreerd. HF is een klinische diagnose, bevestiging van de diagnose was altijd afhankelijk van het oordeel van de huisarts
  - Tijdsintensief proces – drempel voor toepassing in de praktijk
  - Diagnostische flowchart die ontwikkeld werd om diagnose op een gestandardiseerde manier te objectiveren, was niet voldoend gericht op HFpEF

Case-finding van patiënten met hartfalen via natural language processing in het EMD van de huisarts

- **Onderzoeksvragen:**
  1) Kunnen we door de H2FPEF score mee te nemen, case-finding van HFpEF verbeteren?
  2) Vergelijking van ‘traditionele’ audit methode met NLP methode
- **Methode:**

2 huisartspraktijken, 2 onderzoekers, in elke HA praktijk: uitgebreide audit doorlopen + toetsing cases aan OSCAR flowchart + H2FPEF score.

Data van de 2 huisartspraktijken via co-medic - NLP: zoektermen: OSCAR flowchart + H2FPEF score.

Beoordeling selectie van discordante casussen door expert panel.

Case-finding van patiënten met hartfalen via natural language processing in het EMD van de huisarts

- **Resultaten:**
  - Algemeen: grote overeenkomst tussen manuele methode en NLP methode
  - NLP weerhield 15 extra casussen als OSCAR flowchart +, 11 werden bevestigd door expert panel
  - NLP weerhield 19 extra casussen obv de H2FPEF score, 5 werden bevestigd door expert panel als HFpEF – H2FPEF score: hoge waarschijnlijkheid op HFpEF, niet zeker (vaak missing data in dossier).
  - Buiten de audit populatie: 36 extra cases gedetecteerd, slechts 7 weerhouden door expert panel – krachtiger wanneer NLP naast OSCAR flowchart én H2FPEF score ook zoekt op symptomen.
  - Tijd: manueel: 20,6 u – Computer - NLP: 23u

Case-finding van patiënten met hartfalen via natural language processing in het EMD van de huisarts

- **Conclusie:**
  - NLP deed het zeker even goed + een beetje beter + zonder de grote menselijke tijdsinvestering
  - NLP gebruiken om via de OSCAR flowchart in combinatie met symptomen en klinische tekens HF patiënten te detecteren in het EMD van de huisarts = perfect haalbaar
  - NLP gebruiken om patiënten te identificeren met een hoge H2FPEF score en dus een hoog risico op HFpEF werkt ook maar deze patiënten hebben nog niet noodzakelijk een zekere HFpEF diagnose. Combinatie met symptomen en klinische tekens verhoogd de kans op HFpEF.

Implementatie van patiënten educatie in samenwerking met de VIHPs: praktijkverbeterend project

- **Aanleiding:** WOREL richtlijn beveelt patiënten educatie bij hartfalen aan. Dit is nog niet gangbaar in de HA praktijk. Ideale taak om samen met de VIHPs op te nemen.
- **Methode:** 2 HAIO's van praktijk Korte Klaren in Antwerpen (medisch huis), VIHPs hadden navorming hartfalen gevolgd.

Eerst case-finding via uitgebreide audit, dan patiënten selectie door huisartsen voor project (n=11).

Interventie: patiënten werden opgebeld, uitgenodigd voor consult bij VIHP. Drie educatieve consulten in totaal.

Uitkomst: Kwaliteit van leven gemeten met MLWHF-Q en self-efficacy via EHFScB-9

Implementatie van patiënten educatie in samenwerking met de VIHPs: praktijkverbeterend project

- **Resultaten**
  - Duidelijke verbetering in QoL en self-efficacy bij patiënten (cave kleine steekproef)
  - VIHP ervaarden de interventie als haalbaar maar wel tijdintensief
  - Patiënten ervaarden de interventie als duidelijk, ondersteunend en persoonlijk. Hun betrokkenheid en vertrouwen in zelfzorg groeide.

Lopend onderzoek

- **Aanleiding:**

Uit een eerder masterthesis project bleek dat WZC aangaven dat een heel groot aandeel van hun populatie lisdiuretica krijgt, chronisch en dat het vaak niet geweten is of deze patiënten hartfalen hebben.

- **Methode:**

4 studenten, 4 WZC, +/- 100 patiënten.

Review dossier, HF diagnose ?, lisdiuretica? Andere behandeling?

= Audit

Feedback aan behandelende huisarts: heeft deze patiënt hartfalen? Indien onduidelijk: bepaal NTproBNP of verwijs. Indien HF diagnose: overweeg SGLT2i ipv lisdiuretica.

- **Resultaten: mei 2027**

Vragen

