



Dit is een overzicht van de belangrijkste aanbevelingen uit de KNGF/VvOCM-richtlijn Hartrevalidatie (KNGF, 2023). De volledige richtlijn vindt u op het [KNGF kennisplatform](#).

• Diagnostisch proces

Persoonsgerichte zorg	<p>Zet persoonsgerichte zorg in binnen het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen om het opstarten, voltooien en volhouden te bevorderen.</p> <p>Neem hierbij het volgende in overweging:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indicatiestelling (inclusief een intakegesprek, de screening, het vaststellen van doelen voor de hartrevalidatie) en de formulering van het fysio- of oefentherapeutisch behandelplan worden vastgesteld en gestart in de context van een multidisciplinair hartrevalidatieteam in een hartrevalidatiecentrum/ziekenhuis in de tweede of derde lijn.• Bij het opstellen van het behandelplan wordt uitgegaan van:<ul style="list-style-type: none">- de zorgvraag, individuele kenmerken, mogelijkheden, wensen, behoeften, leerstrategie en context van de patiënt;- de (relatieve) contra-indicaties en de comorbiditeit van de patiënt;- de complexiteit van het ziektebeeld;- de hartrevalidatiedoelen die door het multidisciplinaire revalidatieteam samen met de patiënt zijn gekozen;• Indicatiestelling en formulering van het behandelplan vinden plaats op verwijzing en onder de eindverantwoordelijkheid van de cardioloog.• Gedurende het gehele hartrevalidatieprogramma beoordeelt de therapeut met de patiënt of het ingezette beweegprogramma nog voldoende op de patiënt is afgestemd. Overleg met het multidisciplinair hartrevalidatieteam of aanpassing van het hartrevalidatieprogramma noodzakelijk is.
	<p>Betrek de patiënt met coronairlijden of chronisch hartfalen actief bij de besluitvorming rond hun diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg om samen de best passende behandeling te kiezen tijdens het beweegprogramma van de fase II-hartrevalidatie en overweeg daarbij het i3s-model te gebruiken.</p>
Patiënten met een lage sociaal-economische status (SES) en/of beperkte gezondheidsvaardigheden	<p>Pas bij alle patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen, maar in het bijzonder bij patiënten met een lage sociaal-economische status (SES) en/of beperkte gezondheidsvaardigheden, onderstaande adviezen toe om de therapietrouw en voltooiing van het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie te bevorderen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Communiceer begrijpelijk;• Ondersteun het geloof in eigen kunnen;• Vraag naar praktische, sociaal en/of-economische barrières;• Probeer een indruk te krijgen van iemands gezondheids-, taal- en digitale vaardigheden;• Wees je bewust van de eigen therapeutische attitude;• Overleg met het hele hartrevalidatieteam.
Meetinstrumenten	<p>Neem de Patiënt Specifieke 'Goal-setting' methode (PSG) af bij alle patiënten voor het diagnosticeren, monitoren en evalueren van de therapeutische behandeling, tenzij er een patiëntspecifieke aanleiding is om dit niet te doen.</p>

• Therapeutisch proces

<p>Volhouden en voltooiën van de hartrevalidatie</p>	<p>Stem het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen op de patiënt af. Neem hierbij de essentiële onderdelen, genoemd in bij 'Persoonsgerichte zorg' in overweging. Overweeg hierbij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om vroegtijdig (na ontslag of verwijzing/aanmelding) contact op te nemen met de patiënt om de behoeftes, overtuigingen en verwachtingen van de patiënt (wat betreft ondersteuning en informatie) te inventariseren; • de belemmerende factoren vroegtijdig in kaart te brengen. • het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie op verschillende tijdstippen aan te bieden; • verschillende oefenvormen en types (aansluitend bij de dagelijkse activiteiten van de patiënt) in het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie aan te bieden; • een hybride vorm van het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie aan te bieden, zoals: <ul style="list-style-type: none"> - telerevalidatie; - het beweegprogramma in de eerste lijn; - in de thuissituatie zonder supervisie/begeleiding tijdens het bewegen ('home-based' hartrevalidatie). 	
<p>FITT Factoren</p>	<p>Stem de frequentie, intensiteit, type en tijdsduur (FITT-factoren) van de training bij een patiënt met chronisch hartfalen (zowel met een verminderde ejectiefractie (HF_rEF) of behouden ejectiefractie (HF_pEF)) die tot doel heeft om het inspanningsvermogen te optimaliseren, af op het individu. Neem hierbij de essentiële onderdelen, genoemd in 'Persoonsgerichte zorg' in overweging. Overweeg hierbij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • met name aerobe training (continue training en intervaltraining) in te zetten ter optimalisatie van het inspanningsvermogen; • 'high intensity interval training' (HIIT) in te zetten in plaats van continue training; • met name het totale energieverbruik van deze aerobe training (product van sessiefrequentie, sessieduur, trainingintensiteit en programmaduur) te verhogen ter optimalisatie van het inspanningsvermogen, rekening houdend met het feit dat alle trainingsvariabelen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn; • aerobe training te combineren met andere trainingvormen en dan met name: <ul style="list-style-type: none"> - krachttraining in te zetten bij patiënten die door beperkte perifere spierkracht de aerobe training niet kunnen volhouden; - 'inspiratory muscle training' (IMT) in te zetten bij patiënten met verminderde inspiratoire ademhalingspijnsdruk (Pi-max ≤ 70% van voorspeld) of een ventilatoire beperking als aanvulling op aerobe training; • de FITT-factoren toe te passen bij patiënten met HF_rEF of HF_pEF conform de richtwaarden in de volgende tabel.: 	
<p>FITT-factoren voor het optimaliseren van het inspanningsvermogen bij patiënten met chronisch hartfalen met HF_rEF of HF_pEF</p>		
<p>Trainingsmodaliteit</p>	<p>Omvang en frequentie</p>	<p>Intensiteit en duur</p>
<p>aerobe training (CT, HIIT of LIT)</p>	<p>0-12 weken: CT, HIIT of LIT: 3-5x/week</p>	<p>CT: 50-80% VO₂-piek/HRR, 20-60 min HIIT: 80-90% VO₂-piek/HRR, actief herstel 40-60% of VO₂-piek/HRR, interval 4x4 min, actief herstel 3x3 min LIT: 50% wattage, 10-12 interval 30 sec, herstel 60 sec</p>
<p>krachttraining (KT)</p>	<p>0-12 weken: KT: 2-3x/week</p>	<p>KT: 30-80% 1RM, 8-10 oefeningen van grote spiergroepen, 2-3 sets of 10-15 herhalingen, 1-2 min rust (starten na 6-8* weken)</p>
<p>'inspiratory muscle training' (IMT)</p>	<p>0-12 weken: IMT: 3-4x/week</p>	<p>IMT: 20-40% of Pi-max, 2x15 min/dag</p>
<p>CT = continue training; HIIT = hoogintensieve intervaltraining, LIT = laagintensieve (interval)training; HRR = 'heart rate reserve'; min = minuut; Pi-max; MIP = maximale inspiratoire monddruk; RM = repetition maximum; VO₂-piek = piekzuurstofopname * in overleg met cardioloog kan eerder gestart worden met training (Ennis 2022)</p>		





Het bewegprogramma in de eerste lijn

Overweeg bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen een bewegprogramma in een eerstelijns praktijk binnen het fase II-hartrevalidatieprogramma in te zetten, om het volhouden en voltooien van het hartrevalidatieprogramma te bevorderen, maar:

- neem hierbij de essentiële onderdelen, genoemd in 'Persoonsgerichte zorg' in overweging, en;
- overweeg dit alleen als er wordt voldaan aan de voorwaarden die gesteld zijn op het gebied van kwaliteit, veiligheid, en faciliteiten zoals hierna zijn geformuleerd.

Zorg ervoor dat:

- er op de plek waar het bewegprogramma wordt uitgevoerd een AED binnen bereik is;
- er tijdens de uitvoer van het bewegprogramma ten minste twee teamleden op locatie aanwezig zijn die bekwaam en bevoegd zijn in het uitvoeren van 'basic life support' (BLS) en het gebruik van een automatische externe defibrillator (AED);
- er ten minste één therapeut aanwezig is bij de uitvoer van het bewegprogramma die bekwaam en bevoegd is ten aanzien van het signaleren van overbelastingsverschijnselen en/of (levens)bedreigende situaties bij coronairlijden of chronisch hartfalen;
- er sprake is van goede communicatie tussen de tweede-/ derdelijnszorg en de eerstelijns therapeut (zoals een mogelijkheid tot (structureel) overleg tussen de eerstelijns therapeut en de verwijzend cardioloog);
- er een goede multidisciplinaire overdracht van informatie van de tweede- of derdelijns hartrevalidatie naar de eerstelijns therapeut heeft plaatsgevonden;
- na afloop van het bewegprogramma van fase II-hartrevalidatie wordt er een eindrapportage gemaakt (voor de huisarts en de cardioloog);
- er binnen de praktijk een calamiteitenplan aanwezig is dat regelmatig wordt geactualiseerd en bekend is onder alle betrokken teamleden.

Telerevalidatie

Overweeg telerevalidatie (als vervanging of aanvulling op de reguliere hartrevalidatie) binnen het bewegprogramma van fase II-hartrevalidatieprogramma in te zetten bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen om het fysiek functioneren en kwaliteit van leven te bevorderen.

Neem hierbij de essentiële onderdelen, genoemd bij 'Persoonsgerichte zorg' in overweging.