

FTO Hartfalen

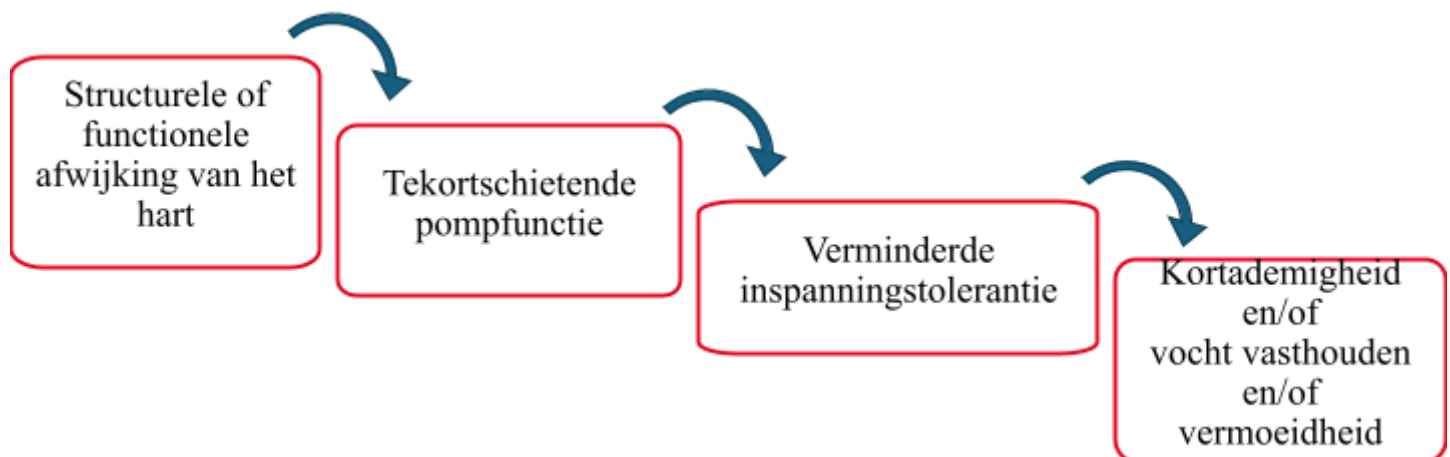
Inleiding

Doel

De deelnemers

- kennen de medicamenteuze adviezen in de NHG-standaard *Hartfalen en* hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid bij patiënten met hartfalen
- maken afspraken over de medicamenteuze behandeling bij hartfalen en het bevorderen van therapietrouw

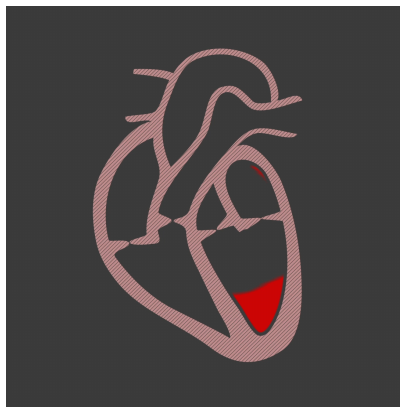
Wat gebeurt er bij hartfalen?



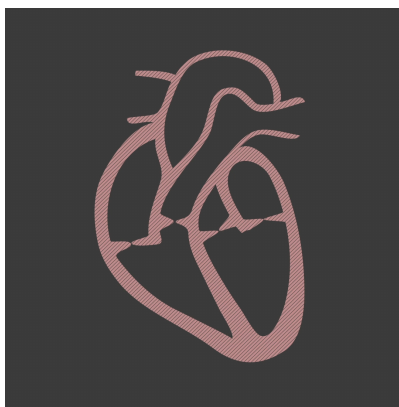
Soorten hartfalen

- 1] HFrEF (Heart Failure with reduced Ejection Fraction), oftewel systolisch hartfalen.
- 2] HFpEF (Heart Failure with preserved Ejection Fraction), oftewel diastolisch hartfalen.
- 3] HFmrEF (Heart Failure with mid-range Ejection Fraction), een intermediaire vorm tussen HFrEF en HFpEF.

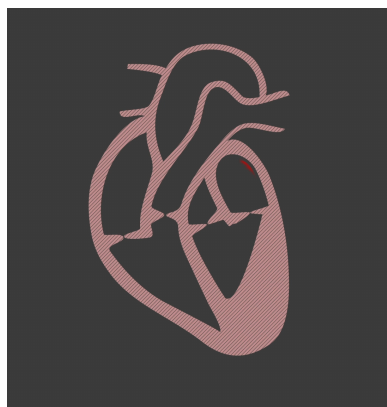
Patiënten met HFmrEF hebben voornamelijk een milde vorm van systolische dysfunctie, maar vertonen kenmerken van diastolische dysfunctie. Naast de LVEF moeten er nog additionele criteria zijn voor HFmrEF en HFpEF, zoals verhoogde concentratie natriuretische peptiden of aanwijzingen voor structureel hartlijden of diastolische dysfunctie.



Hart met HFrEF



Gezond hart



Hart met HFpEF

Prevalentie van HF in Nederland

Naar schatting leven er zo'n 241.300 mensen met HF in Nederland, waarvan:

- 62% met HFrEF
- 17% met HFmrEF
- 21% met HFpEF

Elk jaar krijgen bijna 38.000 mensen voor het eerst de diagnose HF.

Pathofysiologie: compensatiemechanismen

Als het hartminuutvolume achterblijft bij de behoefte van het lichaam treden **cardiale en neurohormonale compensatiemechanismen** in werking.

Compensatiemechanismen neurohormonaal	
Chronische overactivatie van het renine-angiotensine-aldosteronsysteem (RAAS)	• Vasoconstrictie: bloeddruk ↑ • Sympathicusactivatie, aldosteron, hypertrofie en vocht- en zoutretentie ↑
Verhoging van de sympathicusactiviteit	• RAAS Activatie, vasopressine, hartslag en contractiliteit ↑
Toename van natriuretische peptiden	• Vasodilatatie: bloeddruk ↓ • Vochtafdrijving ↑ • Sympathicus, vasopressine, aldosteron, fibrose en hypertrofie ↓
Compensatiemechanismen cardiaal	
Morfologische aanpassingen	• Cardiac remodelling • Hypertrofie myocard • Dilatatie • Fibrosering en/of littekenvorming

Medicamenteuze behandeling

Stappenplan HFpEF

- Streef vooral naar symptoomverlichting en verbetering of behoud van de kwaliteit van leven
- Geef bij tekenen van overvulling een lisdiureticum; verlaag de dosis als de patiënt voldoende ontwaterd is tot de laagste effectieve dosering of staak tijdelijk.
- Start met een SGLT2-remmer.
- Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit conform de betreffende richtlijnen.
- Behandel hypertensie volgens de NHG-CVRM, maar vermijd diltiazem en verapamil.
- Controleer eGFR, creatinine, natrium en kalium. Overleg zo nodig met de cardioloog bij afwijkende waarden.

Stappenplan HFrEF

- Lisdiureticum, RAS-remmer en SGLT2-remmer
 - Toevoegen van de bètablokker
 - Opbouwen dosering RAS-remmer en bètablokker
 - Eventueel toevoegen aldosteronantagonist
-
- De behandeling van HFrEF en HFmrEF wordt opgestart door de cardioloog.
 - Thiazidediuretica en digoxine worden niet langer aanbevolen voor de behandeling van hartfalen in de eerste lijn.

SGLT2-remmer

- Werkingsmechanisme:
blokkeren selectief en reversibel de natrium-glucose-cotransporter twee (SGLT2) in het tubulussysteem van de nieren. Hierdoor wordt de renale glucosereabsorptie geremd, wat leidt tot uitscheiding van glucose met de urine. Ook de uitscheiding van natrium met de urine neemt toe.
- Effect:
 - verlaging van de bloedglucoseconcentratie;
 - daling bloeddruk (2–4 mmHg) [1](#);
 - gewichtsverlies (2–4 kg) [1](#);

- lagere voor- en nabelasting ('pre- en afterload') van het hart, waardoor verbetering van de linkerventrikelfunctie (dapagliflozine, empagliflozine);
- vertraging progressie van chronische nierschade (dapagliflozine, empagliflozine).

- Bijwerkingen:

Hypoglykemie, genitale infecties, urineweginfecties, verhoogd hematocriet en verminderde creatinineklaring aan het begin van de behandeling.

- Sick days:

"Sick days" zijn periodes waarin je ziek bent, zoals bij koorts, braken, diarree of verminderde voedsel- en vochtinname.

Waarom is dit belangrijk bij SGLT2-remmers?

Uitdroging: Deze medicatie kan het risico op uitdroging verhogen door verhoogde urinelozing.

Ketoacidose: Hoewel zeldzaam, kan een SGLT2-remmer de kans op euglykemische diabetische ketoacidose vergroten, zelfs als de bloedsuikerspiegel normaal lijkt.

Wat moet je doen tijdens "sick days"?

Medicatie pauzeren: Stop tijdelijk met de SGLT2-remmer als je:

- Niet in staat bent voldoende te eten of drinken.
- Braken of ernstige diarree hebt.
- Koorts of tekenen van uitdroging hebt (zoals droge mond, weinig plassen).
- Drink voldoende water of orale rehydratieoplossingen om uitdroging te voorkomen.

Contact opnemen: Neem contact op met je zorgverlener bij:

- Blijvende ziekte (langer dan 1-2 dagen).
- Symptomen zoals misselijkheid, braken, buikpijn, snelle ademhaling of verwarring (mogelijk tekenen van ketoacidose).

Herstarten van de medicatie: Start de SGLT2-remmer pas weer na overleg met je arts, wanneer je volledig hersteld bent.

Start bij alle nieuwe patiënten bij wie de diagnose hartfalen gesteld wordt met een SGLT2-remmer.

- Bij patiënten met op het moment van klachten van hartfalen een NT-proBNP 125-300 pg/ml of BNP 35-50 pg/ml :

- overweeg het starten van een SGLT2-remmer, overleg zo nodig met de cardioloog. Voor deze groep is geen direct wetenschappelijk bewijs beschikbaar. Een vergelijkbaar effect is wel aannemelijk
- Bij patiënten die al langer bekend zijn met hartfalen:
 - bespreek het starten van een SGLT2-remmer bij de volgende reguliere controle of wanneer zij op het spreekuur komen met een aan het hartfalen gerelateerde klacht.

Bespreek bij alle patiënten de voor- en nadelen:

- SGLT2-remmers verminderen waarschijnlijk het aantal ziekenhuisopnames. Mogelijk verbeteren SGLT2-remmers ook de kwaliteit van leven en is het risico op overlijden verminderd. Strikt genomen is dit alleen aangetoond voor mensen met een NT-proBNP > 300 pg/ml (BNP >50 pg/ml), maar aangenomen wordt dat een vergelijkbaar effect ook optreedt bij lagere waarden van het NT-proBNP.

Kennistoets (20 min) (Bijlage 2A/2B)

Kruis bij elke vraag de juiste optie(s) aan.

Dikgedrukt is het juiste antwoord

1. Meer vrouwen dan mannen sterven aan hartfalen.

- ☒ **Juist**
- ☐ Onjuist

2. Het medicamenteus beleid is afhankelijk van het type hartfalen.

- ☒ **Juist**
- ☐ Onjuist

3. Een zo hoog mogelijke dosering van een RAS-remmer geeft de beste prognose bij HFrEF.

- ☒ **Juist**
- ☐ Onjuist

4. Het lisdiureticum bumetanide is effectiever dan furosemide bij hartfalen.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

5. In de eerste lijn zijn thiazidediuretica wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

6. In de eerste lijn is digoxine wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

7. De maximale dosering van een ACE-remmer bij hartfalen is voor vrouwen lager dan voor mannen.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

8. Klachten van duizeligheid na de start met een RAS-remmer

zijn vaak tijdelijk van aard.

- ☒ **Juist**
- ☐ Onjuist

9. Wat is het doel van de behandeling van HFpEF?

- ☒ **Verlichting van symptomen en verbetering van kwaliteit van leven**
- ☐ Verlichting van symptomen en vermindering van mortaliteit
- ☐ Verbetering van de kwaliteit van leven en vermindering van mortaliteit

10. Bij de behandeling van hoge bloeddruk bij HFpEF gaat de voorkeur uit naar een RAS-remmer boven een bètablokker.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

11. Cardiale calciumantagonisten zijn geïndiceerd bij patiënten met HFpEF en een hoge bloeddruk.

- ☐ Juist
- ☒ **Onjuist**

Wanneer overleggen of verwijzen naar de cardioloog?

Consultatie of (terug)verwijzing bij:

- vermoeden van hartfalen met **afwijkend ecg en/of verhoogd (NT-pro)BNP** (overweeg kwetsbare patiënten bij wie diagnostiek en behandeling in de tweede lijn niet wenselijk zijn niet te verwijzen)
- **geleidelijke progressie** van het hartfalen ondanks adequate instelling op medicatie.
- **exacerbatie hartfalen**: bij ernstige of aanhoudende klachten ondanks behandeling.
- **dehydratie**: bij ernstige of aanhoudende klachten ondanks behandeling.

Overleggen bij:

- achteruitgang van de **nierfunctie** of **elektrolytstoornissen**
- **persisterende hypertensie** ondanks adequate instelling op hartfalenmedicatie
- **onvoldoende controle van symptomen** van angina pectoris met hartfalenmedicatie
- patiënt is mogelijk gebaat bij **multidisciplinaire hartrevalidatie**

Chronisch hartfalen

De behandeling van hartfalen wordt in principe **gestart door de cardioloog**. Bij een sterk vermoeden van hartfalen kan de huisarts ervoor kiezen de medicatie alvast te starten. HFpEF kan de huisarts doorgaans zelf behandelen en begeleiden.

Doel van de behandeling:

- Verbeteren klinische status, functionele capaciteit en kwaliteit van leven
- Voorkomen van ziekenhuisopname
- Reduceren mortaliteit

Haagse Vaten

- **RTA** ☐ **Regionale Transmurale Afspraken Hartfalen Regio Haaglanden**
- **Protocollen en zorgafspraken**

Eigen voorschrijfbeleid (15 min)

- Presenteer de grafieken. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de adviezen in de NHG Standaard Hartfalen
- Laat de huisartsen aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de NHG Standaard.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen.

Casuïstiek (25 min) (Bijlage 3A/3B)

1. Deel bijlage 3A uit aan alle deelnemers. Vraag de deelnemers de vragen in 5 minuten te beantwoorden.
2. Bespreek de casuïstiek. Gebruik hierbij de informatie van bijlage 3B. Besteed expliciet aandacht aan de controles, medicatiekeuze en voorlichting over de medicatie.

Meneer Slippens (74 jaar) is al 20 jaar bij u bekend met hypertensie. Ruim een jaar geleden heeft de cardioloog hartfalen NYHA-klasse II met gereduceerde (reduced) LVEF (HFrEF) gediagnostiseerd. De instelfase op de medicatie heeft plaatsgevonden in de tweede lijn. Meneer Slippens gebruikt de maximale doseringen die hij kan verdragen:

- enalapril 2 dd 10 mg
- bumetanide 1 dd 2 mg
- metoprolol met gereguleerde afgifte 1 dd 100 mg

Hij heeft geen klachten meer en is al enige tijd stabiel. De huisarts neemt de controles over. De bloeddruk is 145/80 mmHg. Laboratoriumonderzoek geeft de volgende uitslagen:

- natrium 137 mmol/l
- kalium 4,9 mmol/l
- geschatte creatinineklaring 81 ml/min/1,73 m²

Toelichting casuïstiek

1. Wat is uw controlebeleid als huisarts?
schuingedrukt

Antwoord =

Als huisarts controleert u een patiënt na drie en na zes maanden en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is. Controleer vaker bij bijvoorbeeld:

- *variatie in mate van klachten*
- *een ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²)*
- *kwetsbare ouderen*
- *in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen bij gebruik van hartfalenmedicatie*

Tijdens de controle besteedt u als huisarts aandacht aan:

- *navraag klachten, controle inspanningsvermogen*
- *lichamelijk onderzoek (meten bloeddruk, pols en gewicht)*
- *bepaling eGFR + creatinine, natrium en kalium*
- *alertheid op (langzame) verergering van het hartfalen*
- *overweging voor telemonitoring*

2. Welke medicamenteuze aandachtspunten bespreekt u met de patiënt?

U besteedt aandacht aan:

- *Het gebruik van NSAID's vanwege de contra-indicatie bij (ernstig) hartfalen.*

U adviseert de patiënt om geen NSAID's als zelfzorgmedicatie te gebruiken.

- *Het risico van dehydratie bij hoge koorts, fors braken en/of forse diarree.*

U wijst de patiënt erop om bij deze klachten contact op te nemen met de huisarts. Mogelijk is dosisaanpassing van de medicatie nodig.

- *Therapietrouw.*

Patiënten met problemen met therapietrouw bij hoge doseringen furosemide kunnen eventueel overstappen naar bumetanide vanwege het gebruiksgemak.

- *Tekenen van vocht vasthouden.*

Dit is te herkennen aan een toename van kortademigheid en/of dikke onderbenen en minstens 2 kg gewichtstoename in 3 dagen. Afhankelijk van de individuele patiënt spreekt u af dat de patiënt tijdig contact opneemt met de huisarts of tijdelijk extra diuretica inneemt (zie kader 'Flexibel diureticumbeleid'). Voor de behandeling met thiazidediuretica door de huisarts is geen plaats.

- *U besteedt als huisarts bovendien aandacht aan de jaarlijkse griepvaccinatie.*

- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen.

Maken van afspraken (15 min)

Afspraak heroverwegen van thiazidediuretica gebruik

- **Actie**

1. Huisarts: - Heroverweegt het gebruik van het thiazidediureticum.

- Vervangt thiazidediureticum door een lisdiureticum (tenzij geïnitieerd door cardioloog vanwege diureticaresistentie).

2. Apotheker: - Maakt een lijst van gebruikers van thiazidediuretica met hartfalen.

Stuurt de patiëntenlijst naar de huisarts.

- **Resultaatdoelstelling:** In het half jaar na het FTO heeft de huisarts bij alle gebruikers van thiazidediuretica met hartfalen het gebruik heroverwogen.

Afspraak geen thiazidediuretica starten bij patiënten met hartfalen

- **Actie**

1. Huisarts: - Start geen thiazidediuretica bij patiënten met hartfalen zonder overleg met de cardioloog.

2. Apotheker: - Levert alleen thiazidediuretica af aan patiënten met hartfalen als de huisarts expliciet aangeeft dat dit noodzakelijk is.

- **Resultaatdoelstelling:** In het half jaar na het FTO heeft de huisarts geen thiazidediuretica geïnitieerd bij patiënten met hartfalen.

Afsluiting (5 min)

- Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken.
- Deel bijlagen 2B, 3B, de grafieken en de evaluatieformulier uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

Evaluatieformulier 2025

1. Zijn de besproken adviezen en richtlijnen vanuit de FTO geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk?

2. Heeft het FTO in het afgelopen jaar geleid tot verbeteringen binnen de organisatie?

3. Wat zijn jullie ervaringen (succesfactoren en knelpunten)?

4. a. Zijn de resultaatdoelstellingen behaald?

- b. Wat waren de knelpunten bij de niet behaalde resultaatdoelstellingen?

- c. Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.

- d. Bepaal of de (regionale) afspraken moeten worden bijgesteld.

5. Zijn er suggesties voor verbetering van de FTO-bijeenkomsten voor het komende jaar?

Gaarne ingevulde formulier voor 31-12'25 mailen naar: info@efdh.nl

Handleiding prescriptiecijfers

Instructies voor de voorbereiders

Bij het bespreken van de behandeling van hartfalen in het FTO zijn cijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Hoeveel patiënten met hartfalen gebruiken thiazidediuretica?
2. Hoeveel patiënten met hartfalen gebruiken cardiale calciumantagonisten?

Voor het inzichtelijk maken van het medicamenteus beleid kunt u gebruikmaken van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS). Geneesmiddelen bij hartfalen zijn (vaker) geïndiceerd bij diverse andere hart- en vaatziekten. Het is daarom niet mogelijk om het voorschrijfbeleid bij hartfalen inzichtelijk te maken aan de hand van het apotheekinformatiesysteem (AIS) of SFK Select van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de huisartsen maakt u de bijbehorende grafieken bijvoorbeeld met behulp van Excel.

Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@ivm.nl

Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het huisartsensysteem (HIS)

Vraag 1 Hoeveel patiënten met hartfalen gebruiken thiazidediuretica?

- Selecteer in uw HIS alle patiënten met hartfalen (ICPC-code K77) in de afgelopen 6 maanden.
- Bepaal het aantal hartfalenpatiënten met een thiazidediureticum. Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Vraag 2 Hoeveel patiënten met hartfalen gebruiken cardiale calciumantagonisten?

- Selecteer in uw HIS alle patiënten met hartfalen (ICPC-code K77) in de afgelopen 6 maanden.
- Bepaal het aantal van hartfalenpatiënten met cardiale calciumantagonisten. Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Tabel 1 Relevante ATC-codes

ATC-code	Geneesmiddel
C03A + C03B + C03EA + C07B + C08GA + C09BA + C09BX01 + C09DA + C09DX01 + C09DX03	Thiazidediuretica (inclusief combinatiepreparaten)
C08D	Cardiale calciumantagonisten

Bijlage 2A

Kennistoets

Kruis bij elke vraag de juiste optie(s) aan.

1. Meer vrouwen dan mannen sterven aan hartfalen.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

2. Het medicamenteus beleid is afhankelijk van het type hartfalen.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

3. Een zo hoog mogelijke dosering van een RAS-remmer geeft de beste prognose bij HFrEF.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

4. Het lisdiureticum bumetanide is effectiever dan furosemide bij hartfalen.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

5. In de eerste lijn zijn thiazidediuretica wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

6. In de eerste lijn is digoxine wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

7. De maximale dosering van een ACE-remmer bij hartfalen is voor vrouwen lager dan voor mannen.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

8. Klachten van duizeligheid na de start met een RAS-remmer zijn vaak tijdelijk van aard.

- Juist
- Onjuist

9. Wat is het doel van de behandeling van HFpEF?

- Verlichting van symptomen en verbetering van kwaliteit van leven
- Verlichting van symptomen en vermindering van mortaliteit
- Verbetering van de kwaliteit van leven en vermindering van mortaliteit

10. Bij de behandeling van hoge bloeddruk bij HFpEF gaat de voorkeur uit naar een RAS-remmer boven een bètablokker.

- Juist
- Onjuist

11. Cardiale calciumantagonisten zijn geïndiceerd bij patiënten met HFpEF en een hoge bloeddruk.

- Juist
- Onjuist

Bijlage 2B

Toelichting kennistoets

1. Meer vrouwen dan mannen sterven aan hartfalen.

Juist

In 2019 stierven dagelijks gemiddeld 21 mensen aan hartfalen, twaalf vrouwen en negen mannen (bron: Hartstichting, 2019).

2. Het medicamenteus beleid is afhankelijk van het type hartfalen.

Juist

De medicamenteuze behandeling van patiënten met HFpEF is anders dan de medicamenteuze behandeling van patiënten met HFmrEF of HFrEF. De medicamenteuze behandeling van HFmrEF en HFrEF zijn wel hetzelfde.

3. Een zo hoog mogelijke dosering van een RAS-remmer geeft de beste prognose bij HFrEF.

Juist

De beste prognose hebben patiënten met HFrEF als zij hoge doseringen van een RAS-remmer kunnen verdragen. Dit geldt ook voor hoge doseringen van een bètablokker en van een aldosteronantagonist.

4. Het lisdiureticum bumetanide is effectiever dan furosemide bij hartfalen.

Onjuist

Er is geen bewijs dat er verschil is in effectiviteit tussen furosemide en bumetanide bij hartfalen.

5. In de eerste lijn zijn thiazidediuretica wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

Onjuist

Er is geen indicatie meer voor een behandeling met thiazidediuretica door de huisarts bij hartfalen. De cardioloog kan wel een

thiazidediureticum toevoegen bij diureticaresistentie.

6. In de eerste lijn is digoxine wel geïndiceerd bij HFpEF, maar niet bij HFrEF.

Onjuist

Er is geen indicatie meer voor een behandeling met digoxine door de huisarts bij patiënten met hartfalen zonder atriumfibrilleren.

7. De maximale dosering van een ACE-remmer bij hartfalen is voor vrouwen lager dan voor mannen.

Onjuist

De maximale doseringen van RAS-remmers (waaronder ACEremmers), bètablokkers en aldosteronantagonisten bij hartfalen

verschillen niet tussen mannen en vrouwen. Vrouwen gebruiken echter vaak wel lagere doseringen dan mannen, omdat artsen de medicatie doorgaans individueel doseren op basis van bloeddruk, pols, gewicht en het optreden van bijwerkingen.

8. Klachten van duizeligheid na de start met een RAS-remmer zijn vaak tijdelijk van aard.

Juist

Klachten van duizeligheid en een licht gevoel in het hoofd komen na het starten met een RAS-remmer of bètablokker bij hartfalen regelmatig voor en nemen vaak vanzelf af.

9. Wat is het doel van de behandeling van HFpEF?

Verlichting van symptomen en verbetering van de kwaliteit van Leven

De behandeling is met name gericht op verlichting van symptomen en verbetering van de kwaliteit van leven. Er is niet overtuigend aangetoond dat de behandeling van HFpEF ook de morbiditeit en mortaliteit vermindert.

10. Bij de behandeling van hoge bloeddruk gaat de voorkeur uit naar een RAS-remmer boven een bètablokker bij patiënten met HFpEF.

Onjuist

RAS-remmers en bètablokkers zijn gelijkwaardige keuzes bij de behandeling van een hoge bloeddruk bij patiënten met HFpEF.

11. Cardiale calciumantagonisten zijn geïndiceerd bij patiënten met HFpEF en een hoge bloeddruk.

Onjuist

Patiënten met HFpEF en een hoge bloeddruk behandelt u volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2019). U dient cardiale calciumantagonisten (diltiazem en verapamil) te vermijden vanwege het negatief-inotrope effect.

Bijlage 3A

Casuïstiek

Meneer Slippens (74 jaar) is al 20 jaar bij u bekend met hypertensie. Ruim een jaar geleden heeft de cardioloog hartfalen NYHA-klasse II met gereduceerde (reduced) LVEF (HFrEF) gediagnostiseerd. De instelfase op de medicatie heeft plaatsgevonden in de tweede lijn. Meneer Slippens gebruikt de maximale doseringen die hij kan verdragen:

- enalapril 2 dd 10 mg
- bumetanide 1 dd 2 mg
- metoprolol met gereguleerde afgifte 1 dd 100 mg

Hij heeft geen klachten meer en is al enige tijd stabiel. De huisarts neemt de controles over.

De bloeddruk is 145/80 mmHg. Laboratoriumonderzoek geeft de volgende uitslagen:

- natrium 137 mmol/l
- kalium 4,9 mmol/l
- geschatte creatinineklaring 81 ml/min/1,73 m²

Wat is uw controlebeleid als huisarts?

Welke medicamenteuze aandachtspunten bespreekt u met de patiënt?

Bijlage 3B

Toelichting casuïstiek

Wat is uw controlebeleid als huisarts?

Als huisarts controleert u een patiënt na drie en na zes maanden en daarna jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is. Controleer vaker bij bijvoorbeeld:

- variatie in mate van klachten
- een ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²)
- kwetsbare ouderen
- in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen bij gebruik van hartfalenmedicatie

Tijdens de controle besteedt u als huisarts aandacht aan:

- navraag klachten, controle inspanningsvermogen
- lichamelijk onderzoek (meten bloeddruk, pols en gewicht)
- bepaling eGFR + creatinine, natrium en kalium
- alertheid op (langzame) verergering van het hartfalen
- overweging voor telemonitoring

Welke medicamenteuze aandachtspunten bespreekt u met de patiënt?

U besteedt aandacht aan:

- Het gebruik van NSAID's vanwege de contra-indicatie bij (ernstig) hartfalen.

U adviseert de patiënt om geen NSAID's als zelfzorgmedicatie te gebruiken.

- Het risico van dehydratie bij hoge koorts, fors braken en/of forse diarree.

U wijst de patiënt erop om bij deze klachten contact op te nemen met de huisarts. Mogelijk is dosisaanpassing van de medicatie nodig.

- Therapietrouw.

Patiënten met problemen met therapietrouw bij hoge doseringen furosemide kunnen eventueel overstappen naar bumetanide vanwege het gebruiksgemak.

- Teken van vocht vasthouden.

Dit is te herkennen aan een toename van kortademigheid en/of dikke onderbenen en minstens 2 kg gewichtstoename in 3 dagen. Afhankelijk van de individuele patiënt spreekt u

af dat de patiënt tijdig contact opneemt met de huisarts of tijdelijk extra diuretica inneemt (zie kader 'Flexibel diureticumbeleid'). Voor de behandeling met thiazidediuretica door de huisarts is geen plaats.

- U besteedt als huisarts bovendien aandacht aan de jaarlijkse griepvaccinatie.