

Behandelrichtlijn Chronisch Hartfalen

Dit is een praktische regionale richtlijn bestemd voor gebruik tijdens het spreekuur.

Voor de volledige richtlijn is er de NHG standaard hartfalen en het Zorgprogramma hartfalen.

Deze regionale richtlijn wijkt af van de NHG standaard op onderstaande punten:

- Bij vermoeden hartfalen wordt een eerstelijns echo gedaan.
- Bij de diagnose hartfalen wordt de behandeling door de cardioloog ingesteld.
- De controles bij stabiele patiënten wordt door de praktijkondersteuner gedaan.

Classificatie

De diagnostische classificatie is gebaseerd op de linkerventrikeljectiefractie (LVEF):

- HFpEF: hartfalen met behouden (preserved) LVEF ($\geq 50\%$) [ICPC K77.03](#)
- HFmrEF: hartfalen met matige (midrange) LVEF (40-49%) [ICPC K77.04](#)
- HFrEF: hartfalen met verminderde (reduced) LVEF ($< 40\%$) [ICPC K77.04](#)

NYHA-classificatie

Tabel 1 Functionele NYHA-classificatie van hartfalen

Klasse I

Geen beperking van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitations of kortademigheid.

Klasse II

Enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of kortademigheid.

Klasse III

Ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitations of kortademigheid.

Klasse IV

Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Niet-medicamenteuze behandeling

Vocht- en zoutbeperking

- Adviseer geen zout toe te voegen bij de bereiding en producten met veel zout te beperken.
- Ontraad het gebruik van zout vervangende producten die kalium bevatten.
- Alcohol beperken tot 0-1 EH p/d.
- Adviseer patiënten in NYHA-klasse III en IV de vochtinname te beperken tot 1,5-2 l per dag.
- Verwijs zo nodig naar een diëtist.

Beweging

- Adviseer indien de patiënt stabiel is om regelmatig te bewegen (dagelijks 30 minuten naar kunnen).
- Overweeg verwijzing naar hartrevalidatie (via verpleegkundig specialist hartfalen) of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Leefstijl

- Ga na of de patiënt voldoende calorieën binnenkrijgt bij:
 - Gewichtsverlies van $>5\%$ in minder dan 6 maanden
 - Gewichtsverlies van $> 10\%$ in meer dan 6 maanden
- Bij ernstige obesitas (BMI $> 35 \text{ kg/m}^2$) adviseer af te vallen.
- Verwijs zo nodig naar een diëtist of GLI.
- Voor overige leefstijladviezen zie de behandelrichtlijnen: verhoogd LDL, verhoogde bloeddruk, chronische nierschade, DM2, <https://www.zorgkoepelwv.nl/zorgprofessionals/zorgprogramma/hart-en-vaatziekten/>

Controles door praktijkondersteuner

Controles in de stabiele fase:

- Controleer patiënten jaarlijks zo lang het hartfalen stabiel is.
- Controleer op indicatie vaker, bijvoorbeeld bij:
 - Variatie in klachten
 - Ernstige nierfunctiestoornis (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²)
 - Kwetsbare ouderen
 - In het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen door medicatie.
- Vraag naar klachten, onder andere inspanningsvermogen.
- Spreek af wanneer contact op te nemen met de huisartsenpraktijk (toename oedeem en/of buikomvang, dyspnoe, orthopneu, nycturie en/of plotseling verminderde inspanningstolerantie).
- Informeer naar therapietrouw en mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet bloeddruk, pols en gewicht. Steef naar een bloeddruk boven 90/60 mmHg en onder 140/90 mmHg en een hartfrequentie onder 100/min.
- Bepaal bij patiënten eGFR plus creatinine, natrium en kalium.
- Bepaal bij patiënten met DM2 nuchtere glucose, HbA1c bij patiënten die een SGLT2-i gebruiken.
- Wees alert op (langzame) verergering van het hartfalen. Pas zo nodig de medicatie aan.

Voorlichting over de aandoening:

- Leg uit dat de klachten het gevolg zijn van een verminderde pompfunctie van het hart.
- Bespreek wat de oorzaak van het hartfalen is en of deze oorzaak te behandelen is.
- Leg uit dat hartfalen vaak onvoorspelbaar verloopt met exacerbaties.
- Start tijdig gesprekken over advance care planning (ACP) bij NYHA-klasse III-IV.

Voorlichting over medicatie:

- De klachten nemen door medicijnen meestal af, evenals de kans op exacerbaties en vroegtijdig overlijden.
- De medicijnen zijn vaak levenslang nodig.
- Klachten van duizeligheid komen bij aanvang vaak voor en worden vaak vanzelf minder.
- Ontraad gebruik van NSAID's.
- Adviseer tijdig contact op te nemen bij hoge koorts, fors braken of forse diarree. Alle medicatie behalve bloedverdunders kan tijdelijk gestaakt worden. https://nierstichting.nl/documents/310/folder_soms_moet_uw_patient_medicijnen_even_overslaan.pdf (nierstichting.nl)

Voorlichting over zelfzorg en flexibel diureticumbeleid:

- Adviseer de patiënt zich regelmatig te wegen, bijvoorbeeld twee keer per week.
- Instrueer de patiënt tijdig contact op te nemen en tijdelijk extra diuretica in te nemen bij tekenen van extra vocht vasthouden:
 - Toename van kortademigheid of dikke onderbenen, oedeem.
 - Gewichtstoename ≥ 2 kg binnen 3 dagen.
 - Flexibel diureticumbeleid: verdubbel de dosering diureticum gedurende 2-7 dagen.

Overige voorlichting:

- Adviseer jaarlijkse griepvaccinatie.
- Seksuele activiteit is in het algemeen goed mogelijk. In NYHA-klasse III of IV is het risico op decompensatie licht verhoogd; adviseer eventueel profylactisch nitroglycerine (sublinguaal).
- Autorijden (rijbewijs A, B, BE of T; zie tabel 1 voor de NYHA-classificatie):
 - NYHA-klasse I en II: toegestaan
 - NYHA-klasse III: rapport van een medisch specialist noodzakelijk
 - NYHA-klasse IV: niet toegestaan.

Consultatie en verwijzing

Consultatie

- Voor inhoudelijke vragen (klachten, medicatiewijziging, huisbezoek) van bekende patiënten in ziekenhuis
 - Hartfalen cardioloog Eric Wierda (8591, e.wierda@dijklander.nl) of Cathelijne Dickhoff (8554, c.dickhoff@dijklander.nl)
 - Verpleegkundig specialist hartfalen polikliniek: sein: 8406 hartfalen-hoorn@dijklander.nl
- Voor inhoudelijke vragen van terugverwezen patiënten:
 - Hartfalen cardioloog Eric Wierda (8591, e.wierda@dijklander.nl) of Cathelijne Dickhoff (8554, c.dickhoff@dijklander.nl)
 - Kaderhuisarts: Bart van Oostendorp: bvanoostendorp@ketenzorgwf.nl
 - Verpleegkundig specialist hartfalen polikliniek: sein: 8406
- Voor kwaliteitsbeleid en organisatorische vragen:
 - Ketencoördinator: Angela Mulder: amulder@ketenzorgwf.nl

Overleg met de verpleegkundig specialist hartfalen of de kaderhuisarts:

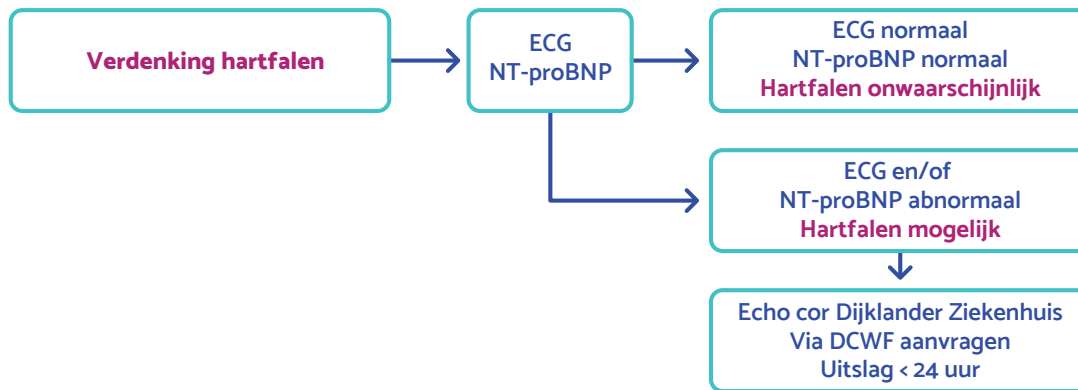
- Achteruitgang van de nierfunctie of elektrolytstoornissen (zie behandelrichtlijn verhoogde bloeddruk, <https://www.zorgkoepelwf.nl/wp-content/uploads/Behandelrichtlijn-verhoogde-bloeddruk.pdf>).
- Persistierende hypertensie ondanks adequate instelling op hartfalenmedicatie.
- Patiënt is mogelijk gebaat bij multidisciplinaire hartrevalidatie.

Verwijzing naar de cardioloog:

- 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.
- Spoed patiënten worden na telefonische consultatie met de dienstdoende cardioloog verwezen naar de eerste harthulp (EHH).

Diagnostiek en behandeling (Huisarts)**Denk aan hartfalen bij:**

- Aspecifieke klachten, zoals kortademigheid, verminderd inspanningsvermogen, vermoeidheid.
- Risicofactoren voor hartfalen, zoals hogere leeftijd, hypertensie of doorgemaakt myocardinfarct.
 - Verricht lichamelijk – en laboratorium onderzoek (NT-proBNP, Na/K, eGFR, glucose, TSH, Hb).
 - Maak een ECG.
 - Echocardiografie volgens onderstaand schema.

Verdenking hartfalen
Infokaart huisartsen

Normaalwaarde NT-proBNP < 15 pmol/l (<125 pg/ml)



Verdenking acuut hartfalen:
Overweeg insturen EHH >
overleg dd cardioloog 0229 208204 / 0229 208656

Als de echo de diagnose hartfalen bevestigt, dan blijft de patient (automatisch) in de tweede lijn

Uitgangspunten medicamenteuze behandeling eerstelijns, facultatief**HFpEF:**

- Streef naar symptoomverlichting en verbetering van de kwaliteit van leven.
- Behandel cardiovasculaire en niet-cardiovasculaire morbiditeit.
- Geef bij tekenen van overvulling een lisdiureticum.
- Behandel hypertensie, maar vermijd diltiazem en verapamil.

HFREF en HFmrEF:

- Start bij tekenen van overvulling een lisdiureticum.
- Start met een ACE-I of ARNI.
- Voeg bij patiënten die klinisch stabiel zijn een bètablokker toe.
- Verhoog de dosering van ACE-I of ARNI en bètablokker (bijvoorbeeld per 2 weken) tot de maximale dosis die wordt verdragen, met inachtneming van de maximale dosering. Verhoog de bètablokker niet bij tekenen van exacerbatie, hypotensie of bradycardie.
- Verlaag de dosering van het lisdiureticum als de patiënt voldoende ontwaterd is.
- Overweeg toevoeging van aldosteronantagonist (MRA) bij aanhoudende klachten.
- In de Europese richtlijn 2022 is het advies om alle patiënten met HFREF te behandelen met een SGLT2-remmer en bij een injectiefractie < 35% ook met een ARNI in plaats van een ACE-i of ARB. Advies: overleg met cardioloog bij indicatie.

Controles na aanvang of aanpassing medicatie:

- Vraag naar klachten (inspanningsvermogen) en mogelijke bijwerkingen van de medicatie.
- Meet bloeddruk, pols en gewicht.
- Bij asymptomatische lage bloeddruk en sinusbradycardie is aanpassing van de medicatie meestal niet nodig.
- Bepaal 1-2 weken na start of aanpassing van diureticum, RAS-remmer of MRA: eGFR plus creatinine, natrium en kalium.

Voorkeursmiddelen:

- ACE-I: Ramipril, startdosering: 1 dd 2,5 mg.
- ARB: Losartan, startdosering: 1 dd 25 mg.
- SGLT2i: Dapaglifozine, startdosering: 1 dd 10 mg.
- SGLT2i: Empaglifozine, startdosering: 1 dd 10 mg
- Betablokker: Bisoprolol, startdosering: 1 dd 2,5 mg.
- MRA: Spironolacton, startdosering: 1 dd 12,5 mg.