Medicatie bij hartfalen

Lianne Wennekes, Jan van Lieshout, Jan Mulder

In een huisartsenpraktijk met 2350 patiënten zijn er per jaar ongeveer 28 patiënten met hartfalen, van wie 7 nieuwe patiënten (alle leeftijden). De optimale zorg voor deze patiënten staat in de NHG-Standaard Hartfalen (herzien in 2005). De standaard beschrijft onder andere een medicamenteus stappenplan. Met behulp van LINH-gegevens inventariseerden wij voor de afgelopen jaren in hoeverre de zorg van huisartsen overeenkomt met de aanbevelingen over medicatie in de standaard. We maakten daarin onderscheid tussen patiënten met hartfalen en diabetes en patiënten met hartfalen zonder diabetes. Patiënten met hartfalen en diabetes zijn mogelijk beter in beeld bij de huisarts door deelname aan diabeteszorgprogamma's dan patiënten met hartfalen zonder diabetes. Onze verwachting was dat de behandeling van de patiënten met hartfalen en diabetes meer overeenkomt met de aanbevelingen van de standaard.

Medicamenteus stappenplan

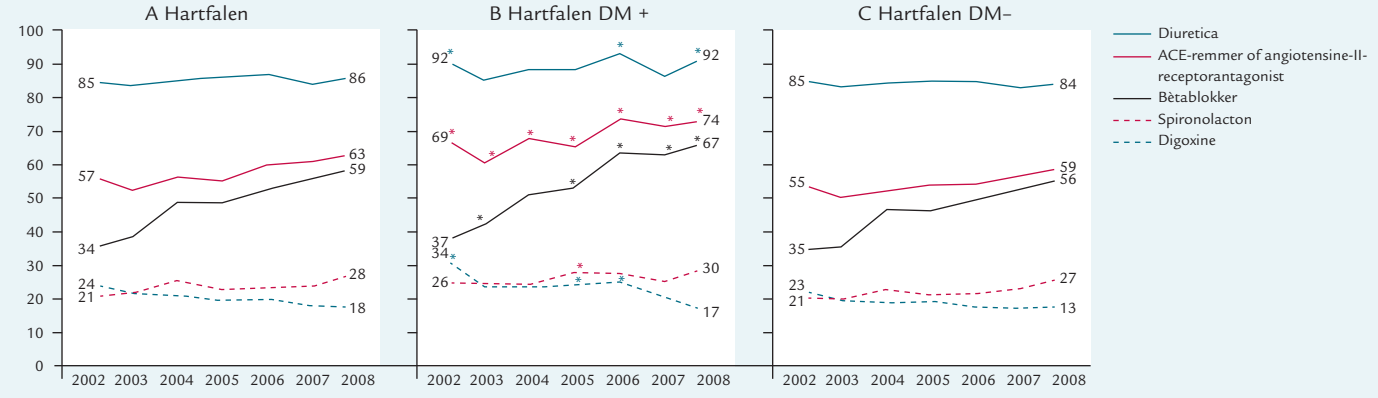
De eerste stap bij hartfalen is het voorschrijven van een diureticum met een ACE-remmer (of angiotensine-II-receptorantagonist bij bijwerkingen). Afhankelijk van de ernst kan de huisarts stapsgewijs extra medicatie voorschrijven: respectievelijk een bètablokker, spironolacton en digoxine. Diuretica werden de afgelopen jaren het meest voorgeschreven (zo'n 85%, figuur 1A). Het gebruik van ACE-remmers is de laatste jaren licht toegenomen (tot 63%); de standaard adviseert het gebruik bij nagenoeg alle patiënten met hartfalen. Het voorschrijven van bètablokkers was nieuw in de standaard in 2005 en is bijna verdubbeld: van 34% in 2002 naar 59% in 2008. Ook het voorschrijven van spironolacton is iets toegenomen. Digoxine werd van oudsher voorgeschreven, maar vormt nu de laatste stap in het medicatieplan en wordt iets minder voorgeschreven dan in 2002.

We vergeleken voor elk jaar de medicatie van patiënten met hartfalen en diabetes (figuur 1B) met die van patiënten met hartfalen zonder diabetes (figuur 1C). We vonden significante verschillen voor alle medicatiestappen, maar vooral voor ACE-remmers en bètablokkers. Patiënten met hartfalen en diabetes kregen gemiddeld 14% vaker een ACE-remmer en 8% vaker een bètablokker dan patiënten met hartfalen zonder diabetes.

Conclusie

Nog niet alle patiënten met hartfalen krijgen een diureticum en een ACE-remmer, zoals de standaard adviseert. De behandeling van patiënten met hartfalen en diabetes is meer conform de standaard dan de behandeling van patiënten met hartfalen zonder diabetes. Dit zal samenhangen met het gegeven dat huisartsen de gebruikte middelen ook in het kader van de diabetesbehandeling voorschrijven. Beide groepen hebben echter baat bij de behandeling en verbetering in medicamenteuze behandeling lijkt haalbaar. Een tweede herziening van de NHG-Standaard, met aandacht voor multidisciplinaire ketenzorg en hartfalenzorgprogramma's, is nu gereed. De verspreiding van deze standaard kan ertoe leiden dat de zorg voor patiënten met hartfalen verbetert. Er is dus alle reden om het medicatiebeleid voor patiënten met hartfalen te blijven volgen.

Figuur 1 Meerjarenoverzicht van medicamenteus stappenplan bij patiënten met hartfalen (A), hartfalen en diabetes mellitus (B) en hartfalen zonder diabetes (C)



*significant meer dan patiënten met hartfalen zonder DM, volgens eenzijdige T-test (gepaard op praktijken), $p < 0,05$

De analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het landelijk informatienetwerk huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen. De LINH-huisartsen verzamelen continue 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. Voor meer informatie zie www.linh.nl en www.iqhealthcare-indicatoren.nl voor meer cijfers of via l.wennekes@iq.umcn.nl.